

PALESTRAS

O INCONSCIENTE PSICOLÓGICO E EMOCIONAL: UM PANORAMA DA PSICOLOGIA COGNITIVA Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro); Mônica Portella (San Francisco State University e PUC - Rio de Janeiro)

Palavras-chave: Inconsciente-Cognição-Emoção

Uma questão importante para a teoria e que tem repercussões na prática clínica é a validade empírica do conceito de inconsciente. A psicologia cognitiva tem cada vez mais se voltado para o estudo da hipótese de que a experiência consciente, o pensamento e a ação podem ser influenciados por percepções, memórias e outros estados mentais que são inacessíveis à consciência fenomenológica e independentes de controle voluntário. O objetivo deste trabalho é discutir o modo como o conceito de inconsciente psicológico é abordado e investigado experimentalmente pela psicologia cognitiva e também a validade de sua extensão aos processos emocionais (inconsciente emocional). O tema será desenvolvido a partir da distinção entre memória implícita e memória explícita e de como diferentes paradigmas experimentais têm sido utilizados para validar os fenômenos de memória implícita, aprendizagem implícita, percepção implícita e pensamento implícito. A seguir, abordamos o tema do inconsciente emocional como uma condição em que a consciência do estado emocional é acompanhada da inconsciência de sua fonte, no presente ou na experiência passada. Aqui, apresentamos as evidências obtidas nos campos da memória implícita e da percepção implícita (subliminar). O tema da emoção implícita como uma condição de inconsciência do estado emocional é então apresentado. A crítica de que o conceito de emoção inconsciente contém uma contradição interna implícita na idéia de que o sentimento é, por definição, uma experiência consciente, é contornada pela adoção de uma definição da emoção em que o aspecto do sentimento constitui uma das faces de um sistema complexo que inclui também os níveis de expressão não-verbal, fisiológico, e comportamental manifesto. A dessincronização (dissociação) entre comportamento manifesto, expressão, sentimento e reações fisiológicas é um fato estudado na psicoterapia comportamental e cognitiva a mais de 50 anos e promoveu o desenvolvimento de modelos de emoção como sistemas múltiplos de resposta. Discutiremos brevemente estes modelos e o modo como eles se relacionam com o tema da emoção inconsciente. Abordaremos, finalmente, as diferentes propostas de pesquisa em psicologia experimental que têm sido sugeridas para investigar o inconsciente emocional como um fenômeno em que uma emoção experienciada como sentimento se dissocia do que pensamos, lembramos e percebemos. Desenvolvemos, em conclusão, uma avaliação final sobre o estado atual da questão sobre se emoções podem ser inconscientes.

Palestra
cantontcc@terra.com.br

INTERVENÇÃO MOTIVACIONAL Mirna Brilmann (Porto Alegre – RS)

A Intervenção Motivacional em Terapias Cognitivo Comportamentais

As doenças crônicas frequentemente são progressivas e recorrentes com um alto custo social afetando diretamente a qualidade de vida de grandes populações. A terapia cognitiva-comportamental entende que os sentimentos e comportamentos dos indivíduos são em grande parte determinados pelo modo como eles percebem e avaliam suas experiências e o ambiente que os cerca, assim como os demais comportamentos inadequados. Nos transtornos psiquiátricos estes comportamentos seriam mediados por um conjunto de crenças distorcidas e disfuncionais. Para modificar este sistema de crenças é fundamental identificar esquemas de raciocínio disfuncionais. Dentro deste contexto a entrevista motivacional pode ser definida como um estilo de aconselhamento centrado no paciente para ajudá-lo a explorar e resolver sua ambivalência sobre a mudança de comportamentos inadequados usados para regular estados emocionais. Assim a mudança desse comportamento está intimamente ligada a uma série de outros comportamentos aos quais a motivação está vinculada. A técnica de Entrevista Motivacional foi desenvolvida inicialmente para pacientes com comportamentos compulsivos, mas vem sendo amplamente utilizada com o objetivo de promover a aderência a tratamentos com pacientes de diversas doenças crônicas. Esta técnica é bastante difundida nos Estados Unidos, na Austrália, em diversos países da Europa e atualmente também no Brasil. Objetiva-se, principalmente, a mudança de comportamentos, ao postular que a aderência ao tratamento depende da motivação, sendo que mudanças comportamentais podem ser facilitadas por esta intervenção. Para facilitar a mudança de comportamento, trabalha-se com o conceito de prontidão para mudança que se baseia no modelo teórico de Prochaska & Di Clemente, segundo o qual a base da mudança se faz por um processo de quatro estágios: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção.

Palestra

A TERAPIA COGNITIVA É CONSTRUTIVISTA Gustavo Arja Castañon.
(Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: terapia cognitiva; terapia construtivista; construtivismo.

Este trabalho aborda o tema do aumento da incidência do termo *construtivismo*, que conheceu nos últimos anos um aumento exponencial de sua utilização na Psicologia. O problema específico a ser abordado aqui são as relações do construtivismo filosófico com a Terapia Cognitiva e a assim chamada Terapia Construtivista. Tomando o conceito de construtivismo em seu sentido estrito, como a posição que defende o papel ativo do sujeito na sua relação com o objeto do conhecimento e construção de suas representações da realidade, identificamos em Kant sua origem contemporânea. Na filosofia, o construtivismo tomou após Kant três direções básicas: a *idealista*, com nomes como Schopenhauer e Fichte; a *pragmática*, com Vahinger; e a *realista*, com Popper ou mesmo Piaget. Nos últimos anos no entanto, surgiram diversas posições auto-denominadas *construtivistas* que assumem teses pós-modernas que contrariam frontalmente o espírito original desta tradição filosófica. Me refiro ao *Construcionismo Social*, ao *Construtivismo Social* e ao *Construtivismo Radical*. Na Psicologia, o termo construtivismo foi introduzido por Piaget para denominar seu modelo de desenvolvimento cognitivo humano, que apresentava o sujeito como artífice principal, através da sua ação no mundo, de suas próprias estruturas cognitivas. Todo o Cognitivismo da segunda metade do século XX cresceu sob a égide do Construtivismo filosófico, seja através do de Piaget, do de Neisser, de Bruner ou de qualquer um de seus maiores representantes. Hoje, o termo é também utilizado pela auto-denominada Terapia Construtivista, que no entanto, é dividida quanto ao seu verdadeiro significado. Apresenta-se aqui as duas versões gerais de Terapia Construtivista, a Radical e a Crítica. Investigando-se a alegação usualmente feita por terapeutas construtivistas sobre o suposto caráter objetivista da Terapia Cognitiva, conclui-se pelo enorme equívoco que esta representa, pois é evidente sua aderência às teses do Construtivismo filosófico. Da mesma forma, refutam-se aqui outras acusações equivocadas generalizadas de terapeutas construtivistas, como a de que a Terapia Cognitiva tem pretensões de neutralidade total ou ainda a de que apresentaria uma estrutura clínica autoritária. Essas refutações são efetuadas a partir de uma análise específica dos pressupostos epistemológicos da Terapia Comportamental, positivista lógica, e da Terapia Cognitiva, racionalista crítica. Assim, esclarece-se o caráter construtivista do Racionalismo Crítico, concluindo por fim que a Terapia Cognitiva, assim como o cognitivismo, é essencialmente construtivista. Por fim apresenta-se a tese de que a raiz de algumas alegações e acusações da Terapia Construtivista é a confusão epistemológica e ontológica na qual esta está mergulhada. Dividida entre várias interpretações de construtivismo, ela não consegue se decidir entre o construtivismo e o relativismo, ou entre o realismo e o idealismo. Conclui-se que a terapia construtivista é inconsistente epistemologicamente, dúbia ontologicamente, e que precisa se decidir claramente quanto a estas questões básicas se quiser se integrar ao grande projeto de unificação da psicoterapia cientificamente fundamentada liderado hoje pela Terapia Cognitiva.

Palestra

O IMPACTO DA PSICOTERAPIA NA PESSOA DO TERAPEUTA Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – RJ)

Palavras chave: Relação terapêutica; A pessoa do terapeuta; o estresse do terapeuta.

Dos problemas inerentes à profissão de psicoterapeuta encontrados na literatura, os mais apontados são: dificuldades de relacionamento, depressão, abuso de substâncias, maior percentual de *burnout* em relação aos médicos e enfermeiros e tentativas de suicídio. As fontes de estresse relacionadas ao trabalho do terapeuta provêm: 1) das condições de trabalho (por ex., rivalidades com colegas médicos em ambiente multidisciplinar; envolvimento emocional com o sofrimento do paciente; proporção excessiva de pacientes difíceis; incertezas econômicas; carga excessiva de trabalho etc.); 2) dos comportamentos do paciente (por ex., suicídios ou tentativas de suicídio; comportamento agressivo ou hostil; telefonemas freqüentes para o terapeuta; comportamento sedutor; pagamento irregular; faltas ou atrasos; tentativas de prolongar a sessão etc.); e 3) das características pessoais do terapeuta (por ex., sentir-se responsável pelo bem estar do cliente; baixa auto-estima; levar trabalho para casa; dúvidas acerca da eficácia da psicoterapia; altas dos pacientes; estresse circunstancial motivado por eventos familiares, mudança de vida etc.; e padrões de personalidade). Um estudo realizado para verificar como os terapeutas cognitivo-comportamentais reagiam ao comportamento de pacientes difíceis, revelou que as demandas da terapia cognitivo-comportamental podem também ser estressantes para o terapeuta, na medida em que focalizam a mudança e a solução de problemas baseadas no aqui e agora. Tais demandas, embora eficazes no tratamento de transtornos do Eixo I, costumam ser ineficientes com pacientes difíceis (que apresentam transtorno de personalidade). Por possuírem esquemas rígidos e resistentes, esses pacientes se sentem ameaçados com a possibilidade de mudança e se tornam hostis diante de intervenções que focalizem a mudança. Assim, eles desvalorizam o poder das técnicas de tratamento, mal interpretam as intenções do terapeuta, não realizam as tarefas entre as sessões, desafiam a competência do profissional etc. O terapeuta cognitivo-comportamental, na interação com pacientes difíceis, tem que lidar com o dilema do foco na mudança versus foco na empatia. Por um lado a demanda da terapia, que lhe impõe trabalhar em prol da mudança. Por outro lado a resistência do paciente e a possibilidade de rompimento da aliança terapêutica. Diante desse impasse, o terapeuta precisa atingir um equilíbrio dialético através do foco na empatia (e adiamento temporário no foco na mudança), tarefa que lhe exige maior paciência, flexibilidade e criatividade. Entretanto, se por um lado o exercício da psicoterapia promove uma considerável dose de sofrimento para o profissional de ajuda, por outro lado, alguns estudos apontam conseqüências positivas em longo prazo, tais como: crescimento pessoal significativo, superação de dificuldades pessoais, aumento da consideração pela relação terapêutica, entre outros. Pretende-se nesta conferência, a partir de uma revisão da literatura, discutir os tópicos acima mencionados, além de propor sugestões sobre recursos que podem ajudar o terapeuta a conduzir o seu trabalho, tirando proveito de suas experiências difíceis na interação com os seus pacientes, com objetivo de aliviar o estresse inerente à profissão, melhorar a qualidade da relação terapêutica e promover crescimento pessoal.

Palestra

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro- RJ)

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, saúde, doença

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) ao longo do tempo vem ampliando seu campo de atuação. Além de resultados positivos no campo dos transtornos emocionais, vem demonstrando grande contribuição no campo da Psicologia da Saúde, no que se refere à compreensão do processo saúde-doença, na prevenção e tratamento das doenças, assim como na manutenção e promoção da saúde. Atualmente o processo saúde-doença é explicado através de um olhar biopsicossocial, no qual variáveis externas e internas devem ser consideradas. As variáveis externas incluem aspectos ambientais (físicos e sociais), já as variáveis internas incluem aspectos biológicos, comportamentais, afetivos e cognitivos. Essa visão biopsicossocial do processo saúde-doença, na maioria dos casos, exige um atendimento interdisciplinar, pois dependendo das variáveis envolvidas no desenvolvimento e manutenção da patologia apresentada uma variedade de profissionais podem ser necessários para um tratamento efetivo. A atuação da TCC em Psicologia da Saúde, na medida em que acolhe esse tipo de compreensão do processo saúde-doença, procura incentivar a troca com profissionais que possam contribuir para um atendimento integral ao cliente. A TCC, como nos casos de transtornos emocionais, se inicia com uma avaliação do problema apresentado, construindo uma formulação do caso. Na doença física, a formulação do caso se dá através da investigação das variáveis (externas e internas) envolvidas no surgimento, desenvolvimento e manutenção da doença, assim como dos demais fatores da história de vida do cliente. São investigados os recursos do cliente para lidar com o stress, considerando estratégias positivas e negativas. No âmbito das variáveis internas cognitivas, as crenças sobre a doença, sobre o tratamento e sobre o profissional de saúde se constituem em um importante foco de atenção. Quanto às variáveis internas comportamentais, os comportamentos de risco são observados e compreendidos. Aspectos emocionais são investigados, para que seja possível compreender sua relação com a doença. Após a elaboração da formulação do caso, que inclui entender que variáveis estão contribuindo para o problema e em que grau, apresenta-se ao cliente essa compreensão e se estabelece um plano de tratamento. O plano de tratamento se inicia com a educação do cliente quanto ao modelo biopsicossocial, a partir do qual perceberá seu papel ativo tanto na doença como na saúde. Informações sobre a doença apresentada e sobre o tratamento também são fornecidas para que o cliente possa questionar crenças disfuncionais que possam estar dificultando a adesão ao tratamento. Estratégias cognitivo-comportamentais são implementadas de acordo com a avaliação inicialmente realizada, podendo-se incluir, por exemplo, estratégias para controle do stress e da ansiedade, incluindo, dentre outras, técnicas de relaxamento e respiração profunda; reestruturação de crenças desadaptativas sobre a doença, o profissional e o tratamento; controle dos comportamentos de risco através da investigação com o cliente das vantagens e desvantagens dos mesmos, buscando o estabelecimento de reforços substitutivos; reestruturação cognitiva para lidar com suas emoções desadaptativas que estejam interferindo na doença. Ao final do tratamento atenção é dada à prevenção de recaída, planejando-se ações frente a possíveis ocorrências que possam interferir na saúde do cliente.

CONTRIBUIÇÕES RECENTES SOBRE O TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO Bernard Rangé (PPGP/UFRJ; CPC-RJ)

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo, terapia cognitiva, exposição e prevenção de respostas

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um quadro psiquiátrico caracterizado pela presença de idéias recorrentes e intrusivas, chamadas de obsessões, geralmente acompanhadas de desconforto emocional, e de comportamentos ritualizados irresistíveis, denominados compulsões. Até o início dos anos 80, pensava-se tratar de um problema relativamente incomum e depois de novos estudos a estimativa da prevalência do TOC ficou em 0,6%. É mais comum do que muitas doenças mentais mais graves, tais como a esquizofrenia e o transtorno bipolar e afeta pessoas em todos os grupos étnicos, sendo que homens e mulheres são igualmente afetados. Os sintomas do TOC começam tipicamente durante a puberdade e a adolescência, mas podem também se iniciar na infância e até mesmo nos anos pré-escolares. Os custos sociais e econômicos foram estimados em US\$ 8,4 bilhões, em 1990 e o prejuízo na qualidade de vida é maior do que outros quadros psiquiátricos como esquizofrenia e não psiquiátricos diabetes tipo II e doença renal crônica. Costuma ser também frequentemente acompanhado de depressão em 75% dos casos, de abuso de substâncias, de transtornos de personalidade e do transtorno do déficit de atenção. Estudos com pacientes portadores de TOC e seus familiares sugerem participação de fatores genéticos na manifestação desta doença além de uma incidência e fenomenologia semelhante em várias culturas. A análise comportamental propriamente dita envolverá, quanto às obsessões, a especificação dos “gatilhos” externos como situações e objetos que provocam aumento na ansiedade, dos “gatilhos” internos (obsessões), suas formas e conteúdos e sensações corporais que as acompanham e das conseqüências antecipadas de ambos. Quanto às compulsões, é necessário especificar os padrões de esquiva passiva e ativa que são as situações e objetos evitados e os rituais comportamentais ou cognitivos usados para neutralizar a perturbação oriunda dos gatilhos externos, dos gatilhos internos e das conseqüências antecipadas. O inventário mais utilizado é o Y-BOCS que tem se revelado como o padrão-ouro para avaliação do TOC. A avaliação também pode incluir um auto-registro das situações, pensamentos obsessivos, rituais, conseqüências antecipadas e grau de desconforto. Nos últimos 40 anos, duas estratégias de tratamento de orientação comportamental têm sido utilizadas: a exposição e a prevenção de respostas. Mais recentemente, métodos cognitivos foram incorporados dentro da visão de pensamentos obsessivos são exageros de aspectos importantes do funcionamento cognitivo normal como a questão da responsabilidade excessiva, a identificação entre pensamento e ação etc. Entretanto o grau de sucesso é proporcional ao grau de maior ou menor "interioridade" das manifestações, isto é, quanto mais abertas e objetivas as compulsões, melhor o prognóstico; quanto mais encobertas ou subjetivas, pior o prognóstico. Isto tem a ver com a maior facilidade de controle e prevenção de respostas das primeiras e com a dificuldade de controle, durante a prevenção, das segundas.

Palestra

ASPECTOS COGNITIVOS DO TRANSTORNO DO PÂNICO Helene Shinohara
(Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro).

A presença recorrente de ataques de ansiedade e a preocupação sobre ataques futuros e suas consequências descrevem essencialmente o Transtorno de Pânico. Uma súbita sensação de intensa apreensão, medo ou terror, em geral associada com sentimentos de desastre iminente, caracteriza estes ataques. Os sintomas mais relatados durante estes episódios são palpitações, tontura, sudorese, dispnéia, medo de ficar louco ou perder o controle, dor no peito, sensação de irrealidade, parestesias, arrepios, sensação de desmaio e tremor. São necessários pelo menos quatro destes sintomas para corresponder ao critério diagnóstico. A Terapia Cognitiva tem elaborado uma compreensão do Transtorno do Pânico que auxilia o terapeuta tanto na formulação do caso quanto no planejamento da intervenção terapêutica. Um dos principais modelos cognitivos usados como explicação para este transtorno parte de observações sobre os padrões de pensamentos catastróficos característicos dos clientes com pânico. A ênfase deste modelo está na interpretação catastrófica das sensações corporais e nos comportamentos evitativos e de segurança desenvolvidos para prevenir ou lidar com os ataques. Uma série de procedimentos pode ser usada para que o cliente aprenda a identificar e modificar as interpretações inadequadas das sensações. Outro modelo sugere ainda que o ataque inicial é um alarme falso decorrente de estressores circunstanciais. Pessoas que apresentem vulnerabilidade biológica à ansiedade e que tenham aprendido um conjunto de crenças disfuncionais podem, em situações de vida adversas, disparar uma resposta autonômica inesperada. Estas sensações corporais passam, então, por um condicionamento interoceptivo e acabam associadas a qualquer mudança percebida no funcionamento geral do organismo. A interpretação destas sensações como perigosas e ameaçadoras facilita a apreensão crônica e a hipervigilância. Sem muitos recursos para lidar com experiência tão avassaladora, o indivíduo se engaja em evitações. Uma variedade de técnicas comportamentais e cognitivas, tais como relaxamento, exposição interoceptiva, habilidades de enfrentamento e reestruturação cognitiva são comprovadamente eficazes.

Palestra

MESA-REDONDA

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA E IMPLICAÇÕES PARA O TRATAMENTO DE UM CASO CLÍNICO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM ATENDIMENTO EM CLÍNICA-ESCOLA Tatiana Targino Alves Bandeira (UERJ), Eliane Falcone (UERJ)

Palavras chave: Transtorno de ansiedade generalizada; Conceituação cognitiva; Terapia cognitivo-comportamental.

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é caracterizado por uma preocupação excessiva e incontrolável, que produz um mal estar significativo no indivíduo, afetando a sua vida social, familiar, profissional, etc. Estudos revelam que muitas vezes, essa preocupação é vista pelo indivíduo como uma parte integrante da personalidade e que por essa razão, não pode ser modificada. Assim, algumas pessoas que sofrem de TAG só procuram tratamento porque apresentam alguma comorbidade aliada a este transtorno (depressão, distúrbios psicossomáticos etc.). É o caso de André (nome fictício), 40 anos, taxista, casado que procurou atendimento por causa de uma depressão e por alguns sintomas como calafrios, nervosismo e irritabilidade que ele acreditava serem decorrentes de um transtorno do pânico. Nas primeiras sessões foi possível identificar o diagnóstico através da entrevista estruturada para o TAG (ADIS-R), do inventário de preocupação (P.S.W.Q.) e das escalas Beck de depressão e ansiedade. Observou-se que o paciente apresentava TAG, acompanhado de depressão leve. Concomitante a aplicação dos instrumentos foi realizada uma coleta de dados sobre o paciente para que fosse feita uma conceituação cognitiva do caso, que tem sua importância, dentre outros aspectos, por ajudar o terapeuta a fazer certas previsões sobre o comportamento do paciente e possibilitar o desenvolvimento de um plano de tratamento. No caso de André, o grande problema é a sua preocupação excessiva relacionada a vários temas, sendo destes o mais predominante o que se relaciona com uma falência financeira. Uma vez que suas preocupações são freqüentes, o paciente também manifesta tristeza e desânimo. Suas preocupações tiveram início quando ele tinha aproximadamente 12 anos e começou a perceber o relacionamento de seus pais. O pai era alcoolista, não lhe passava tranquilidade e tinha fortes discussões com sua mãe. A partir dessa idade André começou a querer ajudar a mãe, buscando formas de lhe proporcionar bem-estar, bem como de resolver os problemas de sustento da família. Com isso, foi assumindo muito precocemente responsabilidades que não eram suas, o que faz até hoje e que vem lhe causando preocupação crônica, acompanhada de sintomas de ansiedade e depressão. Isso corrobora uma hipótese existente na literatura de que pessoas com TAG poderiam ter tido relacionamentos difíceis com seus cuidadores (por negligência dos mesmos) e uma inversão de papéis. Os problemas do paciente se agravaram há quatro anos quando o seu segundo filho nasceu e ele não se sentia preparado para assumir mais uma responsabilidade. Devido ao seu estado, o paciente vem se sentindo muito frágil e vulnerável e tem uma crença sobre si de que é um fracasso e incapaz de superar dificuldades. Além disso, parece ver o mundo como algo perigoso, que pode pegá-lo de surpresa a qualquer momento e por isso ele deve estar sempre atento a tudo. Sua estratégia para lidar com a ameaça percebida é a de se preocupar excessivamente com tudo o tempo todo. Foi possível fazer um levantamento desses dados através da conceituação cognitiva o que irá facilitar na elaboração de um plano de trabalho para o paciente que é a próxima etapa do tratamento.

Mesa-redonda

tatitargino@bol.com.br

A EMPATIA NA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE: UMA COMPARAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICO E PRIVADO Patrícia de Souza Barros; Eliane Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Relação médico-paciente; empatia; público-privado

A empatia constitui-se numa habilidade interpessoal de extrema importância e vem sendo estudada e aplicada em diversas áreas da psicologia, bem como em todas aquelas que fazem uso do relacionamento humano na sua prática cotidiana. A medicina é uma das áreas que pode utilizar a empatia como componente da relação entre profissional e cliente, viabilizando inúmeros efeitos benéficos, tais como a aderência ao tratamento médico, a redução no nível de estresse do paciente, além de valorizar o aspecto emocional no processo do adoecer. O presente estudo avaliou a empatia na relação médico-paciente em redes pública e privada de saúde, através da concordância entre as avaliações dos médicos e dos pacientes sobre o desempenho dos primeiros durante uma consulta. Vinte médicos da rede pública e 20 da rede privada, bem como seus respectivos pacientes, responderam a um questionário que avaliava o modo como os primeiros (os médicos) se comportaram na interação com os seus pacientes. De acordo com dados da literatura, os resultados mostraram um baixo percentual de concordância entre as respostas dos médicos e de seus pacientes (56%), sendo esse percentual maior entre as díades do serviço privado (61,4%) do que do serviço público (50%). Dentre as discordâncias, revelou-se que os médicos da rede pública avaliaram-se de forma mais negativa do que os seus pacientes, enquanto os médicos da rede privada se avaliaram mais positivamente. Tais resultados sugerem uma baixa acuidade perceptiva dos médicos acerca do próprio desempenho social, que pode estar relacionada à deficiência do ensino médico acerca das habilidades de interação com o paciente. Ao mesmo tempo, parece que as condições de trabalho, o que inclui ambiente, físico, remuneração e o tipo de paciente, influencia a percepção da empatia dos profissionais em medicina bem como das necessidades de seus pacientes. Além disso, a percepção dos pacientes sobre a capacidade empática dos seus médicos parece sofrer influência de condições sociais e econômicas. Essa diferença parece estar associada a fatores sociais e educacionais, visto que o primeiro grupo de pacientes apresentou um baixo nível de escolaridade, o que pode estar ligado a uma maior passividade e aceitação das atitudes médicas, tornando esses pacientes menos exigentes do que o grupo usuário do serviço particular de saúde.

Mesa redonda

UMA EXPERIÊNCIA DE TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS EM GRUPO CLÍNICO HETEROGÊNEO Prof. Dr. Maurício Canton Bastos

(Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro); Profa. Dra. Mônica Portella (San Francisco State University e PUC - Rio de Janeiro) e Profa. Tânia Netto (Mestre em Psicologia pela University of Utah e IPAF – Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: Habilidades Sociais; Grupo; Vivências

O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) tem sido um campo que atrai cada vez mais investigadores e psicólogos devido ao amplo espectro de aplicações que permite. Na clínica psicoterápica, técnicas de treinamento têm sido desenvolvidas em âmbito individual e em grupo. No contexto de consultório é uma realidade para muitos psicólogos a dificuldade de estabelecer grupos homogêneos para tratamento, uma vez que a diversidade de pacientes e de queixas no âmbito das habilidades sociais é bastante grande. O objetivo deste trabalho é o de apresentar uma experiência com um grupo heterogêneo de pacientes (N=8) que apresentavam, entre suas queixas, alguma dificuldade no nível das relações interpessoais. A construção de um grupo heterogêneo se deveu à necessidade de dar suporte a pacientes que, apresentando problemas interpessoais, não constituíam número suficiente para formação de grupos homogêneos. Nesse empreendimento, planejamos uma estratégia com o objetivo de oferecer flexibilidade suficiente para manejar diferentes problemas num mesmo contexto. Para isso, desenvolvemos 4 componentes: um mecanismo de avaliação de necessidades; um mecanismo de vivência flexível; uma estratégia de conexão entre as necessidades avaliadas, sua manifestação durante o intervalo entre as sessões de grupo e seu manejo e discussão através das vivências; um mecanismo de generalização de resposta (tarefas entre sessões). Foram realizados 6 encontros de 1 hora e meia cada, atendendo aos seguintes critérios: 1– apresentação dos objetivos e organização do tratamento; 2– auto-apresentação do grupo; 3– educação a respeito do THS; 4– avaliação e discussão de expectativas; 5– avaliação das necessidades individuais; 6– implementação da estratégia de abordagem das necessidades individuais; 7– implementação das vivências em que cada participante realize tarefas relacionadas às suas dificuldades; 8– implementação de tarefas entre sessões; 9– discussão e feedback das vivências e tarefas. Após os encontros realizamos discussão a respeito das dificuldades levantadas e da efetividade do tratamento. Todos os pacientes relataram benefícios em relação às dificuldades e desejo de manter a continuidade do tratamento. Constatamos a utilidade da utilização do tema dos direitos assertivos como instrumento de discussão para diferentes dificuldades num grupo heterogêneo. Constatamos também a eficácia de vivências simbólicas flexíveis para adaptação a diferentes dificuldades. Concluímos pela necessidade de estabelecer propostas de critérios quantitativos para o desenvolvimento de um segundo grupo para uma segunda fase de investigação.

Mesa redonda.

cantontcc@terra .com.br

UM MODELO DE AVALIAÇÃO INTEGRANDO CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE EXPERIMENTAL, DA TERAPIA COGNITIVA E DA TERAPIA DO ESQUEMA. Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro) e Mônica Portella (San Francisco State University e PUC - Rio de Janeiro)

Palavras-chave: Avaliação-Formulação-Profundidade

Este trabalho tem por objetivo apresentar o modelo de avaliação e formulação de caso conforme vem sendo utilizado por nossa clínica social no atendimento de pacientes com queixas diversificadas para tratamento. Nosso modelo se baseia em contribuições da análise experimental do comportamento, da terapia cognitiva clássica e da terapia do esquema. Da análise experimental do comportamento, a análise funcional é uma ferramenta especialmente poderosa na investigação dos problemas atuais apresentados, conferindo objetividade e estrutura à avaliação inicial. Deste modo, a análise da queixa apresentada deve ser capaz de especificar os estímulos situacionais ou contextuais que antecedem o comportamento problemático, os componentes do comportamento problemático e as consequências do mesmo. A ênfase na manifestação presente dos problemas coloca o terapeuta em contacto com os exemplos mais recentes das dificuldades e, se possível, também o instiga ao testemunho do problema conforme acontece no “aqui e agora”, para observação e análise mais cuidadosa. Da terapia cognitiva clássica, o modelo cognitivo do esquema é uma contribuição que complementa e enriquece a análise funcional. Os conceitos de estrutura de crenças, crenças centrais, intermediárias e pensamentos automáticos, conferem à análise dos problemas um aprofundamento mais detalhado e microscópico. A investigação, neste ponto, exigirá o uso das técnicas desenvolvidas pelos terapeutas cognitivos para que se desvende o percurso que leva das variáveis cognitivas objetivas (pensamentos automáticos) aos constructos conceituais subjacentes (crenças e esquemas). As variáveis comportamentais da análise funcional são então enriquecidas com a inclusão de informações a respeito de crenças intermediárias e centrais. Da terapia do esquema, os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) são conceitos-chave para o aprofundamento da investigação até a história inicial do indivíduo, nos casos em que padrões de comportamento problemático têm sua origem nas primeiras experiências infantis. As ferramentas investigativas da terapia do esquema estão aqui à disposição do terapeuta para auxiliá-lo no desvendamento dessas experiências. O foco nas experiências infantis que estão na base da formação dos EIDs e das estratégias de *coping* adotadas ajuda-nos a entender a contínua reprodução de temas durante a história dos problemas crônicos de alguns pacientes. A integração destas contribuições nos permite desenvolver uma abordagem que focaliza tanto o problema atual quanto a história do paciente, de modo a proporcionar ao mesmo tempo uma psicoterapia profunda e objetiva.

Mesa Redonda
cantontcc@terra.com.br

A TERAPIA INDIVIDUAL COMO FERRAMENTA DE ATUAÇÃO NA RELAÇÃO CONJUGAL – UM ESTUDO DE CASO. (Monique Bertrand ,PUC/RJ, RJ)

Palavras-chave: terapia, relação conjugal, crenças.

A terapia de casal tem como foco o relacionamento dos cônjuges, que se apresenta insatisfatório e visa restabelecer a qualidade da união ou mesmo facilitar um processo amigável de divórcio. Tenho observado uma demanda na terapia individual para tratar questões da relação conjugal. Ao informar sobre os benefícios da terapia de casal, os clientes revelam a falta de disponibilidade do parceiro(a) em participar de um processo terapêutico, ou ainda a falta de condições financeiras para assumir mais um tratamento. Frequentemente as queixas dirigidas ao casamento estão relacionadas às crenças errôneas desenvolvidas pelo cliente em função de sua história pessoal. Segundo alguns autores, existe ainda uma série de mitos que favorecem a ocorrência de conflitos conjugais, sendo que a própria sociedade, através da mídia, passa a criar nos indivíduos uma expectativa muito difícil de ser alcançada. Recentemente, comecei o atendimento de uma mulher recém-casada que procurou ajuda por ser dominadora, possessiva e insegura no relacionamento com o marido. Ela é dezenove anos mais velha que ele, embora não pareça, por ser muito bonita, ter um estilo atlético e jovial. Ficou claro que seu jeito de se relacionar sempre fora esse, mesmo com parceiros anteriores da sua mesma faixa etária e até mesmo com amigas e com a irmã. A diferença de idade apenas acentuou o problema na relação amorosa atual. Lembra-se de muito cedo ter tido que se virar para ajudar a mãe e as irmãs. O pai era alcoólatra e ela via a mãe como fraca e o pai como distante da família. Na terapia ela se deu conta de sempre ser a forte nas relações, a que resolvia tudo e de ter relações muito “grudadas”. Verificamos que para ela ser próximo é ser simbiótico, é um ser tudo para o outro e mais ainda, que ela é valorizada pelo que é capaz de fazer pela outra pessoa, de modo que o crescimento pessoal do parceiro levará a falta de necessidade dela e a um possível abandono. Já seu marido vem de uma família com uma figura materna forte e dominadora e tem um temperamento dócil e conciliador, mas vem investindo no seu crescimento pessoal através da sua própria terapia individual e tem sinalizado para ela seus comportamentos de dominação, reclamando que ela melhora e o ajude em seus próprios esforços de maior autonomia. Ao longo da terapia ela foi reformulando seu conceito de amor e casamento, substituindo a idéia de fazer pelo outro por fazer com o outro, reagindo mais aos fatos do que a seus pensamentos disfuncionais, dando mais espaço para os projetos individuais do marido, sendo capaz de recusar uma relação sexual quando não estava com vontade (sem medo de ser abandonada por isso), encarando conflitos de interesses no manejo do tempo livre com mais naturalidade, ilustrando bem a contribuição do seu processo individual para a melhoria da relação conjugal.

Mesa-Redonda

UM CASO CLÍNICO DE DEPRESSÃO NA TERCEIRA IDADE. Estagiária:
Mônica Bucher Supervisora: Ana Claudia Corrêa de Ornelas Maia
(Universidade Estácio de Sá – Campus Resende- RJ)

Palavras-chave: depressão, reestruturação cognitiva e hipnose

Paciente com 69 anos, com queixa de depressão, relatando a falta de amizades, ocupações e falta de carinho da família. Ao se aposentar, por não conseguir mais arcar com as despesas, mudou-se para o interior do Estado, com sua família constituída por esposa, filha (solteira) e neto. Além do problema de depressão, ainda aos 60 anos começou a ter um problema orgânico, um tumor benigno na próstata, o qual o impossibilitou de continuar mantendo relações sexuais com sua esposa. Pelo fato de sentir dor no coito. Além da falta de um relacionamento sexual, o casal também, não trocava mais carinhos e afetos. Sua esposa sempre se comportou de uma maneira fria, evitando manter relações sexuais, e quando mantinha parecia um “cadáver”, segundo seus relatos, pois não demonstrava sentir nenhum prazer, não o abraçava, não o fazia carícias, muito menos emitia sons. O tratamento iniciou-se com a reestruturação cognitiva, com o objetivo de um melhor entendimento de tudo que estava acontecendo com ele e o que poderia melhorar. Primeiro, foi proposto ao paciente que procurasse a se ocupar com coisas, que o trouxessem prazer. Como sair para caminhar, ler livros, passear com a família. Enfim, ocupar o seu tempo ocioso. No início foi difícil, mas com o tempo ele começou a deixar o desânimo de lado e começou a interagir com a família, principalmente com o neto. Passou a caminhar, ir à biblioteca, cuidar do jardim e dessa forma foi adquirindo novas amizades. Outra técnica utilizada foi o registro de pensamentos disfuncionais (RPD). Onde ele tinha que relatar as sensações desagradáveis, que ocorriam durante o dia. Avaliar se esses medos eram reais ou imaginários e refletir sobre as possibilidades de resolver as situações, de forma com que houvesse o alívio da ansiedade e, conseqüentemente, permitindo a resignificação dos pensamentos automáticos e das crenças sobre as situações que o perturbavam. Depois de passado algumas semanas, o paciente percebeu ao fazer o relatório de pensamentos, que seus medos não tinham motivos, eram apenas crenças distorcidas da realidade. Outra técnica utilizada foi a hipnose, como uma forma de relaxamento, com o intuito de evocar sentimentos e pensamentos positivos anteriores aos processos já vivenciados pelo paciente, como suas relações profissionais, sociais e afetivas. Com relação a sua dificuldade sexual, foi proposto um treino em suas habilidades sociais que o possibilitou a ter mais conversas e carinho com a família como um todo, pois passou a expressar-se com mais assertividade. Hoje em dia, após um ano de terapia, o paciente obteve alta e se encontra muito bem, não se sente deprimido, pelo contrário está cheio de vida. Finalmente, conseguiu ocupar seu tempo através de atitudes simples, mas que estão de acordo com o seu bem estar, o que vem possibilitando ao cliente a acreditar que pode ter atividades diárias que o agradam, prevenindo assim, recaídas futuras de um transtorno de humor.

Mesa-redonda

O RELACIONAMENTO SEXUAL DENTRO DO CASAMENTO Fátima Campos
(consultório particular, R.J.)

Palavras – chave: Casamento, relacionamento sexual e sexualidade

O presente resumo tem por objetivo apresentar o resultado de um estudo bibliográfico sobre o relacionamento sexual dentro do relacionamento conjugal, a fim de saber, como esta nos dias de hoje a vida sexual das pessoas dentro do casamento? Mudou o papel da mulher e do homem. Hoje a mulher, é filha, mãe, esposa, amiga, mulher, dona de casa e uma profissional exemplar fora de casa. A escolha dos mesmos pelo companheiro e a forma do casal se relacionar também mudaram. Hoje a mulher já não é tão submissa no casamento e nem na relação sexual. Hoje a mulher trai, tanto quanto o homem. Deseja o prazer tanto quanto o companheiro (antes a mulher não se preocupava tanto com o seu prazer, apenas se preocupava com o prazer do companheiro). Muitas mulheres hoje pedem por sexo tanto quanto pedem por seu prazer. O casamento de hoje é reflexo das mudanças que ocorreram na sociedade, sendo assim, o homem, a mulher, a família e claro o casamento foram afetados. Em um casamento, o companheirismo, a solidariedade e o carinho vão aumentando na mesma medida em que o desejo sexual vai diminuindo. A explicação mais ouvida para isso é que a rotina do dia-a-dia transforma o sexo num hábito, e como tudo o que é habitual vai perdendo a sensação de prazer, ele vai sendo feito automaticamente. Outro motivo seria a chegada dos filhos que é de fato um momento delicado, quando a mulher normalmente deixa de priorizar sua sexualidade, para canalizar toda a sua energia na educação e criação dos filhos. Mesmo com a “criança” por perto, recomenda-se que o casal não deixe de reservar momentos de intimidade sozinhos. Conclui -se que, no que se refere ao foco do trabalho supracitado, o bom sexo é uma questão de estar em sintonia com os sentimentos e as preferências do parceiro. De fato, sob alguns aspectos, o bom sexo está tão relacionado a saber quando não fazer certas coisas quanto a saber exatamente o que fazer. O casal precisa mudar seu modo de pensar, deixando de julgar e avaliar para simplesmente ser e sentir. Em questões sexuais, julgar quase sempre nos coloca em uma situação difícil.

Mesa-redonda

UM ESTUDO SOBRE AS HABILIDADES SOCIAIS, A QUALIDADE DE VIDA E A DEPRESSÃO EM IDOSOS DE DIFERENTES GRUPOS SOCIAIS. Rachel Shimba Carneiro; Eliane de Oliveira Falcone e Cynthia Clark (Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ RJ).

Palavras-chave: habilidades sociais, qualidade de vida, depressão.

Os estudos atuais apontam que a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que este possa garantir melhor qualidade de vida. Assim, parece que as habilidades sociais e a qualidade de vida estão de alguma forma interligadas. Entretanto, pesquisas científicas nessa área que poderiam fornecer maior compreensão dessa relação são escassas. Diante de tais considerações, o presente estudo teve como objetivo investigar as habilidades sociais, a qualidade de vida, a depressão e a capacidade funcional de 30 idosos que freqüentam a Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI) da UERJ, 30 idosos de contexto familiar (residentes em seus lares e que não participam de Universidades da Terceira Idade) e 15 idosos que vivem em asilos. Como avaliação das habilidades sociais, foi utilizado o Inventário de Habilidades Sociais (IHS) de Del Prette e Del Prette, que compreende 5 fatores: (1.º) Enfrentamento e auto-afirmação com risco; (2.º) Auto-afirmação na expressão de sentimentos positivos; (3.º) Conversação e desenvoltura social; (4.º) Auto-exposição a desconhecidos e situações novas e o (5.º) Autocontrole da agressividade. Em relação à qualidade de vida foi utilizado o WHOQOL-ABREVIADO (instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde), que inclui quatro fatores: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. A depressão foi avaliada através da Escala de Depressão em Geriatria-15 de Almeida e Almeida. Por fim, a avaliação da capacidade funcional foi realizada através da Atividades Instrumentais de Vida Diária de Lawton e Brody. A partir dos dados obtidos nos instrumentos especificados acima, observou-se que os idosos que vivem em asilos, quando comparados aos idosos freqüentadores da UnATI/UERJ ou os idosos do contexto familiar apresentam um menor repertório de habilidades sociais e uma pior qualidade de vida. É importante considerar que ao comparar os três grupos do estudo, pôde-se observar que o grupo do asilo apresentou a maior percentagem de idosos com depressão. Os resultados desse estudo identificaram correlações estatisticamente significantes entre: o escore total da habilidade social e o escore total da qualidade de vida ($r=0,456$, $n=71$, $p=0,000$). Além disso, a partir dos resultados obtidos na Escala de Depressão em Geriatria-15 pode-se constatar uma relação inversa entre a depressão e as variáveis habilidades sociais ($r=-0,335$, $n=75$, $p=0,003$) e qualidade de vida ($r=-0,529$, $n=71$, $p=0,000$). Os conhecimentos gerados a partir desse levantamento podem fornecer subsídios para a implantação de Programas de Treinamentos de Habilidades Sociais específicos para terceira idade, contribuindo assim para uma maior qualidade de vida.

CAPES
MESA-REDONDA
shimba@nitnet.com.br

**DEPENDÊNCIA DAS MEDICAÇÕES ORAIS PARA DISFUNÇÃO ERÉTIL:
UM PROGRAMA DE TRATAMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL,
Antonio Carvalho, (UNESA, RIO DE JANEIRO, RJ).**

Palavras-chave: DISFUNÇÃO ERÉTIL, DEPENDÊNCIA, MEDICAMENTOS.

Não podemos negar que os medicamentos para ereção são eficazes, principalmente para os homens que apresentam transtorno de ereção, tendo como etiologia ansiedade de desempenho sexual. Em geral, estes homens acabam por fazer uso destas drogas de forma indiscriminada, tendo em vista a facilidade em adquiri-la e a falta de orientação quanto a necessidade de um acompanhamento psicoterápico. O medo de um mau desempenho, paradoxalmente, é o que acarreta a disfunção erétil, sendo assim, este medo deve ser o foco do tratamento, o que não acontece com o uso dos medicamentos. A ingestão das drogas em um primeiro momento reduz o medo, reforça-o, mantendo um círculo vicioso de dependência da medicação oral e perpetuação da fobia. O programa de tratamento para estes casos é dividido em procedimentos básicos e específico, consistindo nos seguintes passos. Procedimentos Básicos: a) Informações sobre a doença e o tratamento; educar o cliente sobre como o seu medo acarreta ansiedade e como este age no mecanismo de ereção e ejaculação, descrever detalhadamente o tratamento e a importância das crenças na manutenção dos sintomas, descartar com o cliente qualquer possibilidade de queixa orgânica, esclarecer a farmacocinética das drogas, demonstrar graficamente como o uso dos medicamentos, indiretamente aumenta a ansiedade b) Análise das situações de uso da medicação; identificar os contextos em que o medicamento é utilizado e sua dosagem, hierarquizar situações sexuais que causam ansiedade. c) Discussão sobre crenças sexuais; rever com o cliente a sua educação sexual, e orientá-lo a prestar atenção em seus pensamentos automáticos, estar atento a busca por padrões de respostas sexuais inatingíveis, avaliar pensamentos em termos de tudo ou nada, compreensão da resposta sexual da(o) parceira(o). d) Modificação de pressupostos distorcidos, ensinar ao cliente a ser mais flexível e menos exigente e deixar claro que a busca por uma ereção perfeita o levará a um quadro de maior ansiedade e conseqüentemente uma pior resposta de ereção. e) Treinamento de Assertividade, propor uma melhora na comunicação sexual do casal, facilitando a negociação de scripts sexuais. Procedimento Específico: a)Exposição; sem utilização de medicamentos, é proposto ao cliente criar com sua (seu) parceira (o) situações sexuais, porém sem intercuro sexual, a exposição deve ter duração de aproximadamente 90 minutos e ser durante um determinado período sistemática, o seu principal objetivo é ensinar ao cliente a focalizar a atenção em outros estímulos sexuais que não sejam apenas genitais e fazê-lo ter uma percepção do desenvolvimento da ansiedade e inibi-la antes que as cognições negativas cresçam em progressão geométrica. Sem ansiedade e diante do estímulo erótico é esperado que a ereção ocorra. Este programa de tratamento objetiva de que a ereção obtida pelo cliente deva ser conseqüência do prazer alcançado na sua relação sexual, porém os homens na ânsia de um melhor desempenho invertem a ordem natural e buscam a ereção para ter prazer.

Mesa-redonda
psicarvalho@uol.com.br

STRESS EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE Liliane de Carvalho – (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ) Lucia Emmanoel Novaes Malagris - (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: *Stress*; Posto de Atendimento Médico (PAM); profissionais de saúde

Os profissionais de saúde necessitam estar atentos à sua saúde física e mental, pois disso depende a qualidade de seus atendimentos. Pesquisas para avaliação da saúde do profissional de saúde são fundamentais para contribuir na manutenção da qualidade dos serviços, fato que justifica o presente estudo. Os objetivos da pesquisa foram detectar a presença de *stress* entre profissionais de saúde; identificar a fase do *stress* na qual cada profissional se encontrava, bem como a predominância de sintomas físicos ou psicológicos em cada fase e comparar o nível de *stress* entre as diferentes categorias profissionais. Participaram do estudo, 31 profissionais de nível superior, que atuavam no Posto de Atendimento Médico (PAM) Rodolpho Rocco, no Rio de Janeiro, assistencialmente e/ou em cargos de chefia. Todos foram submetidos ao Inventário de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e a um Questionário Informativo (QI), cujo objetivo foi levantar dados pessoais e profissionais dos mesmos. As aplicações aconteceram no próprio PAM, respeitando os horários disponíveis dos profissionais em questão. No que se refere aos resultados, observou-se que dos 31 profissionais entrevistados, 13 deles (42%) não apresentaram nenhum nível de *stress*, ao passo que 18 (58%), mostraram-se estressados. Neste último grupo, 17 (94%) estavam na fase 2 do *stress* - Resistência – e 1 (6%) se encontrava na fase 3, de Quase-Exaustão. Com relação à prevalência de sintomas, constatou-se que em 10 (56%) profissionais estressados, houve predominância de sintomas físicos, em detrimento da sintomatologia psicológica, apresentada por apenas 8 (44%) profissionais estressados. No que diz respeito à profissão, dos 18 profissionais estressados, 3 (16,6%) pertenciam a categoria de assistência social, com igual número e porcentagem para a enfermagem e medicina. Verificou-se que os grupos de cirurgiões-dentistas, fonoaudiólogos, nutricionistas e médicos que acumulavam funções de chefia, cada qual, possuía 2 (11,1%) profissionais estressados. Apenas 1 (5,5%) profissional de fisioterapia, dentre os 2 da amostra, estava estressado. Aqueles que só desempenhavam cargos de chefia (4) não estavam estressados, assim como também não estavam estressados 1 fisioterapeuta, que também acumulava a função de chefia, e 2 psicólogos. A análise estatística que buscou verificar relações entre o nível de *stress* e itens do QI mostrou que não há relação de dependência entre *stress* e sexo, faixa etária, estado civil, número de filhos, profissão, tempo de serviço e tempo de serviço no PAM. Conclui-se que o índice de estressados encontrados é preocupante, considerando tratar-se de profissionais de saúde. A predominância de estressados na fase de Resistência (94%) confirma o inquietante quadro, na medida em que esta fase do *stress* está associada a prejuízos importantes na qualidade de vida do profissional, interferindo diretamente em suas práticas. Interessantemente, aqueles que atuavam em cargos de chefia unicamente (4) não estavam estressados, em oposição aos que acumulavam tal responsabilidade à assistência ao paciente. Supõe-se que a prática da assistência, que leva o profissional ao contato direto com o sofrimento, o torna mais vulnerável ao *stress*. O fato dos psicólogos não estarem estressados pode se relacionar à utilização de estratégias psicológicas para controle do *stress* em seu cotidiano.

Mesa-redonda

Transtorno Obsessivo Compulsivo: exposição de uma experiência clínica Marcelle Regine de Carvalho (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: terapia cognitivo comportamental, transtorno obsessivo compulsivo, caso clínico

O Transtorno Obsessivo Compulsivo, de acordo com a Associação Psiquiátrica Americana, caracteriza-se por pensamentos ou imagens intrusivos e recorrentes, difíceis de serem afastados da mente. Mesmo que tais pensamentos ou imagens sejam considerados ilógicos, são acompanhados de muito desconforto/ansiedade. De forma a neutralizar tais pensamentos ou imagens e diminuir, conseqüentemente, a ansiedade, há a execução de rituais ou compulsões de forma a afastar perigos ou danos presentes no conteúdo das obsessões. Tendo em vista o Transtorno Obsessivo Compulsivo ser um transtorno mental que em muito pode acometer a qualidade de vida de seus portadores de forma a, geralmente, incapacitá-los socialmente e para o trabalho, além de poder acarretar grande e permanente sofrimento, nota-se a importância do constante estudo das características deste transtorno e da pesquisa que vise o aperfeiçoamento das estratégias de intervenção utilizadas em seu tratamento. Este trabalho tem como objetivo descrever o atendimento baseado na Terapia Cognitivo-Comportamental de uma mulher de 52 anos que apresenta Transtorno Obsessivo Compulsivo há aproximadamente 30 anos. Ela, ao início do tratamento, apresentava obsessões relacionadas à preocupação excessiva com contaminação e rituais de limpeza e evitação. Apresentava também rituais mentais que neutralizariam pensamentos sobre morte ou possíveis insultos a pessoas queridas. O tratamento baseou-se principalmente em estratégias comportamentais de exposição e prevenção de respostas, de acordo com o que a literatura sobre o transtorno narra ser eficaz. A exposição, baseada em uma hierarquia crescente de itens em relação ao desconforto do cliente, tem como principal efeito aumentar instantaneamente a ansiedade de forma que, mesmo com a não apresentação dos rituais, a paciente identifique que a ansiedade também decresce. Como há uma redução da ansiedade, é provável, então, que a realização de rituais não mais se faça necessária. A prevenção de respostas trata de impedir a execução de rituais ou qualquer tipo de comportamento que possa vir a servir ao propósito de diminuir a ansiedade. Concomitantemente à psicoterapia ocorreu tratamento medicamentoso. A partir do tratamento pôde-se verificar grande melhora na qualidade de vida da cliente, não apenas no que diz respeito ao cessar dos rituais, mas também em diversos aspectos como: humor, relacionamentos sociais e afetivos, tempo livre para dedicar-se a atividades prazerosas. A cliente ainda relata a presença de obsessões ligadas a morte ou insultos, porém não mais realiza os rituais mentais. Com a narrativa deste atendimento, pretende-se intercambiar informações sobre o tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo de acordo com a Terapia Cognitivo-Comportamental, confirmando a possibilidade de eficácia de suas estratégias de intervenção psicoterápica.

Mesa-redonda
marcelecarvalho@aol.com

UM CASO CLÍNICO NO SPA DE TRANSTORNO DO PÂNICO Estagiária: Pamela Brito Pessoa de Carvalho Supervisora: Ana Claudia Corrêa de Ornelas Maia (Universidade Estácio de Sá –Campus Resende- RJ)

Palavras-chave: Transtorno do Pânico; Depressão; Conquistas.

Uma mulher de 48 anos, casada, mãe de 2 filhas que chegou até o SPA da Universidade Estácio de Sá, em Resende, com o diagnóstico de Transtorno do Pânico e Depressão Grave. A mesma já faz tratamento psiquiátrico por muito tempo. Já fez terapia durante 9 anos, mas saiu por sentir que não estava tendo melhoras. Já passou por 2 internações, sendo a primeira “enganada” pela família dizendo que seria um passeio. A queixa principal desta cliente refere-se ao fato de não conseguir sair de casa e de sentir-se muito mal estando perto de pessoas. As suas sensações eram de: tonteira, taquicardia, palpitações, suor, falta de ar e um medo muito grande. Segundo seus relatos sente “medo de ter medo”. Numa outra ocasião queixou-se que ouvia vozes chamando por ela o tempo todo, o que nos fez levantar a hipótese de um quadro de psicose que veio a ser confirmada pelo psiquiatra que a acompanha. Através da Terapia Cognitivo-Comportamental, passamos a trabalhar as crenças que tinha com relação as pessoas e as situações, os pensamentos catastróficos e persecutórios e o pânico. Utilizamos para o tratamento, o uso dos registros de pensamentos disfuncionais, questionamentos sobre os pensamentos que a atormentavam no intuito da cliente entender se os medos eram provenientes de algo real ou imaginário, muito relaxamento com o objetivo de ajudá-la a perceber que pode ter o controle do seu corpo, ou seja, que pode controlar a ansiedade, utilizamos também a técnica de Dessensibilização Sistemática, com a finalidade de possibilitá-la um enfrentamento gradual das situações fóbicas por ela registradas nas sessões. A cliente foi orientada a trazer para as sessões um caderno onde anotaria as evoluções e os exercícios de casa, pois segundo a mesma, sentia dificuldades de se lembrar em casa das coisas boas que haviam sido ditas na terapia e dos exercícios que tinha a fazer. Na própria sessão terapêutica foi gravado numa fita cassete um relaxamento para que a cliente pudesse realizá-lo em casa, mediante suas dificuldades de relaxar sozinha. A cliente com este material deveria pelo menos 2 vezes ao dia ouvir e praticar o relaxamento. Este exercício tinha como objetivo treiná-la a relaxar, mostrando que não dependia do terapeuta para isto. A paciente ainda permanece em tratamento no SPA, porém já foram observados grandes avanços como: extinção dos pensamentos catastróficos, diminuição de quase por completo das vozes a chamando, enfrentamentos de situações que antes eram tidas como causadoras de profundos sofrimentos. Hoje em dia, consegue ir à rua e estar perto das pessoas, bem como tem frequentado à igreja e sente-se bem. O episódio de maior mérito, segundo ela, foi quando num dia de domingo, durante a noite (período que tinha maior temor), conseguiu ir com o afilhado de 9 anos ao circo, isso a fez sentir como uma pessoa capaz de ter uma vida “normal”. Faz-se necessário ainda reforçar sempre com a cliente as suas conquistas, trabalhando as suas crenças de sentimentos de mais valia e realizando um treinamento de suas habilidades que demonstram uma grande evolução na terapia.

Mesa-redonda

BURNOUT EM PSICÓLOGOS DA SAÚDE Giselle do Couto Costa (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ) Prof^a Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: Psicologia da saúde; *burnout*; *stress*.

O *stress* laboral crônico pode levar ao *burnout*, quadro que se desenvolve progressiva e dinamicamente, causando prejuízo na relação profissional. Suas características principais são: Exaustão Emocional (falta de energia e de recursos para lidar com as rotinas profissionais); Despersonalização (sentimentos e atitudes negativos em relação ao cliente) e Baixa Realização Profissional. Apesar do crescente interesse na qualidade de vida no trabalho, pesquisas sobre *burnout* devem ser ampliadas, fato que justifica o presente estudo. Participaram 35 Psicólogos da saúde de diferentes instituições e cidades. Responderam ao Inventário de Burnout para Psicólogos (IBP), cujo objetivo é analisar os sintomas do *burnout* a partir das 3 dimensões de Maslach (Exaustão Emocional, Despersonalização e baixa Realização Profissional) e a um Questionário Informativo com dados biográficos e profissionais. Na análise do IBP, a dimensão Exaustão Emocional apresentou média de 22,9 indicando índice de esgotamento elevado, pois a média esperada é 23-25 pontos. Com relação à Despersonalização, a média foi 21,1, sugerindo presença de atitudes e comportamentos interpessoais distantes emocionalmente dentro do normalmente encontrado, pois a média esperada situa-se 18-23 pontos. Com relação à Realização Profissional, a média encontrada foi de 49,2 pontos, correspondendo à média esperada de Realização Profissional (44-51 pontos). Dos 35 Psicólogos, apenas 1 apresentou *burnout* (altos índices em Exaustão Emocional e Despersonalização e Realização Profissional abaixo da média, concomitantemente). Dezoito (51,5%) profissionais apresentaram baixos escores em Exaustão Emocional e Despersonalização e elevados em Realização Profissional, refletindo uma condição ideal. Nove (25,7%) profissionais tiveram escores elevados em Exaustão Emocional, desses últimos 7 (77,8%) apresentaram também índices elevados em Despersonalização, entretanto eles apresentaram elevados escores em Realização Profissional, excluindo a existência de *burnout*, mas é possível que estes Psicólogos estejam caminhando para o *burnout* total. Outra análise feita distribuiu os itens de um modo geral, sem classificá-los de acordo com os aspectos propostos pela autora do inventário Verificou-se que os 10 itens com maior pontuação foram os relacionados à Realização Profissional. Já os 3 itens com menor pontuação referiram-se ao aspecto de Despersonalização. Pode-se observar que aproximadamente a metade (51,5%) dos profissionais avaliados encontra-se numa condição ideal, demonstrando saberem lidar com os problemas dos pacientes, sem que os mesmos interfiram na sua condição física e emocional. Foi verificado que alguns, mesmo sofrendo exaustão emocional e despersonalização, consideram-se realizados, o que nos leva a pensar na possibilidade desses profissionais valorizarem tanto o emprego, que se sentem realizados independente do sofrimento do dia-a-dia, pois o mercado de trabalho de trabalho no Brasil é bastante escasso. Também se pode pensar que o amor pela profissão é tanto que mesmo sofrendo continuam tendo prazer nas tarefas. O fato de que os itens menos marcados foram os referentes ao aspecto Despersonalização revela que a capacidade de empatia, valorização do paciente e disponibilidade com estes não está afetada para a maioria dos profissionais avaliados. Sugere-se um trabalho de intervenção para controle do *stress* ocupacional específico para os psicólogos da área da saúde para evitar a possibilidade do *burnout* e, assim, colaborar para a qualidade do atendimento aos pacientes.

Mesa-redonda

gisellecouto@yahoo.com.br

UM CASO CLÍNICO DE DEPRESSÃO, COM TRATAMENTO A PARTIR DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. Rafael Thomaz da Costa
(Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: depressão maior, terapia cognitivo-comportamental, distorções cognitivas

A depressão traz grandes sofrimentos e prejuízos ao desempenho social e ocupacional. Levando-se em consideração que cerca de 17% da população mundial teve ou terá um episódio de depressão grave, é de grande importância fazer uma revisão do uso da abordagem Cognitivo-Comportamental nesse quadro. A TCC é uma abordagem estruturada, diretiva, ativa e de prazo limitado. Tem o objetivo de ajudar o paciente a agir e pensar de forma mais realista e adaptativa. O paciente J., atendido na DPA da UFRJ, não tinha nenhuma comorbidade. A recuperação do paciente se deu em 15 sessões, principalmente devido ao seu forte empenho para com as tarefas propostas. J. era um advogado de 32 anos, solteiro, que trabalhava autonomamente. Há 14 anos convivia com episódios recorrentes de depressão. Fazia tratamento psiquiátrico há um ano e uso de clormipramina. Seus principais sintomas eram: tristeza, desânimo, choro fácil, cansaço, reduzido apetite sexual, pensamentos constantes de menos valia, isolamento social, entre outros. Por ser o único filho homem, J. sempre foi cobrado pelos pais, os quais depositavam seus sonhos de que ele se tornasse um advogado “super bem sucedido, rico e famoso”. Nunca recebia elogios e era constantemente humilhado pelos pais. Viveu seu melhor momento na faculdade, onde tinha um bom relacionamento social. Sofreu com a pressão do mercado de trabalho, arrumou um bom emprego e depois de alguns anos de serviço intenso e estressante, finalmente seria promovido a chefe, mas foi demitido devido a problemas financeiros da empresa. Na primeira consulta J. narrou seus relacionamentos familiares conturbados e seu momento profissional ruim. Descrevia o quanto se considerava um “fracasso total” e o quanto estava desesperançoso quanto ao seu futuro, chegando mesmo a afirmar que preferiria morrer, apesar de não ter coragem de tentar suicídio. Seu BDI acusava o escore 39. Sofria uma depressão grave. Algumas das intervenções utilizadas foram: questionamento socrático, experimentos comportamentais (hipóteses e avaliação), *continuum* cognitivo, uso dos outros como referência, reforço de novas crenças centrais, contrastes extremos, desenvolvimento de metáforas, reestruturação de memórias antigas, RDPD, resolução de problemas, assertividade, lista de vantagens e desvantagens, planejamentos futuros e controle das atividades diárias, além do trabalho sobre as crenças 1 e 3 de Ellis. A partir destas J. avaliou suas visões negativas sobre si, o mundo e seu futuro, pôde reestruturar algumas distorções e pensar de forma mais realista e adaptativa e manter-se ativo, controlando suas ações e tendo uma perspectiva de futuro. Aos poucos seu BDI foi regredindo, atingindo na 13ª sessão o escore 11. O paciente aprendeu a lidar melhor com sua família, percebeu que o que é ser um profissional de sucesso para seus pais era diferente de sua visão de ser bem sucedido e seu relacionamento amoroso melhorou juntamente com sua auto-estima. J. se prepara para fazer mestrado e tentar concursos públicos. Faz atividade física e realiza outras atividades prazerosas. Já consegue lidar melhor com a pressão do mercado e não sente mais medo de “desistir no meio do caminho” por se sentir incapaz.

Mesa-redonda

faelthomaz@ig.com.br

Terapia Cognitivo-Comportamental do Transtorno da Compulsão Alimentar Periódica Fernanda Coutinho – (consultório Particular, Rio de Janeiro, RJ); Mônica Duchesne (Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares – IEDE/ PUC/ UFRJ).

Palavras-chave: compulsão alimentar, terapia cognitivo-comportamental, modelo de tratamento.

O transtorno da compulsão alimentar periódica, segundo o DSM-IV –TR, é caracterizado por episódios recorrentes de comer compulsivo. Ocorrendo pelo menos duas vezes por semana, durante seis meses. Nos episódios de compulsão alimentar periódica estão associados três ou mais dos seguintes itens: comer muito mais rápido do que o normal; comer até se sentir incomodamente farto; comer grandes quantidades de alimento, quando não fisicamente faminto; comer sozinho por embaraço pela quantidade de alimentos que consome; sentir repulsa por si mesmo, depressão ou demasiada culpa após comer excessivamente. O paciente apresenta acentuada angústia relativa à compulsão alimentar periódica, procurando esconder os episódios e controlando o comportamento alimentar em público. O que difere este transtorno da bulimia nervosa é a ausência de comportamentos compensatórios inadequados, como uso abusivo de laxante, vômito auto-induzido, uso regular de diurético ou enemas. Além disso, os pacientes com diagnóstico de transtorno da compulsão alimentar periódica apresentam majoritariamente quadro de obesidade moderada a grave, mesmo muitas vezes fazendo dietas. O modelo de tratamento a ser apresentado é uma adaptação dos procedimentos cognitivo-comportamentais descrito por *Fairburn* et al. que incluem dezenove sessões divididas em três estágios. O primeiro tem o objetivo de reduzir os episódios de compulsão alimentar e desenvolver hábitos alimentares saudáveis, este estágio é focado no comportamento. Coloca em evidência questões como a manutenção dos episódios e sugere comportamentos alternativos. Contem oito sessões semanais. O segundo estágio, com o mesmo número de sessões do primeiro, privilegia os aspectos cognitivos, trabalhando o sistema de crenças dos pacientes. Aborda questões como peso e imagem corporal. O último estágio, de manutenção, contém três sessões quinzenais, objetivando assegurar as melhoras obtidas ao longo do tratamento e trabalhando possíveis dificuldades futuras. Alguns procedimentos depois de implementados são mantidos durante o restante do tratamento são eles: registros de auto-monitoria, adesão e manutenção de atividade física, controle de estímulos técnica de resolução de problemas, registro de pensamentos automáticos, análise dos pensamentos disfuncionais e exposição e prevenção de respostas. Esse modelo de tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica vem demonstrando bons resultados na redução dos episódios de compulsão alimentar, chegando até mesmo a zerar o número de episódios totalmente. Conseqüentemente há em um número significativo de pacientes uma diminuição do peso corporal e melhora na auto-estima.

Mesa-redonda
f.coutinhosouza@uol.com.br

CIRURGIA BARIÁTRICA E TRANSTORNOS ALIMENTARES Mônica Duchesne (Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares – IEDE/ PUC/ UFRJ).

A obesidade caracteriza-se pelo acúmulo excessivo de gordura no tecido adiposo. Ela vem aumentando de maneira progressiva e é atualmente considerada uma epidemia global. No Brasil houve um crescimento na prevalência da obesidade de 70% entre as décadas de 70 e 80. Um estudo de base populacional realizado na cidade do Rio de Janeiro encontrou uma prevalência de 12 % de obesidade e de mais de 1/3 de sobrepeso em adultos. A obesidade é classificada de acordo com o índice de massa corporal. Esse índice é definido como o peso em quilogramas dividido pela altura ao quadrado, em metros (kg/m^2). Considera-se obesidade grau I quando o índice de massa corporal está entre 30 e $34,9 \text{ kg}/\text{m}^2$, obesidade grau II quando está entre 35 e $39,9 \text{ kg}/\text{m}^2$ e obesidade grau III quando o índice de massa corporal é maior do que $40 \text{ kg}/\text{m}^2$. A obesidade causa prejuízos à saúde do indivíduo, tais como: diabetes, hipertensão arterial, coronariopatias, dislipidemias e outras doenças crônicas. Além disso, ela pode associar-se a problemas psicossociais e piora na qualidade de vida. Além dos tratamentos convencionais para obesidade, tais como: psicoterapia, reorientação nutricional, uso de agentes antiobesidade e prática regular de exercícios físicos, a cirurgia bariátrica é considerada uma alternativa para obesos graves que não respondem às terapêuticas tradicionais. São candidatos à cirurgia bariátrica pacientes que evidenciem: (1) a presença de um índice de massa corporal maior ou igual a 40; ou (2) a presença de um índice de massa corporal maior ou igual a $35 \text{ kg}/\text{m}^2$ associado à comorbidades clínicas (hipertensão arterial, diabetes, dislipidemia, apnéia do sono) e, (3) um mínimo de 5 anos de evolução da obesidade tratada através de intervenções clínicas convencionais, realizadas por profissionais qualificados. O primeiro método cirúrgico para tratamento de obesidade surgiu na década de 50 e, desde então, as técnicas cirúrgicas vem evoluindo consideravelmente. Há vários métodos disponíveis atualmente, baseados em diferentes mecanismos de perda de peso. O presente trabalho detalhará algumas indicações, contra-indicações e resultados obtidos com a cirurgia bariátrica. Será enfocada a questão da presença de transtornos alimentares no pré e no pós-operatório da cirurgia. Além disso serão discutidas estratégias terapêuticas que favorecem o aumento ou manutenção dos resultados obtidos com a cirurgia.

Mesa – redonda
mduchesne@rionet.com.br

REAÇÕES POSTURAS A ESTÍMULOS COM CONTEÚDO AFETIVO Livia Dumont Facchinetti; Luís Aureliano Imbiriba; José Magalhães de Oliveira; Cláudia Domingues Vargas; Eliane Volchan (Laboratório de Neurobiologia II – Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho – Universidade Federal do Rio de Janeiro)

Palavras-chaves: Imobilidade; afiliativo; oscilação corporal.

Alterações posturais foram recentemente demonstradas em humanos durante a visualização de fotos de corpos mutilados em comparação a de objetos (Azevedo et al., 2005). Tal estudo demonstrou a ocorrência de um comportamento de imobilidade (“freezing”) em resposta às figuras aversivas. Recentemente, Porges (2005) propôs que além do congelamento defensivo, os mamíferos apresentariam inibição dos movimentos durante as atividades pró-sociais, incluindo concepção, nascimento, cuidados com a prole e estabelecimento de laços sociais. Logo, neste estudo, objetivou-se testar: (1) a reprodutibilidade desse comportamento quando se contrasta a apresentação de fotos de mutilados com fotos neutras de pessoas e (2) se fotos agradáveis de bebês e famílias modulam as oscilações corporais. Participaram deste estudo 44 homens com idade média igual a 23anos. Tais indivíduos foram instruídos a permanecer de pé sobre uma plataforma de força enquanto as fotos eram apresentadas num monitor posicionado a 50 cm de distância de seus olhos. A área; o desvio-padrão; a posição média e a frequência de deslocamento do centro de pressão, em ambos os eixos ântero-posterior e médio-lateral, foram analisados. A frequência cardíaca também foi continuamente monitorada. O desenho experimental consistiu na apresentação de 4 blocos de figuras: 1 bloco agradável (16 fotos de cenas de famílias e bebês); 1 bloco desagradável (16 fotos de corpos mutilados) e 2 blocos neutros (32 fotos de faces neutras e situações cotidianas), sendo cada figura exposta por 3 segundos. As figuras de cada bloco neutro - Neutro 1 (N1) e Neutro 2 (N2) – foram estrategicamente selecionadas a fim de permitir o pareamento do fator complexidade entre os blocos neutros e os blocos agradável e desagradável, respectivamente. Comparando-se o bloco de fotos de pessoas mutiladas com o de pessoas neutras, encontrou-se redução da amplitude de oscilação corporal (área e desvio padrão médio-lateral) e um aumento da frequência no eixo médio-lateral, além de bradicardia. O bloco de fotos agradáveis provocou importante modulação sobre o eixo sagital, resultando em um deslocamento posterior, aumento significativo da frequência e tendência à diminuição da amplitude de oscilação (desvio-padrão). Nós observamos uma reação defensiva de congelamento durante a observação de figuras de corpos mutilados, caracterizado pela bradicardia, imobilidade e rigidez corporais, confirmando os resultados já descritos previamente por nosso laboratório. A modulação do controle postural para as figuras agradáveis de bebês e famílias concorda com a proposta de Porges (2005), sugerindo a ocorrência do comportamento de imobilização sem medo durante as atividades de engajamento pró-social. O resultado de deslocamento posterior durante a exposição aos estímulos afiliativos pode estar relacionado à tendência de “trazer para si” que, constitui uma das formas de aproximação.

Apoio Financeiro: CAPES, PRONEX

Mesa-redonda
dumont@biof.ufrj.br

UM CASO DE IDEALIZAÇÃO SUICIDA E ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS Carla Costa Fernandes (aluna da Universidade Veiga de Almeida – Rio de Janeiro – RJ), Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro- RJ)

Palavras-Chave: Idealização Suicida; Esquemas; Habilidades Sociais

Este trabalho diz respeito a uma avaliação cognitivo-comportamental de um caso de pensamentos autodestrutivos associado ao suicídio do pai. Temos como objetivo ilustrar a integração da análise funcional com conceitos reunidos da terapia cognitiva clássica e da terapia do esquema. Trata-se de uma paciente que buscou terapia com a queixa inicial de desavenças com a mãe, idealização suicida, culpa pelo suicídio do pai e necessidade de sempre querer agradar aos outros com medo de ficar só. Além disso, relatou a necessidade de sempre se mostrar bem para não gerar preocupação. A análise funcional das queixas teve como foco principal o problema atual conforme descrito anteriormente. Identificamos as diversas situações de estímulo onde o problema ocorre. Buscamos produzir a mudança cognitiva, mudança no pensamento e no seu sistema de crenças (que influenciariam suas percepções), visando promover mudança emocional e comportamental duradoura. A partir da investigação da história da paciente, encontramos experiências infantis importantes para a formação de esquemas iniciais desadaptativos. Foi feito um registro de humor, o qual forneceu informações sobre emoções e sintomas atuais do paciente e a fez refletir sobre seu próprio estado de humor e sobre seus comportamentos, permitindo-a identificar sentimentos e classificá-los em uma escala. Também foi feito um índice de porcentagem de culpa pela morte do pai e outras evidências (caso não fosse cem por cento) para usar como um guia para classificações futuras. Aprender a classificar a intensidade das emoções auxiliou-a a testar essa crença. Posteriormente fizemos o teste da cadeira vazia pedindo para reproduzir a cena de uma briga com sua mãe em que acaba incorporando passivamente suas intrigas para não deixá-la nervosa. A paciente acusou, pediu, e falou ao ocupante imaginário da cadeira vazia. Esta técnica é especialmente útil para que os pacientes reconheçam o ponto de vista dos outros. Realizamos o treinamento em habilidades sociais como tentativa direta e sistemática de ensinar estratégias e habilidades interpessoais para melhorar sua competência interpessoal e individual nos tipos específicos de situações sociais. O comportamento socialmente habilidoso é esse conjunto de comportamentos emitidos por um indivíduo em um contexto interpessoal que expressa sentimentos, atitudes, desejos, opiniões ou direitos de um modo adequado à situação, respeitando esses comportamentos nos demais e que geralmente resolve problemas imediatos da situação, minimizando a probabilidade de futuros problemas. Concluímos que é importante colocar para o paciente a natureza e a trajetória de seu transtorno a partir de uma formulação objetiva e integrada do modelo cognitivo com a terapia do esquema.

Mesa redonda
carla_cpsi@hotmail.com

TÍTULO: UM CASO CLÍNICO NO SPA DE FRACASSO ESCOLAR E COMPORTAMENTO AGRESSIVO NA ADOLESCÊNCIA. Carolina de Souza Ferreira, Ana Claudia Corrêa de Ornelas Maia (Universidade Estácio de Sá – Campus Resende- RJ)

Palavras-chave: agressivo, nazista, hedionda.

Paciente com 12 anos, encaminhado pela escola por fracasso escolar. Na entrevista inicial com a presença da mãe, esta relatou que o filho apresentava comportamento agressivo, e sempre era chamada na escola devido aos maus comportamentos. O paciente mostrou-se orgulhoso de seu comportamento, ficando muito excitado ao contar suas artimanhas, demonstrando-se pouco cooperativo e interessado na terapia, colocando claramente só estar ali por causa da mãe. O paciente ainda relatou com orgulho que seu bisavô teria sido “o braço direito de Adolf Hitler”, durante o governo nazista na Alemanha, pois segundo ele foi uma pessoa importante na família que fez história, encontrando seu nome nos livros de história. Relatou inúmeras vezes sua vontade de encontrar esse bisavô, relata que gostaria de ter vivido naquela época para poder lutar pelo governo nazista, e ainda relatava ter o sonho de um dia ir à Alemanha, reunir novamente pessoas para reinstalar aquele governo. Também foi observado que ele marcava no seu braço o símbolo do nazismo se cortando, em partes “escondidas”. A história do bisavô foi confirmada pela mãe, que não demonstrou nenhuma valorização do passado familiar, relatou que sua avó teve os olhos furados na Alemanha quando era criança. Foi constatado que a sua valorização da violência não se tratava de falta de conhecimento da natureza, mas sim do não reconhecimento da característica hedionda. O paciente relatava sentir-se incompreendido pelas pessoas, pois se considerava um gênio, achando que todos os outros precisavam de terapia e não ele. Como o paciente relatava que seu problema com a escola era simplesmente a dificuldade de se concentrar nas tarefas, iniciamos o tratamento com relaxamento muscular acompanhado da reestruturação cognitiva. Como o paciente não respondia ao tratamento, tendo alto nível de absenteísmo e pouca cooperação com a terapia, comecei a utilizar terapia racional emotiva comportamental (TREC), a qual ele respondeu bem, não faltando mais e comprometendo-se com a terapia. Através de TREC foi trabalhada a sua valorização da violência, atingindo assim seus comportamentos e crenças. Para trabalhar seu comportamento escolar, foi utilizado o reforço positivo com bons resultados. Com o comportamento modificado o paciente começou a sentir uma certa apatia, por não se sentir mais especial. Então comecei a mostrar para ele o quanto havia coisas especiais e interessantes nele através da reestruturação cognitiva, o treino em habilidades sociais e a valorização dos desenhos artísticos que ele fazia. Através disso, foi possível trabalhar a natureza hedionda dos crimes cometidos pelo regime nazista. Ao final do tratamento, o paciente apresentava bom comportamento escolar, havia recuperado suas notas e a credibilidade dos colegas, professoras e família, que já o consideravam um caso perdido. Aos nove meses de terapia recebeu alta, pois havia recuperado suas notas conseguindo passar de ano, gostando da nova imagem que as pessoas tinham dele. Não valorizava mais a violência nem a história do bisavô, acreditava que as pessoas poderiam conquistar os outros de formas mais interessantes e sem violência.

Mesa-redonda

ANÁLISE EXPLORATÓRIA DA INCIDÊNCIA DE STRESS E SÍNDROME DE BURNOUT EM PROFISSIONAIS DE REDES DE LANCHONETES FAST-FOOD André Luís Amorim Silva Filho (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ) Bruna Brandão Velasques (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ) Marcele Regine de Carvalho (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ) Priscilla Rodrigues Guilherme (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ) Prof^a Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: stress, burnout, lanchonetes fast-food

Atualmente estudos sobre stress têm se mostrado bastante relevantes na mídia, assim como na comunidade científica, despertando o interesse de pesquisadores de várias áreas, principalmente em profissionais de saúde mental. Define-se stress como um desconforto físico ou mental decorrente de um evento que desencadeia a quebra da homeostase orgânica devido a mudanças psicofisiológicas. Quando a homeostase é perturbada, o organismo ativa um mecanismo compensatório que procura reestabelecer o seu equilíbrio, de forma a acarretar uma resposta adaptativa. A resposta ao stress é o produto de características pessoais e do meio, considerando também a percepção do indivíduo da sua capacidade de resposta. Caso as respostas do indivíduo sejam inadequadas ao enfrentamento do stress, o mesmo estará sujeito às suas conseqüências. O stress pode ter conseqüências importantes em diversas áreas da vida das pessoas como, por exemplo, no âmbito familiar profissional e social. Desta forma, estudos relacionados ao stress podem vir a contribuir também nas organizações, visando à qualidade de vida dos trabalhadores e a manutenção da produtividade da empresa, já que é sabido que o stress crônico pode contribuir para uma variedade de doenças, para o absenteísmo, rotatividade e deterioração do clima organizacional. O stress crônico em pessoas que lidam com o público pode levar à Síndrome de Burnout. Esta síndrome envolve exaustão emocional, frieza nas relações com as pessoas atendidas e falta de realização profissional. Em decorrência da mesma, pode haver queda no rendimento, falta de motivação, sentimento de desqualificação, baixa tolerância à frustração, incapacidade de concentração, dificuldade nos relacionamentos; fatores que podem prejudicar tanto o funcionário quanto a empresa. Em virtude do exposto, o presente estudo trata-se de um projeto de pesquisa que tem como objetivos avaliar os níveis de stress nos funcionários de uma grande rede de lanchonetes e investigar a ocorrência da Síndrome de Burnout nos mesmos. Para tal, serão utilizados os seguintes instrumentos psicológicos: Inventário de Sintomas de Stress de Lipp para avaliar o stress, Maslach Burnout Inventory para medir Síndrome de Burnout. Tem-se como hipótese que parte dos sujeitos possam estar estressados e que aqueles que lidam com o público possam ter desenvolvido a Síndrome de Burnout. É possível que resultados parciais ou conclusivos sejam expostos no período de apresentação. A partir dos resultados obtidos, caso as hipóteses formuladas sejam corroboradas, será proposta uma metodologia de intervenção baseada no treino de controle e inoculação de stress para os funcionários dessa rede de lanchonetes em pesquisas futuras.

MESA REDONDA
aamorimufrj@yahoo.com.br

PSICOFISIOLOGIA DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO DISSOCIATIVO Ivan Figueira (Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ) Adriana Fiszman (Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ) Carla Marques (Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ) Gabriela Souza (Instituto de Biofísica CCF da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ) Livia Facchinetti (Instituto de Biofísica CCF da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ) Laura de Oliveira (Instituto de Biofísica CCF da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ) Tatiana Maia Azevedo (Instituto de Biofísica CCF da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ) Mauro Mendlowicz (Universidade Federal Fluminense, Niterói - RJ) Soniza V. Alves Leon (Hospital Universitário CFF da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ) Julio Fernando P. Peres (Instituto de Psicologia da USP, São Paulo - SP) Eliane Volchan (Instituto de Biofísica CCF da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, transtorno dissociativo, psicofisiologia

Desde 1980, quando o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) foi introduzido numa classificação psiquiátrica (DSM-III), aumentou-se a atenção aos fenômenos dissociativos associados a este diagnóstico. A importância da dissociação culminou com a criação do diagnóstico de transtorno de estresse agudo (TEA) pelo DSM-IV. Os critérios para TEA incluem os mesmos grupos de sintomas do TEPT (revivência, evitação e hiperestimulação), porém coloca maior ênfase nos sintomas dissociativos do que nos outros. Como o TEA tem sido criticado por ser um construto que não se sustenta em bases científicas, alguns autores têm proposto formas mais adequadas de se lidar com a importância da dissociação como parte integrante do diagnóstico de TEPT. Bremner (1999) levantou a hipótese da existência de dois subtipos diferentes de resposta ao trauma, um predominantemente dissociativo e outro com preponderância de sintomas de hiperestimulação e intrusão. **Os dados empíricos que sustentam um subtipo dissociativo de TEPT provêm, em grande parte, de estudos de psicofisiologia.** Algumas investigações observaram que os pacientes com índices elevados de dissociação exibiram diminuição ou supressão da reatividade simpática quando expostos à memória do trauma. Estes achados contrastam com o que se costuma observar nos pacientes com TEPT sem dissociação, um aumento da reatividade autonômica a estímulos que evocam o trauma. Estes resultados discrepantes levantam a hipótese da existência de um subtipo dissociativo deste diagnóstico, o qual possui características clínicas e fisiopatológicas distintas das do TEPT sem dissociação. Nesta investigação, pretende-se estudar as respostas psicofisiológicas (resposta de sudorese, frequência cardíaca) e de imobilidade corporal (parâmetros estabilométricos) à evocação de memórias do trauma em pacientes com TEPT dissociativo. Estas respostas serão comparadas com aquelas encontradas em pacientes com TEPT não dissociativo e com controles normais com história de trauma. O diagnóstico de TEPT será através da entrevista estruturada SCID-IV, adaptada para o português. A distinção entre TEPT dissociativo e não dissociativo será feita pela Escala de Experiências Dissociativas (DES). Os pacientes que obtiverem escore da DES superior a 30 serão diagnosticados com TEPT dissociativo. A seleção dos controles normais será feita através da aplicação da DES em 300 estudantes universitários. A estratégia para evocar a lembrança do trauma consistirá no roteiro dirigido personalizado. Cada sujeito (paciente e controle normal) fará um relato de sua memória traumática, o qual será transcrito com 100 palavras na terceira pessoa do singular do presente do indicativo. Este roteiro será gravado em CD com duração de 60 segundos para que seja posteriormente ouvido pelos sujeitos. A sessão experimental será composta de 3 roteiros com duração de 60 segundos, intercalados por 20 segundos de intervalo. Os roteiros serão ouvidos na seguinte ordem: 1. Roteiro neutro (texto neutro sobre a evolução dos objetos); 2. Roteiro neutro personalizado (texto neutro na terceira pessoa do singular do presente do indicativo) e 3. Roteiro personalizado sobre o trauma. Após a coleta dos dados psicofisiológicos e estabilométricos, será preenchida uma escala para aferir dissociação peri-traumática (PDEQ-SRV), com o objetivo de detectar os pacientes que apresentam fenômenos dissociativos à evocação do trauma e correlacioná-los com as respostas psicofisiológicas.

Mesa redonda
adrianafiszman@terra.com.br

TRATAMENTO FARMACOTERÁPICO DO TDAH E ESPECIFICIDADES DOS TRATAMENTOS DE COMORBIDADES. Vanessa Ayrão Franco – (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras chave: TDAH, comorbidades no TDAH, medicamentos.

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é o transtorno comportamental de maior prevalência na infância, afetando entre 3 a 7% das crianças (de acordo com a amostra e os instrumentos utilizados no diagnóstico). Na adolescência e idade adulta, a hiperatividade costuma apresentar remissão, enquanto o déficit de atenção, a inquietação, a impulsividade e a desorganização podem permanecer de modo desadaptativo. O diagnóstico é fundamentalmente clínico, baseando-se na presença dos sintomas na infância. Diversos estudos apontam a alta prevalência de outras comorbidades psiquiátricas associadas ao TDAH, entre elas o Transtorno de Conduta (TC), Transtorno de Desafio e Oposição (TDO), Depressão, Transtorno Bipolar (TB), Síndrome de Tourette, Transtornos Ansiosos e Abuso de substâncias. O TC e o TDO são as condições comórbidas mais frequentemente associadas ao TDAH, tanto em estudos clínicos, epidemiológicos, de seguimento e genéticos. O TDO é um transtorno disruptivo caracterizado pelo desafio, hostilidade e não-cooperação com figuras de autoridade (pais, professores), enquanto o TC se caracteriza por um comportamento anti-social persistente de crianças e adolescentes com violação às regras e leis sociais (roubo, agressões) e ausência de preocupação com direitos e sentimentos alheios (crueldade com animais e pessoas). A prevalência do TDO está em torno de 6% em amostras populacionais e tende a ser duas vezes mais frequente em meninos do que em meninas. O TC tem prevalência estimada entre 1,5 a 3,4%. Os Transtornos de Humor (depressão e TB) também podem estar associados ao TDAH. O TB é uma patologia importante tanto na avaliação de comorbidade quanto no diagnóstico diferencial (pode haver sobreposição de sintomas dos dois transtornos). Portadores de TDAH parecem ter risco aumentado para abuso de substâncias, quando comparados a controles saudáveis. Os sintomas nucleares do TDAH (desatenção, hiperatividade e impulsividade) são tratados habitualmente com psicoestimulantes (metilfenidato e dextroanfetamina, essa última indisponível no Brasil) ou com atomoxetina (também não disponível). Como medicamentos de segunda linha temos os antidepressivos (imipramina e bupropiona) e clonidina. A escolha da medicação depende da presença ou não de comorbidades. A TCC é um importante instrumento para o tratamento dos outros sintomas do TDAH (não-nucleares), bem como das comorbidades. A avaliação clínica é o principal instrumento diagnóstico, sendo necessário um histórico detalhado da criança tanto no ambiente familiar como social e escolar. O diagnóstico adequado do TDAH e de suas comorbidades traz implicações no prognóstico, bem como no tratamento psicoterápico e farmacológico. Serão também discutidas as diferentes abordagens do tratamento farmacológico na presença de comorbidades associadas ao TDAH.

Mesa-redonda

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO RETARDO MENTAL: UM ESTUDO DE CASO Bruno de Oliveira Galvão (Consultório Particular, Rio de Janeiro – RJ). Supervisores: Prof. Dr. Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro) e Profa. Dra. Mônica Portella (San Francisco State University e PUC - Rio de Janeiro)

Palavras chave: Modificação-Aprendizagem-Diminuição

O retardo mental é um transtorno heterogêneo consistindo de um funcionamento intelectual abaixo da média com um comprometimento das habilidades adaptativas. A terapia cognitivo comportamental utiliza-se de técnicas para um desenvolvimento melhor dessas habilidades, aumentando o nível de convivência deste paciente em sociedade. Este trabalho diz respeito a um tratamento cognitivo comportamental de um caso de retardo mental associado a comportamento autolesivo. Objetiva-se ilustrar a utilização de métodos operantes de modificação do comportamento, manejo da aprendizagem social, análise funcional com conceitos oriundos da terapia cognitiva clássica e da arte-terapia calcada no modelo cognitivo comportamental. Trata-se de um paciente conduzido a terapia com a queixa inicial de comportamento autolesivo, além disso, relatou-se comportamentos agressivos ao meio externo e problemas sérios em suas relações familiares. Através da avaliação psicoterapica identificou-se a idade mental do paciente, os limites que deveriam ser respeitados na obtenção do nível de respostas positivas dadas pelo mesmo assim como um planejamento de sessões estruturadas, condizentes com a realidade cognitiva do paciente. Com a análise funcional fez-se a identificação de situações estímulo onde o problema ocorria assim como os mecanismos mantenedores do problema atual, o foco da arte-terapia calcada no modelo cognitivo comportamental desenvolveu-se na condução de um entendimento claro das emoções básicas expressas pelo próprio paciente. Uma investigação da história do paciente foi de vital importância para se determinar e avaliar quais “esquemas desadaptativos” se desenvolveram ao longo de sua vida, quando se iniciou o comportamento autolesivo e a sua relação com os mesmos. Com a arte terapia calcada no modelo cognitivo comportamental desenvolveu-se de maneira gradual uma evolução na identificação, conhecimento e manejo das emoções básicas em consultório, o que tornou esse paciente aos poucos mais adaptado e apto a perceber e a descrever as conseqüências das respostas comportamentais produzidas dentro do ambiente dele, em si mesmo e criando possibilidades para modificações comportamentais. A técnica de “sobrecorreção” com “prática positiva” foi de enorme ajuda para a diminuição do comportamento autolesivo de maneira gradual e progressiva, dada as limitações da própria doença psiquiátrica, este método foi de grande eficácia e obteve resultados bem positivos. Num segundo momento da terapia empregou-se a técnica de “economia de fichas” dando a possibilidade de se abordar os demais comportamentos inadequados (treino de banheiro, comer compulsivamente e estragar alimentos) manifestados pelo paciente e ainda ignorados. Constatou-se os seguintes resultados: um processo de “generalização” para dados comportamentos(treino de banheiro e limpeza da casa) e a aplicação da “técnica de modelação e imitação” foram importantes no manejo e desenvolvimento da aprendizagem social do paciente na segunda parte do tratamento. O resultado com o treinamento em habilidade social continua promissor. Concluiu-se que a identificação dos gatilhos geradores do problema e do entendimento do mecanismo de descontrole de impulso do paciente foram de grande relevância na escolha das abordagens mais eficazes para o tratamento do mesmo.

A IMPORTÂNCIA DA SEXUALIDADE NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS IDOSAS *Sílvia Maria Melo Gonçalves* (Departamento de Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro/ RJ); *Carlos Américo Alves Pereira* (Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro/RJ)

Palavras-chave: Sexualidade, Idoso, Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde prevê que em 2025 existirão 1,2 bilhão de pessoas com mais de 60 anos, e o grupo etário de maior crescimento é aquele constituído por indivíduos com 80 anos ou mais. A sexualidade na terceira idade pode ser afetada por fatores orgânicos, sociais e psicológicos, e, dentre eles podem-se destacar: a falta de esclarecimento sobre as alterações na sexualidade que acontecem na velhice, a imagem que o idoso tem de seu corpo, a incoerência entre sentimentos, crenças e comportamentos, o medo de enfrentar dificuldades e o fato de não perceber que as alternativas dependem de uma escolha pessoal impedem que o idoso reconstrua cognitivamente e emocionalmente sua história amorosa e sexual. Os problemas de âmbito sexual normalmente acarretam baixa auto-estima, ansiedade, estados depressivos, estresse, culpa e conflito entre os parceiros. Segundo Beck, pessoas com depressão têm processamento falho de informações e persistem em crenças que validam conceitos negativistas, mesmo que haja evidências contrárias. Essas evidências devem ser exploradas para que as crenças distorcidas possam ser reformuladas. O uso de técnicas de reestruturação cognitiva muitas vezes levam o idoso a perceber que seus problemas não são tão limitadores quanto ele crê. O objetivo desse trabalho foi avaliar os efeitos de programas informativos sobre a sexualidade no comportamento sexual de pessoas da terceira idade para reforçar nessas pessoas a crença de que o idoso tem direito à informação e ao prazer sexual. Participaram 30 mulheres, casadas, entre 60 e 70 anos, em abstinência sexual e que apontavam como causa o declínio do interesse sexual dos maridos. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas; debates no sentido de informar sobre as modificações que a idade acarreta na sexualidade; e dinâmicas para discussão das modificações ocorridas em suas vidas, visando atuar na melhoria da auto-estima, através do questionamento ativo de crenças negativas e desenvolvimento de novos recursos comportamentais de enfrentamento das situações problemáticas. As senhoras foram orientadas no sentido de consultarem especialistas e de solicitarem a seus cônjuges que também o fizesse. Os resultados mostraram que apenas 12 maridos realizaram o que fora pedido e, para 10 destes foi prescrito tratamento medicamentoso para a disfunção erétil, o que possibilitou a redescoberta da sexualidade. As senhoras relataram que, após resgatarem a vida sexual, resolveram cuidar do corpo e da aparência pessoal, fazendo regimes alimentares e ginásticas, que a pele estava mais sedosa e que não estavam mais tão dependentes de remédio para dormir. Afirmaram sentirem-se de melhor humor para enfrentar o cotidiano e relataram que o relacionamento com o marido havia mudado: resgatarem toques, carícias e beijos em seu dia-a-dia, e desfrutavam mais da companhia do parceiro. Quando os idosos têm acesso à informação sobre a sexualidade na terceira idade, passam a acreditar que também têm direito ao prazer sexual, possibilitando que as crenças sejam reavaliadas, discutidas e substituídas por outras mais adequadas às suas reais condições, levando a uma flexibilização cognitiva e melhorando sua qualidade de vida, pois os preconceitos causam níveis elevados de insatisfação e de infelicidade.

Mesa-redonda

gsilviamm@ig.com.br

CASO CLÍNICO INFANTIL DE TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE COM COMORBIDADE DE TRANSTORNO DESAFIADOR OPOSITIVO: INTERVENÇÕES COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS. Priscilla Rodrigues Guilherme (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Transtorno Opositivo Desafiador. Terapia cognitivo-comportamental.

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade é um transtorno de desenvolvimento do autocontrole de curso potencialmente crônico caracterizado principalmente por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, que levam ao comprometimento da vida acadêmica, social e profissional. Apesar de muitos estudos na área, a causa do TDAH ainda é desconhecida, mas presume-se que o transtorno tenha uma etiologia multifatorial, ou seja, fatores como vulnerabilidade genética associados a problemas ambientais, como por exemplo, problemas no nascimento ou problemas na vida familiar podem influenciar na gênese do transtorno. Além disso, pesquisas mostram uma alta prevalência de comorbidade entre o TDAH e outros transtornos psicopatológicos, como o Transtorno Desafiador Opositivo, que consiste em um padrão recorrente no qual a criança demonstra um comportamento hostil, negativista, desafiador e desobediente para com figuras de autoridade, piorando o prognóstico e implicando em necessidades de mudança no planejamento do tratamento. Portanto, tendo em vista o crescente número de casos infantis de TDAH e o interesse que o diagnóstico vem despertando em alguns terapeutas, este trabalho tem como objetivo a apresentação de um caso clínico de uma criança de nove anos que está sendo atendida na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ. As intervenções cognitivas e comportamentais realizadas foram baseadas principalmente no manual elaborado por Knapp, Rohde, Lyszkowski & Johannpeter, além de outras técnicas que foram percebidas como necessárias a partir de uma avaliação individual do caso, principalmente devido ao comportamento opositivo desafiador. As principais técnicas utilizadas foram: psicoeducação da criança e dos pais, sistema de pontos, treino em resolução de problemas, registro de pensamentos disfuncionais, planejamento de atividades, dramatizações, treino dos pais em habilidades de manejo, treino em assertividade, dentre outros. Interessante notar que esta criança não estava em tratamento psicofarmacológico quando iniciou a terapia e, mesmo assim, os resultados obtidos de acordo com a avaliação dos pais e da terapeuta foram bastante satisfatórios, o que contradiz a idéia hoje tão difundida através das pesquisas de que a terapia cognitivo-comportamental não atua de modo suficiente nos sintomas primários do TDAH e de que não há espaço para melhora dos sintomas primários quando a psicoterapia é acrescentada ao tratamento farmacológico. O que foi percebido neste caso clínico é que apesar de alguns sintomas ainda estarem presentes quando foi iniciado o uso do metilfenidato, a terapia já havia resultado numa diminuição e em uma melhora significativa dos sintomas do transtorno, o que sugere a necessidade de pesquisas mais consistentes, até porque é importante salientar que apesar da maioria das crianças se beneficiarem da medicação psicoestimulante, existem pacientes que não respondem ou não toleram o tratamento farmacológico, podendo ser beneficiados pela terapia cognitivo-comportamental.

Mesa-redonda

pris_ufrj@yahoo.com.br

INTERVENÇÃO COGNITIVA COMPORTAMENTAL EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA UNIDADE DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA (UDQ) DO HOSPITAL MÃE DE DEUS. MÔNICA JUNQUEIRA KARKOW, RENATO CAMINHA, SILVIA BENETTI. (UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS, SÃO LEOPOLDO, RS)

Palavras-chaves: abstinência, dependência química, relação terapêutica

As técnicas cognitivo-comportamentais são utilizadas no tratamento da prevenção de recaída como recurso para a psicologia na manutenção da abstinência de substâncias psicoativas. O objetivo da pesquisa foi determinar relações entre as técnicas cognitivo-comportamentais e os mecanismos que estão envolvidos nos processos de intervenção terapêutica. O estudo foi baseado na experiência do tratamento (a nível de internação e ambulatorial) de pacientes da Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus em Porto Alegre-RS. O modelo da prevenção da recaída consiste em modificar as crenças e expectativas à cerca do uso da substância psicoativa, desenvolvendo habilidades e estratégias de enfrentamento diante de situações de risco. Conforme Burns e Auerbach (1992), o desenvolvimento de crenças de controle, em substituição às crenças aditivas podem contribuir para tratamento da dependência química. Abordagem utilizada na pesquisa foi qualitativa reflexiva. O tempo de observação foi de oito meses e o material utilizado para a análise foram observações participativas das atividades da unidade (grupo de vivências, jogos, passeios, e outras atividades). As observações aconteceram de forma livre e não estruturada buscando-se observar as interações entre paciente e terapeuta. O material de análise foi retirado do diário de campo e da síntese mensal do comportamento observado em um paciente que se manteve abstinente durante o tratamento a nível ambulatorial (período outubro/2001 a maio/2002). A análise dos conteúdos incluía: expressão dos afetos, relacionamento com o grupo e relacionamento com pessoal de apoio técnico. Conforme Neimeyer (1997) as técnicas podem ser reconhecidas como rituais de significados co-construídos (veículos para pontuar-iniciar-reorganizar experiência). A técnica distração/relaxamento possibilitou situações de intervenção terapêutica em situações informais com os pacientes. A participação do terapeuta nas atividades do paciente torna possível acessar esquemas emocionais intervindo de modo que os tornem sensíveis à reestruturação. Safran (1997) sugere que o paciente em estados afetivamente excitados possibilita um novo processamento, levando a uma reestruturação de esquemas emocionais que podem favorecer a manutenção da abstinência. A análise dos dados demonstrou que a relação terapêutica e as técnicas cognitivo-comportamentais possibilitaram evolução pessoal aos pacientes, viabilizando aumento na qualidade de vida e manutenção da abstinência.

Mesa-redonda
mj@sinos.net

A RELAÇÃO TERAPEUTICA ENFERMEIRO E PACIENTE Célia Caldeira F. Kestenberg (FENF UERJ)

O tema relação terapêutica enfermeiro paciente nos move a pensar sobre o papel do enfermeiro. O que se espera, o que compete a este profissional no âmbito das instituições de saúde? A formação acadêmica do enfermeiro é predominantemente calcada no modelo biomédico e, portanto, voltada para aquisição de conhecimentos estruturados sobre doenças e seus agravos deixando uma lacuna no campo relacional. Entretanto, para teorias de enfermagem cabe ao enfermeiro atender necessidades biopsicossociais através de relações de cuidado que se expressam por comportamentos de cuidar: consideração, empatia, segurança, assertividade, capacidade de resolver problemas. É da competência do enfermeiro estabelecer relação terapêutica com o paciente e esta se define por um conjunto de habilidades técnicas e interpessoais. A enfermagem está 24 horas do dia junto aos pacientes e muito do que estes pensam e sentem é guardado e revelado aos profissionais. Eles estão no “front da batalha” pois ainda que não haja cura, sempre haverá cuidado: administração de medicamento, alimentação, banho no leito, ser a visita que não veio, garantir estar acordado para que o paciente durma tranquilo (alguns pacientes têm medo da noite porque “traz a morte”); tantas são as necessidades do ser humano especialmente quando doente. Estas reflexões nos fazem pensar no cotidiano das instituições de saúde. A observação empírica e pesquisas de enfermagem identificam dificuldades por parte dos profissionais em compreender o que lhes compete. Salvo exceções, habilidades técnicas são preponderantes e há um esvaziamento da interação humana. Isto contribui para algumas distorções do essencial papel do enfermeiro. Pontuamos aqui algumas das dificuldades: O profissional se identifica com o paciente o que faz com que ele procure distanciar-se do mesmo ou ao contrário, entra em angústia e se envolve emocionalmente, sem discriminar sentimentos. O profissional não dá conta de lidar com sofrimento do paciente e ameniza tal situação através de brincadeiras, risos em momentos que não caberiam. O enfermeiro se sente impotente diante do agravamento do paciente ou sua morte. Sente-se culpado. Não faz contato com o seu limite. O paciente mexe com a suposta onipotência profissional. Diante destas e outras tantas dificuldades vividas no exercício profissional, identificamos que a equipe de enfermagem fica muito solitária o que rende um tributo alto, muitas vezes, relacionado à saúde do paciente e outras a do próprio profissional. É imperioso encontrar saídas. Pensamos que o cerne do problema está na carência do equipamento necessário ao enfermeiro para lidar com as questões psicossociais que envolve a relação com o paciente. Então pensamos que a interface com a psicologia é uma das grandes possibilidades de efetiva ajuda no redirecionamento do papel do enfermeiro. Esta afirmativa se prende ao fato de que o psicólogo tem o domínio de conhecimentos fundamentais para capacitar o enfermeiro nas habilidades interpessoais. O mundo está tão complexo, tão carente de cuidados que necessitamos somar esforços em parcerias para não correr o risco de sermos todos co-participes das conseqüências do descuido que já adentram nossos lares.

Mesa-redonda

celia.kestenberg@globo.com ou celiakestenberg@nyc.com

O CUIDADOR FERIDO – O PARADOXO DA ARTE DE CUIDAR Célia Caldeira
F. Kestenberg (FENF UERJ)

Fazer parte da equipe de enfermagem é ser cuidador - cuidar da dor do outro – Implica portanto, contato direto com algum tipo de sofrimento: tristeza, dor, morte, separação, enfim é encontrar-se com as mazelas humanas. Supõe estabelecer relação com a pessoa que vive esta realidade, respondendo, na medida do possível, às suas demandas, promovendo conforto e alívio, estimulando sua capacidade de existir. Muitas vezes, no entanto, a equipe de enfermagem não aprofunda relação com paciente, em parte porque a realidade do trabalho na instituição não é favorável, mas sobretudo por dificuldade de entrar em contato com a situação que está vivendo. Ser enfermeiro é ainda deparar-se com a impotência, a fragilidade porque a profissão impõe caminhar pelos corredores da vida onde correm dores. É fazer contato com a própria humanidade e se aperceber que as feridas que estão lá no paciente também podem estar aqui em mim, enfermeiro. Curador ferido, o grande paradoxo que vivem os profissionais de enfermagem: as dores da alma, nossas feridas nos sensibilizam para a vulnerabilidade do outro. Entretanto, não devem ser tão fortes que nos causem danos. Mas como aprender a estabelecer este limite? A formação do enfermeiro é predominantemente calcada no modelo biomédico e, portanto, voltada para aquisição de conhecimentos estruturados sobre doenças e seus agravos deixando uma lacuna no campo relacional. No entanto, teorias de enfermagem afirmam: assistência deve ser biopsicossocioespíritual. Em 1989, coleta de dados para dissertação do mestrado que versara sobre avaliação de aprendizagem no Internato, constatamos que esta contradição era, de certa forma, denunciada pelos alunos. Demonstravam entender a importância da assistência globalizada; entretanto, tal compreensão ocorria no plano intelectual, mais que no vivencial. Apontavam grande dificuldade em lidar com sofrimento do paciente. Pensamos ser fundamental que o próprio aluno, em princípio, adquira uma percepção de si mesmo como ser biopsicossocioespíritual. Isso o ajuda a identificar-se e, ao mesmo tempo, diferenciar-se do paciente. Se este movimento identificatório é, por um lado, essencial para habilitá-lo a compreender o sofrimento e necessidades do paciente, por outro, não deverá ocorrer de forma que paralise seu desempenho. Estas reflexões nos levaram a desenvolver em 1990, projeto de extensão Vivendo Vivências – Tecnologia da Sensibilização, voltado para o cuidado com o graduando dois últimos períodos, como estratégia de ensino sobre habilidades interpessoais e relações de cuidado a fim de lidar de forma mais saudável com o cotidiano profissional. Metodologia : dinâmica de grupo precedida por entrevista individual. 20 encontros semanais por semestre. Resultado: quinze anos de experiência observamos que é possível a construção de uma representação de saúde mais ampliada e principalmente, a internalização pelo futuro enfermeiro, de habilidades fundamentais como: escuta ativa, empatia, consideração, acolhimento. Percebem ainda limites e possibilidades de ser enfermeiro. Concluindo, pensamos que a humanização da assistência está articulada com as relações de cuidado com o cuidador. Assim estaremos fortalecendo a concepção do cuidado como um ato humano.

Mesa-redonda

celia.kestenberg@globo.com ou celiakestenberg@nyc.com

ANÁLISE FUNCIONAL E MUDANÇA DA DINÂMICA FAMILIAR NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA. Maria Carolina Holuigue Labra, (psicoterapeuta cognitivo-comportamental, clínica particular, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras chave: Terapia cognitivo-comportamental; terapia familiar; adicção.

Os profissionais de serviços de atendimento a usuários de drogas se deparam, freqüentemente, com um desafio que constitui a especificidade dessa clientela: a ausência de um pedido próprio ou pessoal de tratamento. A demanda de tratamento geralmente provém de um familiar que, em desespero, busca uma maneira de “salvar” seu dependente das drogas. O que o psicoterapeuta pode fazer quando a família procura atendimento clínico como uma maneira de trazer o seu familiar para tratamento? Esta pergunta originou a investigação clínica ora apresentada, e cujo objeto de estudo constitui um casal com um filho adicto a drogas. Na nossa perspectiva, a família é vista como um sistema aberto e dinâmico composto de indivíduos com crenças, regras e expectativas individuais, interagindo entre si, que por um mecanismo adaptativo de autopreservação, procura manter um estado de equilíbrio interno. Assim, comportamentos individuais são mutuamente reforçados com esse objetivo, mantendo esse sistema *funcionando*, mesmo que de forma *disfuncional*. O uso de drogas por um dos integrantes do sistema é considerado aqui como um sintoma familiar, onde o papel do dependente é paradoxal porque o sintoma possui funções contraditórias: ao mesmo tempo serve para garantir o equilíbrio do sistema e para denunciar a necessidade de mudanças. Dessa maneira, o abuso de drogas - e os comportamentos dele decorrentes - é entendido como um sintoma-comunicação que adquire sentido nas interações desenvolvidas pelos membros da família como um todo. Conforme tais postulados, este trabalho tem como objetivo geral identificar e descrever as interações que foram estabelecidas na família onde há um caso de abuso de drogas. Como objetivos específicos temos: 1) identificar comportamentos disfuncionais individuais e coletivos; 2) caracterizar a forma como tais comportamentos e atitudes reforçam e mantêm o abuso de drogas do membro na família; 3) adequar estratégias de mudança para esse sistema. A metodologia é basicamente a utilizada na terapia cognitiva com casais, combinando-se conceitos e *insights* da terapia familiar sistêmica; estratégias convencionais da terapia cognitivo-comportamental, que incluem análise funcional do comportamento, identificação e reestruturação de crenças centrais e subjacentes, tanto pessoais como as relacionadas ao uso de drogas; técnicas de desenvolvimento de habilidades sociais e resolução de problemas. Em linhas gerais, a família em questão caracteriza-se pela ausência de diálogo e inibição emocional, onde o principal mecanismo de comunicação consiste na agressividade e ausência de comportamento assertivo, principalmente na expressão dos próprios sentimentos e definição de limites pessoais para a manutenção do respeito no convívio diário. Os resultados observados até o momento mostram melhora no clima familiar e, principalmente, a promoção da mudança de comportamento do filho dependente, no que se refere à colaboração com o cuidado da casa e objetos pessoais. Este concordou em ser assistido por um psiquiatra que implementará um trabalho paralelo e complementar ao trabalho clínico com os pais. Esta investigação clínica está sendo realizada mediante encontros semanais, com duas horas de duração, em consultório particular.

Mesa-redonda.

carolinalabra@yahoo.com.br

TERAPIA FOCADA NOS ESQUEMAS PARA A PREVENÇÃO DA RECAÍDA

Maria Carolina Holuigue Labra (psicoterapeuta cognitivo-comportamental - IPAF, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras Chave: Terapia cognitivo-comportamental, terapia dos esquemas, adicção.

Buscando encontrar novos caminhos para a investigação e tratamento de prevenção de recaída ao abuso de narcóticos e álcool, este trabalho propõe um modelo teórico-prático de entendimento e tratamento sob a visão da terapia cognitivo-comportamental. O modelo proposto neste trabalho utiliza os princípios teóricos da Terapia Focada nos Esquemas e as estratégias propostas no modelo de Prevenção de Recaída (PR), desenvolvido para o tratamento de condutas adictivas. Nesta investigação clínica, partimos do pressuposto básico de que, as situações de alto risco para a recaída correspondem àquelas situações em que os esquemas iniciais desadaptativos (EIDs) são ativados, provocando grandes cargas de afeto. Estes por sua vez, eliciam o comportamento desadaptativo do uso da droga como principal mecanismo de enfrentamento. Identificar os esquemas nucleares e promover a reestruturação cognitiva desses esquemas, juntamente com o desenvolvimento e treinamento de habilidades sociais e resolução de problemas, promoveria uma recuperação a longo prazo diminuindo o risco para a recaída. O modelo foi aplicado em um caso típico de dependência de drogas, cujo sujeito correspondia a uma mulher de 23 anos, homossexual, com história precoce de intoxicação por álcool, cocaína, inalante e, eventualmente, outras substâncias psicoativas, como calmantes, antidepressivos, ingeridos com álcool. Na época do início do tratamento, a paciente estava com um ano e dois meses de abstinência mediante a frequência assídua aos grupos de mútua ajuda dos Narcóticos Anônimos. Com um histórico de recaídas anteriores, queixava-se de disforia e tristeza frequentes, além de um sentimento de tensão e recaída iminente. No seu funcionamento mais global, apresentava problemas nos seus relacionamentos afetivos, familiares e no trabalho. Podemos descrever o processo terapêutico em três momentos distintos. O primeiro correspondeu à formulação clínica, utilizando-se como principal instrumento o Inventário de Esquemas de Young a partir do qual foram identificados os Esquemas Iniciais Desadaptativos. Estes, por sua vez, foram desdobrados em comportamentos de manutenção, compensação e evitação de tais esquemas. No segundo momento, caracterizou-se como tais esquemas e estratégias levaram no passado – e poderiam levar no futuro – a uma recaída, adaptando-se estratégias de enfrentamento específicas. No momento final, e mais longo da terapia, procedeu-se à reestruturação dos EIDs mediante intervenções cognitivas, experienciais, interpessoais e comportamentais. A paciente foi submetida ao modelo de tratamento durante 25 sessões ambulatoriais, uma vez por semana. O tratamento foi finalizado quando os objetivos do tratamento – desenvolver entendimento amplo sobre o próprio processo de recaída ao uso de drogas, a relação de seus esquemas iniciais desadaptativos com a recaída, e desenvolvimento de habilidades de enfrentamento eficientes – foram atingidos. O modelo foi testado empiricamente quando a paciente passou por situações de alto risco para a recaída e utilizou-se dos recursos do modelo proposto para manter-se abstinente.

Mesa-redonda
carolinalabra@yahoo.com.br

VAGINISMO DO TRATAMENTO COMPORTAMENTAL PARA COGNITIVO COMPORTAMENTAL Vera Barcellos Leal (CONSULTÓRIO Particular, NOVA FRIBURGO-RJ).

palavras-chave: Sexualidade, vaginismo, fobia.

O vaginismo consiste em uma fobia da penetração vaginal, espasmos involuntários da musculatura pubococcígea e a contração involuntária da musculatura que circunda o intróito vaginal caracterizam essa síndrome psicossomática que impede a mulher de ter penetração vaginal. O vaginismo pode ocorrer sempre que houver qualquer tentativa (real ou imaginária) de penetração vaginal. O vaginismo pode ser primário, acontece desde as primeiras tentativas de coito ou secundário, que acontece depois de um período de vida sexual normal e pode estar associado a um evento, emocional ou orgânico. Muitas podem ser as causas do vaginismo, mas são em sua grande maioria especulativas. Através de apresentação de casos clínicos pretendemos mostrar a enorme diversidade existente em pacientes portadoras de vaginismo, e a necessidade de uma abordagem cognitiva associada a comportamental. É importante notarmos que muitas vezes, acontece que a paciente vaginica, não necessita de nenhum tipo de tratamento, pois ela ou o casal estão totalmente adaptados e felizes com esta condição, muitos casais conseguem ter uma sexualidade extremamente satisfatória, com carícias, sexo anal e orgasmos, sem a penetração vaginal. Se há algum sofrimento causado pelo vaginismo e há procura do tratamento é que podemos considerar que há inadequação em relação a esse transtorno sexual. Muitos casais procuram à terapia, apenas no momento em que desejam um filho. A terapia puramente comportamental costuma ter boa atuação sobre o vaginismo, mas é também, comum na minha prática, a paciente voltar com outra queixa, tenho visto com alguma frequência os distúrbios relacionados à auto imagem, como a bulimia, medo de realizar tarefas simples como provas de faculdade. Por isso acho mais acertado a escolha da linha comportamental cognitiva, isto é, a associação dos princípios da teoria comportamental pura (behaviorista) com os princípios da teoria cognitiva. Terapia deve ser breve e focal, com uma duração de 6 meses com uma sessão psicoterapia semanal. Pode-se em alguns casos associar a linha comportamental cognitiva com outra linha psicoterapia. Realizada de preferência pelo casal mas pode ser feita por pessoas sem parceiro sexual. Quando se trata de vaginismo é fundamental a interação do ginecologista (o diagnóstico de vaginismo é feito olhando e tocando a vagina, pela observação direta da contração da musculatura), com o psicólogo (terapeuta), muitas vezes apenas a história da dificuldade de penetração pode confundir o terapeuta e o paciente, que ficam perdendo um tempo precioso tratando uma dispareunia como vaginismo.

Mesa redonda

barcellosvera@hotmail.com

ANOREXIA NERVOSA E TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM CASO CLÍNICO Michelle Nigri Levitan (Consultório Particular, Rio de Janeiro, RJ), Monica Duchesne (Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares IEDE/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Anorexia nervosa, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos da alimentação

A anorexia nervosa (AN) é um distúrbio alimentar grave, que atinge em sua grande maioria mulheres, caracterizado por uma distorção da imagem corporal e um baixo peso recorrente. A complexa sintomatologia baseada na persistência de sintomas alimentares inadequados, e na alteração no modo do indivíduo vivenciar seu peso e forma, freqüentemente refletem em um prognóstico pobre a este transtorno. Embora ainda não haja um protocolo bem definido ao seu tratamento, a terapia cognitivo-comportamental (TCC), vem obtendo bons resultados em pacientes com AN, principalmente na modificação do sistema de crenças que mantêm o quadro. Devido a alterações metabólicas importantes, é o transtorno psiquiátrico mais associado à mortalidade, e requer geralmente um trabalho multidisciplinar com ênfase na nutrição e nos pensamentos associados à importância atribuída ao peso, magreza e valores pessoais. O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se por obsessões e compulsões recorrentes capazes de provocar grande sofrimento na vida do indivíduo. Atualmente, a terapia de exposição e prevenção de respostas é utilizada como o tratamento padrão para TOC, obtendo uma significativa remissão dos sintomas a longo prazo. Em estudos realizados, verifica-se uma presença bastante significativa de taxa comórbida (37%) entre a AN e TOC, sugerindo-se inclusive uma etiopatogenia compartilhada. A presença de comorbidades freqüentemente é um fator limitante à eficácia de tratamentos psicológicos e medicamentosos. Indivíduos com AN possuem seus próprios rituais alimentares, que são agravados, quando há o surgimento de obsessões e compulsões não relacionadas ao peso e corpo. Geralmente o tratamento torna-se mais longo e árduo devido ao complexo ritualístico estruturado e a ansiedade experimentada na ausência deste. O presente trabalho visa descrever um caso clínico de uma paciente de 20 anos que apresenta AN e TOC. O início de tentativas de emagrecimento data a partir dos 15 anos, onde já relata o desenvolvimento de rituais de repetição e contagem. Quando ainda estudava, foi discriminada pelos colegas e alvo de zombaria por estar acima do peso, isolando-se e parando de estudar. Começou a prática de exercícios aeróbicos excessivos e alimentação restritiva, até conseguir chegar ao seu ideal de corpo, que era 37 quilos, aos 17 anos. Nesta época, o TOC já encontrava-se tomando muito tempo do seu dia, a impedindo de realizar simples tarefas, e agravando o quadro alimentar. As metas do tratamento visavam extinção dos rituais, estabelecimento de um peso mínimo adequado e desenvolvimento das habilidades interpessoais. Foram então implementadas técnicas cognitivas e comportamentais em conjunto com trabalho nutricional semanal e acompanhamento psiquiátrico, resultando em um reganho de peso a uma faixa adequada e construção de novas metas voltadas para a adaptação da cliente a um padrão de vida mais saudável.

MESA REDONDA

milevitan@terra.com.br

O ANDAMENTO E OS RESULTADOS DA SUPERVISÃO CLÍNICA BASEADA NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO SPA DA UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ (RESENDE). Professora Ms.: Ana Claudia Corrêa de Ornelas Maia (Universidade Estácio de Sá – Campus Resende- RJ)

Palavras-chave: supervisão, estagiários, atendimento.

A proposta da supervisão no SPA (Serviço de Psicologia Aplicada) na Universidade Estácio de Sá, campus Resende, tem como objetivos ensinar a conduta clínica e as práticas das técnicas cognitivas e comportamentais viáveis para os diversos tratamentos; diferenciar os casos, principalmente de acordo com o público alvo quanto à realidade social e cultural e às fases de desenvolvimento: criança, adolescente e adulto. Inicialmente são esclarecidos aos estagiários os objetivos da Terapia Cognitivo-Comportamental; a formulação de casos; a relação terapêutica; os modelos cognitivos; a ética; as entrevistas de triagem e de anamnese; a avaliação de um caso; o diagnóstico e o tratamento dos transtornos variados. O cliente é acompanhado pelo estagiário que supervisionado semanalmente tende a possibilitar uma melhora das queixas emocionais formuladas no processo inicial; sendo essas queixas reavaliadas, de tempo em tempo, com a finalidade de entender o plano de tratamento mais adequado para cada cliente. O estágio acontece em duas etapas: a primeira, a clínica I, onde os estagiários iniciantes ficam em supervisão com a professora responsável estudando em grupos sobre como a abordagem proposta trabalha, bem como realizando um treinamento da postura do terapeuta e da ética profissional, a partir dessas instruções, os estagiários são liberados para iniciarem o atendimento no SPA; a segunda, a clínica II, a qual possibilita a continuidade dos atendimentos semanais seguidos da supervisão com a professora responsável; nessa fase, os estagiários já têm um conhecimento a respeito da atuação terapêutica cognitivo-comportamental. Através dos encontros na supervisão e das leituras de textos realizadas, os estagiários são orientados quanto ao melhor procedimento com relação a cada caso clínico. No semestre anterior, 2005.1, o interesse dos alunos pelo estágio na clínica cognitivo-comportamental foi muito grande, formaram-se 03 turmas e o número total de estagiários foram 21; o número de pessoas atendidas foram 31; a descrição das pessoas atendidas foram 06 crianças, 06 adolescentes e 19 adultos e os resultados foram 03 desistências, 07 altas e 21 ainda encontram-se em acompanhamento durante o segundo semestre. A Universidade Estácio de Sá modificou o seu projeto pedagógico nesse ano de 2005, dando ênfase, não só à Psicanálise como também às abordagens Existencialista e Cognitivo-Comportamental, mas vale ressaltar que a clínica que formou mais turmas nesse semestre foi a Cognitivo-Comportamental, demonstrando a relevância na divulgação correta de um trabalho efetivo e coerente.

Mesa-redonda

TDAH E TRANSTORNO DO USO DE SUBSTÂNCIA Luciana Mello (mestre pela UFRJ- Rio de Janeiro, RJ), Oswaldo Saide (UERJ, Rio de Janeiro, RJ), Catia Araújo (IBMR, Rio de Janeiro, RJ) e Daniel Segenreich (CNA, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtorno do Uso de Substância, Dependência de Drogas

Recentes estudos permitiram uma melhor compreensão não só acerca dos critérios para o diagnóstico do TDAH, mas um novo paradigma com relação ao seu curso e impacto na vida dos pacientes. O TDAH não é um transtorno que acomete o paciente em aspectos cognitivos, comportamentais e afetivos/emocionais, sendo considerado uma síndrome associada a uma vulnerabilidade genética em interação com o meio-ambiente. As comorbidades mais comuns encontradas no TDAH são problemas relacionados com comportamento disruptivo, agressividade e delinquência, sendo muito alta a prevalência de transtorno opositivo-desafiador (TOD) e transtorno da conduta (TC). A incidência do transtorno do uso de substância (TUS) vem atualmente destacando-se como preocupação em pacientes com TDAH. Existem duas vertentes no que diz respeito ao uso de substância em pacientes com TDAH: alguns autores acreditam que o uso de substância estaria diretamente relacionado com o TDAH, porém estudos mais recentes apontam para uma relação indireta, ou seja, o TUS estaria relacionado com o TC e seria apenas agravado pelo TDAH. Os estudos mostram que de 6 à 9% das crianças e adolescentes com TDAH teriam também TUS e adultos 10 à 30%. Os autores apontam a redução de julgamento, agressividade e a impulsividade como fatores de alto-risco para o envolvimento com drogas, que poderia ser ainda uma forma de auto-medicação. Estudos defendem que o TDAH (independentemente de co-morbidades) estaria associado ao TUS e que quanto maior os sintomas de TDAH, maior o nível de TUS. Da mesma forma, os pacientes com TDAH medicados teriam menos incidência de TUS. A incidência de pacientes que preenchem os critérios para TDAH entre os pacientes que procuram tratamento para TUS é de 50% . Assim, o TDAH afeta drasticamente o curso do TUS. Pacientes com TDAH teriam um início mais precoce do uso das drogas, um curso mais rápido e menos resposta ao tratamento, independentemente de co-morbidades, e haveria o uso de substâncias mais pesadas e contribuiria para a gravidade e persistência dos sintomas. O uso de tabaco estaria também associado principalmente com o TC, porém os pacientes com TDAH teriam um início mais precoce, com mais frequência tornariam-se dependentes em um período mais curto, teriam mais dificuldade em deixar a dependência e com mais frequência passariam a utilizar outras drogas. Os estudos demonstram a importância de mais pesquisas a respeito do assunto e o tratamento precoce tanto do TUS em pacientes com TDAH, quanto do TDAH em pacientes com TUS. A própria melhoria dos sintomas de TDAH levaria a uma melhoria do TUS e a prevenção do uso de substância levaria menos pacientes com TDAH a desenvolver o TUS. A associação do TC com o TDAH produziria o mais alto índice dentro dos transtornos psiquiátricos para o desenvolvimento do TUS.

Mesa-redonda

Luciana Mello: lupsico@hotmail.com; Oswaldo Saide: osaide@ibest.com.br; Catia Araújo: caraujoqb@yahoo.com.br; Daniel Segenreich: danielsegen@gmail.com

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E ARTE-TERAPIA: UMA EXPERIÊNCIA EM GRUPO Tânia Maria Netto (IPAF – Rio de Janeiro – RJ); Andreia Araújo Martins (IPAF – Rio de Janeiro – RJ). Supervisores: Profa. Dra. Mônica Portella (San Francisco State University e PUC-Rio - Rio de Janeiro - RJ) e Prof. Dr. Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida - Rio de Janeiro - RJ)

Palavras Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Arte-terapia; Grupo.

Um tratamento psicoterápico utilizando as abordagens Cognitivo-Comportamental e Arte- Terapia pode ser muito eficaz. A intervenção ocorre não só a um nível verbal trabalhando padrões de pensamentos, comportamentos, sentimentos e reações fisiológicas, mas também a um nível não-verbal criativo, isto é, o desenho, a colagem e a pintura são utilizados para a identificação de queixas, formulação de casos e estabelecimento de metas e explicação do modelo cognitivo-comportamental. Empregamos a arte na identificação e no trabalho com os pensamentos automáticos, erros cognitivos e crenças disfuncionais. Através da criação artística o indivíduo pode externar e transformar seus sentimentos, pensamentos e comportamentos em formas concretas, aprendendo a identificá-los e diferenciá-los não só verbalmente, mas também visualmente (não-verbal) facilitando o entendimento e aprendizado das diferenças entre os mesmos. O objetivo do presente trabalho é apresentar os resultados do grupo terapêutico: "Terapia Cognitivo-Comportamental e Arte-Terapia". Participaram da pesquisa nove pessoas, de ambos os sexos (56% mulheres e 44% homens), com idades variando de 16 a 50 anos. Dois participantes desistiram do grupo permanecendo no mesmo o total de sete pessoas. As sessões foram realizadas semanalmente, durante dois meses tendo a duração de 2 horas. Os objetivos centrais do grupo foram trabalhar: 1) o modelo cognitivo clássico, bem como a identificação de pensamentos automáticos disfuncionais e a reestruturação cognitiva; 2) transformar queixas em metas; 3) solução de problemas. Vale lembrar que todos os participantes do grupo estavam fazendo terapia cognitivo-comportamental individual no IPAF (Instituto de Psicologia Aplicada e Formação). O grupo foi coordenado por uma terapeuta e uma co-terapeuta, que participou como observador participante. Realizamos na última sessão uma avaliação do grupo terapêutico "Terapia Cognitivo-Comportamental e Arte-Terapia", onde verificamos que: os participantes relataram que o trabalho de grupo ajudou na terapia individual; 86% dos participantes relataram que foram ajudados na área profissional, 86% na área afetiva, 71% na área social e 57% na área da saúde. Os terapeutas dos clientes que participaram do grupo observaram que: o trabalho de grupo ajudou na terapia individual, bem como auxiliou os clientes no trabalho com os pensamentos automáticos, estabelecimento de metas e solução de problemas. Concluímos que este tipo de intervenção foi eficaz, pois o desenho, a pintura, a colagem e outros artifícios artísticos além de facilitar a expressão de pensamentos automáticos, estados emocionais, reações fisiológicas e comportamentais, diminuem a ansiedade, promovendo um relaxamento, muitas vezes fundamental, para trabalhar com as queixas dos pacientes. Tais artifícios ajudam a organizar a cognição, bem como facilitar a verbalização.

Mesa redonda.
tnetto@yahoo.com

THS NO CONTEXTO DAS NEGOCIAÇÕES. Tânia Netto (Mestre em Psicologia pela University of Utah e IPAF – Rio de Janeiro – RJ) & Kátia Vega. (Consultora na área de recursos humanos e IPAF – Rio de Janeiro – RJ). Supervisores: Profa. Dra. Mônica Portella (San Francisco State University e PUC-Rio - Rio de Janeiro - RJ) e Prof. Dr. Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida - Rio de Janeiro - RJ)

Palavras chaves: Treinamento em Habilidades Sociais; Comportamento não-verbal; Negociação.

A negociação é uma parte intrínseca na vida de todas as pessoas: negociamos com o chefe um aumento de salário, negociamos o preço de um imóvel com o seu proprietário, dois advogados negociam um acordo em um processo, negociamos a educação dos filhos com o conjuge ou até mesmo para onde vamos sair com os nossos amigos. Podemos constatar que negociamos com as outras pessoas todos os dias, mesmo quando pensamos que não estamos negociando. A negociação é um processo de mão dupla, desenhada para alcançar um acordo satisfatório entre ambas as partes (do tipo ganha-ganha), tendo interesses comuns e/ou opostos. Para obter um resultado do tipo ganha-ganha em uma negociação é necessário entender o que se passa entre as duas partes, em relação a valores, crenças e objetivos. A negociação é um processo que ocorre entre pessoas, sendo assim para que ocorra uma maximização de ganhos as habilidades sociais são de suma importância neste processo. As habilidades que apóiam uma negociação de sucesso incluem competências sociais, como: escuta ativa, ser capaz de enxergar o ponto de vista da outra parte (capacidade empática), perceber as crenças, valores e objetivos da outra parte (sensibilidade perceptiva), identificar áreas de acordo (sensibilidade perceptiva), flexibilidade comportamental, equilíbrio emocional, assertividade e capacidade reforçadora, etc. O objetivo do presente trabalho é apresentar os resultados do treinamento em habilidades sociais no contexto das negociações. Conduzimos dois grupos *in company* (dentro da empresa), com duração de 24 horas. O número de participantes em cada grupo variou em torno de 32 pessoas. Participaram dos grupos funcionários de nível gerencial de uma empresa multinacional na área de energia, de ambos os sexos (87% do sexo masculino e 13% do sexo feminino). Empregamos uma metodologia teórico-vivencial, sendo que filmamos vários exercícios e dinâmicas, a fim de fornecer *feedback* aos participantes. Os grupos foram conduzidos por um terapeuta cognitivo-comportamental e por profissionais na área de administração. De acordo com as avaliações realizadas no final dos grupos, observamos que: o treinamento em habilidades sociais ajudou a melhorar a competência social dos participantes no contexto das negociações empresariais; os participantes relataram que aprenderam a decodificar com maior cuidado e acuidade sentimentos, emoções, motivações e intenções da outra parte, por meio da identificação de indícios relacionados ao comportamento não-verbal (paralinguagem, expressões faciais, gestos e posturas), bem como exercitaram habilidade como a capacidade empática e a assertividade. Concluimos que o treinamento de habilidades sociais consiste em uma ferramenta a mais no que se refere ao treinamento em negociação, uma vez que este é um processo que ocorre entre pessoas.

Mesa Redonda.
tnetto@yahoo.com

EJACULAÇÃO PRECOCE: UMA VISÃO COGNITIVISTA-COMPORTAMENTAL Cíntia Nordskog (consultório particular – Resende - RJ)

Palavras-chave: Ejaculação precoce, sexualidade e sociedade.

O presente trabalho refere-se a experiências vivenciadas em consultório, demonstrando que, ejaculação precoce, embora patologizada como disfunção, não deve ser tratada como tal, mas, como uma desesperada tentativa do homem em adaptar-se às necessidades da parceira e imposições da tão cruel, sociedade. Tem como objetivo, relatar as conclusões extraídas desses atendimentos e a forma como as técnicas da abordagem Cognitivo-Comportamental têm sido aplicadas. A partir de vários atendimentos à referida queixa, alguns em andamento, os dados obtidos têm sido substancialmente comuns, embora em clientes distintos. O primeiro recurso, é a busca por consultas urológicas com esperança na indústria farmacêutica. Porém, com o avanço da credibilidade e eficácia psicoterápica, os profissionais nos tem imediatamente encaminhado esse perfil. Inicia-se então, o grande desafio de recebê-los com tamanha expectativa de “cura”. A grande maioria, procura auxílio para melhor satisfazer a parceira, sentindo-se mais “macho”. Realizaram as primeiras experiências sexuais em situações que ofereciam risco, obrigando-os a ejacular aos primeiros sinais de estimulação. Desconhecem a própria sexualidade, anatomia e fisiologia, reforçando a manutenção da queixa. As parceiras também padecem desse mal, exigindo do homem um prazer desconhecido, adormecido dentro da cada uma delas. Partilham as crenças centrais: priorizam penetração e orgasmo; sentem-se responsáveis pela satisfação das parceiras; estão embuidos da idéia de que sexo é coito e de que a mulher só atingirá o orgasmo se houver uma penetração intensa e duradoura; desprezam a possibilidade da união conjugal afetar a esfera sexual; temem o momento da penetração como sinônimo de ejaculação e a perda da ereção como perda da própria identidade; possuem acentuado sentimento de inferioridade, como se o prazer do ato sexual dependesse exclusivamente do tempo de ejaculação; impõem-se a vitória ou derrota da relação sexual. Por natureza, embora não reconheçam-se como tais, estes clientes são consideravelmente ansiosos e, o grau de ansiedade é exacerbado por tamanhas crenças e esquemas formados ao longo da vida. Esquemas, talvez alimentados por falta de conhecimento, por uma educação pautada pela “ignorância”, pela ausência de uma parceira informada e companheira, ou mesmo por gerirem a vida sexual a partir de parâmetros ditados pela sociedade. Uma vez que o fator ansiogênico se faz presente, mais ausente se faz a possibilidade de uma relação plena, compartilhada, tranquila, pautada pelo desenvolvimento dos cinco sentidos e do aflorar do “bom amante”: o sensível sedutor, transcendendo o vazio de “fazer sexo”, ao prazer de “fazer amor”. A conclusão revela que a reestruturação cognitiva das crenças centrais e intermediárias e, no momento adequado, a aplicação das técnicas de acordo com a subjetividade de cada cliente, tende a revelar o coito como um complemento de um todo bem maior. Observa-se efetivos resultados na busca de pequenos prazeres e momentos de felicidade e na ressignificação do conceito de sexo ganhando visível amplitude. Consequentemente, percebe-se uma queda significativa no nível de ansiedade proporcionando-os vivenciar o quão possível se faz a não dissociação mente-corpo.

Mesa-redonda
cintia.kog@uol.com.br

CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DE UMA MEDIDA DE EMPATIA CONJUGAL Maria das Graças Soares de Oliveira (Uerj, Rio de Janeiro, RJ); Eliane Mary de Oliveira Falcone (Uerj, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Empatia, Satisfação Conjugal, Divórcio.

É do conhecimento geral que em todo o mundo a instituição casamento vem passando por grandes modificações. O conceito tradicional de família também vem se alterando para abarcar toda a diversidade exigida pela sociedade moderna. Mesmo com as dificuldades inerentes a qualquer relacionamento o desejo de matrimônio é refletido em pesquisas. Elas mostram que 90% dos americanos escolherão se casar em algum momento de suas vidas. Além disso, estudos também revelam que as pessoas são mais contentes e mais saudáveis quando casadas. Embora as pessoas tenham uma predisposição para buscar o casamento e mesmo que o casamento seja importante para atender às necessidades afetivas da maioria dos indivíduos, os estressores com os quais os casais se defrontam e a inabilidade para lidar com os mesmos tende a conduzir grande parte dos casamentos ao divórcio. Por outro lado, pesquisas mostram que o divórcio também tem um impacto negativo na saúde física e psicológica dos parceiros. O objetivo do presente estudo é fazer uma avaliação preliminar de um questionário de empatia conjugal que tem por finalidade avaliar se a empatia está relacionada à satisfação conjugal. Pretende-se identificar e avaliar a presença de características empáticas nos participantes a serem estudados e estabelecer uma correlação destas características com o grau de satisfação e harmonia conjugal. Parte-se da hipótese geral de que, nas relações conjugais, em que pelo menos um dos parceiros demonstra maior habilidade empática, os cônjuges consideram-se mais satisfeitos, em comparação com as relações onde a comunicação empática é mais reduzida ou inexistente. Pretende-se também investigar se o tempo da relação constitui uma variável que influencia nos níveis de empatia e de ajustamento conjugal. Participarão da pesquisa 120 adultos, de ambos os sexos e de diferentes faixa etárias. Os participantes deverão estar vivendo uma relação conjugal, independentemente do fato de serem oficialmente casados ou não. Para efeito de classificação por idade, as pessoas serão inseridas no grupo A - jovens com idade entre 18 e 25 anos; grupo B - pessoas adultas com idade entre 26 e 50 anos e; grupo C - pessoas maduras, com idade de 51 anos em diante. A população escolhida foi a de funcionários e universitários de diversas áreas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O projeto encontra-se na fase de aplicação dos questionários e os dados preliminares têm apontado para uma correlação entre empatia e satisfação conjugal. Espera-se que a realização deste estudo possa lançar alguma luz sobre a forma de comunicação utilizada por casais que se sentem satisfeitos com seu relacionamento. A partir deste conhecimento, pesquisas futuras podem ser realizadas com o objetivo de implementar programas preventivos de treinamento de comunicação que permitam aos casais adotarem posturas mais saudáveis em suas interação que, conseqüentemente, favorecerão uma manutenção satisfatória do matrimônio.

Mesa-redonda

gracayoliveira@globocom

AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS EM CRIANÇAS PORTADORAS DE MUTISMO SELETIVO Ana Cláudia de Azevedo Peixoto (Universidade Federal do Rio de Janeiro / Rio de Janeiro – RJ).

Palavras-chave: Avaliação, habilidades sociais, mutismo seletivo.

Este trabalho insere-se no âmbito de uma pesquisa exploratória e tem como objetivo estudar as relações entre habilidades sociais e o transtorno denominado mutismo seletivo. Para tal, desenvolveu-se uma avaliação da qual participaram 20 crianças que preencheram os critérios diagnóstico para o mutismo seletivo segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. O processo de avaliação ocorreu nas dependências das escolas à qual as crianças pertenciam na rede Municipal da Prefeitura do Rio de Janeiro/ Secretaria de Educação. A avaliação ocorreu invertendo-se o caminho convencional de atendimento psicológico, ao invés das crianças irem até o consultório, nós fomos até as crianças. A idade das crianças variou entre quatro e quatorze anos, estando as mesmas cursando desde a educação infantil ao primeiro segmento. Os instrumentos utilizados foram o Inventário Multimídia de Habilidades Sociais Infantis, este tem por objetivo a caracterização do desempenho social da criança em diferentes situações do contexto escolar, produzindo indicadores como empatia/civilidade, assertividade, autocontrole e participação para o planejamento e avaliação de programas educativos e terapêuticos de promoção do repertório social e o Questionário Comportamental CBCL (child behavior check list – relatório dos pais) que possibilita o levantamento do grau de competência social e cognitivo da criança e oferece índices relacionados a distúrbios internalizantes, externalizantes e totalizantes. Os instrumentos foram aplicados dentro de um processo de avaliação cognitivo-comportamental, na qual constavam também outros instrumentos, como entrevistas e escalas. O inventário de habilidades sociais foi aplicado individualmente, na própria escola da criança. O segundo instrumento foi aplicado individualmente no pai e na mãe, seguido do cruzamento dos dados fornecido pelos dois responsáveis. O mutismo seletivo é um transtorno de ansiedade infantil caracterizado por uma incapacidade que a criança possui para falar em uma ou mais situações sociais apesar de ter habilidade e compreensão para a linguagem. Crianças que manifestam esse transtorno caracteristicamente se recusam a falar na escola e com pessoas estranhas. Segundo dados de pesquisas estrangeiras, mais de 90% das crianças com mutismo seletivo são acometidas de fobia social, um medo persistente em lidar com situações nas quais precisam falar em público ou interagir em novas situações. Por isso, atualmente o mutismo seletivo tem sido explicado por alguns teóricos como sendo um sintoma de fobia social. Nosso intuito é fazer um cruzamento dos dados oferecidos por cada instrumento e conhecer melhor algumas características associadas ao mutismo seletivo, auxiliando o processo de conhecimento desse transtorno, ainda pouco conhecido, e dessa forma contribuir para o seu tratamento. Cabe ressaltar que os resultados dessa avaliação encontram-se em fase de estudo.

Apoio financeiro: CNPq - Bolsista do curso de Doutorado: Peixoto, AC

Mesa-redonda
acapeixoto@uol.com.br

ETAPAS DE UM PROTOCOLO PILOTO DE TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CASAIS – Raphael Fischer Peçanha (UFRJ/Rio de Janeiro/RJ); Bernard Pimentel Rangé (UFRJ/Rio de Janeiro /RJ).

Palavras-chave: Protocolo de Tratamento – Terapia Cognitiva – Casais

Este resumo apresenta etapas de um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais que foi desenvolvido para uma dissertação de mestrado, feita no Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Objetivo foi construir as sessões de atendimento de um protocolo de tratamento para casais dentro dessa modalidade de terapia que possa ser validado futuramente para a população brasileira. Foi feita uma revisão da literatura científica sobre a terapia cognitivo-comportamental com casais para a elaboração de cada uma das sessões do protocolo piloto. Foram analisados periódicos nacionais e internacionais. A pesquisa de alguns artigos científicos foi realizada nas bibliotecas das universidades do município do Rio de Janeiro. Outros artigos foram obtidos através dos sites da CAPES e do SIBI da UFRJ. Foram avaliados ainda capítulos e livros brasileiros e estrangeiros que tratavam do tema. O protocolo piloto também foi avaliado por cinco psicoterapeutas de casais que atuam há mais de cinco anos dentro das abordagens comportamental ou cognitivo-comportamental. Essas profissionais foram contatadas através de correio eletrônico. A terapia cognitiva com casais vem se desenvolvendo desde a década de 1980. Esta teoria e algumas técnicas, antes utilizadas no tratamento da depressão e em outros transtornos psicológicos, foram adaptadas para o trabalho clínico com cônjuges em conflito. Pesquisas experimentais também foram desenvolvidas para examinar a influência das cognições do casal sobre o seu relacionamento. O objetivo principal da intervenção nas relações conturbadas é alterar as cognições disfuncionais, o estilo destrutivo de comunicação e maneira inadequada de resolver problemas. Na avaliação clínica de casais, são feitas entrevistas conjuntas e individuais. São utilizados também questionários e inventários, além da observação das formas de interagir dos cônjuges na sessão. Entre as etapas do processo terapêutico está a devolução das informações obtidas na avaliação inicial para o casal. Em termos de estrutura da sessão observa-se uma frequência semanal, intercalando consultas conjuntas e individuais conforme os problemas apresentados. O protocolo piloto construído foi avaliado como atendendo aos preceitos tanto cognitivos quanto comportamentais em termos de terapia. Algumas sugestões e observações foram feitas para que o protocolo fosse adequado ao tratamento de casais. Essas orientações foram analisadas e implementadas conforme a sua pertinência. A terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado um modelo eficaz no tratamento de casais norte-americanos, conforme as pesquisas analisadas. Além disso, essa modalidade terapia é tida como eficaz no tratamento de diferentes transtornos psicológicos no Brasil. Devido a esses fatos, conclui-se ser de extrema importância que um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental seja objeto de uma investigação científica com casais brasileiros.

CNPq

Mesa-redonda

HABILIDADES SOCIAIS E FIBROMIALGIA: EXISTE UMA RELAÇÃO?

Maria Amélia Penido (UFRJ) Sandra Fortes (UERJ) Bernard Rangé (UFRJ)

CAPES

Palavras –chave: Dor crônica Habilidades Sociais Fibromialgia

A dor é um problema de saúde pública muito grave que afeta milhões de indivíduos, com um gasto financeiro enorme para a sociedade, além do incalculável sofrimento humano. A fibromialgia é uma síndrome crônica, que acomete principalmente mulheres, caracterizada por queixa dolorosa músculo-esquelética difusa e pela presença de pontos palpáveis hipersensíveis e dolorosos à pressão, em regiões anatomicamente determinadas. Essas pacientes referem dores por todo o corpo, fadiga e alteração do sono, e freqüentemente apresentam comorbidade com depressão e ansiedade. O objetivo desse trabalho foi investigar o repertório de habilidades sociais de pacientes fibromiálgicas, definindo quais são especificamente as habilidades sociais difíceis para essa população e se isso poderia estar relacionado com ter fibromialgia. Foram selecionadas 105 sujeitos divididos em três grupos: 35 mulheres diagnosticadas com fibromialgia; 35 mulheres diagnosticadas com artrite reumatóide e 35 mulheres sem patologia crônica, constituintes do grupo controle. Os dados foram coletados no Ambulatório de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto através dos seguintes instrumentos: ficha de identificação; Critério Brasil; Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão; Questionário da Avaliação da Saúde; Inventário de Graduação de Dificuldades em Situações Sociais e Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS, que incluiu testes-t de Student, ANOVA e χ^2 . Na análise dos resultados foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos quanto as médias no escore bruto total do Inventário de Habilidades Sociais, indicando uma maior dificuldade nos grupos com fibromialgia e com artrite reumatóide. No Inventário de Graduação de Dificuldades em Situações Sociais o grupo com fibromialgia apresentou diferenças estatisticamente significativas em relação aos outros dois grupos, indicando uma maior dificuldade nas habilidades dizer não e pedir mudança de comportamento. A fibromialgia aparece associada a depressão e ansiedade. Esse trabalho pode indicar que de maneira geral o repertório de habilidades sociais dos pacientes com fibromialgia não difere do grupo com artrite reumatóide, considerando habilidades específicas as pacientes com fibromialgia apresentam mais dificuldades nas habilidades assertivas dizer não e pedir mudança de comportamento.

Mesa Redonda

marypenido@terra.com.br

APRESENTAÇÃO DE UM CASO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA E SEU TRATAMENTO André Luiz dos Santos Pereira (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras Chave: Transtorno da ansiedade generalizada; TAG; Tratamento

P. tem 35 anos, é casada e não tinha filhos quando iniciou a terapia. É advogada e trabalha numa instituição pública. Procurou auxílio psicoterápico devido ao TOC. Realizava alguns rituais de verificação (gás, porta de casa, freio de mão do carro) que a incomodavam muito e tomavam uma parte importante do seu dia. Além das preocupações referentes a estas situações, P. também se queixava de outros tipos de preocupações (associadas ao transtorno de ansiedade generalizada), baixa assertividade, tensão muscular e irritabilidade. A primeira meta do tratamento foram os rituais de P.. O TOC não era grave e P. não usava nenhum tipo de medicamento. Depois de 5 meses P. melhorou bastante desses rituais e o foco do tratamento passou a ser as outras preocupações que a incomodavam. Duas áreas de sua vida a preocupavam mais: a área profissional e a relação com a família. Na primeira temia muito cometer um erro no trabalho que prejudicasse seu chefe, ou alguém que estivesse envolvido com seu trabalho. Na vida familiar, preocupava-se com seu pai (gastava muito dinheiro com jogos), com sua mãe (já teve um quadro psicótico) e com seu irmão, que ela temia que pudesse ser estéril. Existiam outras preocupações, mais difusas, que ocorriam no dia-a-dia da paciente, porém, estas eram as principais. Após introduzir o modelo cognitivo, iniciamos o treino em relaxamento e avaliação das crenças centrais. Foi discutida também a diferença entre possibilidade e probabilidade de um evento ocorrer. As principais crenças de P. giravam em torno de temas de responsabilidade e aceitação. Foi feito um treinamento de assertividade visando melhorar seus recursos e tornar as relações interpessoais menos estressantes. Visando facilitar o processamento emocional de P. foram realizadas exposições à preocupação, para aquelas preocupações sobre situações que não eram imediatas e que portanto não poderiam ser solucionadas, como por exemplo: o medo de cometer um erro e prejudicar seu chefe. Com o passar do tempo, foram sendo retirados alguns comportamentos de segurança de P., como chegar muito cedo ao trabalho, perfeccionismo exagerado, entre outros. Ao mesmo tempo, iniciou-se um planejamento de atividades prazerosas. Depois de pouco mais de 1 ano, P. melhorou seu relacionamento familiar e espera o nascimento de seu primeiro filho. Os sintomas do TOC foram reduzidos de maneira significativa e o sintomas do TAG também diminuíram de maneira importante. A história de vida de P. reforça as teorias atuais sobre o TAG, destacando o papel de problemas interpessoais na etiologia do transtorno, especialmente a inversão de papéis relacionados aos seus cuidadores.

Mesa Redonda
delusp@hotmail.com

TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: UMA REVISÃO GERAL
André Luiz dos Santos Pereira (UERJ, Rio de Janeiro, RJ); Bernard Rangé (UERJ, Rio de Janeiro, RJ);

Palavras Chave: Transtorno da ansiedade generalizada; Revisão; TAG

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é um problema crônico que causa uma diminuição importante da qualidade de vida das pessoas que apresentam este quadro. É considerado o transtorno de ansiedade básico, já que muitos dos seus sintomas também podem ser observados em outros transtornos de ansiedade. O sintoma central deste transtorno é a preocupação excessiva. Esta é considerada difícil de controlar e é acompanhada por outros sintomas como: irritabilidade, incapacidade de relaxar, tensão muscular, agitação e problemas com o sono. Em geral, os sintomas começam bem cedo, fazendo com que, muitas vezes, as pessoas não procurem tratamento por considerar seu modo de funcionamento como característico de sua personalidade e/ou funcional, isto é, acreditam que a preocupação é um sinal de responsabilidade e cuidado. Raramente o TAG é observado em sua forma simples. As comorbidades são bastante frequentes, ocorrendo com cerca de 80% das pessoas com este problema. O modelo psicológico do TAG destaca o papel da intolerância à incerteza como fator central do transtorno. Ela levaria a pensamentos do tipo “e se...” que gerariam a preocupação. As preocupações podem ser divididas em dois tipos: Tipo I ou Tipo II. As primeiras referem-se a inúmeras situações do dia-a-dia, como: segurança, saúde, tarefas que devem ser cumpridas. As segundas, são preocupações sobre o próprio ato de se preocupar. O indivíduo pensa que o fato de preocupar-se tanto pode causar algum dano a si próprio. Um fator importante na manutenção do TAG são as crenças sobre a preocupação. Indivíduos com este problema acreditam que ela ajuda a motivar para ter as tarefas prontas, preparam-lhes para o pior, ajuda a planejar estratégias para evitar eventos negativos, distraem sobre pensamentos ainda piores, entre outras. Esta última está relacionada a alguns estudos que têm apontado que a preocupação pode ser um tipo de evitação cognitiva. Por ser essencialmente verbal e não pictórica, ela pode ajudar a inibir a ativação emocional relacionada à última. Desta maneira, seria reforçada negativamente, o que estaria associado a manutenção do problema. O tratamento do transtorno de ansiedade generalizada vem sendo estudado a alguns anos por diversos pesquisadores. Estudos têm comprovado que a terapia cognitivo-comportamental é eficaz, porém os resultados obtidos ainda não corresponde ao que se observa com outros transtornos de ansiedade. Entre as principais novas formulações para melhorar a eficácia do tratamento, pesquisadores têm destacado o papel da intolerância à incerteza, das crenças sobre a preocupação, da evitação cognitiva e de problemas interpessoais na origem e manutenção do TAG.

Mesa Redonda
delusp@hotmail.com

REABILITAÇÃO DE MEMÓRIA E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO DISTÚRBO DE MEMÓRIA ASSOCIADO À DEPRESSÃO: MELHORANDO A QUALIDADE DE VIDA. Profa. Dra. Mônica Portella (San Francisco State University e PUC-Rio - Rio de Janeiro - RJ); Prof. Dr. Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida - Rio de Janeiro - RJ); Marco Aurélio Negreiros (UNIRIO e Hospital da Lagoa – Rio de Janeiro - RJ).

Palavras Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Reabilitação de Memória; Depressão

Podemos observar em pacientes portadores de depressão, uma diminuição da capacidade da memória imediata e de aprendizado, bem como um rebaixamento da atenção e concentração, prejuízo da orientação e perda do interesse no ambiente. A presente pesquisa tem como objetivo verificar se as estratégias de otimização cognitiva (estratégias internas - prática de repetição, associação e técnicas de estimulação; técnicas de compensação – uso de métodos alternativos para fazer com que os pacientes realizem tarefas no seu dia-a-dia; e terapia cognitivo-comportamental) ajudam na recuperação do distúrbio de memória associado a depressão, melhorando, conseqüentemente, a qualidade de vida e o bem-estar dos pacientes. Participaram da pesquisa 22 pacientes do sexo feminino portadores de distúrbio de memória associado à depressão, com idades variando de 65 a 83 anos. Os participantes foram divididos em 2 grupos: grupo experimental (que foi submetido ao programa de reabilitação de memória e terapia cognitivo-comportamental) e de comparação (submetido somente a terapia cognitivo-comportamental). Inicialmente foi realizada uma avaliação médico-psicológica, que consistia em: exames neurológicos, avaliação neuropsicológica, avaliação do bem-estar e da qualidade de vida, check-list e entrevista semi-estruturada. Após o levantamento das queixas e uma avaliação inicial foi feito um plano de tratamento para ambos os grupos. As estratégias empregadas no programa foram selecionadas e adaptadas, quando necessário, de acordo com os interesses e queixas de cada paciente. O programa consistia em exercícios diários realizados em casa e em diversas estratégias de otimização cognitiva e terapia cognitivo-comportamental empregadas durante as sessões. Os pacientes freqüentaram o programa, a princípio semanalmente por um período médio de quatro meses. Observamos, através do relato dos pacientes pertencentes ao grupo experimental (reabilitação de memória associado à terapia cognitivo-comportamental) e dos instrumentos de avaliação (avaliação médico-psicológica, exame neuropsicológico, check-lists, entrevistas, etc), que estes conquistaram um maior nível de autonomia no que se refere as suas dificuldades de memorização, melhora do bem-estar e da qualidade de vida após o treinamento. A análise da auto-avaliação de memória, entrevista semi-estruturada e check-lists mostraram que as queixas diminuíram após o programa. O grupo de comparação (terapia cognitivo-comportamental) também conquistou melhora no bem-estar e na qualidade de vida após a intervenção. A análise da auto-avaliação da memória, entrevista semi-estruturada e check-lists mostraram que as queixas de memória também diminuíram após o programa, no entanto estes resultados não foram tão expressivos quantos os resultados obtidos no grupo experimental. Concluimos, que os pacientes do grupo experimental apresentaram uma melhora significativa do distúrbio de memória associado à depressão e que a terapia cognitivo-comportamental (mesmo não sendo uma estratégia voltada para problemas de memória) ajudou os pacientes pertencentes ao grupo de comparação a lidar de forma mais eficaz com as dificuldades de memória da vida diária.

Mesa redonda.

m.portella@uol.com.br

TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS: IMPACTOS COMPORTAMENTAIS NO CENÁRIO EMPRESARIAL. Profa. Dra. Mônica Portella (San Francisco State University e PUC-Rio - Rio de Janeiro - RJ); Prof. Dr. Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida - Rio de Janeiro - RJ); Tânia Netto (Mestre em Psicologia pela University of Utah e IPAF – Rio de Janeiro – RJ) & Kátia Vega. (Consultora na área de recursos humanos e IPAF – Rio de Janeiro – RJ).

Palavras chaves: Habilidades Sociais, Assertividade, Capacidade Empática.

O mercado de trabalho está mudando, sendo que a forma pela qual as pessoas são avaliadas na atualidade vem sofrendo grande transformação. A inteligência propriamente dita (chamada no passado de QI), a competência em uma área específica do saber, bem como a formação ou o grau de especialização do funcionário, já não são diferenciais tão importante como no passado. Hoje em dia os empregadores estão muito mais preocupados com certos recursos intangíveis, como habilidades de relacionamento e competências sociais. Tomando como base esta nova realidade desenvolvemos e implementamos grupos (no formato de cursos) de treinamento em habilidades sociais para funcionários de nível médio em empresas situadas no estado do Rio de Janeiro. O objetivo do presente trabalho é discutir e apresentar os resultados dos grupos de treinamento em habilidades sociais que conduzimos em empresas desde 2001. Nossos grupos, embora possuam um caráter preventivo, estão calcados no modelo cognitivo-comportamental, sendo que os grupos têm os seguintes objetivos: 1) Desenvolver habilidades sociais, tornando os participantes aptos a se relacionarem melhor com seus colegas de trabalho, superiores e subordinados; 2) Fornecer ferramentas para que os participantes possam decodificar e compreender melhor as emoções, motivações e intenções de si mesmos e de seus interlocutores; 3) Capacitar os participantes a monitorar, distinguir e lidar com seus pensamentos automáticos, erros cognitivos e estados emocionais, a fim de empregar tais habilidades na orientação de seu comportamento. Os grupos foram conduzidos *in company* (dentro da empresa), tendo duração de 40 horas. O número de participantes em cada grupo variou em torno de 18 a 30 pessoas, participaram dos grupos funcionários de nível médio, de ambos os sexos (67% do sexo masculino e 33% do sexo feminino). Empregamos uma metodologia teórico-vivencial, sendo que filmamos vários exercícios e dinâmicas, a fim de fornecer *feedback* aos participantes. Os grupos foram conduzidos por dois terapeutas cognitivo-comportamentais, que se revezaram nos papéis de facilitador e de observador participante. De acordo com as avaliações (questionários e entrevistas semi-estruturadas) realizadas no final dos grupos, observamos que: os participantes relataram que o treinamento em habilidades sociais ajudou a melhorar o relacionamento com seus pares, principalmente com os seus superiores; os participantes pouco assertivos (7%), se beneficiaram bastante do treinamento, tendo relatado mudanças no comportamento assertivo ao longo do trabalho; a utilização de *video-tape* como *feedback*, foi importante, tendo ajudado na modelagem e na modelação de comportamentos não-verbais e verbais, capacidade empática, comportamento assertivo, etc; a compreensão do modelo cognitivo ajudou a distinguir e lidar com os erros cognitivos e estados emocionais. Concluimos que o treinamento em habilidades sociais pode ser empregado no contexto empresarial com sucesso, beneficiando diretamente os participantes do programa, bem como beneficiando indiretamente os pares (colegas de trabalho, superiores e subordinados) dos participantes do treinamento, que passam a se relacionar com pessoas mais assertivas, empáticas, reforçadoras, flexíveis, enfim com pessoas mais aptas socialmente.

Mesa redonda.

m.portella@uol.com.br

FUNÇÃO EXECUTIVA Patrícia Porto. (Especialista em Saúde Mental e Desenvolvimento Infanto- Juvenil. Santa Casa de Misericórdia. Rio de Janeiro).

Palavras-chaves: função executiva, déficit de atenção, disfunção executiva,

O funcionamento executivo refere-se à habilidade do indivíduo de desenvolver e sustentar uma organização voltada para o futuro e a capacidade de flexibilizar e resolver situações problemas. As funções executivas permitem que o indivíduo adapte suas habilidades básicas como, linguagem e memória a um ambiente complexo. Segundo Barkley, podemos dividir as funções executivas em seis partes que interagem entre si, sendo elas: controle inibitório de comportamento, capacidade de flexibilizar pensamentos, auto-regulação do afeto, memória de trabalho, capacidade de análise e síntese e memória contextual. O controle inibitório do comportamento está relacionado a 3 processos: inibir uma resposta inicial a um evento, atrasar essa resposta, permitindo um intervalo para decidir o que responder e controlar eventos e respostas concorrentes neste intervalo de tempo, ou seja, está relacionado ao controle inibitório de interferências. A capacidade de flexibilizar está relacionada a habilidade de mudar de uma estratégia cognitiva ou comportamental para outra. A capacidade de auto-regulação do afeto refere-se a modulação interna do afeto para alcançar um objetivo. A memória de trabalho é uma especialização da memória de curto prazo, modelo proposto por Baddley e Hitch, composta de três componentes: a alça fonológica, a via visuo-espacial e o executivo central. Para Baddley o executivo central está relacionado a um sistema de controle atencional capaz de integrar os dois componentes e realizar uma interface com a memória de longo prazo. A análise e síntese envolve a capacidade mental de separar experiências antigas ou informações e sintetizar essas partes em novos caminhos. Esta habilidade é fundamental para criar novas direções e resolver problemas. A memória contextual permite ao indivíduo lembrar quando e em qual situação a informação foi aprendida, que pode estar dissociado do conteúdo aprendido. O comprometimento do funcionamento executivo reflete em: dificuldade de manipular informações mentalmente, dificuldade de planejamento e execução de planos, desorganização, julgamento pobre, dificuldade para tomar decisões, rigidez mental, dificuldade de manter a atenção e motivação, labilidade emocional, hiperatividade (principalmente em crianças).

Mesa redonda.

patricia_rporto@hotmail.com

PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO. Julio Fernando P. Peres (Instituto de Psicologia da USP, São Paulo-SP) Juliane Mercante (Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP-SP) Eliane Volchan (Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho UFRJ-RJ) Patrícia Porto (Pesquisadora do Instituto de Psiquiatria da UFRJ) Paula Ventura (Instituto de Psicologia da UFRJ, Rio de Janeiro- RJ) Ivan Figueira (Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: Terapia Cognitiva, Transtorno de Estresse Pós-traumático, Ressonância Magnética.

Estudos funcionais do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) apontam desativação no córtex pré-frontal (PFC), no cíngulo anterior, no hipocampo, na área de Broca, assim como uma maior atividade do giro para-hipocampal, do cíngulo posterior, e da amígdala nos paradigmas de provação de sintomas. A expressão das memórias traumáticas e os sinais psicopatológicos do trauma não são estáticos ao longo do tempo. Os sistemas múltiplos da memória são ativados simultaneamente e em paralelo em várias ocasiões, e estudos sugerem que esses sistemas podem interagir. A psicoterapia pode favorecer uma tradução integrada da memória sensorialmente fragmentada no sistema declarativo de memória, hipocampo e pré-frontal dependente, em decorrência da possibilidade da interação dos circuitos neuronais. Estudos com tomografia por emissão de pósitrons (PET), tomografia por emissão de fóton único (SPECT) e de ressonância magnética funcional (RMf) sugerem mudanças na dinâmica do fluxo sanguíneo cerebral regional sob a influência da psicoterapia. Os resultados também indicam que através da Terapia Cognitiva as mudanças ocorridas no nível cognitivo são acompanhadas pela plasticidade funcional ocorridas no nível neural. A exposição e reestruturação cognitiva, isolada ou combinada, melhoraram acentuadamente o TEPT. A Terapia Cognitiva é, com frequência, indicada como opção ao tratamento psicológico de indivíduos com memórias traumáticas. Este estudo tem como objetivo determinar através da ressonância magnética funcional se a Terapia Cognitiva aplicada em pacientes com TEPT causaria mudanças do fluxo sanguíneo cerebral regional associada ao resgate primário das mesmas memórias traumáticas. A metodologia do estudo consiste em: indivíduos submetidos à Terapia Cognitiva e Grupo Controle. Vinte e quatro indivíduos com TEPT com idade similar (desvio de 2 a 3 anos) serão divididos aleatoriamente por sorteio em dois grupos. Estudaremos 12 pacientes com TEPT submetidos à Terapia Cognitiva e, como grupo controle, 12 pacientes com TEPT em lista de espera. O grupo controle também será submetido a psicoterapia após a conclusão do protocolo. O estudo tem como hipótese que o resgate das memórias traumáticas antes da Terapia Cognitiva poderá ser sensorialmente fragmentado e provavelmente acompanhado por um aumento na ativação da amígdala. Após a Terapia Cognitiva (8 sessões programadas para TEPT), a condição do resgate da memória poderá ser emocionalmente menos expressiva e cognitivamente mais organizada, acompanhada pelo aumento da atividade no hipocampo e no córtex pré-frontal, em especial no hemisfério esquerdo.

Mesa-redonda
patricia_rporto@hotmail.com

PRINCIPAIS DIFICULDADES DE TERAPEUTAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS INICIANTES NA PRÁTICA CLÍNICA: UM ESTUDO EXPLORATÓRIO - Eliane Mary de Oliveira Falcone; Larissa Lima Rabelo (Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras chave: Supervisão clínica; Terapeutas iniciantes.

A literatura sobre a prática da psicoterapia realizada por terapeutas iniciantes, principalmente aqueles que estão em estágio supervisionado em clínica-escola, tem apontado para uma série de dificuldades encontradas por essa população. Sendo o exercício da psicoterapia considerado difícil até mesmo entre os profissionais experientes, pode-se entender o quanto essa dificuldade aumenta quando a prática é exercida por indivíduos jovens, sem habilidades pessoais e teóricas suficientes para atender a uma demanda de clientes com grande sofrimento emocional. Além disso, quando esses jovens terapeutas se baseiam na abordagem cognitivo-comportamental, que se caracteriza por uma intervenção diretiva, envolvendo constante estudo e atualização, as dificuldades se tornam ainda maiores. Diante dessas constatações, foi realizado um estudo exploratório para identificar as principais dificuldades experimentadas por terapeutas iniciantes no atendimento clínico de orientação cognitivo-comportamental. Os participantes, 64 terapeutas (29 estudantes e 35 recém graduados), com tempo médio de atuação de 15 meses, responderam a um questionário contendo 26 situações extraídas da literatura, referentes às dificuldades inerentes ao atendimento clínico de supervisandos. Tais dificuldades envolviam preocupação com desempenho, problemas relacionados ao comportamento do cliente, dificuldades na interação com pacientes difíceis e dificuldades relacionadas à supervisão. Os participantes foram solicitados a graduar as suas dificuldades em uma escala de 0% (nenhuma dificuldade) a 100% (dificuldade extrema, incapacitante). As respostas dos participantes foram digitadas em programa Excel e analisadas através do programa SPSS. A média global de dificuldade encontrada na amostra foi de 33,7%, indicando que esses terapeutas experimentam dificuldades em sua prática, porém não se sentem impedidos de lidar com elas. As situações consideradas mais fáceis de lidar (20,5% de dificuldade) foram: ouvir opiniões de colegas na supervisão; pedir contato com terapeuta anterior; choro do paciente; responder às perguntas do supervisor; sexualidade do paciente; preparar caso para supervisão; paciente que evita contato ocular e paciente sexualmente atraente. As situações de dificuldade média (30,30%) envolveram: paciente que pede conselho; paciente depressivo; lidar com o silêncio na sessão; paciente ameaça parar a terapia; trabalhar com co-terapeuta; paciente continua falando após término da sessão; paciente não cumpre tarefas; gravar a sessão e paciente com queixas vagas. As situações consideradas mais difíceis (49,8%) de lidar incluíram: paciente em crise; paciente sedutor; paciente que não quer pagar; desacordo com as técnicas de tratamento; hostilidade do paciente; paciente que não melhora e paciente que ironiza. Verifica-se nessa amostra que lidar com as situações envolvendo supervisão e a relação com o supervisor ou com os colegas são consideradas mais fáceis. Situações de dificuldade média englobam principalmente aquelas relacionadas ao desempenho intelectual ou insuficiência de conhecimento teórico-técnico para intervir. Já as situações mais difíceis demandam principalmente habilidades interpessoais e insuficiência de conhecimentos sobre como lidar com a resistência dos pacientes. Os resultados desse estudo propõem alguns procedimentos complementares à orientação teórico-prática que o supervisor deve adotar para facilitar o trabalho de seus supervisandos, tais como: ênfase nos aspectos da relação com o paciente e identificação das reações contratransferenciais.

Mesa -redonda

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TDAH NO ADULTO

Roberto Rezende (UFRJ – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: TDAH adulto; sintomas secundários; técnicas cognitivo-comportamentais.

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tem como sintomas primários a dificuldade da manutenção da atenção, a hiperatividade motora, e a dificuldade no controle dos impulsos. O DSM-IV-TR distingue 3 subtipos do transtorno: o subtipo predominantemente desatento; o subtipo predominantemente hiperativo; e o subtipo misto. O TDAH é um transtorno de origem hereditária. Está relacionado a uma hipoperfusão no lobo frontal do cérebro, área responsável pela inibição do comportamento, filtragem de estímulos, memória, autocontrole, organização e planejamento. Os sintomas primários do TDAH não são causados por distorções cognitivas, nem são comportamentos aprendidos. Portanto, trata-se de um transtorno de base neurobiológica, e não psicológica. Inicialmente acreditava-se que o TDAH manifestava-se apenas na infância, havendo remissão espontânea quando se atingisse a adultidade. A forma adulta do transtorno foi reconhecida mais tarde, em 1987, pelo DSM-III-R, embora a presença dos sintomas desde a infância seja fundamental para o diagnóstico no adulto. O consenso atual é de que a psicoterapia é pouco eficaz no tratamento de pacientes com TDAH, recaindo a ênfase sobre a medicação, sendo o cloridrato de metilfenidato o mais utilizado. Isso parece ser verdadeiro no caso das crianças, que são geralmente encaminhadas à clínica por parentes ou professores devido a prejuízos relacionados aos sintomas primários do TDAH, os quais são adequadamente tratados pela medicação. No entanto, a prática clínica nos mostra que tratar uma criança precocemente diagnosticada é muito diferente de tratar um adulto que no decorrer da vida já desenvolveu uma série de hábitos disfuncionais, além de uma auto-imagem negativa. Os adultos com TDAH, quando procuram ajuda especializada, geralmente queixam-se ou de uma comorbidade, ou dos sintomas secundários do TDAH nos quais a medicação não é efetiva. Como mais freqüentemente o portador procura o atendimento devido a uma comorbidade, o TDAH muitas vezes acaba passando despercebido. Por este motivo, o TDAH é mais subdiagnosticado no adulto do que na criança. Mas quando atendemos um adulto com TDAH sem comorbidade (raro), ou com a comorbidade em remissão total ou parcial, podemos observar a maior relevância que os sintomas secundários assumem para estes pacientes. Sintomas secundários tipicamente incluem adiamento crônico, desorganização, baixa auto-estima, perfeccionismo, senso de auto-eficácia prejudicado, déficit em habilidades sociais, dificuldade em iniciar e em interromper uma tarefa, e pouca persistência em atingir metas de longo prazo, entre outros. A maior parte da literatura sobre TDAH limita-se à manifestação infantil do transtorno. Ainda há poucos trabalhos dedicados ao TDAH em sua forma adulta. Nós pretendemos aqui reduzir esta lacuna, e propomos que a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ser eficaz em adultos portadores de TDAH, no gerenciamento ou remissão dos sintomas secundários, desde que os sintomas primários estejam devidamente controlados pela medicação. A TCC dispõe de uma série de técnicas que podem ser úteis no tratamento de adultos portadores de TDAH. Não é nossa intenção propor um protocolo, mas sim expor algumas técnicas que se mostraram úteis, e deixar a critério do clínico quando e quais utilizar, conforme a demanda do paciente.

MUDANÇAS NO NÍVEL DE CONHECIMENTO DOS PROFESSORES SOBRE TDAH E NOS SENTIMENTOS DESTES AO LIDAR COM CRIANÇAS PORTADORAS DESSE TRANSTORNO EM SALA DE AULA APÓS *WORKSHOP* INFORMATIVO Luciana Rizo (Psicóloga / Mestre-UFRJ)

Este trabalho teve como primeiro objetivo construir um programa de estratégias a serem utilizadas dentro de sala de aula para professores de crianças hiperativas, impulsivas e desatentas. As estratégias foram selecionadas a partir de pesquisa em literatura nacional e estrangeira de onde foram retiradas as principais técnicas de manejo de comportamento dentro de sala de aula. Foi montado um programa simplificado e adaptado à realidade das escolas brasileiras. Como segundo objetivo, este estudo dedicou-se a medir a diferença que esse tipo de informação causa ao nível de conhecimento dos professores com relação às características deste problema de comportamento e quais são os sentimentos desses professores ao lidar com essas crianças antes e depois de terem obtido informações contidas no programa de estratégias. O programa foi apresentado a um grupo de professores em formato de um *workshop*, antes do qual foi pedido que o grupo respondesse ao primeiro questionário. Informações e estratégias foram apresentadas e, após o *workshop*, foi solicitado que os participantes respondessem ao segundo questionário. Os questionários foram analisados de duas maneiras: a primeira parte de perguntas, contendo respostas verdadeiro ou falso, foi analisada quantitativamente. Já a segunda parte, por se tratar de uma pergunta aberta, teve seu conteúdo analisado qualitativamente. Após análise estatística dos escores de acertos obtidos pelos professores na primeira parte dos questionários 1 e 2, percebeu-se que a maioria dos professores (34) tiveram mais acertos no segundo questionário (após o *workshop*) do que no primeiro (antes do *workshop*) e, essa diferença, segundo o teste não-paramétrico de Wilcoxon, foi significativa ($p < 0,05$). Isto sugere que o nível de informação dos professores sobre características do TDAH e estratégias para sala de aula aumentou de forma significativa em nossa amostra. Analisando a segunda parte dos questionários que investigava os sentimentos dos professores em lidar com crianças desatentas, hiperativas e impulsivas dentro de sala de aula antes e depois do *workshop*, pode-se observar que os sentimentos apresentados antes do *workshop* eram em sua totalidade negativos. Alguns sentimentos citados foram: preocupada (8 respostas), insegura (4 respostas), incapaz (2 respostas) por exemplo. Após o *workshop*, os sentimentos citados pelos professores foram em sua totalidade positivos como, por exemplo: mais esclarecida (16 respostas), com mais recursos (6 respostas) e capaz (4 respostas). Observou-se que obter informações sobre este problema de comportamento e estratégias para lidar com ele dentro de sala de aula fez com que os professores apresentassem sentimentos mais positivos em relação a lidar com essas crianças. Os resultados deste estudo sugerem que esse tipo de evento informativo voltado para professores, os ajudam não só a aprender novas técnicas de manejo de comportamento dentro de sala de aula, mas também fazem com que os professores apresentem sentimentos mais positivos em relação a lidar com alunos que apresentam problemas de comportamento dentro de sala de aula. Isto pode contribuir para uma melhor interação professor-aluno influenciando o desenvolvimento acadêmico e psicossocial destes alunos.

Mesa redonda
lucianarizo@ufrj.br

AS HABILIDADES SOCIAIS E OS RELACIONAMENTOS CONJUGAIS Denise Rodrigues (UNESA, RJ)

Palavras-chave: habilidades sociais, relacionamento, conjugal.

Segundo alguns autores uma das possíveis formas de se compreender o termo habilidade social (HS) é encará-lo como se referindo a um conjunto de habilidades adquiridas pelo indivíduo ao longo da sua vida e que visam, primordialmente, a melhorar a qualidade das suas interações sociais, facilitar o alcance dos seus objetivos nestas interações e melhorar sua auto-estima. Um exemplo de HS refere-se ao comportamento assertivo adotado pelo indivíduo com o intuito de defender seus direitos básicos e expressar seus sentimentos e crenças a respeito da situação vivida, tudo isto levando em consideração os direitos das outras pessoas. Tal comportamento é necessário em várias situações como, por exemplo, nas relações conjugais. Um outro exemplo de HS pode ser encontrado no comportamento de empatia do indivíduo em relação aos sentimentos experimentados por seu companheiro(a). Entre os componentes fundamentais das HS estão os componentes cognitivos que estão relacionados aos elementos das HS relativos à percepção e interpretação que o indivíduo faz dos sinais provenientes da situação social, do outro e de si mesmo, relevantes para aquela interação social; à percepção de sua habilidade social geral; à percepção de se encontrar em uma situação específica em que a mesma é requerida; sua capacidade de perceber as pistas ambientais que regulam seu comportamento social; sua capacidade de discriminar qual comportamento social é mais adequado para cada situação. Por influenciarem de forma decisiva os relacionamentos mais significativos de nossas vidas, é que as HS são um dos problemas centrais do indivíduo que busca ajuda psicológica, pois ele, em geral, desenvolveu padrões de pensamento e comportamento que contribuem para o comprometimento de seus relacionamentos sociais, afetivos e familiares. Podemos considerar também que, quando o indivíduo não é bem sucedido no desenvolvimento de suas HS, alguns fatores contribuem para seu fracasso: presença de altos níveis de ansiedade, inibindo as iniciativas de interação social; auto-avaliações distorcidas que enfatizam a incapacidade e o fracasso; expectativas e crenças irracionais; falha na identificação de sinais importantes das interações sociais; erros de percepção que geram interpretações errôneas acerca do outro, do ambiente e de si mesmo. Assim, como podemos observar as HS constituem uma das principais habilidades necessárias para que um relacionamento conjugal, por exemplo, se inicie, se solidifique e venha a se manter de forma que ambos os envolvidos nesta relação se sintam ouvidos, respeitados e disposto a nela permanecer.

Mesa-redonda

LIDANDO COM A RUPTURA NA ALIANÇA TERAPÊUTICA: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO Suzana Rodrigues (consultório particular) e Eliane Falcone (UERJ)

Palavras-chave: ruptura, aliança terapêutica, estratégias de intervenção, transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva.

Uma ruptura na aliança terapêutica pode ser definida como uma mudança negativa na qualidade dessa aliança, ou uma dificuldade para estabelecê-la. Segundo Safran (2002), essas rupturas variam em intensidade e duração, desde falhas sutis e momentâneas na comunicação entre o cliente e o terapeuta, até grandes barreiras ao estabelecimento da aliança que, se não forem resolvidas, podem resultar em fracasso ou abandono do tratamento. Por outro lado, funcionam como uma importante oportunidade de fornecer informações valiosas para o terapeuta sobre padrões de interpretação que podem ser característicos do cliente, pois o impacto de qualquer ação do terapeuta é sempre mediado pela interpretação que o cliente faz daquela ação. Assim, a mesma intervenção terapêutica pode ser interpretada de forma bastante variada por clientes diferentes. E se o terapeuta não for capaz de identificar os motivos que levaram a essa ruptura, ele poderá experimentar emoções negativas e tornar-se defensivo, adotando comportamentos hostis, que serão prejudiciais ao cliente e ao tratamento. No entanto, muitas das dificuldades do terapeuta em lidar com a ruptura de seus clientes decorrem de suas próprias crenças e esquemas religiosos, culturais, familiares e pessoais. O terapeuta deve tirar proveito dessas experiências vivenciadas na relação terapêutica para refletir sobre suas emoções e esquemas ativados pelas reações do cliente, e também as usando como sinalizador no entendimento de como o comportamento do cliente o afeta, e conseqüentemente afeta aos outros, e de como se desenvolveu esse modo de interação. Dessa forma, tanto o cliente quanto o terapeuta irão se beneficiar com o auto-conhecimento, aumentando o vínculo e favorecendo a mudança para ambos. Esse conhecimento é valioso para casos de pessoas com transtornos de personalidade, onde os esquemas cognitivos são mais rígidos e o uso da relação terapêutica se torna uma eficaz estratégia de intervenção. O caso apresentado abordará a experiência de ruptura terapêutica e de como esta foi conduzida pelo terapeuta, com uma paciente de 75 anos, com Parkinson, já bastante prejudicada no seu andar por conta da rigidez muscular causada pela doença, e com transtorno de personalidade obsessiva-compulsiva. O Parkinson é uma doença degenerativa e progressiva que por si só traz muitas mudanças para a vida da pessoa, principalmente na dependência de cuidados constantes. Cada um irá vivenciá-lo de forma diferente, e para alguém com transtorno da personalidade obsessiva-compulsiva, essa experiência está sendo ainda mais penosa. No TPOC a pessoa é perfeccionista, rígida, acredita na existência de uma solução absolutamente correta para os problemas humanos, possui uma preocupação excessiva em acertar e só confia nas próprias ações. Seu nível de ansiedade é alto, o que leva a procrastinação e indecisão no dia-a-dia; costuma catastrofizar seus sintomas físicos, como batimentos cardíacos rápidos ou respiração ofegante; e a depressão também é comum. Vivenciar o Parkinson nessas condições é para essa paciente “estar tolida de autonomia e extremamente desconfiada de que as pessoas não serão corretas ou perfeitas com ela”.

Mesa-redonda

COMPETÊNCIA SOCIAL E SUAS RELAÇÕES COM OUTROS CONSTRUCTOS ASSOCIADOS AO DESEMPENHO ACADÊMICO DE ALUNOS UNIVERSITÁRIOS. Angela Perez de Sá

Relações gerais da competência social com o grau de auto-eficácia acadêmica percebida. Angela Perez de Sá (UERJ/UNESA-Rio de Janeiro e Resende-RJ), Edneusa Lima (UNESA-Resende-RJ), Thiago Grangeiro (UNESA-Resende-RJ) e Lucas Santos da Silva (UNESA-Resende-RJ). apsa@terra.com.br

Palavras-chave: auto-eficácia acadêmica percebida, competência social, habilidades sociais.

A presente pesquisa visa divulgar os resultados preliminares de uma investigação mais ampla que tem por objetivo o estudo das relações existentes entre auto-eficácia acadêmica e competência social em diferentes grupos de alunos universitários. Tal empreendimento se justifica devido ao fato de que durante a determinação das propriedades primárias de uma escala de auto-eficácia acadêmica percebida elaborada pela presente autora foi constatado que os itens-tarefas que melhor predizem o total pertencem ao sub-domínio das relações interpessoais ($r > 0,7$; $p < 0,000$), como representar um grupo de estudo em um encontro acadêmico, pedir ao professor explicações complementares para compreender o que acabou de ser explicado, explicar a importância de suas posições acadêmicas para seus colegas de estudo, expor os conteúdos lecionados em prova oral, defender um ponto de vista que difere da opinião da maioria dos seus colegas de turma e emitir sua opinião sobre um tema em discussão diante dos seus colegas de turma. Esses resultados aliados à constatação da existência de uma correlação positiva e significativa da auto-eficácia acadêmica percebida com o desempenho acadêmico ($r = 0,507$; $p = 0,000$) conduziram ao aprofundamento da investigação das relações existentes entre a auto-eficácia acadêmica percebida e competência social, uma vez que os resultados apontam para a possibilidade de elevação de um constructo através da elevação do outro, ou seja, as técnicas de promoção da percepção de auto-eficácia acadêmica poderiam elevar a competência social sociais e vice-versa, com resultados conseqüentes sobre o desempenho acadêmico. Assim, foi tomada uma amostra inicial constituída por 98 alunos universitários, os quais foram submetidos à Escala de Auto-Eficácia Acadêmica Percebida (AEAP) e ao Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Os resultados além de revelaram uma correlação positiva e significativa entre os constructos ($r = 0,602$; $p < 0,000$), também evidenciaram relações entre a auto-eficácia acadêmica percebida e os primeiros quatro fatores do IHS com correlações positivas e significativas superiores a 0,400, com especial destaque ao fator 1 – Enfrentamento e auto-afirmação com risco -, cujo valor correlacional foi o mais elevado ($r = 0,550$; $p < 0,000$). Cabe salientar que o coeficiente de rendimento normalmente empregado como medida de desempenho universitário não apresentou correlações significativas com a competência social mensurada pelo total obtido no IHS, nem com nenhum dos seus fatores. Entretanto, sua relação com a percepção pessoal de eficácia para lidar com situações interpessoais no âmbito acadêmico parece confirmar a relevância da aquisição e do desenvolvimento de comportamentos socialmente competentes para o aprimoramento dos processos de aprendizagem e aproveitamento acadêmicos.

Mesa Redonda

UM ESTUDO SOBRE ANSIEDADE DE DESEMPENHO E SUAS RELAÇÕES COM A COMPETÊNCIA SOCIAL E AUTO-EFICÁCIA ACADÊMICA PERCEBIDA E DESEMPENHO. Angela Perez de Sá (UERJ/UNESA-Rio de Janeiro e Resende-RJ), Edneusa Lima (UNESA-Resende-RJ), Thiago Grangeiro (UNESA-Resende-RJ) e Lucas Santos da Silva (UNESA-Resende-RJ)

Palavras-chave: auto-eficácia acadêmica percebida, ansiedade de desempenho, competência social.

A emergência da ansiedade tem sido verificada como um dos fatores que interfere tanto na aquisição e manifestação de comportamentos socialmente competentes como também no grau de auto-eficácia percebida. Buscando verificar as relações da ansiedade de desempenho acadêmico – debilitante e facilitadora – sobre a auto-eficácia acadêmica percebida e sobre as habilidades que compõem os comportamentos sociais competentes, empregou-se uma tradução e adaptação do Teste de Ansiedade de Desempenho (TAD) desenvolvido por Richard Alpert e Ralph N. Haber ($\alpha = 0,789$) em uma amostra constituída por 218 alunos do curso de psicologia de uma instituição particular, os quais também foram submetidos concomitantemente ao Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e à Escala de Auto-Eficácia Acadêmica Percebida (EAEAP) desenvolvida pela autora principal desta pesquisa ($\alpha = 0,902$). Esses resultados, por sua vez foram correlacionados com o coeficiente de rendimento (CR) dos sujeitos amostrados. Constatou-se que tanto a ansiedade de desempenho debilitante como a facilitadora se correlacionam com o CR ($r = -0,417$; $p < 0,000$ e $r = 0,425$; $p < 0,000$), com a auto-eficácia acadêmica percebida ($r = -0,362$; $p < 0,000$ e $r = 0,383$; $p < 0,000$) e com a competência social ($r = -0,351$; $p < 0,000$ e $r = 0,214$; $p < 0,05$). Não foram observadas correlações significativas entre o CR e a competência social, nem entre o CR e os fatores do IHS. No entanto, no que se refere à ação da ansiedade sobre os fatores do IHS, constatou-se que a ansiedade debilitante se correlaciona significativa e negativamente com o fator 1 – enfrentamento e auto-exposição com risco – ($r = -0,302$; $p < 0,000$), com o fator 3 – conversação e desenvoltura social – ($r = -0,228$; $p < 0,05$), com o fator 4 – auto-exposição a desconhecidos e situações novas – ($r = -0,252$; $p < 0,01$), e com o fator 5 – auto-controle da agressividade – ($r = -0,347$; $p < 0,000$), sendo a única exceção o fator 2 – auto-afirmação na expressão de afeto negativo -, enquanto a ansiedade facilitadora se correlacionou positiva e significativamente com os fatores 1 e 4 – enfrentamento e auto-afirmação com risco e auto-exposição a desconhecidos e situações novas – ($r = 0,388$; $p < 0,000$ e $r = 0,253$; $p < 0,05$), respectivamente. É interessante observar que, embora sejam necessários estudos com amostras maiores, enquanto os itens do IHS necessariamente inserem o examinando em situações interpessoais, os itens do TAD são estritamente relativos a situações intrapessoais, o que aponta para a consistência das relações existentes entre as dimensões intra e intersíquicas nos processos de comunicação, socialização, aprendizagem e desempenho.

Mesa Redonda
evajom@hotmail.com

RELAÇÕES ESPECÍFICAS ENTRE OS ITENS DO INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS E DA ESCALA DE AUTO-EFICÁCIA ACADÊMICA PERCEBIDA. Angela Perez de Sá (UERJ/UNESA-Rio de Janeiro e Resende-RJ), Edneusa Lima (UNESA-Resende-RJ), Thiago Grangeiro (UNESA-Resende-RJ) e Lucas Santos da Silva (UNESA-Resende-RJ).

Palavras-chave: auto-eficácia acadêmica percebida, competência social, habilidades sociais.

A necessidade de entendermos como os comportamentos socialmente competentes se relacionam com a auto-eficácia acadêmica percebida tornou-se patente ao constatarmos que os itens-tarefas da Escala de Auto-Eficácia Acadêmica Percebida (EAEAP) que melhor predizem o seu total estavam associados a situações acadêmicas interpessoais. Logo, essas tarefas, se devidamente estimuladas, treinadas e desenvolvidas, contribuem para a elevação geral da AEAP, a qual se correlaciona positivamente com o desempenho acadêmico. Deste modo, uma amostra constituída por 98 alunos universitários foi submetida a EAEAP e ao Inventário de Habilidades Sociais (IHS), cujo total proporciona a mensuração da competência social, enquanto seus cinco fatores mensuram sub-dimensões relativas a classes de comportamentos existentes no repertório individual. Os totais gerais dos instrumentos se correlacionaram positiva e significativamente ($r = 0,602$; $p < 0,000$), o mesmo ocorrendo com os quatro primeiros fatores do IHS e o total da EAEAP. Foram encontradas correlações positivas e significativas entre a competência social e 18 dos 20 itens da EAEAP, sendo os dois itens restantes do sub-domínio acadêmico-administrativo: Entregar as tarefas solicitadas nos prazos estipulados pelos professores e Cumprir com o calendário de tarefas acadêmicas preservando o rendimento em todas as disciplinas cursadas. Cabe enfatizar que a competência social apresentou correlações positivas e significativas com os itens do sub-domínio cognitivo, como: Assimilar conteúdos novos e Integrar novas informações as já existentes. O fator 1 – Enfrentamento e auto-afirmação com risco – correlacionou-se com 16 dos 20 itens, destacando-se: Defender um ponto de vista que difere da opinião da maioria dos seus colegas de turma, Expor os conteúdos lecionados em prova oral e Representar um grupo de estudo em um congresso ($r > 0,500$; $p < 0,000$). O fator 2 – Auto-afirmação com expressão de afeto positivo - correlacionou-se com 14 itens, destacando-se: Adequar suas necessidades pessoais às exigências demandadas pelo estudo e Explicar a importância de suas posições acadêmicas para seus colegas de estudo. As correlações do fator 3 – Conversação e desenvoltura social – se deram com 15 itens, sendo os mais expressivos: Sugerir ao professor que modifique sua forma de avaliação e Solicitar ao professor a revisão de uma prova por discordar da nota que lhe foi atribuída. O fator 4 – Auto-exposição a desconhecidos e a situações novas -, embora tenha se correlacionado apenas com 9 itens da EAEAP, depois do fator 1, foi o que apresentou as correlações mais elevadas, em especial com: Emitir sua opinião sobre um tema em discussão diante dos seus colegas de turma, Representar um grupo de estudo em um congresso. O fator cinco se correlacionou de forma pouco expressiva com apenas 2 itens: Sugerir ao professor que modifique sua forma de avaliação e Emitir sua opinião sobre um tema em discussão diante dos seus colegas de turma. É importante observar que o único item da EAEAP que se correlacionou com os fatores e o total do IHS diz respeito a uma competência social específica extremamente relevante ao processo de troca, aprendizagem e fixação de novos conteúdos acadêmicos: Emitir sua opinião sobre um tema em discussão diante dos seus colegas de turma.

Mesa Redonda

apsa@terra.com.br

DIFERENÇAS EM AUTO-EFICÁCIA ACADÊMICA PERCEBIDA, ANSIEDADE DE DESEMPENHO E COMPETÊNCIA SOCIAL EM ALUNOS DOS CURSOS DE PSICOLOGIA E DIREITO. Angela Perez de Sá (UERJ/UNESA-Rio de Janeiro e Resende-RJ), Edneusa Lima (UNESA-Resende-RJ), Thiago Grangeiro (UNESA-Resende-RJ) e Angela Perez de Sá (UERJ/UNESA-Rio de Janeiro e Resende-RJ)-Resende-RJ).

Palavras-chave: auto-eficácia acadêmica percebida, competência social, diferenças inter-grupais.

Os comportamentos socialmente competentes e a auto-percepção das capacidades de realização em diferentes domínios e dimensões são dois temas que têm se comprovado cada vez mais relevantes no cenário contemporâneo mundial. A aquisição, o desenvolvimento e a manifestação adequada destas habilidades e características mostram-se necessárias nos mais diferentes contextos, destacando-se o cada vez mais competitivo contexto profissional. O presente trabalho de pesquisa buscou verificar em que medida alunos de diferentes cursos ainda em formação apresentam diferenças grupais quanto a sua competência social, ansiedade de desempenho e percepção de auto-eficácia acadêmica (AEAP). Foram escolhidos aleatoriamente 50 alunos do curso de Direito e 50 alunos do curso de Psicologia de uma mesma instituição de ensino particular. Os dois grupos foram submetidos ao Teste de Ansiedade de Desempenho (TAD; $\alpha = 0,789$), à Escala de Auto-Eficácia Acadêmica Percebida (EAEAP; $\alpha = 0,902$) e ao Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Posteriormente os resultados foram submetidos ao Teste T de modo a serem comparados estatisticamente para a verificação de diferenças significativas entre os dois grupos. Foram constatadas diferenças significativas entre os grupos no que se refere à ansiedade de desempenho debilitante ($t = -2,14$; $p=0,037$) e com relação ao fator 5 – auto-controle da agressividade – ($t = -2,31$; $p=0,025$). Apesar de não existirem diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos no que se refere aos resultados totais de auto-eficácia acadêmica percebida e de competência social, é interessante observar que se realizar um estudo de diferenças significativas entre os itens constatamos que os alunos do curso de direito diferem dos de Psicologia na auto-eficácia acadêmica percebida nos itens 3 – Entregar as tarefas solicitadas nos prazos estipulados pelos professores ($t = 2,24$; $p = 0,030$); 5 – Emitir sua opinião sobre um tema em discussão diante dos seus colegas de turma - ($t = 2,24$; $p=0,03$); 17 – Expor com clareza a relevância dos seus interesses acadêmicos para pessoas estranhas – ($t = 2,26$; $p=0,029$); e 18 – Adequar suas necessidades pessoais às exigências demandadas pelo estudo - ($t = 2,19$; $p = 0,034$). Com exceção do item 3, as médias mais elevadas e os menores desvios-padrão se apresentaram no curso de Direito, evidenciando que este grupo de fato se percebe mais competente para a realização destes itens-tarefas. Com relação ao mesmo procedimento efetuado com os itens do IHS foi constatado que os dois grupos diferiam significativamente em apenas três itens: 12 – se estou interessado(a) em uma pessoa sexualmente, consigo abordá-la para iniciar conversação – ($t = 2,59$; $p=0,013$); 15 – Quando um familiar me critica injustamente, expressei meu aborrecimento diretamente a ele – ($t = -2,11$; $p=0,04$), e 38 – Consigo levar na esportiva as gozações de colegas de escola ou trabalho a meu respeito – ($t = -2,42$; $p=0,02$). Esses resultados aliados à análise das correlações entre itens e totais dos instrumentos aplicados revelam que a elevação da auto-eficácia acadêmica percebida para a obtenção de um melhor desempenho através do treinamento em habilidades sociais deveria se concentrar nas situações sociais específicas que melhor discriminaram a auto-eficácia acadêmica para cada um dos grupos investigados.

Mesa redonda

lucapsicologia@hotmail.com

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA DE UM CASO CLÍNICO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA EM ATENDIMENTO EM CLÍNICA-ESCOLA (SPA/UERJ) Aline Sardinha, Camila de Assis Faria e Eliane Mary de Oliveira Falcone (Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras chave: Transtorno de ansiedade generalizada; conceituação cognitiva; terapia cognitiva

Este trabalho tem como objetivo a apresentação da conceituação cognitiva de um caso clínico de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), atualmente em atendimento no Serviço de Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da UERJ. Os atendimentos vêm sendo realizados a partir da abordagem cognitivo-comportamental. O TAG atualmente é caracterizado por uma preocupação excessiva que ocorre na maioria dos dias, por pelo menos seis meses, e vem acompanhada por sintomas como: inquietação, tensão muscular, irritabilidade, fadiga, agitação, falta de concentração e problemas com o sono. A preocupação é tida como difícil de controlar e pode referir-se a várias questões como saúde própria ou de outras pessoas significativas, segurança pessoal, pequenas tarefas da vida diária e outros. Em geral, indivíduos com este transtorno, possuem crenças distorcidas referentes a responsabilidade, competência, aceitação e controle que geram pensamentos automáticos distorcidos em várias situações. O diagnóstico de TAG foi realizado através do Roteiro de Entrevista de Transtornos de Ansiedade, utilizando os critérios do DSM-IV e do Inventário de Preocupação (P.S.W.Q). A paciente em atendimento é do sexo feminino, 44 anos, graduada em História e divorciada há 9 anos. Está licenciada do emprego há dois anos em função de problemas físicos. As queixas que a fizeram buscar atendimento foram: ansiedade, tristeza, falta de concentração, insegurança, medo de dirigir e medo de altura. Os sintomas mais frequentemente vivenciados são: tensão muscular, fadiga, irritabilidade, agitação e dificuldade de concentração. Parece haver um fator comum que norteia grande parte das queixas apresentadas por ela, à exceção do medo de altura, que seria a presença de crença central referente à incapacidade. Tal crença faz com que ela se engaje em comportamentos compensatórios, como ser muito cuidadosa para não falhar. Apresenta ainda a crença secundária de que os outros são muito exigentes com ela. A paciente relatou sentir sintomas de ansiedade, principalmente relacionada a situações de desempenho, desde a infância. Também diz não se lembrar de uma época de sua vida em que não apresentasse preocupação excessiva. Apesar de, em geral, ter um desempenho satisfatório nessas situações, ela percebe sua atuação frequentemente como ruim e atribui os sucessos a causas diversas que não a sua capacidade. Ela reconhece ainda que a ansiedade atrapalha o seu desempenho. A conceituação cognitiva e a análise funcional de cada caso são os instrumentos que permitem um diagnóstico adequado e individualizado, a partir do qual o terapeuta irá elaborar sua estratégia de tratamento e até mesmo o estilo de interação mais facilitador para aquele cliente, sendo muito importantes para uma intervenção adequada.

MESA-REDONDA
lilisma@yahoo.com.br

TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS NO TRATAMENTO DO TABAGISMO: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS NO TRABALHO EM HOSPITAL PÚBLICO Angela Donato Oliva, Aline Sardinha, Flaviany Ribeiro Da Silva, Juliana D'Augustin, Eliane Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ)

Palavras –chave: Tabagismo, Técnica Cognitivo-Comportamental, Dependência Química

As terapias cognitivo-comportamentais têm apresentado resultados bastante satisfatórios nos mais variados transtornos psicológicos. As técnicas utilizadas vêm sendo aprimoradas e, especialmente nos últimos anos, observa-se uma aproximação entre as terapias cognitivas e os estudos de neurociências. A década de 90, conhecida com a “década do cérebro”, apresentou resultados empíricos que têm dado suporte aos desenvolvimentos teóricos das TCCs. O trabalho com dependentes químicos, que atrai profissionais de diferentes áreas, ilustra como essa união de perspectivas teóricas é importante para a compreensão dos mecanismos envolvidos na dependência e o conseqüente desenvolvimento e aprimoramento de técnicas terapêuticas. Especificamente no tratamento do tabagismo, este trabalho objetiva apresentar os resultados obtidos com pacientes em 2003 e 2004, destacando aspectos teóricos, o trabalho em hospitais públicos e acompanhamento dos pacientes. Após entrevista, foram formados grupos de aproximadamente 10 pessoas, submetidos a seis sessões, uma por semana. Ao longo de 2003, trinta pessoas foram atendidas de acordo com o seguinte padrão: sessões estruturadas de acordo com as técnicas cognitivo-comportamentais, adaptadas a partir do modelo apresentado por Elisardo Becoña, com duração média de duas horas e meia, grupos equiparados em relação aos níveis médios de ansiedade e de depressão. Destas, 10 não persistiram no tratamento, 7 não pararam e 13 pararam de fumar, que correspondeu a 65% do total de pessoas atendidas. Em 2004, foi atendido um grupo de parada composto por 5 pessoas, todas do sexo feminino. Ao final do processo, 3 pacientes pararam de fumar correspondendo a 60% dos participantes do grupo. Cabe ressaltar que os pacientes que participaram desses grupos não fizeram uso de terapia farmacológica. As técnicas cognitivo-comportamentais parecem ter papel importante no processo de parada de fumar. Em trabalho paralelo, foram atendidos sete pacientes que apresentavam quadros de esquizofrenia, de forte depressão ou de alta ansiedade. O atendimento com eles ou foi individual ou em duplas. Quatro conseguiram parar de fumar, correspondendo a 57% dos pacientes atendidos. Pode-se observar que, embora haja grande variação entre os membros componentes de um grupo para tratamento, foram obtidos percentuais bastante próximos de pacientes que abandonam o cigarro utilizando apenas as técnicas cognitivo-comportamentais. Até o momento, o acompanhamento desses pacientes indica que mais de 90% deles não recaíram e a ocorrência de lapsos foi inferior a 10%. Avalia-se, a partir desses resultados, que os índices de eficácia do tratamento baseado nas técnicas cognitivo-comportamentais correspondem aos obtidos pela literatura na área e são superiores aos obtidos por tratamentos farmacológicos ou outros. O desafio atual é buscar, com a integração de avanços propiciados pelas neurociências, uma melhor compreensão dos aspectos que causam a dependência química e aprimorar as técnicas terapêuticas de modo a aumentar os percentuais de eficácia (e manutenção) que têm sido obtidos.

Mesa-redonda

TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS COM DIAGNOSTICO DE TDA/H Priscila Tenenbaum Tyszler (Psicologia Clínica. Especialista em Infância e Adolescência CESANATA– RJ)

Palavras – chave: TDAH; TERAPIA COGNITIVA

O objetivo deste trabalho é propor um tratamento Cognitivo Comportamental para crianças com diagnóstico de TDAH. As crianças com tal diagnóstico apresentam comprometimentos especialmente no que se refere a atenção, controle do impulso e regulação do nível de atividade. Existem 3 subtipos deste transtorno de acordo com a predominância dos sintomas em cada uma destas três características: predominantemente desatento, chamado de TDA, predominantemente imperativo, denominado TDAH, ou o subtipo combinado, que recebe a mesma nomenclatura do último. Esse diagnóstico compreende uma disfunção no lobo frontal que é responsável pelas funções executivas. As funções executivas são responsáveis pelo planejamento das ações, o controle inibitório, pela capacidade de se orientar em relação ao futuro e resolver problemas. Desta forma comportamentos impulsivos, decorrente do prejuízo na capacidade de inibir o comportamento; a dificuldade para manter a atenção; a perda do interesse nas tarefas, pelo nível de alerta cerebral estar diminuído; a atração pela recompensa imediata; a dificuldade em seguir instruções e aderir a regras são alguns dos comportamentos comuns no TDAH que podem ser amenizados através da TCC. Esta abordagem advém dos princípios de aprendizagem, e de que comportamento é determinado pelo modo como o indivíduo vê o mundo e a si mesmo, portanto os pensamentos influenciam diretamente nas emoções e comportamentos dos sujeitos. O terapeuta deve educar, apoiar, interpretar e aconselhar na reabilitação. Além disso, considera as distorções cognitivas e as disfunções/ deficiências orgânicas do sujeito. Este é apenas parte do tratamento uma vez que ele deve ser multimodal, englobando farmacologia, orientação a pais e escola. Metodologia: O tratamento consta de sessões com objetivos específicos. A faixa etária e o desenvolvimento socio-cognitivo devem ser analisados para a escolha das técnicas. Quanto mais nova a criança mais comportamental será o tratamento. A orientação de pais se torna imprescindível segundo o modelo triático de atendimento sugerido pela abordagem. Os alvos do tratamento são tanto os sintomas primários, quanto os secundários, sendo estes, por exemplo, a baixa auto-estima, depressão, dificuldade no aprendizado, e aqueles, a impulsividade, a distração e a desorganização, entre outros. O procedimento utilizado é Informação sobre o transtorno, Auto-instrução, Treino de Solução de Problemas, Registro de Pensamentos Disfuncionais, Manejo da Raiva e Frustração, Relaxamento, Treinamento de Habilidades Sociais, Treinamento da atenção, reforçamento operante e condicionado, modelação e Organização e Método. Conclusão: A TCC vem sendo reconhecida como primeira escolha psicoterapia no tratamento do TDAH, uma vez que suas técnicas priorizam o pensamento lógico-socrático e com isso há um treinamento em pensar antes de agir, não responder emocionalmente as situações, monitorar o próprio comportamento.

Mesa-redonda

THS NA DÍADE TERAPEUTA-CLIENTE: ESTUDO DE CASOS Kátia Vega (Consultora na área de recursos humanos e IPAF – Rio de Janeiro – RJ) & Tânia Netto (Mestre em Psicologia pela University of Utah e IPAF – Rio de Janeiro – RJ); Profa. Dra. Mônica Portella (San Francisco State University e PUC-Rio - Rio de Janeiro - RJ); Prof. Dr. Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida - Rio de Janeiro - RJ)

Palavras chaves: Treinamento em Habilidades Sociais, Fobia social e Díade terapêutica.

A fobia social consiste em uma sensação de medo, ansiedade ou desconforto quando o paciente é exposto a situações sociais, tendo conseqüentemente o afastamento e a evitação social. A fobia social pode ser específica a determinadas situações (como por exemplo, comer e beber em público, escrever na frente das outras pessoas, pedir informações, falar em público, etc) ou difusas (envolvendo várias circunstâncias sociais). O comportamento do fóbico social leva a evitação do objeto fóbico, atividade ou situação socialmente temida. Vale lembrar que a fobia social pode prejudicar bastante o desempenho do paciente em uma série de áreas, como por exemplo: a área profissional (uma vez que a pessoa pode evitar interagir com seus pares, participar de eventos formais e/ou informais, reuniões, apresentar relatórios em público, etc) e social-afetiva (uma vez que a pessoa pode encontrar dificuldade de fazer amigos e conquistar parceiros, interagir com as pessoas em geral). O treinamento em habilidades sociais é uma ferramenta muito importante para o tratamento da fobia social, sendo que de acordo com a literatura os melhores resultados aparecem nos trabalhos em grupo. No entanto, muitos pacientes com fobia social recusam-se a participar de trabalhos em grupo terapêutico, em função da dificuldade social apresentada. O objetivo do presente trabalho consiste em discutir o treinamento em habilidades sociais realizado com cinco pacientes portadores de fobia social difusa na díade terapêutica. Participaram deste estudo três pessoas do sexo masculino e duas do sexo feminino, com idades variando de 25 a 42 anos. Foram observados comorbidades (depressão e transtorno do pânico) em dois pacientes desse grupo. Foram realizadas doze sessões de treinamento em habilidades sociais na díade terapêutica, a princípio essas foram realizadas dentro do *setting*. No final do treinamento realizamos sessões externas com o objetivo de generalizar as habilidades trabalhadas. Verificamos que: os pacientes se beneficiaram do treinamento em habilidades sociais, pois todos apresentaram uma restrição de comportamentos sociais aptos; o treinamento em habilidades sociais ajudou no que se refere ao trabalho cognitivo realizado com os pacientes, uma vez que possibilitou trabalhar pensamentos automáticos disfuncionais, por meio da reestruturação cognitiva, pois muitas vezes o treinamento desencadeava distorções cognitivas, que eram trabalhadas *in loco*. Cabe destacar a importância da utilização das tarefas de casa, que eram solicitadas a cada sessão, como complemento do treinamento proposto. As tarefas de casa, ao nosso ver auxiliaram na generalização das habilidades sociais treinadas na díade terapeuta-paciente. Concluímos que os participantes desse treinamento se beneficiaram do treinamento em habilidades sociais, que se mostrou uma ferramenta indispensável para o tratamento da fobia social.

Mesa redonda.
vega29@ig.com.br

A RELAÇÃO ENTRE STRESS, AUTO-EFICÁCIA E AUTO-PERCEPÇÃO DE DESEMPENHO EM JOGADORES DE FUTEBOL Bruna Brandão Velasques (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ) Marcele Regine de Carvalho (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ) Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ – Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: Stress, auto-eficácia, jogadores de futebol

O futebol profissional é uma das categorias desportivas nas quais ocorre exigência massiva de desempenhos adequados, favorecendo a exposição a situações ansiogênicas e a diferentes estressores. Dentre os possíveis estressores externos pode-se citar a cobrança da mídia, da equipe técnica, da torcida, as viagens constantes e a separação da família. Como fontes internas de stress, observam-se elevados níveis de auto-exigência e baixo senso de auto-eficácia. Ter crenças positivas e sólidas de auto-eficácia pode significar maior competitividade, além de funcionar como uma importante ferramenta no enfrentamento de diversas situações, na persistência de ações e nas tomadas de decisão no dia-a-dia. No caso dos atletas, ter um alto senso de auto-eficácia está relacionado a aceitação de maiores desafios, arriscar jogadas criativas, aumento do esforço, entre outros. Acreditar na capacidade de enfrentar os diversos eventos significativos da vida – na cena esportiva, as competições - talvez possa propiciar ao sujeito vivenciar um nível reduzido de stress, já que não antecipa as situações com que precisa lidar de forma catastrófica. Diante destas possibilidades o presente estudo pretendeu verificar se há uma relação entre stress, auto-percepção de desempenho e auto-eficácia. Partiu-se da hipótese de que a auto-eficácia e a auto-percepção de desempenho possuem uma relação inversamente proporcional com o stress. Sendo assim, indivíduos que apresentem um alto senso de auto-eficácia e uma elevada auto-percepção de desempenho estariam menos propensos a sintomas de stress. Participaram 25 jogadores profissionais de futebol da categoria juniores de um clube da cidade do Rio de Janeiro. Utilizou-se o Inventário de Sintomas de Stress (ISSL); escalas analógicas de auto-percepção de desempenho e de auto-percepção de stress e Questionário de Auto-Eficácia (SES). Os resultados foram tratados estatisticamente com a Prova de Fisher. O grupo mostrou-se bastante consciente do seu nível de stress, quando comparando o resultado do ISSL (32%) e da escala de auto-percepção de stress (28%). Dentre os participantes que estavam estressados, 28% estavam na fase de resistência e 4% na fase exaustão. Observou-se que o nível de stress, avaliado e auto-percebido, não apresentou relação com a auto-eficácia ($p > 0,05$). Trinta e seis por cento dos atletas apresentaram um forte senso de auto-eficácia e 78% apresentaram elevada auto-percepção de desempenho, verificando-se relação entre as variáveis ($p < 0,05$). Tendo em vista os resultados pôde-se concluir que não verificou-se relação entre stress e auto-eficácia na população estudada, o que pode ser explicado pelo fato de a pesquisa ter sido realizada com um número reduzido de participantes (25). Sugerem-se novos estudos com um número maior de participantes.

Mesa-redonda

Brunavelasques@yahoo.com.br; marcelecarvalho@aol.com; lucianovaes@terra.com.br

ESQUEMA DE ABANDONO RELACIONADO COM PADRÕES DE COMPORTAMENTO DE DOMÍNIO E CONTROLE. Leandro Dutra Wigg (aluno da Universidade Veiga de Almeida – Rio de Janeiro – RJ). Supervisor: Prof. Dr. Mauricio Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida, Rio de Janeiro - RJ)

Palavras-chave: Esquemas; Domínio; Abandono

Está sendo apresentado um caso clínico do SPA da Universidade Veiga de Almeida. S., sexo masculino, 38 anos, brasileiro, vendedor, casado, três filhas. *Queixas*: S. foi encaminhado pela equipe de Casal e Família com a queixa de ser dominador e controlador de todos a sua volta. Relatou episódios de Depressão e de Pânico. *Histórico da queixa*: S. mencionou que o comportamento controlador e dominador o acompanha ao longo da sua vida. Relatou sintomas de Pânico e quadro de Depressão. *Fatores de desenvolvimento*: aos cinco anos, sua mãe saiu de casa com os três filhos, deixando-o constantemente, com pessoas diferentes para poder trabalhar. A sensação de abandono e o sentimento de não ter o controle de sua vida começaram a atormentá-lo. Aos sete anos, sua mãe casou-se novamente com um homem de boas condições, fazendo com que S. passasse a se sentir seguro. Voltava a viver com sua família e com estabilidade. Aos doze anos, sua mãe se separa e S. torna a viver as mesmas sensações que o aflingiam. Por problemas financeiros, S. começa a trabalhar e a cuidar de toda família, mantendo-a unida e suprimindo todas as necessidades da casa, assumindo o controle da situação, pois acreditava que se dependesse dele, aquela sensação de abandono nunca mais o alcançaria. *Formulação Cognitivo-comportamental*: Terapia Cognitivo-Comportamental focada no Esquema, observa-se que o paciente desenvolveu na infância um Esquema de abandono. Na Manutenção deste Esquema, S. apresenta uma interpretação negativa: - “tenho que controlar e dominar as pessoas ao meu redor...” e uma previsão negativa: - “...se isso não ocorrer, as pessoas vão se afastar.” Dentro da Evitação, S. apresenta uma evitação emocional, onde desenvolveu formas de bloquear emoções negativas: - “Se não controlar e dominar as pessoas, elas irão embora e voltarei a ter aquele sentimento de abandono da infância.” Em relação à Compensação, S controla e domina as pessoas ao seu redor e as faz dependerem dele, quando na verdade quem depende dos outros para não se sentir abandonado é ele mesmo. *Estratégias de tratamento*: o trabalho com S. consiste em ajudá-lo a compreender e a mudar seus padrões de vida de longa duração, identificando o Esquema e oferecendo uma resposta mais adaptativa e satisfatória. *Conclusão*: o paciente vem tendo melhoras em relação à sua necessidade de sempre ter o controle das situações. Com isso os sintomas do Pânico e da Depressão também estão diminuindo. Seu padrão de pensamento catastrófico vem perdendo a força e ele começa a controlar, ou até mesmo não apresentar os impulsos de controle e domínio. S. está apresentando progressos no que diz respeito ao entendimento do funcionamento do seu Esquema e como este vinha direcionando seus padrões de comportamento. A próxima etapa é direcionar o trabalho para a prevenção de recaída e a revisão de todos os resultados conquistados.

Mesa Redonda.
ldwigg@aol.com

UM CASO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA ASSOCIADO A ESQUEMAS DE PRIVAÇÃO EMOCIONAL E AUSÊNCIA DE LIMITES Alice Yamada
(Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Ausência de Limites- Subjugação- Privação Afetiva

Este trabalho diz respeito a uma avaliação cognitivo-comportamental de um caso de dependência química associado à ausência de limites e privação emocional. Temos por objetivo ilustrar a integração da análise funcional com conceitos vindos da terapia cognitiva clássica e da terapia do esquema. Refere-se a um paciente que buscou auxílio da terapia em nossa clínica social com a queixa principal de sentir-se vulnerável a opinião de outras pessoas, não sabendo desse modo tomar decisões sozinho. Além disso, relatou também o uso abusivo de cigarro, álcool e maconha. O paciente descreveu não achar de fato, o uso destes, um problema para si, mas que tais substâncias incomodam as pessoas próximas. A análise funcional das queixas teve como foco principal o problema atual conforme descrito em suas experiências mais recentes. Identificamos as diversas situações de estímulo onde o problema ocorre, assim como analisamos as respostas cognitivas, ou seja, os pensamentos automáticos e diálogos internos, as respostas autonômicas, além das respostas comportamentais produzidas. Também descrevemos as conseqüências que tais respostas produzem no ambiente e em si mesmo. A partir da análise funcional, encontramos mecanismos mantenedores do problema atual e identificamos os principais focos do "aqui e agora": O paciente para ser aceito restringe aspectos importantes de si para obter amor e aprovação, então adota uma postura omissa. As crenças centrais e intermediárias investigadas a partir de técnicas cognitivas ajudaram a entender de maneira ainda mais completa o quadro do paciente: Ele acredita que se contrariar seus amigos e familiares, eles ficarão com raiva e poderão terminar a amizade e alterar seu sentimento por ele. A partir de uma investigação da história do paciente, encontramos experiências infantis importantes para a formação de esquemas Iniciais Desadaptativos. A aplicação do questionário de esquemas de Young ajudou-nos a entender como que os temas de suas crenças centrais e intermediárias foram desenvolvidas e mantidas ao longo do tempo. A identificação do problema atual associado aos esquemas Iniciais Adaptativos nos permitiu desenvolver uma formulação de caso objetiva e profunda de modo a nos orientar no planejamento da terapia. Sendo assim, visando a importância da integração de tais ferramentas da Psicologia, concluímos que o objetivo da terapia seria flexibilizar a cognição do paciente, mostrando a ele seu modo de funcionamento, ou seja, quais foram os esquemas adotados por ele ao longo de sua vida, trabalhando também de forma comportamental suas ações, conscientizando-o de que é possível comportar-se de maneira assertiva, diferenciando suas preferências dos demais.

Mesa redonda

UM CASO DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA ASSOCIADO A ESQUEMAS DE PRIVAÇÃO EMOCIONAL E AUSÊNCIA DE LIMITES Alice Yamada
(Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras –chave: Ausência de limites, subjugação, privação afetiva

Homem, 26 anos, solteiro, mora com os pais. Começou a trabalhar esse ano, ganha pouco, por isso os pais o ajudam financeiramente. Cursa o ensino superior em Psicologia e está prestes a se formar. É usuário de drogas, sua primeira experiência foi aos 16 anos, já utilizou diversos tipos, mas atualmente usa com frequência maconha, além de fumar dois maços de cigarro por dia e ingerir bebidas alcoólicas diariamente. É homossexual, sua opção sexual foi descoberta desde muito pequeno, mas manteve isso escondido para ser aceito pelos pais. Não tem parceiro fixo. Sente necessidade compulsiva por sexo desde os 18 anos, por isso busca toda semana na internet novos parceiros sexuais. A princípio relatou que não havia nenhuma queixa, mas depois trouxe as seguintes: sente-se vulnerável a opinião de outras pessoas, não sabe tomar decisões sozinho, precisa sempre de alguém por perto para escolher tudo, mesmo quando tem algum tipo de opinião é facilmente convencido pelas pessoas próximas. Na infância, seus pais trabalhavam e não tinham tempo, ele foi criado por uma empregada que sempre deixou ele fazer tudo o que sentia vontade, relata que desde pequeno escolhia o que iria comer, a escola onde estudaria, a que horas poderia dormir. E quando seus pais estavam em casa não hesitavam em realizar suas vontades também. Não foi acostumado com demonstrações de afeto. Sua mãe exerce uma postura autoritária, ela que dá ordens e esquematiza a vida de toda família, enquanto seu pai assume uma postura omissa, sendo manipulado por ela. O paciente reclama de nunca ter saído com pai sozinho e fala que suas conversas com seu pai são meramente superficiais. Tem baixo auto-estima, sente-se feio, usa remédio para emagrecer indicado pela amiga. Aplicado o questionário de Young, três Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID) se apresentaram: subjugação, auto-sacrifício e autocontrole/autodisciplina insuficientes. Baseado na experiência passada com seus pais, o paciente formou a crença de que para ser aceito é necessário restringir aspectos importantes de si para obter amor e aprovação. Foi criado num lar onde os pais valorizavam mais a aparência social e suas próprias necessidades do que as necessidades dele. Isso mostra a importância das respostas do outro na vida do paciente, e a ausência de consciência de suas próprias preferências pessoais. O esquema de subjugação aparece no seu uso de drogas, quando ele não quer usar maconha, mas seus amigos o convencem, e ele acaba cedendo. O esquema de auto-sacrifício surge quando ele tenta poupar o desconforto do outro e evitar a culpa do outro para manter o vínculo. Quando seu parceiro o maltrata, esse esquema é ativado, ele entende essa atitude como uma forma de cuidado, então ele aceita. Seu esquema de autocontrole/autodisciplina insuficientes é devido a ausência de limites na infância, onde sua família não exigia o cumprimento de regras, sem restrição de impulsos. Isso se expressa hoje na vida do paciente, na incapacidade de tolerar frustração de modo a alcançar objetivos pessoais, por isso, ele não consegue sacrificar uma gratificação imediata para atingir um objetivo em longo prazo, porque têm ênfase na evitação de desconforto. Esse esquema aparece quando ele bebe demais mesmo sabendo que no dia posterior terá que trabalhar, mas ele não resiste e depois não consegue acordar. Desse modo, a terapia visa mostrar ao paciente seu funcionamento, quais são os esquemas formados na sua história, de que modo ele lidou com estes, e a possibilidade de reestruturação de seus esquemas. Tem por objetivo trabalhar as metas do paciente, questionando-o sobre a crença formada amor = domínio/subjugação, estabelecer metas

para o paciente tomar decisões, e é indicado um registro diário de pensamento e emoções para que ele entre em contato consigo mesmo, se conheça mais, saiba de seus desejos, potencialidades e assim, formar planos e metas de longo prazo.

Mesa-redonda

PAINÉIS

STRESS EM FAMILIARES DE CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE TDAH: AVALIAÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DE TRATAMENTO. Patricia Barros; Daniela Carim (Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: TDAH; Pais; Stress

O stress cotidiano tem sido um dos assuntos mais difundidos no meio psicológico. Uma forma peculiar desse fenômeno aparece quando ele está relacionado aos aspectos familiares. A família é, teoricamente, o habitat onde esperamos repousar e nos afastar dos fatores geradores de stress. No entanto, quando existe algum fator estressor crônico dentro desse ambiente, as chances de eliminação dos sintomas de stress já adquiridos tornam-se mais remotas, podendo, ainda serem cada vez mais acentuados. Há a possibilidade, muitas vezes, de fatores internos à família serem os principais causadores deste fenômeno num indivíduo. Diversos autores concordam que ter um membro da família, especialmente se eles forem crianças e adolescentes, com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um fator gerador de stress para tal núcleo. Nesse sentido, nosso estudo se propôs a avaliar se pais e / ou familiares que lidam diariamente com crianças com tal diagnóstico desenvolveram mais sintomas relacionados ao stress do que um grupo controle escolhido aleatoriamente. Esses pais e familiares estão à espera de tratamento para o transtorno dessas crianças num dos serviços públicos de referência no Rio de Janeiro. A medida de stress aplicada nestes familiares foi o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos. É importante ressaltar que estes familiares também participarão do tratamento sendo orientados de acordo com técnicas oriundas da Terapia Cognitiva Comportamental para o manejo dos sintomas do TDAH com essas crianças. Esse é um estudo preliminar que pretende avaliar a potencialidade desse tratamento para pais nos aspectos relativos também ao manejo do seu próprio stress para lidar com a criança e cujos resultados finais só poderão ser avaliados ao final do tratamento. Os resultados desta primeira etapa do estudo, a de avaliação da diferença dos sintomas relacionados ao stress entre este grupo alvo e o grupo controle, encontram-se na última fase de formatação estatística, mas, desde já, apresentam diferenças importantes em relação ao grupo controle. Quanto à discussão dos resultados obtidos, estaremos apresentando as possíveis causas indicadas pela literatura sobre o assunto que relacionariam o fator stress nesses familiares ao manejo dos comportamentos ligados ao TDAH nas crianças, bem como apresentaremos as contribuições da Terapia Cognitivo-Comportamental num programa de orientação a esses familiares.

Painel

STRESS OCUPACIONAL NO SETOR BANCÁRIO Juliana Caversan de Barros (Centro Psicológico de Controle do Stress – Rio de Janeiro, RJ; Universidade Federal do Rio de Janeiro e Instituto Fluminense de Saúde Mental – Niterói, RJ) e Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Centro Psicológico de Controle do Stress - Rio de Janeiro, RJ e Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro, RJ)

Palavras chave: stress ocupacional, produtividade, stress, fontes de stress.

O stress ocupacional demanda pesquisas que possam contribuir para a sua prevenção e tratamento quando já instalado. As empresas sofrem grande prejuízo com o stress de seu funcionário que acaba tendo queda na produtividade. Tal queda está relacionada, entre outros fatores, o absenteísmo, atrasos, idas constantes ao departamento médico e problemas de relacionamento interpessoal, que comumente ocorrem no caso do stress excessivo por parte do funcionário. Além disso, o próprio funcionário sofre prejuízos na sua auto-estima e o cliente na qualidade do serviço recebido. O setor bancário é um dos setores que merece atenção quanto a essa questão. O objetivo do presente estudo foi investigar a presença e o nível de stress dos bancários de uma agência bancária do Estado do Rio de Janeiro, dos sintomas de stress predominantes na amostra estressada, das possíveis fontes internas e externas de stress, da auto-percepção dos próprios funcionários com relação ao stress e da auto-avaliação de sua produtividade no momento. Participaram trinta e nove bancários, sendo três homens e dezesseis mulheres, com faixa etária em torno de trinta e cinco anos. Quanto ao nível de escolaridade, vinte funcionários possuíam nível superior completo, treze com superior incompleto e seis com segundo grau completo. Foi utilizado para avaliação da presença e nível de stress o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp. Para investigação da auto-percepção do stress e da produtividade foram utilizadas escalas analógicas e um questionário de fontes desencadeantes de stress. Observou-se que 67% dos participantes demonstraram presença de stress na fase de resistência, com predominância de sintomas psicológicos. Cinquenta e nove por cento dos bancários se perceberam com mais de 50% de stress, com desempenho considerado muito bom. Quanto às fontes de stress, verificou-se que o excesso de tarefas e responsabilidades, carga horária excessiva e pressões de desempenho, foram as mais assinaladas. As fontes de stress menos assinaladas pelo grupo foram: informatização do trabalho, idéias diferentes das do chefe e alta competitividade. Conclui-se que na população estudada houve um alto índice de stress o qual também está sendo percebido pelo funcionário. No entanto, os funcionários parecem continuar sentindo-se produtivos, o que pode estar sendo distorcido pelos mesmos, que já podem ter tido seus referenciais de boa produtividade alterados por um processo de acomodação. O fato de que as fontes de stress mais assinaladas referem-se a sobrecarga, pode estar associado a número reduzido de funcionários para as necessidades locais. As fontes de stress menos assinaladas - os funcionários não estão se estressando com idéias diferentes das do chefe e competitividade – podem estar relacionadas ao fato desses funcionários, por fazerem parte de uma instituição pública, possuírem estabilidade trabalhista, não correndo o risco de serem demitidos ou, ainda, podem estar pouco criativos e sem energia para competitividade devido ao stress na fase de resistência. Sugerem-se estudos mais aprofundados para que, a partir de conclusões mais consistentes, possa ser proposto um trabalho de intervenção com funcionários do setor bancário.

Painel

DISCIPLINA ONLINE DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL Angélica Gurião Borba (Instituto de Psicologia, UFRJ, RJ), Bernard Pimentel Rangé (Instituto de Psicologia – IP, UFRJ, RJ), Marcos da Fonseca Elia (Núcleo de Computação Eletrônica – NCE, UFRJ, RJ)

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Educação a Distância Online; Ensino-Aprendizagem Colaborativo.

O presente resumo diz respeito a uma pesquisa-ação realizada no Instituto de Psicologia da UFRJ para a introdução da Disciplina de Terapia Cognitivo-Comportamental na modalidade de Educação a Distância (EaD). O objetivo do projeto é o de promover formas alternativas de ensino-aprendizagem da TCC e ao mesmo tempo certa mudança na cultura educacional dos alunos, professores e Instituição no que diz respeito ao uso de Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs), contribuindo para o surgimento de novos projetos na área. Revela-se a primeira disciplina online de psicologia no país e talvez a primeira da UFRJ totalmente à distância. Esta versão experimental baseou-se na ementa e no conteúdo da disciplina presencial de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), ministrada pelo Professor Dr. Bernard Rangé e utilizou-se da Plataforma Interativa para a Internet (Pii) como ambiente virtual de ensino-aprendizagem, em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação do IM-NCE/UFRJ. Deste projeto fazem parte as seguintes etapas: (1) Análise e Planejamento Instrucional (2004.1); (2) Capacitações em EAD online (2004.2); (3) Desenvolvimento das aulas da Disciplina de TCC Online, adaptação destas à Plataforma Educacional Pii do NCE – UFRJ e seleção dos recursos educacionais interativos a serem utilizados no processo de ensino-aprendizagem (2004.2); (4) Implantação da Disciplina de TCC totalmente Online para alunos da graduação (2005.1); (5) Avaliação Geral qualitativa e quantitativa do desempenho e satisfação dos alunos com a modalidade (online) e os métodos de ensino (objetivista e construtivista) utilizados (2005.2). 44 alunos inscritos na disciplina de TCC optaram por permanecer na turma presencial e 8 preferiram a turma online. Todos preencheram pré-testes que avaliaram seus conhecimentos prévios em TICs, EaD e TCC e investigaram seus Estilos de Aprendizagem. O grupo online recebeu um dia de treinamento presencial no Laboratório de Informática do IP e um ‘Manual do Aprendiz’ para facilitar sua ambientação com a Pii, assim como o acompanhamento da rotina semanal da disciplina à distância. Os alunos online despenderam uma média de 7 horas semanais para realizar seus estudos e tarefas de casa, gerando uma nota de participação que se somou às notas de duas provas presenciais idênticas às do grupo controle (presencial tradicional). A avaliação dos resultados da pesquisa buscou relacionar a média final dos alunos com os seus respectivos pré-testes e pós-testes. Durante todo o semestre houve participação massiva dos alunos nos recursos interativos (acesso médio p/aluno-dia= 7); evasão zero; desempenho acadêmico acima de 7,0; redução de preconceitos sobre EaD via computador e internet; motivação dos alunos online em fazerem outras disciplinas à distância; motivação dos alunos presenciais em fazerem disciplinas online.

Painel
angigb@ig.com.br

DISCIPLINA ONLINE DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL Angélica Gurião Borba (Instituto de Psicologia, UFRJ, RJ), Bernard Pimentel Rangé (Instituto de Psicologia – IP, UFRJ, RJ), Marcos da Fonseca Elia (Núcleo de Computação Eletrônica – NCE, UFRJ, RJ)

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Educação a Distância Online; Ensino-Aprendizagem Colaborativo.

O presente resumo diz respeito a uma pesquisa-ação realizada no Instituto de Psicologia da UFRJ para a introdução da Disciplina de Terapia Cognitivo-Comportamental na modalidade de Educação a Distância (EaD). O objetivo do projeto é o de promover formas alternativas de ensino-aprendizagem da TCC e ao mesmo tempo certa mudança na cultura educacional dos alunos, professores e Instituição no que diz respeito ao uso de Tecnologias da Informação e da Comunicação (TICs), contribuindo para o surgimento de novos projetos na área. Revela-se a primeira disciplina online de psicologia no país e talvez a primeira da UFRJ totalmente à distância. Esta versão experimental baseou-se na ementa e no conteúdo da disciplina presencial de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), ministrada pelo Professor Dr. Bernard Rangé e utilizou-se da Plataforma Interativa para a Internet (Pii) como ambiente virtual de ensino-aprendizagem, em desenvolvimento no Programa de Pós-Graduação do IM-NCE/UFRJ. Deste projeto fazem parte as seguintes etapas: (1) Análise e Planejamento Instrucional (2004.1); (2) Capacitações em EAD online (2004.2); (3) Desenvolvimento das aulas da Disciplina de TCC Online, adaptação destas à Plataforma Educacional Pii do NCE – UFRJ e seleção dos recursos educacionais interativos a serem utilizados no processo de ensino-aprendizagem (2004.2); (4) Implantação da Disciplina de TCC totalmente Online para alunos da graduação (2005.1); (5) Avaliação Geral qualitativa e quantitativa do desempenho e satisfação dos alunos com a modalidade (online) e os métodos de ensino (objetivista e construtivista) utilizados (2005.2). 44 alunos inscritos na disciplina de TCC optaram por permanecer na turma presencial e 8 preferiram a turma online. Todos preencheram pré-testes que avaliaram seus conhecimentos prévios em TICs, EaD e TCC e investigaram seus Estilos de Aprendizagem. O grupo online recebeu um dia de treinamento presencial no Laboratório de Informática do IP e um ‘Manual do Aprendiz’ para facilitar sua ambientação com a Pii, assim como o acompanhamento da rotina semanal da disciplina à distância. Os alunos online despenderam uma média de 7 horas semanais para realizar seus estudos e tarefas de casa, gerando uma nota de participação que se somou às notas de duas provas presenciais idênticas às do grupo controle (presencial tradicional). A avaliação dos resultados da pesquisa buscou relacionar a média final dos alunos com os seus respectivos pré-testes e pós-testes. Durante todo o semestre houve participação massiva dos alunos nos recursos interativos (acesso médio p/aluno-dia= 7); evasão zero; desempenho acadêmico acima de 7,0; redução de preconceitos sobre EaD via computador e internet; motivação dos alunos online em fazerem outras disciplinas à distância; motivação dos alunos presenciais em fazerem disciplinas online.

Painel
angigb@ig.com.br

“PORQUE TUDO É MAIS DIFÍCIL PRA MIM?” - UM CASO DE BAIXA AUTO-ESTIMA ASSOCIADO A ESQUEMAS DE ABANDONO E PADRÕES INFLEXÍVEIS. Luciana Azevedo Damasceno (PUC-RJ) **Supervisores:** Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá e Universidade Veiga de Almeida, RJ) e Mônica Portella (Universidade Estácio de Sá, RJ)

Palavras Chave: Baixa auto-estima, Esquemas, Conceituação cognitiva.

O presente trabalho diz respeito à avaliação cognitivo-comportamental de um caso de insegurança e baixa auto-estima. Temos como objetivo ilustrar como a integração da Teoria do Esquema de Young associado à análise objetiva do problema atual tem um papel fundamental na terapia orientando o terapeuta na formulação de caso do cliente e assim, norteando a escolha da abordagem terapêutica de tratamento mais adequada. Neste caso trata-se de uma cliente que buscou psicoterapia relatando sentir-se insegura e inferior em relação às pessoas, além de incapaz de responder adequadamente quando seria necessário expressar seus sentimentos. A análise funcional de suas queixas focou principalmente o problema atual conforme descrito em suas experiências mais recentes trazidas para as sessões. Foram identificadas primeiramente as diversas situações onde o problema ocorre e as respostas cognitivas (pensamentos automáticos e diálogos internos), autonômicas e comportamentais produzidas. Descrevemos as conseqüências que tais respostas produzem no ambiente da paciente e em si mesma. A partir da análise funcional, encontramos mecanismos mantenedores do problema atual e identificamos os principais focos do "aqui e agora". A aplicação do questionário de esquemas de Young ajudou-nos a entender como suas crenças centrais e intermediárias foram desenvolvidas e mantidas ao longo do tempo. Em resposta ao questionário a cliente apresentou indicação para esquema de abandono e grande evidência de padrões inflexíveis. As crenças centrais e intermediárias investigadas a partir de técnicas cognitivas ajudaram a entender de maneira ainda mais completa o quadro da paciente. Sua crença de ser frágil para enfrentar a vida sozinha e sua baixa auto-estima influencia suas emoções, suas respostas cognitivas e seus comportamentos favorecendo, neste caso, a subjugação ao outro. Suas crenças e esquemas centrais são influenciados pela sua história de vida precoce, a partir de uma investigação da história da paciente, encontramos experiências importantes para a formação dos Esquemas Iniciais Desadaptativos que incluem rejeição, abandono e muita cobrança. Entretanto seus padrões rígidos fazem com que ela vivencie suas relações num padrão tudo-ou-nada, dificultando a construção de novas experiências capazes de flexibilizar seu comportamento. A identificação do problema atual associado aos Esquemas Iniciais Adaptativos nos permitiu desenvolver uma formulação de caso objetiva e profunda orientando-nos no planejamento da terapia. O foco do tratamento tem em vista que, sob determinadas circunstâncias, há ativação dos esquemas centrais, desenvolvendo-se pensamentos automáticos e comportamentos disfuncionais mantenedores dos comportamentos indesejados. A partir da análise funcional foi possível desenvolver uma proposta terapêutica que visa oferecer a cliente técnicas para lidar com seus pensamentos, emoções e comportamentos mais desadaptativos. Assim esperamos orientar e facilitar a substituição desses comportamentos por outros mais adequados que proporcionem bem-estar em todas as áreas de sua vida: relacionamento familiar, profissional, amoroso e com amigos. Concluímos que a integração do questionário de esquema de Young associado à análise objetiva do problema é uma ferramenta importante ao terapeuta beneficiando em primeiro lugar o cliente.

Painel

lluciana@attglobal.net

REABILITAÇÃO COGNITIVA EM PACIENTE COM SEQUELAS DA SÍNDROME PRÉ-FRONTAL: UM ESTUDO PILOTO Luciana Azevedo Damasceno (PUC-RJ) Débora Aguiar Soares da Cunha (PUC-RJ)

Palavras-Chave: Neuropsicologia; Reabilitação Cognitiva; Síndrome pré-frontal.

A neuropsicologia é uma ciência dedicada ao estudo das funções cognitivas e comportamentais das lesões e disfunções do cérebro, enfoca principalmente o estudo do comportamento humano baseado no funcionamento cerebral. Propõe métodos novos na investigação do papel de sistemas cerebrais e de atividades mentais complexas. Objetiva um diagnóstico mais exato e precoce das lesões cerebrais locais, possibilitando estabelecer programas de ação terapêutica reeducativa mais efetivas e eficazes. A reabilitação cognitiva visa restabelecer ao paciente o melhor nível de funcionamento possível, acelerando a reorganização das funções cognitivas comprometidas através da utilização de estratégias estimulatórias e compensatórias. Tendo em vista o crescente interesse nesta atuação o presente trabalho propõe mostrar um estudo piloto de reabilitação em paciente lesionado por uma perfuração bi-lateral no lobo pré-frontal. O material utilizado para a análise foram exames de imagem de ressonância magnética; avaliações neurológicas; exame clínico e avaliações neuropsicológicas; que consiste na aplicação de testes visando identificar déficits, sua gravidade, determinar como eles afetam o funcionamento geral do indivíduo, além de estabelecer inter-relações entre déficits específicos e a neuropatologia. A avaliação confirmou a presença de Síndrome Pré-frontal. O funcionamento pré-frontal é responsável por direcionar e gerenciar habilidades cognitivas, emocionais e comportamentais. Dentre elas, a capacidade de desenvolver e sustentar uma organização mental, capacidade de flexibilizar e resolver situações problemas, selecionar alvos relevantes à tarefa inibindo ações ou estímulos distraidores competitivos e alterar de modo flexível estratégias de tomada de decisão. Nosso trabalho de reabilitação cognitiva foi elaborado considerando a estrutura familiar e o funcionamento cotidiano do paciente. As consultas acontecem na sua residência e o atendimento se faz uma vez por semana. Estão sendo utilizadas referências teóricas provindas das neurociências e da psicologia cognitiva, em especial um conjunto teórico que concebe a mente humana como um processador de informação. Tem sido necessário a adaptação de instrumentos da terapia cognitivo-comportamental e a seleção de atividades diversificadas para desenvolver as funções executivas em defasagem. Os procedimentos adotados consistem em: estabelecer adequada relação terapêutica, utilização de jogos, realização de auto-registros, transmissão de princípios psicoeducativos, envolvimento ativo dos familiares no tratamento, seqüência de ações, assertividade na solução de problemas, leituras e interpretação de texto, dramatização de situações, rotina de compromissos e responsabilidades, treinamento de habilidades sociais, além do desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento dos déficits cognitivos. As sessões terapêuticas desenvolvem-se em torno de determinadas funções cognitivas, mas deve-se lembrar que nenhuma intervenção terapêutica tem como campo de ação um único sítio cerebral. Assim, uma única intervenção deflagra diversas alterações. Foi observada evolução das funções cognitivas que vem melhorando numa crescente, possibilitando ao paciente construções pessoais, como a busca de autonomia aumentando sua qualidade de vida. Este dado também foi confirmado também na reavaliação do exame neuropsicológico. Os resultados sugerem estar sendo eficazes as atividades exercidas através da adequação e adaptação dos instrumentos e procedimentos da terapia cognitiva comportamental potencializando a recuperação dos déficits encontrados.

Painel

lluciana@attglobal.net

FATORES DE RISCO NA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: IMPORTÂNCIA DE ASPECTOS COGNITIVOS E COMPORTAMENTAIS Braz Dario Werneck Filho, Juliana Caversan de Barros e Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro)

Palavras-chave: Hipertensão arterial, fatores de risco, história de vida.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma doença muito presente entre a população brasileira, merecendo, por isso, estudos científicos sobre os fatores envolvidos na mesma. Apesar dos vários fatores de risco envolvidos na etiologia da HAS, este estudo se restringe a três deles: *stress* excessivo, obesidade e sedentarismo. O objetivo é compreender o desenvolvimento dos mesmos para a HAS em alguns indivíduos hipertensos. Esta investigação se constitui em um estudo piloto de uma pesquisa mais ampla a ser desenvolvida posteriormente. Foram avaliados aleatoriamente 20 sujeitos hipertensos: 05 homens e 15 mulheres, com pelo menos um dos três fatores de risco estudados. A idade média foi de 50.25 ± 3.4 anos, a maioria com grau de escolaridade ensino médio completo. Os fatores mais destacados, dos três estudados, foram a obesidade e o sedentarismo (65% obesos e 65% sedentários). Dentre os 20 entrevistados, 8 (40%) encontravam-se estressados, estando 4 (50%) na fase de resistência. A maioria (75%) dos estressados não desenvolveu ou utilizou ao longo de sua história uma estratégia específica para lidar com possíveis fontes estressoras, deixando que o stress passasse espontaneamente. O fato de que os participantes, em sua maioria, não haviam aprendido estratégias adequadas e produtivas para lidar com suas fontes de stress, pode estar associado com o fato de estarem estressados atualmente. Com relação à obesidade, 13 indivíduos eram obesos, com maioria de grau 1 (Índice de Massa Corpórea – IMC – entre 30,0 e 34,9). Destes indivíduos, 45% possuíam outras pessoas obesas na família. A maioria desenvolveu o hábito alimentar de comer de tudo, por obrigação ou por liberdade excessiva. Supõe-se que os participantes obesos tenham o componente genético como fator de risco, associado com regras familiares sobre comportamento alimentar e com modelação de hábitos alimentares provenientes da convivência com pessoas obesas. Quanto aos indivíduos sedentários, 46% praticavam esportes na infância e somente 30,8% foram incentivados no passado a praticarem, o que sugere que a falta de reforçamento positivo pode ter contribuído para que uma parcela dos participantes deixasse de praticar. O fato de alguns não terem desenvolvido o hábito de atividade física na infância parece ter contribuído para o sedentarismo na vida adulta. Dos sedentários atualmente, 61,5% não praticam por falta de tempo e 38,5% por falta de vontade. Conclui-se que em relação ao stress, os participantes não haviam aprendido estratégias cognitivo-comportamentais efetivas de enfrentamento. Quanto à obesidade, vale ressaltar a importância de modelação e reforçamento para comportamento alimentar inadequado na infância, somados aos fatores genéticos. O sedentarismo pode ter se desenvolvido por falta de reforçamento positivo que contribuisse para o desenvolvimento do hábito da atividade física desde a infância. As experiências de cada participante quanto a esses 3 fatores podem ter contribuído para o desenvolvimento de crenças que favoreceram o desenvolvimento e a manutenção de fatores de risco. Com os dados encontrados, o objetivo é de desenvolver um estudo com mais participantes para que se alcance efetiva relevância estatística nas conclusões e conseqüente comprovação dos dados.

Painel

A SEVERIDADE DA SINTOMATOLOGIA NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO E SUA INFLUÊNCIA NO VÍNCULO CLIENTE-TERAPEUTA Russélia Godoy, Danielle Mesquita, Camila Osório, Augusto Faria, Ricardo Pinheiro, Ricardo Silva, Pedro Magalhães (Universidade Católica de Pelotas, Pelotas/RS)

Palavras-chave: Depressão pós-parto, Aliança Terapêutica, Sintomatologia.

A depressão pós-parto é um subtipo da depressão maior, sendo específica no período de quatro semanas após o parto. É um transtorno de prevalência elevada, variando entre 10% e 20%, que gera intenso sofrimento para as mulheres, prejuízos na relação familiar, negligência da mãe aos cuidados do recém-nascido e em alguns casos risco de suicídio. Os sintomas mais recorrentes são: humor deprimido, diminuição da energia, distúrbios do sono, sensação de desesperança e inadequação e, em alguns casos, ideação suicida; e estes podem variar de intensidade leve a grave. A severidade da sintomatologia é uma das variáveis que podem influenciar na Aliança Terapêutica, a qual é definida como uma colaboração entre cliente e terapeuta, configurada por três componentes: comprometimento entre ambos frente a tarefas, frente aos objetivos definidos e formação de um vínculo positivo entre ambos. O vínculo paciente-terapeuta é considerado um importante instrumento de mudança, que possui grande importância para o desenvolvimento e o êxito do processo terapêutico. Estudos comprovaram que o resultado da terapia é significativamente determinado pelo quanto o paciente aproveita da interação particular que o terapeuta pode oferecer. Consideraram também igualmente importante para os resultados, a habilidade do paciente em se envolver numa relação terapêutica. A Aliança Terapêutica pode ser influenciada por variáveis do cliente e do terapeuta. Sobre a influência da intensidade dos sintomas no vínculo cliente-terapeuta, existem poucos estudos que se referem ao tema, e entre os poucos estudos encontrados há uma certa divergência. Alguns autores relatam que a sintomatologia do paciente contribui negativamente para a Aliança Terapêutica e outros afirmam existir pouca correlação entre estas variáveis. O presente estudo faz parte de um Ensaio Clínico randomizado sobre “A Efetividade das Psicoterapias Construtivista Relacional e Cognitiva Conductual no tratamento da Depressão Pós-Parto” e tem por objetivo avaliar a influência da sintomatologia depressiva das mães na Aliança Terapêutica. A amostra será composta por 80 mulheres que possuem o indicativo de depressão pós-parto leve ou moderada, com idade acima de 18 anos, residentes na zona urbana de Pelotas. É garantido à paciente o direito de aceitar ou não fazer parte do estudo, sendo que as mulheres concordantes irão assinar o Termo de Consentimento Livre Informado. O diagnóstico é realizado através da aplicação do BDI (Beck depression Inventory) e do EPDS (Edimburgo Pos-natal Depression Scale) no início do estudo e no final do tratamento. Para avaliar a Aliança Terapêutica, utiliza-se o WAI ((Working Alliance Inventory), um instrumento auto-aplicado, que deve ser respondido pelo paciente e pelo terapeuta na 1ª, 4ª e 7ª sessão Até o momento, não possuímos resultados significativos uma vez que, a amostra conta com, apenas, 25 mulheres randomizadas.

Painel

russelia@brturbo.com.br

VARIÁVEIS QUE INFLUENCIAM A RESISTÊNCIA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. Aline Falcone Naice; Maurício Canton Bastos (UNESA, Rio de Janeiro - RJ).

Resistência; terapia cognitivo-comportamental; esquemas.

O deslumbramento com um arsenal de técnicas eficazes fez com que a relação terapêutica na abordagem cognitivo-comportamental, assim como fatores relacionados a ela como a resistência, fossem negligenciados. Uma quantidade de insucessos no tratamento de casos mais complexos, como os transtornos de personalidade evidencia a necessidade de se explorar aspectos da relação terapêutica como foco principal de mudança. A resistência é um fenômeno universal, apesar de cada abordagem ter seus próprios critérios para defini-la. Publicações recentes ressaltam três variáveis envolvidas na resistência: 1) demandas da abordagem; 2) características pessoais do paciente e 3) características pessoais do terapeuta. O presente trabalho objetiva analisar de que forma cada uma dessas variáveis é capaz de influenciar a resistência. Para isso foi realizada uma revisão de dez publicações sobre o assunto. Foram encontrados os seguintes fatores capazes de interferir na interação terapeuta-paciente e conseqüentemente no processo terapêutico: 1) As demandas da abordagem envolvem, entre vários aspectos, a correta formulação do caso e uso adequado de intervenções e técnicas. Uma formulação inadequada ou incompleta pode fazer com que o terapeuta utilize técnicas que não são adequadas para determinado paciente, ocasionando a resistência. É necessário conhecer a percepção do paciente sobre determinada técnica antes de utilizá-la. Definição de metas, reestruturação de pensamentos e tarefas de casa podem não corresponder ao modo de funcionamento cotidiano do paciente, tornando-se imprescindível a socialização do paciente com os princípios e procedimentos da terapia. Pacientes que não são socializados no modelo da terapia podem não entender a finalidade de determinadas técnicas, considerando-as inadequadas ou ineficazes, não aderindo ao processo. 2) As características pessoais do paciente e seus esquemas podem ocasionar diferentes tipos de resistência. Pacientes com transtorno de personalidade terão mais dificuldade de estabelecer uma boa aliança terapêutica, assim como uma dificuldade maior de acessar pensamentos e sentimentos. Seus esquemas são mais rígidos e a mudança pode ser vista como ameaçadora fazendo com que eles se tornem resistentes. Já pacientes com necessidade de validação podem se tornar mais sensíveis às demandas da abordagem como a ênfase na mudança e o questionamento. Eles podem se sentir criticados ou invalidados, rejeitando as intervenções cognitivo-comportamentais padrão. 3) As características pessoais do terapeuta também interferem no processo terapêutico. Terapeutas possuem esquemas que podem ser ativados na relação com o paciente influenciando a forma como reagem ao mesmo. Quando o terapeuta não conhece seus esquemas, suas reações podem contribuir para resistência assim como para outros problemas na terapia. Pode haver choques, incompatibilidades e até identificações entre os esquemas do paciente e do terapeuta, prejudicando a capacidade deste de lidar com os esquemas e com a resistência do paciente ou até favorecê-la. Terapeutas cognitivo-comportamentais focalizados, sobretudo na mudança, podem não lidar adequadamente com impasses que acontecem na relação. Eles tendem a utilizar a solução imediata de problemas ao invés de direcionar o foco do trabalho para o que está ocorrendo naquele momento na relação, o que se mostra ineficaz principalmente com pacientes difíceis, contribuindo para a resistência.

STRESS EM PROFESSORES DA EDUCAÇÃO INFANTIL E DO CICLO DE ALFABETIZAÇÃO: UM ESTUDO COMPARATIVO Lucia Emmanuel Novais e Mauricio Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá – Rio de Janeiro)

O stress ocupacional vem se mostrando assunto de grande interesse no meio científico. Vários tipos de profissionais são passíveis das conseqüências do stress excessivo, dentre esses os professores. O presente estudo se justifica a partir das graves conseqüências que podem ocorrer com o professor com stress crônico. O objetivo desse estudo é a comparação entre o nível de stress de professores da educação infantil e os do ciclo de alfabetização. Participaram da pesquisa 26 professores de 06 diferentes colégios da rede municipal da cidade do Rio de Janeiro, divididos em dois grupos: 14 professores da educação infantil e 12 professores do ciclo de alfabetização. Para avaliação foram utilizados o Questionário de Percepção de Stress (QPS) e o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). O QPS constitui-se de 22 perguntas fechadas e foi criado previamente pelo autor, visando verificar se os professores entrevistados estavam percebendo a presença de sintomas de stress ocupacional e os fatores que poderiam estar criando este stress no dia a dia. O ISSL objetivou averiguar a presença de stress e a fase do stress. No ISSL observou-se que do total dos professores, independente da categoria profissional, 69,23% estavam estressados, encontrando-se a maioria (80%) em fase de resistência. Verificou-se que não existe relação de dependência entre grau de escolaridade, faixa etária, carga horária e categoria profissional no que se refere à percepção dos professores quanto ao stress e ao nível de stress averiguado através do ISSL ($p>0,05$). A conciliação da vida doméstica com a profissional foi a fonte de stress mais eleita pelos professores, tanto na educação infantil quanto no ciclo de alfabetização, seguidas da insegurança para exercer suas funções e achar que tem que cumprir metas muito difíceis. Pode-se supor que as condições salariais, assim como a falta de material didático adequado e as dificuldades vinculadas à administração da vida pessoal concomitante à profissional, podem estar influenciando no nível de stress destes professores. O fato de a maioria estar na fase de resistência sugere que os professores estressados estão tentando se adaptar às condições adversas de modo que já existe um desgaste do organismo. Além disso, verificou-se que não havia diferença significativa entre os grupos no que se refere à presença de stress. É possível que esse resultado se deva ao fato da pesquisa ter sido realizada no segundo semestre. Caso fosse realizada no início do ano, os professores que no ano anterior lecionavam em educação infantil e ingressaram na alfabetização no corrente ano talvez ainda não tivessem se adaptado à nova condição e por isso apresentassem um nível de stress maior. Novos estudos na área devem ser realizados para que os resultados sejam confirmados e, assim, propostas de intervenção possam ser elaboradas.

Painel

CONTROLE DA ANSIEDADE NORMAL ATRAVÉS DO RELAXAMENTO: RELATO DE UMA EXPERIÊNCIA.
Patrícia Pacheco (UFRJ)

Palavras chave: ansiedade, stress, relaxamento.

O Programa de Controle da Ansiedade da Psicologia (PROCAPSI) foi desenvolvido pela equipe de Terapia Cognitivo Comportamental da Universidade Estácio de Sá, Campus Nova Friburgo. A idealização de tal projeto se deu a partir de suas questões básicas: 1) a necessidade do psicólogo ter, como instrumento de seu trabalho, um bom repertório de técnicas de relaxamento; sabendo não só aplicá-las com habilidade, mas também, conhecendo todo o seu embasamento teórico e suas principais indicações e contra-indicações; 2) a constatação assistemática, a partir da observação do cotidiano, de que os alunos de psicologia da referida instituição apresentavam um alto nível de ansiedade sem saber como gerenciar o mesmo, o que acabava atrapalhando o seu rendimento acadêmico; este fato se fazia notar mais claramente em época de provas quando o prejuízo causado pela ansiedade ficava evidente. A partir destes pontos foi proposta a realização de uma oficina na qual os alunos aprenderiam as principais técnicas de relaxamento utilizadas com a finalidade de controlar os níveis de ansiedade. Como estratégia de divulgação da oficina foi realizada no auditório da Universidade uma palestra sobre a ansiedade e seus efeitos físicos, cognitivos e emocionais. Terminada a palestra foram abertas as inscrições para as oficinas. Foram utilizados grupos fechados, compostos por, no máximo quinze e, no mínimo oito pessoas, e foram atendidos os critérios da resolução 196/96 que trata da eticidade da pesquisa com seres humanos. O programa foi composto por sete encontros com duas horas de duração cada e periodicidade semanal. Utilizou-se como instrumento de pesquisa o inventário de ansiedade de Aaron Beck (BAI), com aplicações pré e pós intervenção. A participação nas oficinas foi voluntária, gratuita e a população composta exclusivamente por alunos do curso de psicologia da UNESA/Nova Friburgo. Foram utilizados como referencial teórico os trabalhos de Marilda Lipp e Vicente Caballo, os quais serviram como material didático durante os encontros, visto que os grupos possuíam uma clara finalidade educacional. Pretendia-se que os alunos não apenas aprendessem a utilizar as técnicas de relaxamento propostas como também fundamentar teoricamente a prática que estavam desenvolvendo. Neste sentido cada um dos encontros abordou uma forma específica de relaxamento, iniciando-se o encontro sempre com a apresentação teórica sobre o mesmo, as suas principais indicações e contra-indicações e a sua forma de execução passo-a-passo, após esta discussão teórica o grupo passava a prática do relaxamento proposto a fim de que se consolidasse na prática os conhecimentos adquiridos.

Painel
pmpacheco@gmail.com

AVALIAÇÃO DA RELAÇÃO ENTRE A INTELIGÊNCIA E DESEMPENHO ACADÊMICO COM O TRANSTORNO MUTISMO SELETIVO Autores: Ana Cláudia de Azevedo Peixoto (Universidade Federal do Rio de Janeiro / Rio de Janeiro – RJ); Claudia Barbosa Bello (Universidade Estácio de Sá / Rio de Janeiro – RJ); Daniele Wergner Torres (Universidade Estácio de Sá / Rio de Janeiro – RJ); Esabela Cruz da Silva (Universidade Estácio de Sá / Rio de Janeiro – RJ); Flávia Pinheiro Pires (Universidade Estácio de Sá / Rio de Janeiro – RJ); Maria Izabel Pereira de Souza (Universidade Estácio de Sá / Rio de Janeiro – RJ); Prícila Mendonça (Universidade Estácio de Sá / Rio de Janeiro – RJ); Shirléia Rodrigues da Fonseca (Universidade Estácio de Sá / Rio de Janeiro – RJ).

Palavras-chave: Avaliação, inteligência, mutismo seletivo.

Esta pesquisa insere-se no âmbito de um transtorno ainda pouco conhecido no Brasil denominado mutismo seletivo, um transtorno infantil, considerado raro, atingindo menos de 1% da população em geral, no qual as crianças se recusam a falar em determinados locais, principalmente na escola e na presença de pessoas estranhas ao seu convívio social, todavia tenham uma compreensão e desenvolvimento da linguagem preservado. Estudos controlados com mutismo são raros e a patologia ainda não é bem entendida, mas a maioria dos autores considera a ansiedade como uma grande marca do Mutismo Seletivo e estudos recentes consideram que ela deva ser conceituada como uma fobia social. Outros estudos estrangeiros referem o Mutismo Seletivo como um transtorno crônico, que pode gerar em anos futuros prejuízos na socialização, comunicação e na vida escolar, apesar dessas crianças, em média, terem uma inteligência preservada. No Brasil, parece não haver nenhum estudo científico e/ou empírico, sobre as características individuais das crianças e familiares com mutismo seletivo. Por isso, faz-se necessário e imperioso estudo que nos possibilitem uma compreensão melhor do mutismo, bem como, das características associadas. O presente trabalho circunscreve-se como uma parte de um processo de avaliação cognitivo comportamental com crianças para estudar algumas características associadas ao mutismo. Nosso intuito é relatar as relações existentes, entre o mutismo seletivo e a inteligência geral e o desempenho acadêmico. Para isso, foram utilizados os seguintes instrumentos: as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven – Escala Especial, que permite avaliar precisamente o desenvolvimento mental até a maturidade intelectual; uma lista de Verificação Comportamental Teachr's Report Form -TRF, apesar de ser mais indicado para a avaliação quanto à presença ou não de oito síndromes comportamentais e obtenção do perfil comportamental externalizante, internalizante e funcionamento, pode-se obter o desempenho acadêmico, como um subíndice, retirado da parte do questionário que possibilita chegar ao índice de comportamento social (área escolar) e que se refere ao desempenho acadêmico dos alunos, na opinião do professor; outro instrumento utilizado foi o Questionário para Coleta de Informações com o professor sobre o comportamento e desempenho da criança na escola. Participaram deste estudo 20 crianças, indicadas após um estudo de prevalência de Mutismo Seletivo na cidade do Rio de Janeiro, com 4-14 anos de idade, estudantes de escolas públicas. O Teste para avaliação da inteligência foi aplicado individualmente, dentro da própria escola, o TRF foi respondido individualmente pelo professor de cada criança, bem como, o questionário para Coleta de informações. Cabe ressaltar que os resultados finais deste estudo estão em processo de análise.

Apoio financeiro: CNPq - Bolsista do curso de Doutorado: Peixoto, AC
Painel acapeixoto@uol.com.br

A INTERFERÊNCIA DA ANSIEDADE DO TERAPEUTA NO DESENVOLVIMENTO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA DURANTE O TRATAMENTO DA DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Augusto Duarte Faria, Camila Osório Horst, Caroline Reinhardt Correa, Luciana de Ávila Quevedo, Ricardo Tavares Pinheiro (UCPEL- Pelotas-RS).

Palavras-Chave: Ansiedade, depressão pós-parto, aliança terapêutica.

A aliança terapêutica pode ser definida como uma colaboração entre cliente e terapeuta composta por comprometimentos com tarefas e objetivos, bem como por um vínculo positivo, sendo um dos fatores mais importantes para o desenvolvimento do processo terapêutico e para os resultados finais do tratamento. Diversas evidências têm surgido nas últimas décadas correlacionando diretamente aliança terapêutica com a efetividade da psicoterapia: quanto maior ou de mais qualidade a aliança terapêutica, maior a efetividade da terapia. Dentre os principais fatores que podem interferir nessa aliança está a ansiedade do terapeuta. A ansiedade é comumente descrita como uma tensão antecipatória persistente na ausência de uma ameaça específica, geralmente inconsciente, cujos sintomas físicos incluem aumento de pressão arterial, boca seca, tontura, palpitação e tensão muscular. Esse estudo procura investigar o efeito da ansiedade do terapeuta no desenvolvimento da aliança terapêutica durante o tratamento de uma amostra de mulheres em período de pós-parto, com diagnóstico de depressão. Não existe, na literatura, registro de estudos nesse sentido, o que impede qualquer afirmação sobre se essa interferência é positiva ou negativa. Para a avaliação da ansiedade, os terapeutas serão submetidos à aplicação do BAI (Inventário de ansiedade de Beck), instrumento que consiste de 21 itens descrevendo sintomas físicos e psicológicos usuais de ansiedade. O terapeuta é convidado a responder (numa escala de 0 a 4) sobre a intensidade desses sintomas na sua vida nas últimas quatro semanas. A pesquisa faz parte de um ensaio clínico randomizado que busca avaliar a efetividade de dois modelos manualizados de psicoterapia no tratamento de mulheres com depressão pós-parto, sendo um de psicoterapia cognitiva conductual, e outro construtivista relacional. Ambos os manuais são constituídos de 7 sessões com previsão de término de 1 a 2 meses. Para a coleta de amostra, bolsistas desta pesquisa visitam diariamente um hospital com objetivo de fazer um cadastro de todas as mães que tiveram bebê. Após 30 a 45 dias é estabelecido contato telefônico com estas mulheres para que compareçam ao local de triagem onde respondem a um questionário com dados socio-demográficos e obstétricos e passam por uma avaliação psicológica através de uma bateria de testes que inclui as Escalas de Beck para depressão (BDI) e para ansiedade (BAI), a Escala de Edimburgo para Depressão pós-parto (EPDS), o questionário para qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL), além de testes para detectar alcoolismo e ideação suicida (CAGE e MINI-Suicídio, respectivamente). O presente estudo ainda, está em estágio inicial de coleta de amostra, não possuindo dados concretos que indiquem se a interferência da ansiedade na aliança se dá negativa ou positivamente.

Painel.

lu.quevedo@bol.com.br

PERDENDO O MEDO DE FALAR EM PÚBLICO: UMA NOVA PROPOSTA EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: VALESKA MARTINHO PEREIRA E VANESSA CYRILLO DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO, RIO DE JANEIRO).

Palavras-chaves: ansiedade social, grupo, protocolo.

Este trabalho propõe um protocolo de Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo para Ansiedade Social Circunscrita a situações de expor-se em público. Conforme visto na literatura atual, o tratamento em grupo é o mais recomendado para este transtorno. Nos grupos realizados na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ (DPA-UFRJ), foi observado que os quadros de ansiedade social apresentavam-se em diferentes níveis de gravidade, o que dificultava a condução e adesão ao tratamento. O que se pode constatar é que uma das queixas mais comuns entre as pessoas que procuram a DPA da UFRJ, era o medo e/ou ansiedade de falar em público, e, a fim de atender essa necessidade, foi elaborado um protocolo, baseado na Terapia da Efetividade Social, elaborada pelo professor Bernard Rangé, cujo foco principal fosse essa dificuldade. O protocolo desenvolve-se em dez sessões compostas por: informações referentes ao modelo cognitivo, com explicação dos fundamentos da terapia cognitivo-comportamental e também de sua efetividade, informações a respeito do transtorno de ansiedade social generalizada e circunscrita, explicação sobre o mecanismo da ansiedade, Registros Diários de Pensamentos Disfuncionais (RDPDs) a fim de reestruturar as distorções cognitivas que contribuem para um aumento da ansiedade nas situações de seminário ou exposição a um público, entre elas, a mais observada é a leitura mental, relaxamento respiratório, discussão das crenças um, dois e três de Ellis, treino em assertividade com uso de cenas, especialmente em relação a receber e/ou fazer elogios e críticas, definição de tipos de discurso: descritivo e persuasivo, exercícios de exposição imaginária a situação de exposição em público e exposições ao vivo à platéia de desconhecidos. O protocolo encontra-se em fase experimental, sendo aplicado em sessões semanais, com duas horas de duração, em oito sujeitos. Para a formação do grupo piloto não foi utilizado critérios de exclusão. Embora estejamos em fase experimental, temos notado aspectos importantes nos relatos de nossos clientes, como a possibilidade de identificar pensamentos automáticos distorcidos em relação ao medo de falar em público, além dos próprios participantes do grupo estar criando situações fora das sessões para se exporem a situação fóbica. É interessante notar que os diferentes componentes apresentam ritmos também distintos, o que é facilitador do processo terapêutico, tendo em vista que uns ajudam e apóiam os outros, incentivando e encorajando no avanço da reestruturação cognitiva. Com este protocolo espera-se a reestruturação das crenças disfuncionais a respeito do desempenho durante uma exposição ao público, manejo dos sintomas de ansiedade, desenvolvimento de habilidades assertivas promovendo assim, uma melhoria na qualidade de vida dos clientes.

Painel

vacsantos@yahoo.com.br

ESTILO DEFENSIVO NA DEPRESSÃO PÓS-PARTO: Evolução durante a terapia cognitiva e relação com a aliança terapêutica Daniele Campelo Tavares, Karen Jansen, Pedro Magalhães, Augusto Faria, Camila Osório, Renata Muenzer, Ricardo Pinheiro, Ricardo Silva (Mestrado de Saúde e comportamento da Universidade Católica de Pelotas, Pelotas-RS)

Palavras-Chave: aliança terapêutica; estilo defensivo; terapia cognitiva;

A psicoterapia é o tratamento de preferência de mulheres com Depressão Pós-parto (DPP), um tipo de depressão maior, o qual ocorre especificamente durante o período de quatro semanas após o parto, sendo caracterizada por humor depressivo, diminuição de energia, dificuldades para dormir e distúrbio do sono. A DPP não apresenta apenas prevalência elevada, mas também morbidade bastante alta. Muitas mulheres sentem desesperança e, ocasionalmente, desenvolvem ideação suicida. Sentimentos de inadequação ou culpa relacionados particularmente aos cuidados do recém-nascido também são comuns, o que pode apresentar conseqüências significativas para a mãe, o bebê e todo o grupo familiar. A psicoterapia como tratamento para a DPP tem se mostrado, além de muito favorável, bastante eficaz, principalmente a Terapia Comportamental Cognitiva (TCC). Uma psicoterapia, entretanto, deveria demonstrar como funciona (ou seja, alternando que construto subjacente). Um possível mecanismo é a alteração dos mecanismos de defesa, mecanismos involuntários que protegem o indivíduo de ansiedade excessiva. O objetivo deste estudo será descrever os estilos defensivos de mulheres com DPP e observar a evolução destes estilos em um ensaio randomizado comparando dois modelos psicoterapêuticos de TCC, a Psicoterapia Construtivista Relacional e a Psicoterapia Cognitiva Conductual. A metodologia utilizada é o ensaio clínico randomizado. A população alvo são mulheres pós-parto, com mais de 18 anos, com bebê de 30 a 120 dias, residentes da zona urbana de Pelotas-RS, que tiveram seus bebês no Hospital Universitário de Pelotas (HU), ou mães encaminhadas à Clínica Psicológica da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) com diagnóstico de DPP. A entrada no estudo é feita através de uma avaliação para diagnosticar a DPP, sendo incluídas na pesquisa mães com escore no Beck Depression Inventory (BDI) e no Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) superiores a 12. Depressão grave e risco de suicídio são critérios de exclusão. Além do BDI, EPDS, M.I.N.I (escala que mede risco de suicídio) e WHO-QOL (escala que mede Qualidade de Vida), no momento de inclusão no estudo, o Defense Style Questionnaire (DSQ-40) – questionário auto-aplicável que mede mecanismos de defesa – é respondido pela mãe. As mães que assinam o termo de consentimento, comprometendo-se a participar do estudo, são randomizadas em um dos modelos terapêuticos manualizados e ambas, terapeuta e paciente, respondem o Working Alliance Inventory (WAI), instrumento que mede aliança ao final da 1ª, 4ª e 7ª sessão terapêutica. As medidas são repetidas ao final das 7 sessões de tratamento, seis meses e 1 ano após o final da intervenção. Planejamos dupla entrada de dados no programa Epi-Info. Na análise, descreveremos a distribuição dos mecanismos de defesa, a relação dos mecanismos de defesa com variáveis da paciente e com a aliança terapêutica. A mudança de mecanismos de defesa será avaliada através de análise multivariada utilizando o BDI e o WAI como covariáveis. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas. Uma vez que a pesquisa está em andamento, não é possível analisar os resultados obtidos até o presente momento.

As alunas Daniele Campelo Tavares e Karen Jansen possuem Bolsa de Iniciação Científica vinculada a Universidade Católica de Pelotas-RS.

Painel

danieletavares@yahoo.com.br

O PAPEL DO EXERCÍCIO FÍSICO NA QUALIDADE DE VIDA Fabiana Trotta
(doutoranda em Psicologia Social-UFRJ). Bernard Rangé (Prof. do programa de pós-graduação em Psicologia da UFRJ).

Temas como saúde, qualidade de vida e bem-estar vem recebendo uma atenção cada vez maior da sociedade e, particularmente, na vida de pessoas que buscam um estilo de vida mais saudável. Os fatores que podem influenciar positivamente ou negativamente a qualidade de vida são diversos. Stress, má alimentação, dificuldades financeiras, poluição, falta de tempo, importância de se manter informado etc. são apenas alguns fatores negativos que podem comprometer a qualidade de vida da população. Por outro lado, diversas pesquisas realizadas verificaram uma relação muito positiva entre a prática de exercícios e um aumento nos níveis de qualidade de vida. (Trotta, 2004; Castillo, 2000; Weinberg e Gould, 2000; e Berger e Shepard, 1996). De acordo com Castillo, a atividade física é um dos atributos atuais da qualidade de vida. Segundo ele, ter uma boa qualidade de vida supõe viver em um ambiente humano, em que a comunicação interpessoal seja fluída, dispor de tempo para o cultivo de interesses pessoais, gozar de férias tranquilas, poder viajar, viver em um ambiente saudável e também assegurar o acesso à prática de exercícios. Ainda de acordo com o autor citado acima, a atividade física pode atuar em prol da saúde, como elemento compensador de algumas seqüelas negativas do trabalho e na melhora da capacidade orgânica. Trotta (2004) realizou uma pesquisa sobre a influência da atividade física sobre a qualidade de vida. Neste estudo, 40 praticantes de exercícios responderam a um questionário sobre fatores relacionados à qualidade de vida. Concluiu-se pelos resultados obtidos, que a prática de exercícios físicos pode proporcionar uma série de benefícios psicológicos, preenchendo requisitos básicos para a promoção da qualidade de vida como: aumento do prazer e da satisfação, maior senso de auto-eficácia, maior prevenção e alívio do stress, aumento da auto-estima, aumento da sensação de felicidade, entre outras variáveis. Fica cada vez mais claro que a atividade física é mais uma possibilidade na busca de um estilo de vida mais saudável. Praticar exercícios auxilia não só na prevenção de muitas doenças, mas também na manutenção da saúde e na busca por uma melhor qualidade de vida.

Painel

UM CASO DE ANSIEDADE ASSOCIADO A ESQUEMAS DE PRIVAÇÃO EMOCIONAL E PADRÕES INFLEXÍVEIS - Cláudia Muniz Vieira (Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ). Supervisores: Maurício Canton Bastos (Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ) e Mônica Portella (Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Ansiedade, inflexibilidade, abandono.

Este trabalho se refere a uma avaliação cognitivo-comportamental de um caso de ansiedade que tem por objetivo ilustrar a integração da análise funcional com conceitos oriundos da terapia do esquema, mas especificamente aos Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID). Esta paciente buscou terapia em nossa clínica social com a queixa inicial de ansiedade - teve problemas de pressão arterial e os médicos não identificaram quaisquer problemas físicos e a diagnosticaram como ansiosa; relata não ter vontade de fazer as coisas e de sair; sente-se só e tem pensamentos de que algo ruim irá lhe acontecer estando ela sozinha. Também relata que gostaria de ser mais extrovertida, corajosa, ousada, feliz. A aplicação do questionário de esquemas de Young apontou dois Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID): privação emocional e padrões inflexíveis que relacionados com a análise funcional nos levou a entender como que os temas de suas crenças centrais e intermediárias foram desenvolvidas e mantidas ao longo do tempo. A investigação da história de nossa paciente nos revelou que experiências infantis marcantes, principalmente sua relação com os pais, foram a base para a formação de Esquemas Iniciais Desadaptativos. A análise funcional das queixas teve como foco principal identificar as suas experiências mais recentes em que essas crenças se mostram e como os pensamentos automáticos dispararam suas respostas comportamentais. Também analisamos as conseqüências que tais respostas produzem no ambiente da paciente e em si mesma. A paciente formou a crença de que relações afetivas levam ao abandono e não consegue prosseguir com seus relacionamentos afetivos apesar de se sentir só. Quando ela sente vontade de sair, seu esquema de privação emocional é ativado. Pensa em suas obrigações e deveres e termina não saindo, evitando, assim, o medo do abandono. Seus padrões inflexíveis têm por função mantê-la afastada de experiências afetivas que, segundo seus esquemas, são danosas. O nível de exigência consigo mesma e as obrigações que ela se impõe são exageradas fazendo-a evitar se relacionar, ou seja, o esquema de padrões inflexíveis faz com que ela não entre em contato com o medo da privação emocional. Concluímos que o problema atual está associado aos Esquemas Iniciais Adaptativos. A partir desse pressuposto, desenvolvemos a formulação de caso e baseamos o planejamento da terapia que tem por objetivo flexibilizar sua cognição, o seu nível de exigência altíssimo, conscientizando-a de que é possível comportar-se de maneira menos rígida, integrando suas obrigações com os seus desejos.

Painel
claudiamunizv@hotmail.com