

PALESTRAS

O TRABALHO COM SONHOS NA TERAPIA COGNITIVA.

Helene Shinohara (Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro)

Palavras-chave: sonhos; terapia cognitiva; intervenção terapêutica

Desde o início do desenvolvimento da terapia cognitiva como abordagem psicoterápica, muitas inclusões teóricas e técnicas têm sido feitas aos parâmetros propostos inicialmente para o tratamento da depressão. Em um primeiro momento, visando o estabelecimento da terapia cognitiva, seu suporte empírico e sua diferenciação com outras abordagens, principalmente a psicanálise, temas como inconsciente, resistência, sonhos, etc foram evitados. Posteriormente, a necessidade de expansão dos limites estabelecidos inicialmente vieram da prática clínica com clientes com problemáticas complexas, por exemplo. Terapeutas cognitivos mais experientes e seguros puderam ampliar aspectos teóricos e incorporar novas técnicas, sem abrir mão da essência do modelo cognitivo. Em um segundo momento, explorar aqueles temas deixados em aberto, como o trabalho com os sonhos, tem sido um desafio importante para estes terapeutas. Pesquisas sugerem que o conteúdo de alguns sonhos têm relação com a personalidade do sonhador, que contém temas e expectativas de desfechos semelhantes com os pensamentos dele enquanto acordado, e que as mesmas preocupações conscientes são expressas na experiência do sonho. Alguns padrões de sonhos parecem estar relacionados com a psicopatologia do indivíduo: depressivos relatam sonhos de derrota; paranóides, de perseguição ou abuso; ansiosos, de perigo. Portanto pode-se considerar alguns sonhos como rico material terapêutico, onde padrões cognitivos e afetivos podem ser expressos, onde esquemas podem estar exercendo sua máxima influência, pela falta de estimulação externa. E já que o processo de lembrança e discussão do sonho ocorre em estado de vigília, o “modo” usado pelo cliente para lembrar detalhes e interpretar as memórias do sonho conterà as mesmas distorções características de suas interpretações da realidade. O trabalho com sonhos nas sessões envolve registro do sonho, fragmentos ou imagens no momento do despertar, bem como a emoção percebida. Técnicas de reestruturação cognitiva, compreensão e questionamento das crenças, criação de finais alternativos ou solução de problemas, e auto-instruções podem resultar em mudança de humor e desenvolvimento de habilidades de controlar e interferir em sonhos aflitivos ou repetitivos. Assim sendo, o terapeuta cognitivo pode e deve enriquecer seu arsenal de possibilidades terapêuticas ao incluir os sonhos como mais um meio para o entendimento da perspectiva particular de seu cliente sobre si, sobre o mundo e sobre seu futuro. Como qualquer procedimento, é essencial que o terapeuta esteja seguro de seu conhecimento teórico e técnico sobre o assunto, e que realize o trabalho em clima colaborativo e afetivamente significativo.

Palestra

A EVOLUÇÃO E AS RELAÇÕES ENTRE A RAIVA E A EMPATIA.

Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Raiva, empatia, psicologia evolucionária.

A raiva é definida como um estado emocional que abrange sentimentos variando desde leve aborrecimento até a fúria e que são acompanhados por uma estimulação do sistema nervoso. Possui caráter adaptativo quando associada à autodefesa e à regulação de comportamentos sociais, desde que expressa de modo culturalmente aceitável. Problemas na modulação e na expressão da raiva podem aumentar a propensão a reações hostis e/ou agressivas, trazendo prejuízos para a saúde, além de rejeição social. Em níveis extremos, pode levar ao homicídio, ao suicídio, à guerra e ao genocídio. A raiva como traço, diferentemente da raiva situacional ou estado de raiva, tende a trazer mais problemas para a saúde, sendo característica em indivíduos que possuem um limiar mais baixo para a frustração e que experimentam aumentos de raiva mais crônicos. A raiva, como todas as outras emoções, inclui padrões de pensamento, sentimento e ação, que foram influenciados pela história evolutiva, com o propósito de garantir a sobrevivência. Entretanto, esses processos automáticos de autoproteção podem ser tão exagerados que provocam desavenças e angústia desnecessárias na vida contemporânea. O processamento cognitivo herdado de nossos progenitores é referido como “pensamento primário”, que se apresenta como egocêntrico e absoluto. Embora adaptativo em situações reais de emergência (ex., ataques físicos), ele se torna inadequado na maioria das situações de conflitos sociais e grupais, que demandam habilidades adaptativas de negociação, solução de problemas etc. Quando o pensamento primário surge nessas situações, o indivíduo se prepara para atacar e para defender o seu valor pessoal. Essa atitude hostil passa a controlar a mente, excluindo outras qualidades humanas tais como a empatia e a moralidade. A empatia corresponde à capacidade de compreender de forma acurada o estado interno de alguém, além de transmitir esse entendimento de tal maneira que a outra pessoa se sinta compreendida. Além de um componente cognitivo de tomada de perspectiva, a empatia inclui um componente afetivo, caracterizado por sentimentos genuínos de compaixão e de interesse pelo bem estar da pessoa alvo, bem como um componente comportamental, expresso de forma verbal ou não verbal. O ouvir empático provoca efeitos positivos, tanto para o que ouve quando para a outra pessoa, principalmente em situações de conflito, na medida em que reduz a querela e a probabilidade de rompimento. Existem fortes evidências, a partir de diferentes níveis da escala filogenética, de que todos os animais são preparados biologicamente para desenvolver empatia. Os organismos socialmente mais elevados devem aprender a usar essa capacidade, de base inata, em contextos sociais. Pretende-se apresentar, nessa palestra, as relações existentes entre o processamento cognitivo egocêntrico relacionado à hostilidade, cuja emoção básica é a raiva e o processamento cognitivo altruísta relacionado à empatia, cuja emoção básica é a compaixão. Através de uma revisão teórica e empírica, será demonstrado que nas situações de conflito, a empatia joga um papel importante na moderação da raiva, da hostilidade e da agressividade.

Palestra

A COMPREENSÃO TEÓRICA DA MENTE SOB A ÓTICA EVOLUCIONISTA E A PRÁTICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Angela Donato Oliva (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ)

Em meados do século XX, inspirados com computadores capazes de solucionar problemas de raciocínio lógico, alguns teóricos focam seu estudo na compreensão da mente. Na nova ciência da mente a metáfora computacional substituiu o modelo de caixa preta dos behavioristas, mas deixava de fora, estrategicamente, o estudo das emoções. Na década de 90, estudos realizados por teóricos das neurociências e pelos de perspectiva evolucionista aprofundaram-se no entendimento da mente e do cérebro. A compreensão da mente precisa incluir as estruturas responsáveis pelo processamento das emoções. Os comportamentos humanos além de uma dimensão racional, apóiam-se sobre bases emocionais. De acordo com essa suposição, a psicologia evolucionista, cujos fundamentos apóiam-se na interseção da biologia da evolução com a psicologia cognitiva contemporânea, pressupõe a existência de uma natureza humana universal. Essa natureza é constituída de mecanismos psicológicos, considerados adaptações resultantes de um processo de seleção natural ao longo do tempo evolutivo. Concebe-se a estrutura da mente atual como abarcando mecanismos de processamento de informação que permitem a produção, absorção, modificação e transmissão de cultura. Essa mente é adaptada ao ambiente evolutivo, ou seja, ao modo de vida de nossos ancestrais caçadores-coletores do pleistoceno. Decorre daí que as estruturas que resolveram de maneira eficaz problemas de sobrevivência - as que se mostraram mais adaptativas ao ambiente ancestral - foram as que se mantiveram até os dias atuais. Isso poderia explicar alguns comportamentos que parecem desajustados, tais como fobias, ansiedades, etc. Todos, em sua origem, apoiar-se-iam em uma base emocional. As emoções atuam como um mecanismo de alerta, propiciando respostas adaptativas capazes de proteger os indivíduos de situações potencialmente perigosas. São responsáveis por direcionar o curso de nossas ações e estão na base das trocas sociais. Estruturas subcorticais estão envolvidas no processamento das emoções e interatuam com diversas outras, incluindo as corticais. O ponto que aqui se quer destacar é que a intervenção psicológica pode aprimorar suas técnicas conhecendo mais os mecanismos neurais que possibilitam as ações humanas, as formas pelas quais eles se relacionam e como podem ser modificados.

Apoio: CNPq

Palestra

COMPREENSÃO E ABORDAGEM TERAPÊUTICA DOS TRANSTORNOS SOMATOFORMES. Cristiane Figueiredo Araújo (Inst. Estadual de Dermatologia Sanitária / Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Transtornos somatoformes, terapia cognitivo-comportamental, psicologia da saúde

A inclusão de pacientes que apresentam sintomas físicos sem base orgânica compatível com suas queixas e onde se suspeita de fatores psicológicos como sendo determinantes na etiologia do transtorno sempre foi um desafio para as classificações nosológicas psiquiátricas. Recentemente, esses pacientes “somatizantes” vêm sendo incluídos no grupo dos Transtornos Somatoformes, tanto na CID-X quanto no DSM-IV, que reúne um grupo de síndromes cuja característica comum e principal é a apresentação somática de sintomas. Normalmente, esses pacientes não são encontrados nas clínicas e consultórios psicológicos e psiquiátricos, uma vez que suas queixas são principalmente físicas. Eles são encontrados nos hospitais e consultórios de clínica médica e é basicamente a partir daí que conseguimos entrar em contato e trabalhar, em conjunto, com essa população. O mais comum é que, antes de chegar a um tratamento interdisciplinar, o paciente passe por diversos, e muitas vezes desnecessários, atendimentos, exames, tratamentos medicamentosos e mesmo intervenções cirúrgicas, o que representa, sem dúvida, um gasto substancial com despesas médicas, além de sofrimento para o paciente. O processo de somatização engloba uma série de fenômenos clínicos que se caracterizam por uma mistura complexa de fatores psicológicos e orgânicos. Sob o ponto de vista cognitivo-comportamental, o modelo de somatização se assemelha bastante ao do transtorno de pânico. O diagnóstico diferencial, portanto, se faz necessário, lembrando que a existência de um tipo de transtorno não exclui o outro, podendo haver comorbidade. No caso do Transtorno de Pânico, os sintomas somáticos múltiplos só ocorrem durante os ataques de pânico, quando a ansiedade se eleva rapidamente. Nos Transtornos Somatoformes, a sintomatologia física é apresentada ao longo da maior parte da vida, independente do grau de ansiedade e estado de humor do paciente. A presença de Transtornos do Humor também é freqüente em quadros de somatização e deverá ser avaliada a prioridade no tratamento para um deles. O tratamento dos Transtornos Somatoformes, incluindo o de somatização, tem como um de seus principais objetivos a recodificação dos sintomas fisiológicos como expressão de conflitos e tensões emocionais e não como sinais de enfermidade física. A terapia cognitivo-comportamental desponta como sendo uma alternativa viável e até mesmo o tratamento de referência, tanto na clínica quanto no hospital, individual ou em grupo, para o tratamento desses pacientes. Os objetivos mais gerais desta abordagem são o desenvolvimento de uma visão mais realística no paciente a respeito do conceito de “estar saudável”; compreensão do modelo psicofisiológico do adoecimento; modificação das crenças distorcidas a respeito das sensações fisiológicas; redução do foco de atenção em sensações corpóreas; diminuição do comportamento evitativo de atividades físicas; melhora da auto-confiança, auto-eficácia, auto-controle e qualidade de vida, ajudando o paciente a estabelecer expectativas e objetivos realistas, concretos e positivos.

Palestra

ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS E QUALIDADE DE VIDA NO ADOLESCENTE. Margarida Gaspar de Matos (Psicóloga, Professora Associada com Agregação da Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa e Investigadora do Centro de Malária e Outras Doenças Tropicais, Instituto de Higiene e Medicina Tropical, Universidade Nova de Lisboa)

Palavras chave: adolescência, estilo de vida, risco, protecção, qualidade de vida

Este estudo pretende analisar como evoluem ao longo da adolescência factores ligados à protecção e ao risco a nível individual, escolar e familiar que contribuem para a percepção de satisfação com a vida e bem estar nos adolescentes no dia a dia. Neste estudo foram utilizados dados da amostra Portuguesa de 2002 do estudo integrado na rede Europeia HBSC “Health Behaviour in School-Aged Children: a WHO Cross Cultural Study” (Currie et al, 2001; Currie et al, 2004)

Verificou-se que, embora os comportamentos ligados ao risco apareçam num número reduzido de adolescentes, a grande maioria se agrava com a idade identificando-se ainda diferenças relativas ao género e ao estatuto socio-económico.

Vários indicadores sofreram um agravamento do estudo de 1998 para o estudo de 2002. Portugal situa-se em geral numa posição intermédia face aos restantes países da Europa. Desta análise da estatística descritiva, já publicada noutros trabalhos (Matos et al, 2003; Matos et al, 2004) sublinha-se a necessidade de envolver a escola, os centros de saúde e a comunidade em geral na redução de riscos, promoção da protecção e na criação de oportunidades para a satisfação com a vida e bem estar, antes e ao longo da adolescência, com especial foco na inequidade associada ao género e ao estatuto socio-económico.

Financiamento da Fundação para a Ciência e a Tecnologia/ MCES - Projecto POCTI 37486/PSI/2001 e Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA-estudo específico VIH/saúde sexual / consumos, e Projecto PSIDA/PSI/49649/2003.

Ver também em www.fmh.utl.pt/aventurasocial e www.aventurasocial.com

Palestra

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA DOENÇAS CRÔNICAS

Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

Palavras chaves: TCC, doenças crônicas, tratamento

As doenças crônicas exigem cada vez mais recursos psicológicos por parte do indivíduo, pois uma série de demandas está presente, incluindo tempo dispensado ao tratamento, mudanças na rotina diária e interações com vários profissionais. Muitos problemas médicos exigem um auto-manejo para regular o curso e o impacto dos sintomas e dos problemas no paciente, esperando-se que os pacientes tenham um papel mais ativo frente à sua doença do que se espera de um paciente com problema médico agudo. Tais patologias exigem o estabelecimento de relações colaborativas com os profissionais de saúde, sendo necessário por parte do doente habilidade para lidar com diferentes personalidades, papéis sociais e profissionais. A literatura tem revelado que boa parte dos doentes crônicos experimenta sintomas psicológicos significativos, o que pode influenciar o curso da doença e a adesão ao tratamento. Já o diagnóstico de uma doença crônica pode estigmatizar os pacientes devido aos prejuízos na independência e/ou impacto negativo sobre a rotina diária e com isso afetá-lo emocionalmente. Com uma doença crônica, a vida do paciente é irreversivelmente mudada, pois se trata de enfermidades que requerem manejo contínuo e complexo, muitas vezes com tratamentos com resultados incertos que geram dúvidas sobre o prognóstico. É fundamental que os profissionais de saúde envolvidos e o próprio portador de uma doença crônica, entendam a doença e seu ritmo em cada indivíduo, sendo esta a chave para manejo efetivo. Os problemas psicológicos que coexistem com a doença crônica podem complicar o manejo da doença e também dificultar o terapeuta na avaliação cognitivo-comportamental, na formulação do caso e no planejamento do tratamento. Muitas vezes os transtornos psicológicos são conseqüências da doença crônica, no entanto a literatura tem demonstrado que pacientes com história de problemas psicológicos anterior apresentam aumentada vulnerabilidade para desenvolver problemas psicológicos como resultado do diagnóstico de uma doença crônica. Existem modos pelos quais as intervenções psicológicas podem ter impacto positivo na qualidade do cuidado clínico e no custo financeiro do tratamento de doenças crônicas, tais como: oferecendo-se informação e suporte decisional; informação sobre psicofisiologia; informação sobre a importância da mudança comportamental; suporte social; identificar desordens psicológicas não diagnosticadas e identificar a somatização. A representação cognitiva feita pelo paciente é central para entender os tipos de significados atribuídos pelo mesmo à sua experiência de doença, ao diagnóstico e ao manejo das doenças crônicas, o que é crucial na aplicação da TCC aos problemas das pessoas com esse tipo de patologia. As conseqüências de um diagnóstico de doença séria são frequentemente entendidas em termos de crenças preexistentes e afirmações sobre o mundo no qual o indivíduo vive. Portanto, a TCC, por lidar de forma bastante efetiva com os aspectos cognitivos, é uma abordagem que pode ser aplicada a quase todos os tipos de doenças crônicas. Existem vários fatores que fazem a TCC particularmente indicada para tratar dificuldades associadas a problemas médicos de longo tempo, dentre estes o fato da TCC adotar uma abordagem de auto-manejo, incentivando o papel ativo do paciente no tratamento e valorizando as representações mentais do indivíduo sobre a doença, suas conseqüências e seu tratamento.

PALESTRA

MESAS REDONDAS

TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR NA INFÂNCIA: ORIENTAÇÃO A FAMÍLIA. MARIA ALICE DE CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO)

Palavras chaves: Bipolar, humor, família.

O transtorno do humor bipolar ocasiona forte impacto sobre a vida escolar, pessoal, e familiar da criança, especialmente quando não devidamente diagnosticada e tratada por equipes de profissionais especializados. Alguns estudos apontam para a importância da intervenção com a família, devido aos sintomas específicos dessa desordem como os episódios de depressão e mania que podem causar problemas nos relacionamentos familiares. A inclusão dos membros da família ou pessoas próximas na terapia podem ajudar a criança a reconhecer quando os sintomas estão retornando, promovendo uma maior conscientização das mudanças em seu humor, assim como, criar uma oportunidade para um melhor convívio entre o paciente e a sua família. A Terapia Cognitiva-Comportamental tem sido a abordagem mais amplamente estudada no transtorno bipolar, propondo intervenção individual, ou em grupo, orientação para a família e para a escola. O objetivo desse estudo é descrever algumas das estratégias que podem ser utilizadas enfocando a família. A psicoeducação que proporciona tanto para o paciente como para seus familiares o aprendizado sobre o que é o transtorno afetivo bipolar, a noção de vulnerabilidade para futuros episódios, enfatizando o reconhecimento dos sintomas precoces, instruindo sobre o curso longitudinal e os fatores de risco e de recaídas. Além disso, explica e exemplifica sobre a importância e as características do tratamento e o uso dos medicamentos e da psicoterapia. O desenvolvimento de habilidades de comunicação, que promove uma escuta ativa entre os membros da família ajudando-os na definição dos papéis e das responsabilidades, diminuindo os níveis críticos e de conflito, criando dessa maneira o suporte familiar que a criança ou adolescente precisa. O desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas, os membros da família podem se beneficiar com essa estratégia aprendendo a identificar os problemas relacionados ao transtorno, listando todas as possíveis soluções, discutindo as vantagens e desvantagens, escolhendo a melhor solução e planejando como e quando implementá-la. A educação para os membros da família vai abordar problemas previsíveis desse transtorno, como a atribuição de culpa entre o casal e a tendência a entrar num círculo negativo de alienação ou superproteção. Outro problema abordado é o ressentimento entre os irmãos em relação à diferença na exigência das disciplinas dos pais, ou receio de desenvolverem a mesma “doença”. A família terá maior possibilidade de equilíbrio quando conseguir distinguir a criança da desordem, aprendendo a reconhecer as múltiplas realidades (episódio de mania e episódios de depressão) e quando conseguir comunicar seus desejos sabendo escutar. A Terapia Cognitivo-Comportamental também ensina procedimentos de enfrentamento, discutindo como evitar as armadilhas, a reconhecer e manejar adequadamente os estressores, os gatilhos dos episódios agudos, e como restabelecer o funcionamento familiar após os episódios. Assim, estudos sugerem que a orientação à família gera o apoio afetivo que pode ajudar as crianças com transtorno bipolar no fortalecimento de sua auto-estima e no desenvolvimento de habilidades que melhore sua qualidade de vida.

MESA-REDONDA

TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR NA INFÂNCIA: DIAGNÓSTICO

GUSTAVO HENRIQUE TEIXEIRA (MÉDICO PSIQUIATRA INFANTO-JUVENIL,
DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO RIO DE JANEIRO)

Palavras chaves: Bipolar, infância, diagnóstico.

O transtorno bipolar do humor na infância e na adolescência é uma condição grave que afeta consideravelmente a vida de crianças e adolescentes acometidos. Apresenta como característica principal a fase maníaca do transtorno com alteração ou oscilação do humor que pode se apresentar exaltado ou irritável e essa mudança súbita de humor comumente produz ataques prolongados de raiva ou agressividade, chamado de tempestades comportamentais. Também podem ocorrer oscilações com fases ou períodos de depressão, durante os quais a criança apresentará os sintomas clássicos da depressão infantil. As taxas de prevalência para o transtorno bipolar do humor estão em torno de 1% da população infanto-juvenil e estimadamente acredita-se que exista uma distribuição igual entre meninos e meninas. As tempestades comportamentais estão associadas com irritabilidade, ataques de fúria, impulsividade, dificuldade nos relacionamentos, briga com colegas e familiares. Esse temperamento agressivo provoca piora dos sintomas opositivos e desafiadores que com frequência estão presentes em crianças e adolescentes. Na escola é observado piora no desempenho acadêmico, acompanhado de grande dificuldade de concentração, hiperatividade, agressividade, labilidade afetiva, auto-estima aumentada, hipersexualidade, presença de piadas e diálogos de caráter sexual ou desejos de realização do ato ocorrendo com grande inadequação na maneira de agir e pensar. Alguns pacientes relatam que não conseguem fazer nada devido a pensamentos que não param de “correr em suas mentes”. Há conflito de idéias, insônia, envolvimento excessivo em atividades prazerosas que apresentam potencial elevado de conseqüências negativas, afeto inapropriado, excitabilidade, fala acelerada e agitação psicomotora. Pensamentos mágicos com idéias de grandeza, riqueza e poder podem estar presentes, sendo que nas adolescentes pode ser observados o excesso na maquiagem e o uso de roupas excessivamente coloridas e extravagantes. Na grande maioria dos casos existe uma história de transtorno bipolar na família ou o relato de um primeiro episódio depressivo na criança precedendo o surto maníaco. O transtorno bipolar na infância e na adolescência pode ser confundido com outros transtornos psiquiátricos, como o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, devido à possibilidade de hiperatividade física e agitação psicomotora, presente em ambos os casos. No entanto no transtorno de déficit de atenção/hiperatividade não há um comprometimento do humor e os acessos de raiva não são tão violentos ou comprometedores. A utilização de determinados medicamentos como corticóides ou o abuso de drogas como a cocaína, anfetaminas e o êxtase podem simular um surto maníaco e devem ser afastadas através da avaliação psiquiátrica e testagem para drogas de abuso. Transtornos ansiosos também devem ser afastados para se fazer o diagnóstico do transtorno bipolar do humor. O objetivo da apresentação é descrever as principais características do transtorno bipolar na infância, suas comorbidades, diagnósticos diferenciais e tratamento preconizado nos principais centros de referência dos EUA e Brasil.

MESA-REDONDA

TRANSTORNO BIPOLAR DO HUMOR: INTERVENÇÃO COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES. PATRÍCIA DE SOUZA BARROS (UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO)

Palavras-Chave: Bipolaridade, Humor, Infância.

Diversas abordagens psicoterápicas têm utilizado suas técnicas para o tratamento do Transtorno Bipolar do Humor (TBH) na infância e adolescência. A Terapia Cognitivo Comportamental, no entanto, tem desenvolvido sistemas de intervenção, individuais ou em grupo, com base nos sintomas e disfunções específicos dessa desordem e que têm mostrado eficiência no manejo dos mesmos. De modo geral, tais sistemas envolvem a família, a escola e o indivíduo portador de TBH. O objetivo particular desse estudo é o de apresentar algumas das principais técnicas utilizadas para a intervenção com crianças e adolescentes a fim de fornecer a eles ferramentas úteis aos diversos sintomas do transtorno. Esses jovens parecem enfrentar dificuldades em diversos aspectos psicológicos. Alguns estudos têm apontado deficiências nas áreas pré-frontais do cérebro comprometendo o processo de solução de problemas. Assim, parecem necessárias intervenções que facilitem a esses indivíduos desenvolverem a produção, a avaliação e a prática de estratégias alternativas para lidarem com impasses do cotidiano. Além disso, a regulação do afeto apresenta-se como mais uma dificuldade para esses jovens: suas respostas mais intensas aos estímulos parecem necessitar de estratégias cognitivas e comportamentais que facilitem a eles a regulação do humor, o controle da impulsividade, bem como da irritabilidade. A ciclagem rápida do humor, típica do TBH em crianças e adolescentes, merece, ainda, o aprendizado de técnicas que os ajudem a monitorar o humor e desenvolver métodos que os facilitem antecipar e lidar com tais oscilações. Nos episódios mistos com sintomas depressivos, torna-se necessário, também, estabelecer com essas crianças e adolescentes estratégias, como a construção de pensamentos e comportamentos alternativos àqueles de conteúdo negativista. Além desses fatores que formam a base do transtorno, outros aspectos podem se apresentar como disfuncionais em decorrência deles. Por causa da impulsividade, da extrema irritabilidade e do afeto desregulado, os relacionamentos sociais com pares, pais e professores podem estar prejudicados. Assim, o treinamento de habilidades sociais torna-se fundamental para restabelecer os vínculos afetivos e sociais, auxiliando, ainda no tratamento da auto-estima e no manejo dos sintomas depressivos. Nesse treinamento, focaliza-se o aprimoramento da empatia, a utilização dos componentes não verbais na identificação eficaz dos sinais ambientais, bem como a expressão adequada dos sentimentos, através de dramatizações e jogos. Além desses fatores, há ainda a necessidade de se focar a auto-estima dessas crianças e adolescentes. Redirecionar a atenção para os pontos positivos desses indivíduos motiva-os para o tratamento e os ajuda a desenvolver resiliência para melhor manejarem seus sintomas. Dessa forma, tais técnicas poderão servir como base, podendo ser adaptadas segundo o objetivo final dos terapeutas: o caso específico de cada criança ou, ainda, para tratamentos em grupo. Assim, em parceria com as intervenções farmacológicas, a orientação à família e à escola, a TCC pode fornecer uma intervenção eficaz, fornecendo maior qualidade de vida a todos aqueles envolvidos no tratamento.

MESA-REDONDA

TRANSTORNO BIPOLAR NA INFÂNCIA: ORIENTAÇÃO NA ESCOLA
PRISCILA TENENBAUM TYSZLER (PSICÓLOGA CLÍNICA)

Palavras chaves: Bipolaridade, Infância, professores.

Muito se tem pesquisado atualmente sobre os Transtornos Bipolar do Humor (TBH). Este transtorno é caracterizado por mudanças extremas no humor, nível de energia, pensamento e comportamento. Observa-se um aumento no diagnóstico precoce deste na infância. Apesar de não haver ainda estatística precisa sobre o número de crianças com Transtorno bipolar de início precoce, acredita-se que muitas crianças hoje diagnosticadas como TDAH ou Depressão, podem na realidade estar abrindo um quadro de TBH. De acordo com o modelo triádico da terapia Cognitiva para Crianças e adolescentes, faz-se necessário a orientação dos professores além dos pais e do atendimento a própria criança. Este trabalho tem como objetivo levantar pontos importantes desta orientação e oferecer recursos para realizá-la. A Criança com TBH assim como um diabético, ou uma criança com TDAH utiliza medicação diária e a escola precisa ser envolvida neste processo uma vez que muitas vezes a dose é dada na própria escola. Além disso, as medicações usadas podem afetar a atenção, alerta, concentração, sensibilidade a luz, barulho e estresse, motivação e energia necessárias para o aprendizado. O Funcionamento da criança pode variar muito durante o dia. Além das mudanças causadas pela medicação, a labilidade emocional e energética do próprio transtorno afeta o aprendizado. O Professor deve passar por uma orientação sobre os sintomas mais comuns e possíveis formas de lidar com cada um deles. As dificuldades comuns na sala de aula são: Pouca concentração, pouco foco, atitudes impulsivas, dificuldade de permanecer sentado, desorganização, performance abaixo do potencial, fala alta, incapacidade de permanecer quieto ou aguardar, baixa motivação, dificuldade de completar tarefas, sonolento ou lento, choroso, problemas com pares, explosões de raiva, dificuldade em lidar com mudanças, dificuldade com estresse, faltas frequentes, atrasos frequentes, dores de cabeça/estomago/musculares. Algumas adaptações físicas podem ser necessárias como o local da criança, o número de crianças por turma, incidência de barulho e distrações, entre outros. É de extrema importância que o professor conheça bem o seu aluno e suas nuances, assim como seja capaz de estabelecer disciplina e ser afetuoso e acolhedor ao mesmo tempo. A comunicação entre a escola e a família também é de extrema importância para o sucesso do tratamento. Variações no humor podem ser decorrentes de estressores externos como provas e brigas. Muitas das orientações fornecidas aqui pode ser adquiridas de forma rápida pelo professor. Porém a pessoa do professor será crucial no desempenho do aluno.

MESA-REDONDA

O TRABALHO DA RESISTÊNCIA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Aluna: Ana Carolina da Silva

Supervisora: Ana Cláudia Corrêa de Ornelas Maia
(Universidade Estácio de Sá – Campus Resende – RJ)

PALAVRAS-CHAVE: Resistência, Reestruturação, Ansiedade

Paciente com 30 anos, do sexo feminino, encaminhada por seu psiquiatra. Na entrevista inicial, paciente relatou que estava apresentando um quadro de ansiedade elevado com relação a sua volta ao trabalho, visto que este foi o local onde ela teve sua auto-estima prejudicada pelo chefe. Foi considerado, através de seus relatos, que suas habilidades sociais foram prejudicadas, já que a paciente relatou apresentar comportamentos inadequados quando se via frente a situações que necessitava de sua comunicação. Paciente ainda relatou que quando pensava em voltar ao trabalho e tinha que falar sobre seu chefe tinha crises, nas quais ficava sem ar, se contorcia, apresentando tremores e calafrios. Como a paciente chegava toda sessão com um grau elevado de ansiedade e com um discurso bastante confuso, iniciamos o tratamento com técnicas de Relaxamento e com Reestruturação Cognitiva, na qual tentamos “arrumar” o que a paciente relatava propiciando uma reflexão sobre seus pensamentos, suas atitudes e discurso. Com o decorrer da terapia, percebemos que seria interessante adotarmos a técnica de Dessensibilização Sistemática, visto que a paciente não respondia ao tratamento. Esse passo foi informado à paciente, a qual respondeu positivamente, alegando que gostaria muito de sair de toda essa situação para voltar a trabalhar, pois estava se sentindo inútil. Entretanto quando começávamos a trabalhar com a Dessensibilização, a paciente tinha comportamentos resistentes, apresentando, em determinada sessão, uma crise histérica. Com isso, iniciamos um trabalho através da Terapia Racional-Emotiva e Comportamental (TREC). Através da TREC a paciente foi questionada sobre a sua real vontade de voltar a trabalhar, proporcionando uma reflexão de seus pensamentos em comparação aos seus comportamentos. Paralelo a TREC retomamos com a Reestruturação Cognitiva e o Treino de Habilidades Sociais, possibilitando a mesma a certificar-se quanto ao seu interesse pelo trabalho e suas capacidades intelectuais. Através das intervenções cognitivas e comportamentais a paciente começou a apresentar melhoras quanto a sua ansiedade e auto-estima. Está respondendo bem ao tratamento, voltando a aceitar, sem interrupções, a Dessensibilização Sistemática, passando uma imagem de segurança e confiança no tratamento proposto até então. Até o momento são nove meses de terapia, no total de 32 sessões, mas ainda consideramos que a paciente apresenta um grau de ansiedade, inferior ao apresentado no início, necessitando de acompanhamento psicológico por mais algum tempo.

MESA REDONDA

A INTERVENÇÃO DA CLÍNICA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NUM CASO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE FÓBICA INFANTIL.

Por: Márcia Maria Lacerda

Psicóloga Clínica

(Universidade Estácio de Sá – Resende – RJ)

Palavras-chave: medo, ansiedade e auto-conceito.

O presente trabalho retrata sobre o processo de intervenção que realizado em um consultório de Psicologia clínica, sob o prisma da terapia cognitivo comportamental, com um paciente de oito anos que apresenta características do transtorno de ansiedade fóbica. A queixa inicial trazida pela família foi a dificuldade do mesmo em andar sozinho pelos arredores e interiores da casa e dormir sozinho à noite, sentia-se inseguro e dirigia-se para a cama dos pais ou da empregada, demonstrando um medo intenso. De acordo com o relato da mãe, durante a gestação vivenciou uma relação muito intensa e afetuosa com o filho. Quando a criança nasceu a mesma sentiu falta da barriga e tinha ciúmes, quando outras pessoas o pegavam no colo. João (nome fictício) é uma criança muito amável com as pessoas ao seu redor, mas demonstrava uma certa insegurança ao realizar atividades de seu cotidiano sozinho. Morava em São Paulo e mudou-se para uma cidade do interior onde os acontecimentos como mortes e doenças de conhecidos são muito comentados, sendo assim levanta-se hipóteses de que João descobriu que a vida possui um fim e passou a temê-lo, aumentando assim sua insegurança. Nas sessões iniciais João queixou-se de possuir medo de pessoas mortas, dos barulhos durante a noite e que frequentemente tinha pesadelos onde os seus familiares morriam, justificando assim a procura pelos pais no meio da noite. A medida que João começou a falar de si mesmo, dos seus sentimentos, das coisas que gostava e não gostava a necessidade de ter sempre alguém ao seu lado foi diminuindo gradativamente, pois desenvolveu outras maneiras de ser. A intervenção vem sendo realizada através da ludoterapia e as técnicas utilizadas são adaptadas ao atendimento infantil, visam diminuir a ansiedade, o medo e aumentar a assertividade. Inicialmente, foi realizado o questionamento socrático e a reestruturação cognitiva. Na etapa seguinte foi feita a Exposição e o enfretamento gradual dos medos, permitindo assim um novo conceito sobre os eventos temidos. No início do tratamento o cliente começou a demonstrar mais segurança, o que podia ser notado pelos familiares quando o mesmo circulava por toda casa à noite sem nenhuma ansiedade ou medo. A seguir começou a dormir sozinho e começava a se perceber como uma pessoa separada de outras, porém seu comportamento oscilava em alguns momentos. A família foi orientada a atendê-lo sempre no quarto dele demonstrando segurança e tranquilidade. João necessitava primeiro vivenciar a noção de si mesmo, para depois compreender o lugar que ocupa na família. Todos os comportamentos positivos foram reforçados no decorrer da terapia. Atualmente, dorme sozinho e não apresenta nenhum tipo de insegurança quanto a circular pela casa, tem se destacado no esporte, está mais seguro de si mesmo, assertivo e encontra-se em processo de alta. João precisou fortalecer o auto-conceito e adquiriu com isso, autonomia e segurança para realizar suas atividades cotidianas.

MESA REDONDA

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO ABORDAGEM EFICIENTE NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO PÂNICO E AGORAFOBIA.

Aluna: Paula Viviane Rosa

Prof.: Ms. Ana Claudia C. de Ornelas Maia
(Universidade Estácio de Sá – UNESA – Resende)

Palavras-chave: Agorafobia, ansiedade, sucesso

A agorafobia é o comportamento de evitação provocados por lugares ou situações onde o escape seria difícil ou embaraçoso caso se tenha uma crise de pânico ou algum mal estar. É um transtorno fóbico que passa por muito mais que uma evitação de algo, o agorafóbico é a vítima que teme ter perdido todos os seus suportes de segurança e desenvolve uma conduta tendenciosa a não perder a segurança de casa. Ana (nome fictício) tem 30 anos, é solteira e tem uma filha. A paciente diz que se incomoda com o medo de altura, lugares fechados e com uma quantidade de pessoas em excesso – Agorafobia. A partir do 3º andar, já começa a se desesperar e onde trabalha tem elevador, contudo só sobe de escada. Não consegue ir ao dentista, andar de ônibus e disse que este medo é desde os 26 anos quando ficou presa no banheiro da escola. Essa situação foi se agravando mais ainda com o acontecimento da morte da cunhada há 3 anos. Quando está em lugares fechados, sente falta de ar, palpitações e muita ansiedade. Só consegue trabalhar em lugares baixos, ou seja, apartamentos ou casas com no máximo três andares. Evita lugares fechados e quando se vê forçada a enfrentar, mesmo com acompanhante, passa mal no momento e de madrugada ao lembrar do fato que irá se submeter. E essas sensações afetam a sua rotina de trabalho e sua vida social. Nas primeiras sessões a paciente trouxe queixas de situações conflituosas em seu lar, e foi trabalhado no processo terapêutico as técnicas de relaxamento e de respiração diafragmática para auxiliar na resposta da paciente durante a terapia. Com isso, foi iniciada uma avaliação das crenças centrais que a paciente tinha e o quanto sua própria conduta contribuía no início desses problemas. Foi feita uma lista de situações que traziam ansiedades, e esta foi colocada numa hierarquia da menor para a maior ansiedade, bem como a utilização da técnica “role play” para treinamento das habilidades e manejo da ansiedade, e quando a ansiedade era nula a paciente realizava ao vivo a situação. Várias técnicas foram realizadas durante as treze sessões, que findaram com o término do período escolar da universidade, como a reestruturação cognitiva, inoculação do estresse, de habilidades básicas, dentre o treino de habilidades sociais. Os resultados apresentados foram muito satisfatórios, a paciente já vai a um hospital, anda de ônibus, já consegue trabalhar no décimo andar de um prédio sem nenhuma ansiedade. Ana gostou tanto que começou a indicar a terapia a todos que conhecia e que tinha algum medo e verbalizou que aplica o que é trabalhado na terapia nas outras situações em seu cotidiano, alcançando a ativação do processo terapêutico.

MESA REDONDA

A INTERVENÇÃO DA CLÍNICA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NUM CASO CLÍNICO DE TRANSTORNO DE PÂNICO E AGORAFOBIA

Aluna: Ethiene Correia da Silva
PROF.MS. : Ana Claudia C. de Ornelas Maia
(Universidade Estácio de Sá – Resende - RJ).

Palavras-chave: Pânico, medicação, ansiogênicos.

O presente trabalho vem demonstrar a aplicabilidade da Terapia Cognitivo-Comportamental na intervenção de um caso clínico atendido no SPA (Serviço de Psicologia Aplicada) da Universidade Estácio de Sá, campus Resende. Mulher, 28 anos, casada e com uma filha, foi encaminhada por uma médica psiquiatra para atendimento na abordagem cognitivo-comportamental, chegou ao SPA dia 24/10/2005. Apresentava respostas de ansiedade em situações percebidas como estressantes, ameaçadoras: ansiedade excessiva, mãos geladas e taquicardia. A ansiedade, uma resposta de proteção, visa preparar o organismo para atacar ou evitar um perigo percebido, sendo ele real ou não. O Transtorno do pânico iniciou-se na adolescência, e foi tratado com medicação e atendimento psicoterápico, mas os sintomas retornaram no início do ano de 2005 quando sofreu a perda de um bebê ainda em fase de gestação. Sua queixa era dificuldade de sair de casa ou permanecer nesta sozinha, tinha como sensações autonômicas dores de cabeça muito forte, escurecimento das vistas e cognitivamente, um medo excessivo. Como crença tinha a percepção eminente da proximidade da morte e a não confiança em ninguém para socorrê-la. Além destes sintomas autonômicos e cognitivos, não gosta de lugares cheios e nem de esperar em filas, o que caracteriza a comorbidade do transtorno do pânico com agorafobia. Ainda no seu relato, a paciente revela um desânimo com a vida atual, assinalado como depressão leve a moderada validada através da aplicação do Inventário de Depressão de Beck. Hoje o tratamento é de psicoterapia e medicação (Clonazepam e Paroxetina). O primeiro procedimento foi uma psicoeducação sobre a Terapia Cognitivo-Comportamental, seguido da aplicação do exercício de respiração diafragmática, uma técnica de relaxamento que a própria paciente pode possuir para acalmar-se. A segunda técnica utilizada foi a Dessensibilização Sistemática, enfrentamento gradual de situações vistas como ansiógenas de um nível menor até o maior, associada ao relaxamento muscular progressivo de Jacobson. A paciente era induzida a vivenciar, através da imaginação, situações ansiógenas até que a ansiedade baixasse e desaparecesse assim obtinha como tarefa de casa o enfrentamento da mesma situação. Em paralelo a utilização das técnicas acima citadas foi utilizada a técnica do *acalmese* para ser feita em casa. Por fim, a paciente também fez uso da técnica de Registros de Pensamentos Disfuncionais, onde numa ficha a paciente anota seus pensamentos automáticos e lhes dá uma resposta positiva, como forma de adquirir melhor monitoria sobre seus pensamentos distorcidos e reestruturá-los com respostas e enfrentamentos funcionais. Os resultados, até então, têm sido satisfatórios, a medicação foi diminuída e a paciente encontra-se enfrentando situações antes ditas ansiogênicas e que hoje fazem parte de sua rotina diária.

MESA REDONDA

A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL COM CRIANÇAS

Autora: Angela Alfano (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Treinamento de pais; Terapia cognitivo comportamental; Infância

O objetivo do presente trabalho é discutir a importância da família como agente de mudança no processo terapêutico de crianças, de acordo com a abordagem cognitivo comportamental. O treinamento de pais é apresentado como a modalidade de intervenção que melhores resultados obtém e o modelo triádico ou de manejo de contingências é exposto como opção no tratamento de crianças. O trabalho é baseado na idéia de que muitos problemas de saúde mental são agravados e mantidos por adversidades relacionadas ao funcionamento familiar. Além disso, muitos pensamentos e crenças disfuncionais podem ser desenvolvidos em crianças inseridas em um ambiente desfavorável, com problemas significativos nas relações familiares. Serão feitas considerações sobre a importância da avaliação da eficácia do programa de treinamento, bem como sobre as limitações que intervenções com populações carentes apresentam. As dificuldades de adesão ao tratamento por parte dos responsáveis, o baixo nível sócio-cultural, o alto índice de desistência e a frequência irregular são alguns pontos que merecem destaque. A discussão será baseada nos atendimentos tanto individuais quanto em grupo realizados em uma organização não governamental sediada na cidade do Rio de Janeiro (Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência – Cípia). Será apresentado um modelo de avaliação da eficácia de sessões de treinamento de pais utilizado em grupo de responsáveis de crianças portadoras de Transtorno Obsessivo – Compulsivo. Serão mostrados, também, os resultados obtidos. O modelo adotado nos atendimentos individuais será demonstrado. Ele consiste em uma entrevista inicial com os pais e sessões individuais com as crianças e sessões apenas com seus responsáveis, intercaladas de acordo com o a necessidade imposta pelo caso em questão. A entrevista inicial tem o objetivo de confirmar o diagnóstico sugerido pelo psiquiatra (todas as crianças passam por uma avaliação médica anterior), colher dados para a formulação do caso, informar os responsáveis sobre o tipo de trabalho proposto, esclarecer dúvidas e administrar escalas e questionários que possam ser úteis para o tratamento. A periodicidade das sessões com a família depende, não apenas da dinâmica das relações familiares na qual a criança está inserida, como também do Transtorno Psiquiátrico diagnosticado. Nas sessões realizadas com a família podem estar presentes não apenas pai e mãe, mas todos os adultos direta e significativamente envolvidos no cotidiano das crianças. Materiais de psicoeducação são distribuídos e discutidos ao longo da intervenção. Sessões de *follow-up* também são realizadas tanto com os pais quanto com as crianças visando acompanhar a manutenção dos ganhos.

MESA-REDONDA

PROTOCOLO DE TRATAMENTO EM GRUPO DO TOC EM UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL

Autora: Manuela Corrêa Borges (Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Tratamento em grupo; crianças; Transtorno Obsessivo-Compulsivo.

Serão apresentados os dados referentes a uma proposta de protocolo para tratamento psicoterápico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), com grupos de crianças. Por tratar-se de um trabalho realizado em uma organização não-governamental, CIPIA – Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência -, este trabalho tenta atender a algumas importantes demandas sociais: a existência de poucas instituições que realizam trabalhos deste tipo com a população de baixa renda; a grande demanda de clientes; e a necessidade e a possibilidade de se ajudar um maior número de crianças, ao mesmo tempo. Este é o primeiro projeto de atendimento psicoterápico, em grupo, colocado em prática na instituição e consiste de sessões realizadas com as crianças portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo e com seus pais. Cada grupo é formado por 6 (seis) crianças, com idades entre 7(sete) e 11 (onze) anos, cujo transtorno primário é o Transtorno Obsessivo-Compulsivo e cuja capacidade intelectual esteja dentro da média esperada para o grupo normativo. Entrevistas iniciais com os pais são realizadas para se confirmar o diagnóstico e para que outros instrumentos diagnósticos (questionários) sejam também utilizados. O protocolo propõe 3 (três) sessões iniciais com os pais cujo conteúdo está voltado para técnicas de manejo do comportamento e para a psicoeducação sobre o TOC e seu tratamento. A seguir, são propostas, de acordo com a literatura existente sobre este tema, 15 (quinze) sessões com as crianças, durante as quais são utilizadas as técnicas básicas da terapia cognitivo-comportamental, e ressaltadas, principalmente, as técnicas de reestruturação cognitiva e de Exposição e Prevenção de Resposta (EPR). Dentre as técnicas cognitivas propostas estão a identificação de pensamentos automáticos (PAs), o entendimento do Modelo Cognitivo e a adequada discriminação de seus componentes. Técnicas de identificação e manejo da ansiedade (respiração diafragmática, relaxamento muscular progressivo e mudança de foco) são ensinadas e atividades em grupo são propostas para melhor integrar o grupo (dinâmicas de apresentação, jogos em equipe, etc). Materiais de psicoeducação sobre o transtorno são distribuídos e discutidos com as crianças. Os exercícios de Exposição e Prevenção de Resposta são o foco na maioria das sessões. Sessões de *follow-up* (após quinze dias, um, três, seis e doze meses), serão realizadas a fim de acompanhar a manutenção dos resultados e, caso seja necessário, atendimentos individuais serão oferecidos, após o término do atendimento em grupo. Os resultados dos primeiros grupos de crianças tratadas a partir do protocolo proposto para o tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo serão aqui apresentados.

MESA-REDONDA

O TRABALHO DE REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA COM CRIANÇAS EM UMA ORGANIZAÇÃO NÃO GOVERNAMENTAL

Autora: Helga Tavares Rodrigues (Centro Integrado de psiquiatria da Infância e Adolescência - CIPIA, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Infância; TOC; reestruturação cognitiva.

O presente trabalho visa fazer considerações e explorar peculiaridades sobre a realização de reestruturação cognitiva com crianças. Serão levadas em conta as diferenças, dificuldades e vantagens de se fazer um trabalho cognitivo com crianças e com adultos, tanto de forma individual quanto em grupo. Serão apresentados exemplos de exercícios de reestruturação cognitiva elaborados pela equipe de Psicologia do Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência – Cípia - para o trabalho em grupo com crianças. Considerações sobre a aplicação dos exercícios em crianças portadoras de Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) serão apresentadas. A reestruturação cognitiva é uma parte importante do tratamento psicoterápico realizado no CIPIA e estudos nessa área são necessários para a evolução da Terapia Cognitiva com crianças. Na última década houve um aumento do número de pesquisas publicadas sobre o tratamento do TOC infantil, mas apesar disso ainda há escassez de trabalhos nessa faixa etária. A terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado o tratamento de escolha, produzindo melhoras significativas nos sintomas do TOC. As técnicas cognitivas têm sido cada vez mais reconhecidas como importantes para um tratamento eficaz, se realizadas de forma complementar à exposição e prevenção de resposta. Um dos grandes desafios no trabalho com crianças é a introdução de conceitos abstratos como o de distorção cognitiva. A linguagem utilizada pelo terapeuta deve ser adequada ao nível de desenvolvimento da criança. Recursos visuais e lúdicos são importantes para ajudar na familiarização com os conceitos e idéias apresentadas. Também é importante a avaliação freqüente do que está sendo assimilado pelas crianças, para que se possa, a partir do que elas conseguiram reter, prosseguir com o tratamento. A técnica cognitiva de identificação de pensamentos, por exemplo, é introduzida através de exercícios em que são apresentadas ilustrações para que as crianças treinem a discriminação e identificação de pensamentos automáticos e sentimentos. A técnica de questionamento socrático é realizada através de dramatizações propostas durante as sessões. Durante todo o tempo, as crianças são incentivadas a participar ativamente das sessões. O trabalho em grupo possibilita que as crianças trabalhem como uma equipe, ajudando umas as outras, dando sugestões e utilizando exemplos que surgem na própria sessão.

MESA-REDONDA

TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Autora: Mariana Alves Cabizuca (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Transtornos de Ansiedade; ; Infância

O objetivo do presente trabalho é apresentar os Transtornos de Ansiedade que podem ocorrer na infância e na adolescência através da exposição de seus critérios diagnósticos e apresentar o Programa de Ansiedade da Organização Não Governamental Centro de Psiquiatria da Infância e Adolescência(Cípia). Os Transtornos da ansiedade estão entre as doenças psiquiátricas mais frequentes em crianças, adolescentes e adultos. A idade de início da maioria desses Transtornos é justamente na infância ou adolescência. Comumente eles estão associados à problemas familiares, escolares e sociais, baixa auto-estima, depressão e abuso de substâncias. Os transtornos de ansiedade diagnosticados na infância e adolescência são: Ansiedade de Separação, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Fobias Específicas, Ansiedade social e Transtorno Obsessivo Compulsivo. A Ansiedade de Separação é caracterizada pela presença de: angústia quando a criança é separada de figuras queridas ou tem que se afastar de casa; preocupação excessiva em “perder” pessoas queridas ou que estas se machuquem; relutância ou recusa para ir à escola ou dormir sozinho; pesadelos sobre separação e queixas somáticas que antecipam a separação. A Ansiedade Generalizada é caracterizada por: dificuldade em controlar a apreensão ou preocupação excessivas, fadiga, inquietude, irritabilidade, dificuldade de concentração, tensão muscular ou insônia. A fobia Específica é o medo persistente, excessivo e irreal de determinadas situações ou de animais, sangue e injeções por exemplos. A Ansiedade Social caracteriza-se pelo medo acentuado e persistente de ser julgado, criticado ou humilhado em situações sociais e de desempenho. O mutismo seletivo, isto é, a incapacidade de falar em situações sociais específicas (ex: escola) a despeito de falar em outras situações (ex: casa) pode ser considerado uma forma de apresentação da Ansiedade Social. O Transtorno Obsessivo compulsivo é caracterizado pela presença de obsessões e / ou compulsões. As obsessões são pensamentos recorrentes e intrusivos sobre temas específicos como por exemplo contaminação por germes e medo de ferir alguém. Entre as compulsões mais frequentes estão as de lavagem excessiva, repetição e checagem. Todos esses Transtornos podem ser crônicos e incapacitantes e necessitam de intervenções precoces e eficazes. Eles devem ser diagnosticados e tratados por profissionais adequados, e o tratamento consiste em uso de medicação e / ou psicoterapia cognitivo comportamental. O objetivo do Programa de ansiedade do Cípia consiste tanto na avaliação quanto no tratamento de crianças e adolescentes que apresentam esses quadros clínicos. Dependendo do caso os atendimentos são realizados individualmente apenas com o psiquiatra responsável ou encaminhados para o setor de Psicologia para tratamento cognitivo comportamental individual ou em grupo.

MESA-REDONDA

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS TRANSTORNOS ANSIOSOS

Fernanda Barud Casqueira Pimenta (Clínica Particular, RJ)

Palavras-chave: transtornos ansiosos, diagnóstico diferencial, infância.

Ansiedade é um sentimento de apreensão desagradável que vem acompanhado de sensações físicas como palpitações, sudorese, falta de ar, dor de cabeça, entre outras, é também um sinal de alerta que adverte que algo não está certo, indica algum perigo iminente e capacita o indivíduo a tomar medidas para enfrentar ameaças. A ansiedade é uma resposta comum a todas as pessoas em uma situação de ameaça, é uma reação natural e necessária para a auto-preservação. Porém, a ansiedade estender-se a condição de problema quando passa a controlar a vida do indivíduo, impedindo-o de realizar suas tarefas cotidianas causando prejuízo social, acadêmico e/ou profissional. Os transtornos ansiosos são bastante comuns, principalmente na infância, entretanto é preciso conhecer suas diferenças para que o diagnóstico seja feito corretamente e conseqüentemente que o tratamento seja o mais adequado possível. O transtorno de ansiedade generalizada caracteriza-se basicamente por uma preocupação ou ansiedade excessivas, com motivos injustificáveis ou desproporcionais. Quando ocorrem em crianças é comum a preocupação com competência ou qualidade do desempenho escolar ou em atividades esportivas; podem ser crianças perfeccionistas e inseguras que buscam constantemente a aprovação de adultos. Na ansiedade de separação, a ansiedade envolve o afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação, existe uma persistente relutância em ir para a escola por medo de ficar longe dos pais, pode manifestar a ansiedade excessiva com choro, acesso de raiva, apatia, retraimento social e apresentar queixas físicas compatíveis com as reações ansiosas. O transtorno do estresse pós traumático é uma reação a um acontecimento inesperado e traumático em que a pessoa se sentiu impotente diante de uma situação ameaçadora. Alguns sintomas freqüentes incluem esforço para evitar atividades, lugares ou pessoas que se associam ao trauma; redução do interesse ou participação em atividades significativas; dificuldade de concentração; irritabilidade e explosões de ira e principalmente causa prejuízo no funcionamento social, acadêmico e familiar. Existe também o ataque o e o transtorno do pânico, o ataque é um episódio isolado de intensa apreensão ou medo, acompanhada de sintomas somáticos e cognitivos, tais como medo de perder o controle ou morrer, tonturas, náuseas, sudorese, palpitações e etc.; já o transtorno se caracteriza pela presença de ataques de pânico, freqüentes e inesperados. E por fim, existe o transtorno fóbico ansioso, quadro relacionado às ansiedades e caracterizado pela presença de medos anormais diante de situações ou objetos específicos, é acompanhado de sintomas físicos. Dentre tantos transtornos, há uma possibilidade grande do profissional com pouca experiência fazer um diagnóstico errado e igualmente o tratamento terá uma estratégia que não terá os efeitos esperados, por esse motivo, é indispensável o estudar bem os casos e entender os sintomas, causas e fatores dos transtornos e os possíveis diagnósticos diferenciais para os mesmos, assim não haverá dúvida de que o diagnóstico feito foi o mais acertado e promoverá conseqüentemente um bom tratamento e prognóstico para o transtorno.

Mesa-redonda

“TEM ALGUMA COISA DE ERRADO ACONTECENDO COM A NOSSA FILHA...”

Renata Vianna (Consultório particular e estagiária do Setor de Psicoterapia da Santa Casa da Misericórdia- RJ).

Palavras-chave: ansiedade generalizada, pânico, diagnóstico diferencial.

T. chegou ao Setor de Psicoterapia da Santa Casa, em outubro de 2005, pois não estava mais freqüentando a escola desde abril do mesmo ano. T. de uma hora para outra, começou a ter “crises de choro” no meio da aula, segundo relato dos pais e começou a não querer mais ir para a escola. T. relatou que o seu mal estar era caracterizado por tonteira, tremor no corpo, palidez e muito choro. Disse que quando sentia isso tinha vontade de sair do lugar urgentemente. Os pais observaram que T. começou evitando a escola, mas que em seguida passou a não querer freqüentar lugares com crianças ou com muita gente, como shoppings, cinemas, shows. Para eles, a hipótese mais temida e ao mesmo tempo plausível era a de que T. havia sofrido algum tipo de agressão por uma outra criança e não estava conseguindo contar. Por isso não queria mais ir para a escola ou conviver em ambientes nos quais pudesse sofrer uma nova agressão. Na conversa com T., ela se mostrou uma criança alegre e sociável. Não apresentava nenhuma queda significativa no seu rendimento escolar, sendo uma boa aluna. Sua ansiedade parecia elevada e suas principais preocupações eram seu desempenho escolar e dar conta das mudanças de humor de sua mãe, que sofre de Depressão Maior. É importante ressaltar que seu interesse pelos amigos e pela escola não diminuiu em função de suas “crises”. Se ouvíssemos apenas a visão dos pais, diríamos que se tratava de um caso de Bullying, que poderia ter evoluído para uma Fobia Específica de Crianças ou de Escola ou para um Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Porém, se juntarmos a interpretação dos pais ao relato de T. chegamos a conclusão que se trata de um caso de Transtorno de Ansiedade Generalizada com ataques de pânico. T. conta que a primeira vez que sentiu sua ansiedade aumentar a ponto de incomodar, foi na Evangelização que freqüenta com os pais. Disse que sentiu um desconforto enorme e que toda vez que sentia isso se isolava do grupo. Depois de algumas semanas parou de freqüentar o espaço. Dois meses depois veio a primeira forte crise na escola e T. pediu que seu pai fosse buscá-la. Essa cena se repetiu algumas vezes até que seus pais optaram por tirá-la da escola. Ao chegar na terapia, depois de algumas tentativas com outros profissionais e de tentar freqüentar outras escolas, T. contou que nada havia precipitado seu mal estar, apenas sentia muito medo de voltar a senti-lo, o que fazia com que evitasse principalmente a escola e a evangelização, pois foram os primeiros lugares que passou mal. A partir desta visão do caso, foi trabalhado com T. estratégias comportamentais para lidar com a curva de ansiedade e técnicas cognitivas para ajudá-la a desfazer distorções de crenças relacionadas a falta de controle e de incapacidade de lidar com suas próprias sensações e preocupações. Como resultado deste trabalho, as crises desapareceram, T. voltou a freqüentar a escola e a evangelização.

Mesa-redonda

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DOS TRANSTORNOS ANSIOSOS: UM CASO DE FOBIA SOCIAL

Roberta Marcello (Clínica Particular e Setor de Psicologia da Obra Social Dona Meca, Rio de Janeiro-RJ)

Palavras-chave: dificuldade de aprendizagem, fobia social, diagnóstico diferencial.

L., 11 anos, sexo masculino, foi encaminhado para a Obra Social Dona Meca no segundo semestre de 2005, com queixa principal de dificuldade de aprendizagem. Seus pais relatam que o menor, não tem amigos, perdeu o interesse pelos estudos, não quer mais ir à escola e atualmente está em turma de progressão em uma escola pública, por conta de suas repetências e dificuldades de acompanhar o conteúdo escolar. A mãe relata que seu comportamento é dependente, que não faz nada sozinho e fica o tempo todo grudado nos pais, principalmente com ela, não ficando sozinho nem mesmo em casa. O procedimento que inicialmente tivemos foi o de solicitar uma Avaliação Neuropsicológica, onde o QI obtido foi de 103, o que significa que L. apresenta capacidade cognitiva global dentro do esperado para sua faixa etária, descartando déficit cognitivo. Ao chegar ao Setor de Psicologia, mostrou-se cooperativo, seu tom de voz era baixo e, quando solicitado a expressar-se verbalmente, apresentou indícios de timidez significativa, interferindo em seu tempo de resposta. Relata com muita dificuldade que não tem amigos e que na escola os meninos implicam com ele e por isso não quer mais estudar. Seus pais relatam que ele é excluído pelos alunos de classe e em alguns momentos fica muito ansioso, nervoso e tem crises de raiva em casa. O círculo social dos pais é restrito, o que dificulta que ele tenha experiências sociais fora da escola e reforça uma relação estreita com seus familiares. L. apresenta características comportamentais de fobia social, tais como evitação social, extrema ansiedade ao conversar com pessoas desconhecidas e sintomas de ansiedade como palpitações, tremores, dores no estomago e rubor. Os transtornos ansiosos são transtornos caracterizados essencialmente pela presença de manifestações ansiosas, sendo desencadeada por situações que não apresentam nenhum perigo real. Na fobia social o paciente apresenta uma intensa ansiedade gerada por um medo de expor-se a outras pessoas e tem como consequência o afastamento e evitação social, envolvendo quase todas as situações sociais fora do ambiente familiar. Após o diagnóstico iniciou-se o tratamento de psicoterapia individual, psicopedagogia, orientação familiar e escolar. L., vem apresentando grande progresso em seu comportamento social e conseqüentemente em seu desempenho escolar. O diagnóstico diferencial é de suma importância apesar das dificuldades em avaliar um caso quando há indicio de duplo diagnóstico, tornando-se imperativo que o profissional tenha total conhecimento desses transtornos, para um diagnóstico e encaminhamento correto, possibilitando assim uma melhor qualidade de vida.

Mesa-redonda

“TENHO MUITO MEDO DE IR PARA ESCOLA”: UM CASO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO.

Suzana Rodrigues (Consultório particular e Mestranda da PUC-Rio, RJ)

Palavras-chave: ansiedade de separação, fobia escolar, diagnóstico diferencial.

Ana, 12 anos, foi encaminhada para a psicoterapia no início de maio de 2005 e ficou em atendimento por 1 ano e 2 meses. Ela havia mudado de escola naquele ano por conta de uma doença de estômago que a deixou internada no hospital boa parte do segundo semestre de 2004. Por ter perdido muita aula, foi obrigada a repetir o ano e optou em mudar de escola. Nunca tinha apresentado nenhum comportamento de rejeição à escola até então. Pelo contrário, segundo sua mãe, sempre foi uma criança de bom rendimento escolar, sociável e extrovertida. Mas desde que começou na escola nova, acordava de manhã com muita dor de barriga, sentindo-se mal e não conseguindo sair de casa. No início sua mãe procurou novamente os médicos, principalmente por conta de seu histórico recente, mas tudo estava normal; depois ninguém sabia mais o que fazer. O que estava acontecendo? Ana dizia “Tenho muito medo de ir para escola”. Com isso, a coordenadora começou a suspeitar de fobia escolar e sua mãe estava desconfiada de que pudesse ser nervosismo ainda por conta da doença. No entanto, Ana conseguia falar sobre sua doença sem problemas e também conseguia ir à escola nas sextas-feiras, sua dificuldade maior era no início da semana. Se chegasse a ir, tinha que saber que sua mãe estava por perto a esperando. Quando descobria que ela tinha ido embora, chorava e pedia desesperadamente que ligassem para que ela fosse lhe buscar. Foi conhecendo melhor a história da família (separação recente dos pais, perda da casa onde morava, etc) que o diagnóstico se caracterizou. Os sintomas físicos que Ana sentia eram por conta da ansiedade, mas foi verificado que era ansiedade de separação da mãe. O transtorno de ansiedade de separação consiste numa ansiedade excessiva envolvendo o afastamento de casa ou de figuras de vinculação. Esta ansiedade estaria além da esperada para sua idade. Quando afastada dessas figuras de vinculação, freqüentemente a criança precisa saber de seu paradeiro e sente necessidade de permanecer em contato. Algumas sentem tanta saudade que chegam a se sentirem doentes devido ao desconforto quando estão longe de casa. Queixas somáticas como dores abdominais, dores de cabeça, náusea e vômitos são comuns quando a separação ocorre ou é prevista. Essas ameaças de separação podem provocar até mesmo um ataque de pânico, como aconteceu com Ana. O diagnóstico diferencial é fundamental na hora de avaliar um caso que já chega ao psicólogo com muitas interpretações. Ana manifestava o mesmo medo nos finais de semana quando a mãe mencionava querer sair para passear ou trabalhar sem as filhas. Por Ana exigir muito a presença da mãe, elas acabavam brigando e se hostilizando, o que aumentava sua ansiedade. A partir desse diagnóstico, o tratamento se baseou na explicação para Ana, sua mãe e a coordenadora da escola sobre ansiedade e o que fazer para não reforçá-la. Em dois meses, Ana voltou a freqüentar a escola normalmente e o tratamento seguiu voltado para as relações familiares.

Mesa-redonda

EFEITOS DE CRENÇAS ROMÂNTICAS DISTORCIDAS SOBRE HABILIDADES AFETIVAS

CARLOS EDUARDO GOULART BRITO (UNESA – RIO DE JANEIRO, RJ).

RELACIONAMENTOS, AFETIVIDADE, AUTO-ESTIMA.

No Instituto de Psicoterapia Comportamental temos tratado um número crescente de mulheres com queixas de solidão, insegurança e ansiedade por estarem sozinhas. O curioso é que costumam ser bonitas, inteligentes e bem-sucedidas. Por que elas repetem que desejam encontrar alguém e viver um grande amor, mas se sentem cada vez mais céticas e sem saber como agir para atingir seus objetivos? Muitas dessas mulheres exageram a importância do outro, por acreditarem que ele lhe trará a solução para problemas como insegurança e baixa auto-estima. Baseadas em crenças românticas distorcidas, essas mulheres saem em busca de sua outra “metade” e assim responsabilizam o outro pelo seu bem-estar. Essa crença surgiu com o romantismo, que parte da premissa de que somos uma fração e que precisamos encontrar nossa outra metade para nos sentirmos inteiros. Relacionamentos baseados nesta crença estão fadados ao fracasso. Nos dias de hoje, a palavra-chave é *parceria* – é saudável compartilhar a vida com alguém, mas precisamos aprender a ficar sozinhos e respeitar nossa individualidade sempre que necessário. Baseadas na crença de que “só serei feliz na companhia do outro”, muitas mulheres sentem-se ansiosas para encontrar seus parceiros, no entanto, o que precisam é parar de apostar todas as fichas no outro. Se a mulher não encontra o grande amor, é porque de alguma forma está contribuindo para que isso aconteça. Geralmente, elas respondem – “Não, de forma alguma. É que não existem homens disponíveis para relacionamentos estáveis”. Neste momento, é importante frisar que esta é a maneira como elas percebem o problema, na crença que têm a respeito, mas que pode não corresponder à realidade. A verdade é que existem sim homens disponíveis, mas as características comportamentais dessas mulheres afastam-nas de seus objetivos. É válido notar que algumas mulheres alegam querer encontrar um companheiro, mas por trás desse discurso dissonante, gostam de suas vidas livres e independentes. Costumam sair nos fins-de-semana, viajam, curtem os amigos – e apesar disso, permanecem insatisfeitas por não terem encontrado alguém. Estas mulheres são felizes, mas ainda não se deram conta de que isso é possível. Outro tipo de mulher é aquela em que a ansiedade já se tornou tão desmedida, tão automática, que toda beleza se perde no olhar angustiado, e toda inteligência se cala na postura descrente e desconfiada. Essas mulheres estão sempre tentando confirmar se o homem que se aproxima é mais um que veio para ir embora logo em seguida. Na psicoterapia cognitivo-comportamental, estas mulheres aprendem a reformular estas crenças românticas distorcidas. Primeiro, é trabalhado a valorização de sua individualidade, para depois rever a possibilidade de serem felizes estando sozinhas. Feito isso, as características de solidão, ansiedade e insegurança dão lugar a busca natural de um companheiro, sem discursos dissonantes, entendendo que o amor do outro chegará sem esforço, tristeza ou desespero.

MESA-REDONDA

TERAPIA SEXUAL – NOVAS VISÕES DAS ABORDAGENS PSICOLÓGICAS.
Antonio Carvalho (UNESA, Rio de Janeiro, RJ).

Sexualidade, Cognição, Terapia.

Muitas publicações científicas ou não apregoam a insatisfação com o desempenho sexual, todavia, sem enfatizar a importância do relacionamento interpessoal. A descoberta de novas drogas criou um novo paradigma sexual, profundamente centrado no desempenho de performance, com isso as intervenções médicas no espectro da sexualidade acabaram por reduzir as experiências individuais e dos casais. Contudo, a Terapia Sexual mantém-se firme no propósito de não renegar as questões ligadas aos relacionamentos e ao funcionamento psicológico. Este trabalho discorre rapidamente sobre o histórico do tratamento das disfunções sexuais, todavia, prende-se nos novos conceitos centrais da terapia cognitiva, que cada vez mais tem sido utilizada no tratamento dos transtornos sexuais. É comum encontrarmos referências no que diz respeito à existência nos pacientes com disfunção sexual, de estruturas ou esquemas cognitivos negativos, erros no processamento de informações ou distorções cognitivas, pensamentos automáticos disfuncionais e emoções negativas. O modelo desenvolvido por Barlow marca uma revolução no tratamento das disfunções sexuais, que até então, atribuía a ansiedade um papel central na concepção das disfunções sexuais. O modelo Cognitivo-Afetivo proposto pelo autor citado, sugere existir diferenças entre os sujeitos funcionais e disfuncionais em dimensões distintas. A primeira é baseada em estudos que mostram que perante exigências de desempenho sexual (explícitas ou implícitas), os sujeitos disfuncionais responderiam com afeto mais negativo que os funcionais. A segunda dimensão diz respeito à tendência apresentada pelos sujeitos disfuncionais para subestimar os seus níveis de ereção. Numa terceira dimensão é mostrado que os sujeitos disfuncionais apresentam uma diminuição acentuada dos níveis de ativação sexual, quando confrontados com situações que operacionalizam o conceito de exigência de desempenho ou autofoco, em contrapartida, os níveis de ereção dos clientes funcionais não mostram serem afetados pela exigência de desempenho, podendo mesmo em algumas situações serem facilitados por essa condição. Barlow diz também, que o aumento da ativação fisiológica facilita a resposta sexual nos sujeitos funcionais, aumentando os seus níveis de ereção, enquanto os disfuncionais apresentam uma diminuição acentuada dos seus níveis de ativação sexual, em resposta ao aumento da ativação fisiológica. É percebido, então, que o modelo apresentado relativiza o papel isolado da ansiedade, como principal etiologia dos transtornos sexuais, enfatizando os processos de interferência cognitiva na gênese e na manutenção das disfunções sexuais. Este trabalho vem pontuar que apesar do entusiasmo com as novas descobertas fisiológicas e o advento das medicações para o tratamento das queixas sexuais, não podemos pensar na Terapia Sexual como obsoleta e desnecessária. Devemos redefinir a importância e o papel das intervenções psicológicas e evidenciar os eficazes e prometedores tratamentos psicológicos.

MESA REDONDA.

ESQUIZOFRENIA E RELACIONAMENTO AFETIVO: CONTRIBUIÇÕES DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Vera Simonetti (UNESA – RIO DE JANEIRO – RJ)

ESQUIZOFRENIA – PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL – AFETIVIDADE

Nas últimas décadas, temos observados avanços científicos na história do tratamento da esquizofrenia. Este estudo objetiva descrever a eficácia da abordagem cognitivo-comportamental na melhoria do funcionamento psicossocial de indivíduos com esquizofrenia. Descrevemos assim um rapaz de 19 anos que procurou atendimento psicológico indicado por colega que acha que tem algo estranho com ele. Relatou sentir desconforto na presença de estranhos e ter baixo desempenho escolar desde a infância, ser desatento e desorganizado, desanimado, cansado. É de notar que em sua escolaridade, desde a alfabetização, houve a presença da mãe, fazendo por ele as lições de casa, sem ele apresentar autonomia do pensamento desde mais ou menos 6 anos. A mãe se justificou dizendo que ele sempre foi diferente dos outros meninos. Quando ele veio procurar tratamento, estava em curso pré-vestibular e como a mãe não podia por ele realizar as provas, o convenceu a fazer a mesma faculdade que ela fez, Direito, ainda que ele próprio não manifestasse tanto desejo para isso. Queixava-se de mente vazia, que lhe gerava angústia e ansiedade, não conseguindo definir com palavras outras sensações, bem como temas abstratos. Sentia que era diferente dos demais jovens de sua idade e por isso evitava maiores incursões sociais, com reduzido grupo de amigos e uma namorada sem maior envolvimento. Relatou ainda ter muita dificuldade em acordar e “ficar ligado”, antes das 11h da manhã, o que dificultava seus estudos no horário matutino, sequer conseguindo praticar atividades físicas pela manhã. No horário noturno, apresentava dificuldade em iniciar o sono, agravado pelas alterações do pensamento (“mente vazia”) que lhe geravam ansiedade. Para se acalmar, recorria à masturbação compulsiva, menos pelo prazer do ato e mais para relaxar e dormir. Perspectiva para o futuro ausente, sem demonstrar preocupação com isso. Sua falta de interesse generalizado levava a discórdia das práticas disciplinares entre os pais, resultando em forte pressão sobre ele. A avaliação indicou presença de sintomas severos e contínuos como incapacidade de relaxar, pensamentos suicidas, hipersonia, retraimento social, avolição e de sintomas negativos como embotamento afetivo, sem oscilações do humor mesmo em eventos e/ou estressores externos, com expressivas alogia e anedonia, tendo como consequência incapacidade de funcionamento ocupacional. Apresentava idéias auto-referentes, julgando-se centro de comentários alheios por ser “diferente, estranho”. A metodologia de tratamento psicológico iniciou com estímulo a aderência ao tratamento farmacológico e intervenção com a família e com a escola, através de técnicas de auto-instruções, reforçamento positivo, assertividade, modelação, auto-registro e métodos de estudo, visando um processo dialógico interativo entre o aluno, a família e sua realidade escolar. A reestruturação cognitivo-comportamental propiciou respostas social e afetiva mais favorável, com melhoria na auto-estima e autoconfiança. Observamos que a combinação de tratamento farmacológico associado à psicoterapia cognitivo-comportamental levou a redução de sintomas e ajustes sócio-ocupacionais, menos vulneráveis a recaídas.

MESA REDONDA

ESQUIZOFRENIA E AFETIVIDADE: CONTRIBUIÇÕES MÉDICO-PSIQUIÁTRICAS. Valéria de Castro (UNESA – RIO DE JANEIRO – RJ)

ESQUIZOFRENIA – TRATAMENTO FARMACOLÓGICO – AFETIVIDADE

Nas últimas décadas, temos observados avanços científicos na história do tratamento da esquizofrenia. Este estudo objetiva descrever a diminuição dos sintomas e a melhoria do funcionamento geral de indivíduos com esquizofrenia. Descrevemos assim um rapaz de 19 anos encaminhado para avaliação psiquiátrica por psicoterapeuta cognitivo-comportamental. Relata sentir desconforto na presença de estranhos e apresentar baixo desempenho escolar desde a infância, ser desatento e desorganizado, desanimado, cansado. Queixa-se de mente vazia, que lhe gera angústia e ansiedade, não conseguindo definir com palavras outras sensações, bem como temas abstratos. Sente que é diferente dos demais jovens de sua idade e por isso evita maiores incursões sociais, com reduzido grupo de amigos e uma namorada sem maior envolvimento. Relata ainda ter muita dificuldade em acordar e “ficar ligado”, antes das 11h da manhã, o que dificultava seu rendimento escolar no horário matutino, sequer conseguindo praticar atividades físicas pela manhã. No horário noturno, apresenta dificuldade em iniciar o sono, agravado pelas alterações do pensamento (“mente vazia”) que lhe geravam ansiedade. Para se acalmar recorria à masturbação compulsiva, menos pelo prazer do ato e mais para relaxar e dormir. Perspectiva para o futuro ausente, sem demonstrar preocupação com isso. A avaliação psiquiátrica indica presença de sintomas severos e contínuos como incapacidade de relaxar, pensamentos suicidas, hipersonia, retraimento social, avolição e de sintomas negativos como embotamento afetivo, sem oscilações do humor mesmo em eventos e/ou estressores externos, com expressivas aloia e anedonia, tendo como consequência incapacidade de funcionamento ocupacional. Apresenta idéias auto-referentes, julgando-se centro de comentários alheios “por ser diferente, estranho”. Não refere alucinações nem delírios sistematizados, apenas empobrecimento do conteúdo do mesmo. Atendendo a solicitação para avaliação psiquiátrica, foi prescrito Serenata® 50 mg (*cloridrato de sertralina*) e Risperidon® 2 mg (*risperidona*), respectivamente, pela manhã e à noite, 1 cp dia, além de Arcalion®. A *sertralina* é um antidepressivo inibidor de recaptção de serotonina (I.S.R.S.), que combate a ansiedade e melhora a memória e concentração, a *risperidona* é um antipsicótico atípico, que inibe o eixo de dopamina, em excesso nos psicóticos, ao mesmo tempo, aumenta a serotonina, melhorando o aspecto do embotamento afetivo. Ela combate também a dificuldade em sentir e expressar emoções e promove readaptação. O *Arcalion*® é uma associação de aminoácidos para combater fadiga muscular. O tratamento farmacológico auxiliou na redução dos sintomas e possibilitou um melhor ajuste do paciente ao tratamento da psicoterapia cognitivo-comportamental, auxiliando o retorno às tarefas exercidas, seja de estudo e/ou trabalho e ao convívio social.

MESA REDONDA

A ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO DIREITO DE FAMÍLIA: RELATO DE CASO – Danielle Goldrajch
(Núcleo de Psicologia das Varas de Família – Rio de Janeiro – RJ)

palavras-chave: Direito, Família, Psicologia

O Direito de Família é um ramo do Direito que abrange normas e princípios relacionados às relações decorrentes da união ou do parentesco entre as pessoas. As ações judiciais do Direito de Família são propostas nas Varas de Família. Algumas destas ações envolvem diretamente o destino de crianças e adolescentes, como, por exemplo, ações de Guarda e Regulamentação de Visitas. Nestas ações, quando o magistrado deseja obter um parecer técnico sobre os aspectos psicológicos envolvidos, determina uma avaliação psicológica da situação e, eventualmente, um acompanhamento psicológico. O presente trabalho é o relato de um acompanhamento psicológico em uma ação de regulamentação de visitas. Trata-se de uma criança que estava com 8 anos ao chegar para o acompanhamento psicológico. Seus genitores separaram-se ao longo da gravidez e após a separação, a criança permaneceu morando com sua genitora até os 3 anos, mantendo contatos regulares com o pai. Neste período, a genitora contraiu uma doença e pediu ao genitor que cuidasse da criança para que ela pudesse realizar o tratamento médico. O pai concordou e levou o filho para sua residência, se recusando a devolver o filho depois que a genitora se recuperou. A genitora demonstrou não ter se preocupado com a situação, na medida em que continuou a manter contato regular com o filho através de visitas. Nesse ínterim, o casal acabou se reconciliando, porém ocorreu nova separação devido a sério desentendimento. O genitor expulsou a genitora da casa, ficou com o filho e passou a impedir o contato da criança com a genitora. Por fim, mudou-se para local desconhecido. Após quatro anos de distanciamento, a genitora conseguiu localizar o filho e ajuizar uma ação de regulamentação de visitas. Uma visitação materna foi determinada judicialmente, porém devido ao filho recusar-se a manter contato com a mãe, o caso foi encaminhado para avaliação psicológica. A avaliação identificou uma complexa situação familiar onde apesar de não haver relatos de negligência, maus tratos ou abuso por parte da criança, esta se mostrou arredia ao contato materno. Na avaliação também foi possível perceber as crenças e atitudes por parte de ambos os genitores que estavam influenciando a recusa do infante. A intervenção consistiu na avaliação e trabalho com a motivação de todos os envolvidos para a mudança da situação, no questionamento e reestruturação das crenças dos genitores e da criança acerca da reconstrução do vínculo afetivo e, paralelamente, na exposição gradual da criança à presença materna. Ao fim, após a reconstrução do vínculo familiar, garantindo à criança o seu direito de convivência com sua genitora, foi realizada uma orientação acerca de eventuais dificuldades futuras e reflexão sobre as possíveis formas de lidar com as mesmas.

MESA-REDONDA

SENTIMENTOS E CRENÇAS NO TRABALHO COM CRIANÇAS ABRIGADAS

Lívia da Silva de Santana (UERJ - RJ)

Observamos o crescimento da pobreza, do desemprego e da violência em nossa sociedade, o que faz com que haja uma intervenção cada vez maior do Estado e do Direito nessas questões e na população pobre que é vista como perigosa ou em perigo. Com isso, cresce igualmente a demanda pela participação do psicólogo junto ao Direito na tentativa de trazer um olhar diferente para essas questões. Nesse sentido, o presente trabalho tem como objetivo mostrar a atuação do psicólogo jurídico, através de uma leitura cognitivo-comportamental, focando nas crenças e sentimentos de assistentes sociais que trabalham com crianças abrigadas e as implicações deles no seu comportamento. Os relatos apresentados são oriundos da experiência de estágio em um abrigo da prefeitura do Rio de Janeiro, que tem como público alvo crianças e adolescentes que estão abrigados pelos mais diferentes motivos. O trabalho é realizado por uma equipe de estagiários da UERJ e não tem uma abordagem clínica. Apesar disso, sabemos que o olhar e a escuta clínica estão presentes, sendo possível realizar uma leitura cognitivo-comportamental. Atualmente, o abrigo conta com dez assistentes sociais, uma diretora e duas assistentes de direção. Através de reuniões com essa equipe, de discussão de casos e de conversas informais foi possível inferir algumas crenças comuns entre as assistentes sociais e que têm grande implicação no seu trabalho e na maneira como se sentem em relação a ele. Algumas crenças inferidas são: “Os pais não querem se responsabilizar pelos filhos. Achem que o abrigo cuida muito bem deles e por isso podem deixá-los aqui”; “Eu não acredito em adoção tardia”; “Nós não vemos resultados no nosso trabalho”; “A situação na rede (de abrigamento) é muito complicada e difícil”; “A visita dos pais deve ser vigiada”; “O nosso trabalho é cansativo e rotineiro”; “A burocracia toma conta do nosso trabalho, temos que preencher muitos relatórios”, entre outras. Através dessas crenças é possível concluir que os sentimentos que permeiam o trabalho são a frustração, a angústia, a desesperança, entre outros. São crenças e sentimentos negativos sobre o trabalho, as crianças e suas famílias. Essas crenças não são necessariamente distorcidas, mas geram consequências negativas como falta de investimento no trabalho e frustrações. Por isso, é realizado um trabalho com essas crenças que é semelhante ao clínico, apesar dessa não ser a proposta. Assim como na clínica, não são fornecidas respostas prontas, são levantados pontos e questões para serem discutidas, é analisada a vantagem de se manter determinada crença, questiona-se se não estão sendo feitas generalizações, se elas não estão desconsiderando o positivo e enxergando só o lado negativo do trabalho, vendo apenas o que não está dando certo, ou seja, discutimos essas crenças cognitivamente. Logo, através da avaliação e, talvez, modificação dessas crenças buscamos uma forma diferente de pensar e olhar essas crianças e suas famílias, de trabalhar com essa realidade para construir futuros diferentes, lugares alternativos para essas crianças que não os da marginalidade, da pobreza e da eterna dependência da assistência.

Palavras-chave: abrigo, crenças, crianças e adolescentes.

MESA-REDONDA

O TRABALHO DO PSICÓLOGO NA VARA DA INFÂNCIA, DA JUVENTUDE E DO IDOSO (VIJI), COMARCA DA CAPITAL DO RJ - Márcia Moscon de Faria
Palavras-chave: Proteção, Direitos, Psicologia

O objetivo deste trabalho é informar acerca do trabalho do psicólogo jurídico na Vara da Infância, da Juventude e do Idoso, da Comarca da Capital do Estado do Rio de Janeiro, bem como fazer um histórico sobre o desenvolvimento do trabalho desde que os primeiros psicólogos aprovados em concurso público assumiram seus lugares. No dia 03 de fevereiro de 1999, os psicólogos da primeira convocação iniciaram seus trabalhos. A VIJI trata de questões cíveis referentes à criança e adolescentes, quando estão em situação de risco ou não estão tendo seus direitos como cidadãos em desenvolvimento garantidos, conforme a Lei 8.069/90, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, como é conhecido), artigo 98. Esta é uma Lei que dispõe sobre a proteção integral de crianças e adolescentes. Conforme a Lei, são consideradas crianças, as pessoas com até 12 anos de idade incompletos e, adolescentes, aquelas com 12 anos até 18 incompletos. Nosso objetivo principal como psicólogos é elaborar um Estudo Psicológico visando subsidiar o Juiz na tomada de decisões, com o tempo, observamos que nosso trabalho também auxilia outros operadores do Direito como Defensores Públicos, Advogados do Posto avançado da OAB dentro da VIJI, conhecido como PAPI, e também promotores. Quando uma das partes não está satisfeita com a sentença (decisão do Juiz), pode recorrer e haverá outra decisão, agora em segunda instância, observamos também que em alguns casos, desembargadores e procuradores citam trechos do Estudo Psicológico. Atuamos nos pedidos de Habilitação para Adoção e nos processos de Adoção, Representação (que envolvem casos de violência doméstica: negligência, abuso físico, sexual e psicológico), Extinção ou suspensão do Poder Familiar, Guarda, Tutela, pedidos de providência, etc., além dos plantões na própria divisão de psicologia. Elaboramos também Pareceres acerca de determinadas situações (que surgem em novelas, filmes) ou temas como abuso psicológico. Algumas vezes, o Juiz pede um parecer acerca de determinada decisão, com o objetivo de saber as repercussões na vida psíquica da criança ou do adolescente, como por exemplo, uma Busca e Apreensão, quando a própria situação permite o questionamento se esta é a melhor decisão visando o bem estar do jurisdicionado. Durante a elaboração de nosso Estudo, temos a possibilidade de fazer intervenções terapêuticas, bem como utilizarmos técnicas diversas, de acordo com a orientação e formação de cada psicólogo. Para realizarmos o estudo, mantemos contato com assistentes sociais da VIJI ou de outras instituições, contato com abrigos, conselho tutelar, FIA, ABRÁPIA, outros psicólogos, escolas, etc.

MESA-REDONDA

HABILITAÇÃO PARA ADOÇÃO – UM ESTUDO PSICOLÓGICO Natália Barrozo (Juizado da Infância da Juventude e do Idoso, Rio de Janeiro-RJ).

Palavras Chaves: habilitação para adoção; conceituação cognitiva.

Este presente trabalho tem como objetivo descrever aspectos psicológicos importantes a serem avaliados nos grupos de habilitação para adoção e nas entrevistas, assim como sugerir instrumentos que viabilizem tal avaliação. A participação do psicólogo no processo de habilitação concentra-se nas reuniões informativas, nos grupos de habilitação para adoção, nas entrevistas e na entrega do certificado. Entretanto, a avaliação psicológica se restringe aos grupos de habilitação para adoção e as entrevistas. Os grupos de habilitação para adoção são constituídos de três encontros, nos quais integram cerca de quinze casais ou pessoas solteiras. Nesses grupos têm-se objetivos como: promover coesão entre os membros, esclarecer dúvidas acerca da adoção, compartilhar as histórias de vida, identificar pensamentos automáticos e levantar hipóteses acerca das crenças intermediárias. Pelo fato de ser mantido o mesmo grupo nos três encontros e de ser importante promover a coesão grupal é interessante, inicialmente, inserir uma dinâmica de apresentação para que os membros se conheçam e outra de “quebra-gelo” para que eles se sintam mais à vontade para se expressar. As histórias de vidas são compartilhadas ao longo de todo o grupo e é de extrema importância, uma vez que são revelados os motivos que levaram cada sujeito a adotar. A utilização da conceituação cognitiva é fundamental para entender, avaliar cada sujeito presente no grupo. Esta conceituação inicia-se nos grupos, durante os primeiros contatos com cada participante e termina na última entrevista. Para efetuar a conceituação cognitiva é importante estar atento para identificar, assim como estimular a manifestação dos pensamentos automáticos de cada membro do grupo, uma vez que são usualmente breves, avaliativos e refletem o nível mais superficial da cognição. Durante os grupos são criadas hipóteses acerca das crenças intermediárias, uma vez que é fundamental trabalhar as suposições, expectativas e regras sobre filiação adotiva. Um das técnicas que pode possibilitar a identificação de crenças, pensamentos automáticos, das reações fisiológicas, comportamentais e emocionais é através da solicitação de que grupo imagine uma situação sobre adoção criada previamente pelo psicólogo que dirige o grupo. A partir desta, é pedido que cada participante anote o que estava passando pela sua cabeça, assim como o que estava sentindo fisiologicamente, emocionalmente e como se comportaria frente à situação sugerida. Nas entrevistas tem-se como objetivo: aprofundar aspectos da história de vida dos requerentes, refletir acerca das razões para adoção e do perfil escolhido e término do diagrama de conceituação cognitiva. Para concretizar tais objetivos é interessante que os papéis utilizados na técnica de construção de imagens sejam levados para as entrevistas com finalidade de criar um espaço de reflexão, de testar as hipóteses e como instrumento para concretizar a conceituação cognitiva. Essa fase é realizada em entrevistas individuais. Em caso de casais, é interessante realizar entrevistas também em conjunto, onde são problematizadas a relação conjugal e a chegada de uma criança no lar. Nesta etapa pode ser empregado o role-play, a partir de encenação de situações a serem avaliadas.

MESA-REDONDA

TRATAMENTO DE UM CASO DE TRANSTORNO DO PÂNICO SECUNDÁRIO AO TRANSTORNO DA ANSIEDADE GENERALIZADA (TAG).

Aline Sardinha, Eliane Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras chave: Transtorno do pânico, transtorno da ansiedade generalizada, transtornos de ansiedade.

O TAG é um transtorno de ansiedade com diversos sintomas somáticos, cujo aspecto essencial é a preocupação constante e excessiva, considerada de difícil controle pelo paciente. A preocupação funciona como uma estratégia de se precaver contra possíveis catástrofes. Assim, o indivíduo tende a antecipar e a superestimar a probabilidade de algo sair errado, gerando um estado crônico de preocupação, na tentativa de antever os problemas e de se preparar para enfrentá-los, culminando em sintomas de ansiedade crônica. Os episódios de preocupação podem, algumas vezes, escalar e ativar a ansiedade a ponto de desencadear ataques de pânico. Em pessoas vulneráveis a sintomas corporais, esses ataques podem favorecer o início de um transtorno de pânico. No caso a ser apresentado, a paciente chegou à terapia, encaminhada pelo psiquiatra, 10 dias após haver experimentado um ataque de pânico no ambiente de trabalho. Os ataques cessaram dois meses após o início da terapia, indicando que a paciente respondeu muito bem à reestruturação cognitiva, ao treino em respiração diafragmática e a biblioterapia. Logo no início do tratamento, a paciente foi encorajada a não evitar nenhuma situação, apesar da ansiedade e a iniciar um treinamento físico em uma academia, além de treino em meditação. Foram realizadas ainda exposições interoceptivas, com exercícios de hiperventilação. Estas estratégias, aliadas a características de personalidade da paciente que favoreceram o vínculo e a aderência, foram fundamentais para que esta não desenvolvesse agorafobia e para que pudesse deixar de se preocupar com a ocorrência de novos ataques de pânico. Após os ataques de pânico cessarem, foi verificado que a paciente preenchia os critérios do DSM-IV para TAG, o que se confirmou também através do Inventário de Preocupação (PQSW = 61 pontos) e da entrevista estruturada para TAG. Este transtorno fazia com que a paciente apresentasse queixas de dificuldades no sono, pesadelos, irritabilidade (o que a levava a ter ataques de raiva), dores de cabeça e cansaço, além dos ataques de pânico. O tratamento para o TAG envolveu técnicas de relaxamento, aliadas a meditação e utilizadas principalmente antes de dormir, o que resultou numa melhoria da qualidade do sono; técnicas de reestruturação de previsões catastróficas sobre os acontecimentos; de distinção de preocupações produtivas e não produtivas; de treino em solução de problemas; de aceitação; de tolerância à incerteza e de exposição à preocupação. Os resultados atingidos após nove meses de intervenção incluem: cessação dos ataques de pânico; redução significativa da irritabilidade e dos ataques de raiva; redução das dores de cabeça, do cansaço e das dificuldades relacionadas ao sono. As preocupações referentes aos eventos do cotidiano também se reduziram com a intervenção cognitiva. A paciente ainda apresenta algumas preocupações relacionadas ao tema de sua crença central (“Eu vou ser abandonada”), que são atualmente o foco da terapia. Entretanto, mesmo neste campo, houve uma redução significativa da ansiedade e a paciente já consegue entender com maior clareza quais as estratégias mantenedoras de sua crença, sendo capaz de avaliá-las e de substituir algumas destas por estratégias mais adaptativas.

CONCEITUAÇÃO COGNITIVA DE UM CASO DE FOBIA SOCIAL GENERALIZADA. Conceição Santos Fernandes, Mariana Fernandes Costa, Eliane Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Conceituação cognitiva, fobia social generalizada, terapia cognitivo-comportamental.

A conceituação cognitiva consiste em uma estratégia de avaliação e formulação clínica que permite estabelecer relações funcionais entre as crenças nucleares (centrais) e periféricas (pensamentos automáticos) ligadas às perturbações do cliente. Constitui, portanto, um importante instrumento da Terapia Cognitivo-Comportamental, permitindo identificar as crenças do paciente e sua relação com avaliação de situações mais específicas e com os comportamentos subseqüentes. Além disso, possibilita o delineamento das melhores técnicas a serem utilizadas pelo terapeuta, bem como a verificação posterior de sua eficácia. O presente trabalho descreve a conceituação cognitiva de um paciente com diagnóstico de fobia social generalizada. Segundo o DSM IV, a fobia social corresponde a um medo excessivo de uma ou mais situações sociais, onde o indivíduo está submetido à observação e avaliação dos outros. Ele teme ser avaliado negativamente por se comportar de forma inadequada ou embaraçosa e, como consequência, ser ridicularizado e rejeitado. O paciente em questão tem 22 anos, é solteiro e procurou o SPA da UERJ com queixa de timidez excessiva em diversas situações sociais e de desempenho. Ele obteve como diagnóstico no Eixo I: Fobia Social Generalizada. A avaliação foi realizada através dos seguintes instrumentos: Entrevista estruturada ADIS-R (baseada nos critérios do DSM IV), Escala de Fobia Social, Escala de Estresse e Fuga Social – SAD, Escala de Adaptação e Escala de Medo de Avaliação Negativa. Não há histórico de transtornos psiquiátricos na família e nem de internações ou tratamentos anteriores do paciente. Também não houve diagnóstico de depressão. O paciente tem duas irmãs mais novas, com as quais tem bom relacionamento, assim como com sua mãe. O pai é falecido, mas era um pouco rigoroso em relação a notas escolares. Relata, ainda, ter sofrido experiências de humilhação no colégio por parte dos colegas. A coleta de dados buscou investigar crença central, suposições, seus pensamentos automáticos, e os principais sintomas autonômicos e comportamentais do paciente. Para isso foram realizadas entrevistas, análises do registro de pensamentos disfuncionais, através da técnica da flecha descendente, bem como experimentos comportamentais, onde situações eram simuladas dentro da sessão ou fora dela, para facilitar a identificação de pensamentos automáticos e estratégias de esquiva. A partir dessas investigações, os problemas identificados foram: dificuldade para iniciar e manter conversação com mulheres; falar em público; dificuldade para passar por situações de desempenho; problemas em pedir e dar informações a desconhecidos, independente do sexo e idade; dificuldade para iniciar conversação com desconhecidos. Os pensamentos automáticos identificados foram: *Eu vou gaguejar; Não vou conseguir explicar direito; Eu não estou nos padrões dela; Eu não vou saber o que falar; Não vou falar coisas interessantes; Ela está me olhando porque sou feio; Ela vai me rejeitar.* A crença central identificada foi: *“Sou incapaz de ser amado/gostado”*. A próxima etapa é preparar o plano de tratamento, baseado na conceituação. Isto será feito através do questionamento de suas crenças de incapacidade identificadas, além do desenvolvimento de habilidades para lidar com as situações sociais.

TRANSTORNO DO PÂNICO COM AGORAFOBIA: APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO. Juliana Furtado D'Augustin, Eliane Falcone (Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Transtorno do pânico; agorafobia; terapia cognitivo-comportamental

O transtorno do pânico é um dos transtornos de ansiedade que mais traz limitações a vida das pessoas. Caracteriza-se por ataques de pânico recorrentes e preocupação acerca de ataques futuros. A evitação a lugares e/ou situações geradoras de grande ansiedade (agorafobia) constitui um dos fatores de manutenção do problema. O objetivo desse trabalho é apresentar um caso clínico atendido no SPA da UERJ. A paciente é uma mulher de 29 anos, casada, 1º grau incompleto, moradora de uma comunidade de risco. Apresentava o diagnóstico de transtorno do pânico com agorafobia, segundo o DSM-IV. Ela já havia recebido tratamento comportamental anterior, com outra terapeuta, por um ano e meio, sem resultados significativos, uma vez que não conseguia identificar pensamentos automáticos, não fazia os registros de pensamentos e apresentava freqüentes recaídas. No início do atual atendimento, a paciente estava há um mês sem sair de casa. Por ser extremamente dependente e passiva, evitava situações nas quais estivesse sozinha, o que contribuía para a manutenção do seu problema. Os sintomas experimentados eram: taquicardia, sudorese, tremores, tontura e náusea. Para manejar com a ansiedade, ela aprendeu a utilizar a respiração diafragmática e técnicas de distração. Uma limitação inicial foi a sua dificuldade em identificar pensamentos e sua recusa em fazer os registros. Uma revisão de metas feitas com a cliente permitiu identificar as recaídas e os seus relacionamentos interpessoais com familiares como problemas a serem trabalhados. A partir de então deu-se início a um treinamento em assertividade, onde eram dramatizados comportamentos que ela deveria realizar em casa com seus familiares. Em relação aos ataques de pânico, foi possível identificar a crença de estar sozinha (abandonada) como o elemento chave desencadeante dos ataques de ansiedade. Através de uma técnica experiencial, ela reviveu uma experiência infantil muito traumática que foi ser deixada num abrigo pela tia. A sensação de estar sozinha desencadeava os ataques de pânico. A identificação do esquema de abandono ativado pela percepção de estar sozinha permitiu a realização de uma intervenção cognitiva, onde a própria cliente trazia experiências vividas que contrariavam a crença de abandono e, em paralelo, um trabalho de enfrentamento, no qual ela era exposta às situações que temia anteriormente. É importante registrar o papel da relação terapêutica, que possibilitou maior aderência da cliente ao tratamento. Foram aplicados os inventários BDI e BAI no início do tratamento, na transição das terapeutas e ao final do tratamento. Houve uma mudança significativa dos escores apresentados. Como resultado, ela começou a se sentir mais capaz, o que aumentou sua motivação para o enfrentamento. A reestruturação cognitiva foi eficaz e a paciente teve alta em junho de 2006. Pode-se concluir que a *identificação e modificação* do esquema de abandono e da suposição básica (se estou só, estou abandonada e desamparada) constituíram o elemento chave de mudança neste tratamento. Além disso, a dificuldade de identificar os pensamentos automáticos e de fazer os registros, desde o tratamento anterior, pôde ser entendida, uma vez que a cliente evitava estar em contato com pensamentos que disparavam o esquema de abandono.

LIDANDO COM A RESISTÊNCIA DE UM PACIENTE DIFÍCIL ATRAVÉS DE UMA ABORDAGEM FOCALIZADA NO ESQUEMA. Laura Cristina Eiras Coelho Soares; Eliane Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Resistência, transtorno de personalidade, relação terapêutica.

Este trabalho pretende apresentar um caso clínico atendido no SPA da UERJ. O paciente, um homem de 47 anos, casado, sem filhos, com ensino superior completo e desempregado, procurou atendimento com as seguintes queixas: falta de concentração para estudar e dificuldade para se manter em um emprego. Seus problemas preenchiam os critérios diagnósticos do DSM-IV para transtorno do eixo I, o TOC, e do eixo II, o TPCO. Embora havendo recebido tratamento específico para o TOC, pretende-se apresentar, neste trabalho, os recursos utilizados para manejar com a resistência do paciente ao tratamento, a qual era inerente aos seus esquemas de personalidade. Tais recursos incluíram a terapia do esquema de Young e a terapia interpessoal de Safran nos procedimentos da terapia cognitiva de Beck. Sabe-se que os pacientes com transtorno de personalidade tornam-se um desafio para o terapeuta cognitivo-comportamental, pois possuem esquemas rígidos e resistentes e se sentem ameaçados com a possibilidade de mudança. Assim, podem adotar condutas hostis diante de intervenções que focalizem a mudança, apresentando resistência às intervenções terapêuticas e dificuldade em estabelecer uma aliança com o terapeuta. O cliente com transtorno de personalidade reproduz, durante a interação com o terapeuta, seu padrão de funcionamento interpessoal com as demais pessoas. Portanto, o terapeuta deve se manter atento aos sentimentos provocados pelo comportamento do cliente, a fim de compreender as emoções que o cliente gera nele e nas pessoas de seu contexto social. A partir do uso das seguintes medidas de avaliação: Questionário de Esquemas de Young (YSQ), Inventário de Familiares de Young (YPI), e Técnicas de Imagens, além de dados da entrevista, foi possível encontrar três esquemas iniciais desadaptativos com os quais o cliente filtrava suas experiências: *Defectividade/Vergonha*, *Desconfiança/Abuso* e *Fracasso*. Como estratégia de tratamento, o terapeuta utilizou a confrontação empática, aceitando e validando os comportamentos socialmente inaceitáveis do paciente por um lado, e por outro lado, apontando as conseqüências negativas desses comportamentos na relação com o terapeuta e com as pessoas do contexto interacional do paciente. O terapeuta comunicava o impacto que o cliente exercia sobre ele, objetivando o desenvolvimento da autoconsciência do paciente. Foi observado em que circunstâncias manifestava-se a resistência, a fim de conhecer os disparadores dos esquemas do cliente. Logo, foram utilizadas, prioritariamente, técnicas interpessoais, já que a qualidade da relação terapêutica é fundamental na adesão ao tratamento. Outras técnicas também foram aplicadas, tais como: a simulação de interações sociais (dramatização), a biblioterapia, o uso de cartões-relâmpago, o diálogo estruturado (lado saudável X lado esquemático), as técnicas emotivas, dentre outras. Como resultado do trabalho clínico, o paciente passou a estudar 6 horas por dia, desenvolveu habilidades sociais, e posteriormente, passou em entrevista de emprego, apresentando melhora no manejo de situações de conflito no trabalho e na vida conjugal. Conclusão: Esta intervenção retrata a importância de alguns aspectos da relação terapêutica no atendimento a pacientes com transtorno de personalidade, para a promoção da adesão ao tratamento.

EMPATIA: CONCEITO, EVOLUÇÃO E IMPACTO SOCIAL. Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Empatia; habilidades sociais; evolução.

O termo “empatia” é originado da palavra alemã “*einführung*” e surgiu no contexto da teoria da estética do século XIX, onde se acreditava que um objeto estético produzia uma resposta emocional no observador e que essa resposta empática era causada por uma projeção que o observador fazia de sua predisposição interna, atribuindo beleza ou falta de beleza ao objeto. Posteriormente, a empatia passou a ser objeto de estudo da psicologia, nas áreas evolutiva, social, da personalidade e clínica. Atualmente a empatia é entendida como uma capacidade de compreender e de expressar compreensão, de forma sensível e acurada, acerca dos pensamentos e sentimentos de outra pessoa. Seu conceito abrange três componentes: a) um *componente cognitivo*, conhecido como *tomada de perspectiva*, que se refere à capacidade de inferir com precisão o estado interno de alguém; b) um *componente afetivo*, identificado por um sentimento genuíno de compaixão e de interesse pelo bem estar da outra pessoa; c) um *componente comportamental*, que consiste nas expressões, verbal e não verbal, do entendimento acerca do estado do outro. A partir de uma visão evolutiva, todos os animais nascem biologicamente preparados para captar sinais emocionais nos outros, com o propósito de manter a espécie e, no caso dos seres humanos, essa disposição inata se desenvolve a partir das primeiras experiências com os familiares. Alguns indivíduos, dependendo de suas predisposições herdadas e experiências de vida, tornam-se mais ou menos empáticos e isso irá se refletir na qualidade de suas relações sociais. Uma variedade de estudos tem apontado os seguintes efeitos sociais da empatia: a) reduz o conflito social e o rompimento, tornando a interação mais agradável; b) provoca efeitos interpessoais mais positivos do que a auto-revelação; c) prediz ajustamento marital; c) aumenta a satisfação conjugal; e) promove afeto e simpatia no contexto interacional; f) reduz problemas emocionais e psicossomáticos nos outros; g) facilita a solução de problemas interpessoais; h) no contexto terapêutico, promove cura e crescimento pessoal, além de aumentar a adesão ao tratamento. Por outro lado, deficiências na capacidade empática geram prejuízos no trabalho, na escola, na vida conjugal, nas amizades, nas relações familiares, além de levar o indivíduo, em casos extremos, a viver à margem da sociedade. Deficiências em empatia também estão relacionadas a transtornos de personalidade e de ansiedade. Será apresentada neste trabalho uma breve discussão sobre conceito, desenvolvimento e impacto social da empatia, que sustentam ser esta habilidade de comunicação um construto de alta relevância para pesquisa. Algumas considerações sobre investigações envolvendo avaliação da empatia também serão feitas.

AValiação DO QUESTIONÁRIO DE EMPATIA CONJUGAL (QEC).

Autores: Maria das Graças Soares de Oliveira; Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ); Rodolfo Ribas (Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Avaliação; empatia; satisfação conjugal.

O conceito de empatia vem sendo estudado desde o século XIX. Desde então, vários métodos foram desenvolvidos com o objetivo de avaliar o comportamento empático, uma vez que a habilidade empática é reconhecida como fortalecedora de relacionamentos pessoais, profissionais e conjugais. Esse trabalho pretende apresentar os dados preliminares de uma medida de empatia conjugal, construída e avaliada no Brasil, denominada Questionário de Empatia Conjugal (QEC) (Oliveira & Falcone, 2005). O referido instrumento foi elaborado - a partir de uma revisão de diversos questionários e de entrevistas estruturadas de avaliação de comunicação conjugal - para medir a influência da empatia na satisfação matrimonial, considerando seus aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais. Trata-se de um questionário auto-aplicável, contendo os elementos cognitivos, afetivos e comportamentais da empatia observados dentro das pesquisas de relações conjugais. O questionário contém 36 itens, sendo 19 relativos ao componente comportamental, 12 itens relacionados ao componente cognitivo e 5 itens referentes ao conteúdo afetivo da empatia. Para tornar o QEC mais consistente, na sua elaboração foram associados dois tipos de avaliação da empatia: 1) Auto-informe – cujo critério é colocar os próprios sujeitos no papel de observadores e pedir-lhes que manifestem o que sentem diante de determinada situação; 2) Solicitação de informação de pessoas significativas – no qual o sujeito é avaliado por pessoas com as quais ela interage no dia-a-dia. Além do Questionário de Empatia Conjugal, a presente pesquisa utilizou paralelamente duas outras medidas: 1) Medida de Satisfação Conjugal de Dela Coleta, composta de três sub-escalas que medem os aspectos da relação conjugal em que os parceiros estão satisfeitos um com o outro; 2) O Índice de Reatividade Interpessoal (IRI) de Davis, que considera os aspectos cognitivos e emocionais da empatia individual. As três medidas foram aplicadas em 120 sujeitos, alunos e funcionários de vários Institutos e Faculdades da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com diferentes idades. A partir dos dados obtidos com os instrumentos acima especificados, observou-se que os indivíduos que possuem parceiros empáticos se consideram mais satisfeitos em seus relacionamentos do que aqueles que possuem parceiros não-empáticos. Os resultados deste estudo revelaram correlações estatisticamente significantes: o Índice de Reatividade Interpessoal apresentou uma correlação positiva com satisfação conjugal ($r = 0,28, p < 0,01$) e com empatia conjugal ($r = 0,25, p < 0,01$), enquanto a medida de satisfação conjugal apresentou uma forte correlação com empatia conjugal ($r = 0,74, p < 0,001$). A validação elevada observada no Questionário de Empatia Conjugal (QEC), permite considerar este novo instrumento como capaz de medir a empatia conjugal, podendo então ser utilizado na clínica para medir a dificuldade dos casais em conflito, bem como em pesquisas com indivíduos casados.

CONSTRUÇÃO E AVALIAÇÃO DO INVENTÁRIO DE EMPATIA (I.E.) Eliane Mary de Oliveira Falcone, Maria Cristina Ferreira, Camila de Assis Faria*, Renato Curty Monteiro da Luz*, Juliana Furtado D'Augustin*, Conceição Santos Fernandes*, Aline Sardinha* , Vanessa Dordron (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Empatia; avaliação da empatia; escala de auto-informe

Vários estudos apontam efeitos sociais positivos da empatia, tais como maior qualidade das relações sociais, redução de conflitos e maior satisfação conjugal. A empatia tem sido apontada como uma habilidade que inclui três componentes: um componente cognitivo, referido como tomada de perspectiva, corresponde à capacidade de perceber com acuidade os pensamentos e sentimentos de outra pessoa; um componente afetivo, caracterizado por uma preocupação genuína com os sentimentos e necessidades dos outros e um componente comportamental, que corresponde a expressões, verbal e não-verbal, de entendimento do estado interno da pessoa-alvo. O Inventário de Empatia (IE) corresponde a uma medida construída e validada no contexto brasileiro, que pretende medir a habilidade empática de indivíduos adultos. Ela foi elaborada e avaliada por professores e alunos bolsistas e estagiários voluntários de iniciação científica da UERJ. Inicialmente foram pesquisadas 22 habilidades sociais, com seus componentes cognitivos e comportamentais, a partir de publicações sobre o tema. São elas: iniciar, manter e encerrar conversação; fazer pedidos sem e com conflitos de interesse; recusar pedidos; pedir mudança de comportamento; responder a críticas; expressar opiniões pessoais; expressar afeto; fazer e receber elogios; reclamar de serviço insatisfatório; convidar alguém para um encontro; conversar com alguém com problemas; cumprimentar os outros; cobrar dívidas; expressar sentimentos positivos e negativos; falar em público; terminar relacionamento; fazer perguntas. Em seguida, foram construídos 74 itens baseados no construto da empatia e em uma variedade de situações sociais referentes às 22 habilidades acima. As respostas às perguntas são do tipo Likert, com cinco opções, variando desde *nunca* até *sempre*. A medida foi aplicada em 713 estudantes de uma universidade do Rio de Janeiro. A aplicação da escala foi feita de forma coletiva, em sala de aula, com uma explicação prévia sobre como responder ao questionário. As respostas foram digitadas em Excel e processadas no SPSS. Após a análise fatorial, foram excluídos 34 itens. Os 40 itens da escala foram agrupados em quatro fatores, os quais são especificados a seguir: 1) *Tomada de perspectiva* (capacidade e motivação para compreender a perspectiva e os sentimentos da outra pessoa), com 12 itens (Alpha: .8525); 2) *Flexibilidade interpessoal* (capacidade para entender e aceitar pontos de vista muito diferentes), com 10 itens (Alpha: .7745); 3) *Altruísmo* (capacidade para sacrificar temporariamente as próprias necessidades em benefício das necessidades da pessoa-alvo), com nove itens (Alpha: .7496); 4) *Sensibilidade afetiva* (tendência a experimentar sentimentos de compaixão e de interesse pelo estado emocional do outro), com nove itens (Alpha: .7222). Os quatro fatores acima estão fortemente fundamentados por estudos teóricos e empíricos, que apontam a tomada de perspectiva como o componente cognitivo da empatia, assim como a sensibilidade afetiva está relacionada ao componente afetivo dessa habilidade. Além disso, o altruísmo e a flexibilidade interpessoal também têm sido relacionados à empatia.

Apoio das instituições: PIBIC-UERJ

UM ESTUDO COMPARATIVO DA FREQUÊNCIA DE VERBALIZAÇÃO EMPÁTICA ENTRE PSICOTERAPEUTAS DE DIFERENTES ABORDAGENS TEÓRICAS. Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ). Débora Barbosa Gil (Centro de Estudos de Pessoal - Exército Brasileiro, RJ). Maria Cristina Ferreira (Universidade Salgado de Oliveira, RJ).

Palavras-chave: Empatia, verbalização empática, relacionamento terapêutico.

A relação entre a empatia manifestada pelo terapeuta e a eficácia do tratamento tem sido largamente apontada por vários estudos. O reconhecimento dos efeitos terapêuticos da empatia tem motivado a criação de definições mais detalhadas deste construto, bem como de programas de treinamento que visam desenvolver essa habilidade no terapeuta. A avaliação da empatia através da verbalização do terapeuta na interação com o cliente tem sido um recurso sugerido, uma vez que, através do conteúdo verbal se pode inferir a escuta e o entendimento do clínico. Entretanto, os critérios de avaliação não devem se basear apenas no que os terapeutas consideram sobre o que é ou não empático, já que investigações anteriores sugerem que as correlações entre o nível de empatia percebido pelo cliente e pelo terapeuta são relativamente baixas e que a percepção do cliente sobre a empatia terapêutica está mais correlacionada com o sucesso do tratamento. O presente estudo comparou a frequência de verbalizações empática (VE) e não-empática (VN), bem como de cinco categorias de VE e cinco de VN, entre 16 terapeutas de diferentes orientações teóricas: Centrada na Pessoa (TCP), Gestalt-terapia (GT), Cognitivo-Comportamental (TCC) e Lacaniana (TL). Os participantes, com no mínimo 10 anos de experiência clínica, foram distribuídos em quatro grupos de quatro, de acordo com suas orientações teóricas. Cada terapeuta entrevistou a mesma cliente que apresentou a mesma queixa. O conteúdo das entrevistas foi gravado, transcrito e posteriormente avaliado pela cliente e por três juízes independentes e cegos para as abordagens, os quais foram previamente treinados para avaliar e categorizar as verbalizações dos terapeutas. Os dados das avaliações foram tabulados e analisados estatisticamente. O índice de concordância entre os juízes para as avaliações das verbalizações foi de 0,88 para as dimensões VE e VN e de 0,71 para as cinco categorias de VE e de VN. A partir da avaliação dos juízes, os terapeutas TCP apresentaram maior frequência de VE e menor frequência de VN do que os terapeutas das outras três abordagens, sendo essas diferenças estatisticamente significantes em relação aos terapeutas TL e GT. Tais resultados são concordantes com dados da literatura, segundo os quais o terapeuta TCP expressa entendimento empático momento a momento na interação com o paciente. Entretanto, com base na avaliação da cliente, a frequência de VE do grupo GT foi significativamente superior a dos terapeutas das outras três abordagens, sendo esta seguida do grupo TCC que também se revelou significativamente superior a dos TCP e dos TL. Com relação às categorias de VE, verificou-se que os terapeutas GT possuem um estilo mais afetivo de demonstrar empatia, enquanto os terapeutas TCP, TL e TCC tendem a manifestar empatia acurada (cognitiva). Os resultados sugerem que o tipo de abordagem influencia na frequência de VE e de VN dos terapeutas, assim como nas categorias dessas duas dimensões. O estudo também confirma as divergências apontadas na literatura entre a empatia percebida pelo terapeuta e pelo cliente. Algumas limitações dessa pesquisa serão apontadas.

O MODELO COGNITIVO DA DEPRESSÃO.

Helene Shinohara (Pontifícia Universidade Católica RJ)

Palavras-chave depressão; modelo cognitivo; terapia cognitiva

A depressão é um dos transtornos do humor mais prevalentes. Vários estudos realizados nos Estados Unidos atestam que por volta de 5% da população pode ser diagnosticada como tendo depressão maior e que pelo menos 10% da população irá experienciar um episódio de depressão maior durante a vida (alguns estudos encontram taxas de 25%). Mulheres têm mais probabilidade de se tornarem depressivas do que homens. A Terapia Cognitiva é uma abordagem psicoterápica que estabelece como ponto chave o papel mediador dos processos de pensamento, para compreensão e mudança do comportamento humano. Suas descobertas se baseiam em uma forte tradição empírica e os aspectos cognitivos da depressão têm sido os mais extensamente pesquisados. A eficácia da Terapia Cognitiva na depressão maior unipolar está bem documentada em uma série de estudos de revisão ou meta-análise. Em comparações com farmacoterapia, ela se mostrou tão eficaz quanto medicações antidepressoras, sendo que a combinação de ambos os procedimentos parece ser ainda superior nos resultados. Beck enfatizou os processos psicológicos internos, particularmente os aspectos cognitivos da depressão. Este modelo postula três conceitos específicos para explicar o substrato psicológico: a tríade cognitiva, os esquemas e as distorções cognitivas. A tríade cognitiva consiste em padrões cognitivos que fazem com que o cliente veja ele mesmo, o seu futuro e as suas experiências de uma forma negativista. Ele tende a se ver como inadequado, incapaz e fracassado, e atribuir às experiências desagradáveis responsabilidade pessoal. Ao fazer projeções, dificuldades são antecipadas e o sofrimento parece que permanecerá indefinidamente. A expectativa é de fracasso. O conceito de esquemas é usado para explicar porque o cliente depressivo mantém suas atitudes negativistas e desprazerosas apesar de evidências objetivas de fatores positivos em sua vida. Padrões cognitivos relativamente estáveis formam a base para a regularidade das interpretações de um grupo particular de situações. O termo 'esquema' designa estes padrões cognitivos estáveis que são ativados em determinadas circunstâncias para categorizar e avaliar as experiências. O paradigma pessoal do cliente, quando ele está em estado depressivo, produz uma visão distorcida dele mesmo e do mundo. Suas idéias e crenças negativas parecem ser uma representação verdadeira da realidade, apesar de parecerem falsas para as outras pessoas e para ele mesmo, quando não está deprimido. A identificação, questionamento e reformulação de distorções como inferência arbitrária, personalização, pensamento dicotômico, rotulação, maximização, desconsideração do positivo, etc facilitam a reversão do quadro depressivo. Uma relação terapêutica positiva é essencial para a realização de intervenções eficazes e duradouras.

Mesa redonda

MUDANÇAS DE CICLO VITAL FAMILIAR E DEPRESSÃO: UM CASO CLÍNICO. Glória Moxotó (Consultório Particular, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: ciclo vital familiar, depressão, terapia cognitivo-comportamental

A depressão é um transtorno mental comum, com alta morbidade e mortalidade, ocasionando acentuado prejuízo ao desempenho social e profissional, podendo surgir em diferentes momentos da vida de um indivíduo. O ciclo de vida individual, por sua vez, está inserido e vai se desenrolar sob constante influência do ciclo vital familiar, que é o contexto primário do desenvolvimento humano. As mudanças no ciclo vital familiar podem atuar como um dos fatores desencadeantes de um episódio depressivo, dependendo da forma como estas transições serão avaliadas subjetivamente. A terapia cognitivo-comportamental é uma abordagem que vai permitir ao paciente a possibilidade de dar um novo significado às suas experiências, tornando viável que o entendimento das mesmas se torne compatível à realidade de forma adaptativa, conferindo-lhe flexibilidade, livre do impacto da negatividade característica dos estados depressivos. O presente trabalho relata um caso clínico de depressão que teve como fator desencadeante mudanças de ciclo vital familiar percebidas pela paciente que as vivenciou, como devastadoras. A paciente D., 51 anos contadora, funcionária pública e divorciada, é filha única de um casal de família conservadora e de elevado padrão financeiro. Os pais são descritos como bastante exigentes, com raras demonstrações de afeto. Embora cobrassem rotineiramente a D. um alto desempenho acadêmico, deixavam claro que o casamento e a maternidade eram “a parte realmente importante da vida de uma mulher”. D. casou-se e desta união teve um casal de filhos. Viveu “infeliz” por mais de 20 anos, com sucessivos desequilíbrios financeiros decorrentes da inconstância profissional do marido e seu “total descaso comigo e com as crianças”. Embora as amigas incentivassem a idéia do divórcio e ela estivesse “totalmente insatisfeita” com o casamento não admitia a separação que considerava “um fracasso na vida de uma mulher”. Após graves prejuízos materiais provocados pelo marido, D. separou-se “por pressão dos filhos e amigos”. Logo após a separação, a filha mais velha casou-se indo morar em outro estado. D. começou a sentir desânimo, tristeza, insônia e chorava constantemente. Na primeira consulta, D. relatou sua história descrevendo-se como “uma fracassada total” e sem nenhuma perspectiva de futuro. Seu BDI acusava o escore de 25. Algumas das intervenções empregadas foram: registro de pensamentos, questionamento socrático, seta descendente, experimentos comportamentais, resolução de problemas, desenvolvimento de metáforas, reestruturação de memórias antigas e reforço de novas crenças. Após vinte sessões de TCC, seu BDI atingiu o escore 10. A paciente pode avaliar as transições de seu ciclo vital familiar de forma mais realista e adaptativa, descobrindo meios de gratificação em outras áreas de sua vida.

Mesa-redonda

O EPISÓDIO DEPRESSIVO DENTRO DE UM QUADRO BIPOLAR. Paula Barreto Pereira Soares, Helene Shinohara (PUC-RIO, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: estudo de caso, episódio depressivo, transtorno bipolar

Grande sofrimento e prejuízos significativos ao desempenho social e ocupacional são conseqüências importantes dos transtornos do humor. Sua capacidade de transtornar não se limita apenas aos danos causados a quem é acometido, mas estende-se, interferindo também na vida das pessoas próximas ao indivíduo. Trata-se de doenças muito prevalentes e freqüentemente associadas ao risco de suicídio. Alberto, 35 anos, solteiro, 3º grau completo, chegou ao Centro de Investigação e Atendimento Psicológico (CIAP) da PUC-RIO apresentando um episódio depressivo de moderado a grave, e relatando ter sido diagnosticado por seu psiquiatra como portador do transtorno bipolar do humor. Alberto teve um episódio de mania há 14 anos, ocorrido na seqüência de seu primeiro episódio depressivo, este com duração de seis meses. Desde então, vem sendo medicado com um estabilizador do humor e parece não ter mais apresentado nenhum outro período de mania. Durante o tempo em que foi atendido no CIAP, Alberto somente manifestou um episódio de depressão e seu tratamento foi direcionado para este transtorno. No início da terapia, o paciente apresentava humor deprimido, perda de interesse em suas atividades rotineiras, muito desânimo, fadiga, voz fraca, insônia inicial, despertar precoce, intensa angústia, diminuição da libido, incapacitação para o trabalho, isolamento social. Logo após, foi também possível observar presença constante de ansiedade, o que muito o perturbava. Foram definidos como objetivos relevantes da terapia: a diminuição dos sintomas da depressão, a identificação dos fatores estressores que precipitavam a ocorrência do episódio depressivo, a identificação dos pensamentos automáticos que influenciavam o humor deprimido e o comportamento de isolamento, a identificação, avaliação e modificação das crenças centrais e subjacentes que o predispõem à depressão, além do retorno à atividade ocupacional. Entre as principais intervenções utilizadas no período de avaliação e tratamento, destacam-se: aplicação do Inventário Beck de Depressão, investigação da história familiar e escolar/acadêmica, verificação de presença de suporte familiar e social, investigação de ideação suicida, biblioterapia, registro de pensamentos disfuncionais (RPD), técnicas de reestruturação cognitiva (questionamento socrático, reatribuição e cartão de enfrentamento), busca de feedback e estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Também foram fundamentais as discussões sobre ansiedade antecipatória, expectativas realistas quanto à cura e, principalmente, sobre seu preconceito em relação ao diagnóstico. Os benefícios alcançados ao longo do tratamento foram: redução dos principais sintomas do início do quadro, retorno à atividade ocupacional, aumento da interação social e familiar, aumento da auto-estima, realização regular de atividade física, modificação de pensamentos automáticos disfuncionais e flexibilização significativa de crenças subjacentes e centrais disfuncionais. A terapia cognitivo-comportamental foi utilizada em combinação com tratamento farmacológico.

MESA-REDONDA

APROVAR-SE OU SER APROVADO? QUANDO AS REPROVAÇÕES NOS CONCURSOS PÚBLICOS IMPACTAM A AUTO-ESTIMA. Sandro Valle, Helene Shinohara (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: depressão, frustração, auto-estima.

Verifica-se atualmente uma forte correlação entre estabilidade profissional e auto-estima. Não ter esta primeira pode significar mais do que a falta de recursos financeiros, pode gerar sentimentos de incerteza e fracasso, incapacidade e até depressão. Na prática clínica, observa-se o aumento gradual de clientes com esta queixa: pessoas que abandonam tudo para se dedicar aos concursos públicos, no intuito de atingir a tal estabilidade. Contudo, sabe-se também da grande concorrência que esta opção abarca e que, não raro, não se é aprovado logo na primeira tentativa. Assim, estabelece-se a importância do psicólogo estar mais próximo desta realidade, uma vez que um dos fatores significativos para um quadro depressivo pode ser a situação de estresse pela rotina de estudos, frustrada por seguidas reprovações em concursos públicos. Não é difícil imaginar o quanto uma pessoa pode distorcer sua auto-avaliação e suas expectativas com relação ao futuro por conta destas experiências e, assim, emergir um quadro depressivo. Este trabalho pretende mostrar uma intervenção realizada num caso de depressão, fortemente baseado na realidade exposta acima, servindo-se da Terapia Cognitivo-Comportamental para atuação na problemática. O presente caso clínico foi atendido no CIAP da PUC-Rio, de junho a dezembro de 2005.. Com seus vinte e poucos anos, Maria, que pertence à classe média e tem nível superior completo, busca terapia com queixas de sintomas depressivos. Ela é solteira, mora com os pais e uma irmã pouco mais nova que ela. É católica e nunca havia experimentado nem psicoterapia nem medicação psiquiátrica. Quanto aos fatos marcantes de sua história de vida estão a superproteção e ansiedade materna, a excessiva dependência afetiva da irmã, uma vida acadêmica pouco expressiva, insatisfação profissional e várias tentativas frustradas de aprovação em concursos públicos. Várias intervenções terapêuticas foram usadas para lidar com os problemas da cliente, entre elas: identificação, avaliação e reestruturação de pensamentos automáticos distorcidos, explicação do modelo cognitivo da depressão, agendamento e organização de atividades, técnicas de imposição de limites e assertividade, entre outras. Como resultados, pode-se mencionar a flexibilização de crenças auto-derrotistas e depreciativas, retomada do prazer pelas atividades do cotidiano, incremento da auto-estima e assertividade, sono mais tranquilo, extinção dos pensamentos suicidas e dos choros descontrolados, todos sintomas apresentados por Maria como queixa inicial. Estes resultados podem ser verificados pela melhora no escore do IBD (de 35 na primeira sessão para 3 na última), pelos auto-relatos da cliente e de outros significativos, e pela avaliação dos registros de pensamentos e humor.

MESA REDONDA

A IMPORTÂNCIA DOS GRUPOS DE APOIO PARA PACIENTES E SEUS FAMILIARES. Isabela D. Soares (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ); Leonardo F. Fontenelle (Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Departamento de Psiquiatria e, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ); Bernard Rangé (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

O tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) vem se desenvolvendo progressivamente nos últimos anos. A eficácia de medicações antidepressivas (principalmente os inibidores de recaptção de serotonina) associadas à Terapia Cognitivo-Comportamental, principalmente a técnica de exposição com prevenção de respostas, têm sido bastante difundidas na literatura. Apesar desses avanços, muitos pacientes ainda têm dificuldade em receber o diagnóstico correto e o tratamento adequado. Isolamento social, problemas no trabalho, dificuldades nos estudos e até mesmo dificuldades em realizar as tarefas mais simples do dia-a-dia, como arrumação da casa, são comuns em pacientes com TOC. Os grupos de apoio para pacientes e familiares permitem que essa população receba informação adequada sobre o problema e seu tratamento e auxiliam os familiares a lidar com os pacientes. Nos grupos, a busca do entendimento sobre a natureza desse transtorno é estimulada através de informações baseadas na literatura científica e da troca de experiências que possibilitam o compartilhamento das dificuldades encontradas por essa população a partir de discussões com outros pacientes e familiares, auxiliados por profissionais voluntários da área de saúde mental. Além disso, a participação nos grupos de apoio auxilia na adesão do paciente ao tratamento, estimula à volta ao trabalho e ao estudo e resulta em incremento de suas relações sociais, dando-lhes suporte emocional. Em agosto de 2002, fundou-se no Rio de Janeiro a RioSTOC, Associação de Familiares, Amigos e Pessoas com Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Síndrome de Tourette do Rio de Janeiro, com sede na Associação Psiquiátrica do Rio de Janeiro. A RioSTOC é um grupo aberto, ou seja, diferente de um grupo de terapia formal, onde qualquer membro poderá ser incluído a qualquer momento. O grupo conta com ajuda voluntária, no qual podem participar tanto pacientes quanto seus amigos e familiares. Apesar da RIOSTOC não ser um grupo “anônimo”, a importância do sigilo é enfatizada para os participantes, assim como o caráter confidencial das reuniões. A associação oferece apoio e informações a esta população através de reuniões mensais, nas quais os participantes são divididos em dois grupos: o grupo de familiares e amigos e o grupo de pacientes. As reuniões acontecem no último sábado de cada mês, no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB), com duração de duas horas. Cada participante têm o direito de falar sobre seu problema, sucessos e insucessos, sempre respeitando o direito de outros falarem. Os grupos são coordenados por Psicólogos voluntários do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro e da Santa Casa de Misericórdia.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Grupos de Apoio.

Este trabalho teve o apoio do CNPq.

Mesa Redonda

APLICAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO NO AMBULATÓRIO DO IPUB/UFRJ

Wanderson F. de Souza, Angélica Prazeres Lopes, Leonardo F. Fontenelle (Programa de Pesquisa em Ansiedade e Depressão, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB-UFRJ - RIO DE JANEIRO-RJ).

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo, terapia cognitivo comportamental, terapia em grupo.

Desde a década de 70, diversos estudos têm mostrado que terapias de base cognitivo-comportamental, em especial a exposição e prevenção de resposta (EPR), são tratamentos efetivos que produzem uma melhora em 60-85% dos pacientes com TOC. Sendo assim, o desenvolvimento e avaliação da eficácia desta modalidade de tratamento em grupo, tem-se mostrado cada vez mais importante. Do ponto de vista econômico, uma terapia em grupo tão eficiente quanto uma individual tornaria o tratamento mais barato para os pacientes, enquanto que, do ponto de vista da saúde pública, o tratamento em grupo possibilitaria o atendimento de um maior número de pacientes em menos tempo. Outras possíveis vantagens do tratamento em grupo seriam: 1) Possibilidade de compartilhar informações e experiências e de descobrir que outras pessoas possuem o mesmo problema, diminuindo o isolamento, a vergonha e o estigma que, em geral, acompanham os portadores do TOC; 2) Aquisição de esperança pela observação da melhora dos outros; 3) Encorajamento para assumir riscos e realizar tarefas evitadas por serem consideradas perigosas pela observação de outras pessoas do grupo; 4) Oportunidade de corrigir erros de percepção e de avaliação pela observação do comportamento dos outros, aprendendo, com isso, a distinguir entre um comportamento normal e um sintoma do TOC. Levando em conta as possíveis vantagens da terapia em grupo, o Programa de Pesquisa em Ansiedade e Depressão do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB/UFRJ) vem oferecendo tratamento em grupo para portadores de TOC como parte de uma pesquisa desenvolvida em parceria com o C-TOC com o objetivo, entre outros, de avaliar possíveis preditores de resposta ao tratamento. O tratamento em grupo é um tratamento breve, formado por 4 (quatro) a 8 (oito) pacientes com um total de 12 sessões semanais de duas horas cada e, eventualmente, mais algumas sessões de acompanhamento após a alta. O paciente é inicialmente avaliado por um psiquiatra, para fazer o diagnóstico do TOC e verificar se não há a presença de outras doenças que contra-indiquem esta modalidade de tratamento ou exijam outras abordagens, como o uso de medicamentos. Uma vez completada a avaliação, se o paciente for diagnosticado como portador de TOC, não apresentar nenhuma contra-indicação, estiver efetivamente interessado em se tratar e dispor do tempo necessário para comparecer às sessões, estará apto a iniciar o tratamento. O protocolo une técnicas de exposição e prevenção de resposta a técnicas cognitivas. Será apresentado o conteúdo das 12 sessões para o conhecimento dos alunos interessados e de outros profissionais que se interessem pelo trabalho.

MESA-REDONDA

ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO. Angela Alfano (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro), Leonardo F. Fontenelle (Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, Departamento de Psiquiatria e, Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ).

Nesta revisão, descrevemos o estado da arte atual sobre a neuropsicologia do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). A neuropsicologia ampliou nosso conhecimento sobre o TOC em vários aspectos importantes. Em primeiro lugar, a neuropsicologia identificou áreas de funcionamento comprometido e preservado nos pacientes que sofrem de tal transtorno. Em segundo lugar, os achados dos estudos neuropsicológicos, juntamente com os estudos de neuroimagem e de processamento de informação, têm inspirado a criação de sofisticados modelos fisiopatológicos para o TOC. Em terceiro lugar, os estudos neuropsicológicos têm sido compatíveis com a existência do TOC como entidade nosológica distinta, de uma perspectiva cognitiva, de outras doenças do sistema nervoso central (de acordo com os critérios estabelecidos por Robins and Guze [e atualizado por Andreasen]). Além disso, diversos estudos neuropsicológicos têm tentado validar subtipos de TOC com base em características epidemiológicas e clínicas, como idade de início, presença de tiques, existência de sintomas de colecionismo e o sexo dos pacientes. Mais recentemente, a neuropsicologia emergiu como área de potencial interesse para a terapêutica. Nesta revisão narrativa, nós comentamos os estudos mais recentes sobre a neuropsicologia do TOC. Nós pesquisamos artigos científicos em bases bibliográficas eletrônicas como o PubMed e o ScienceDirect. As seguintes palavras-chave foram utilizadas: “obsessive-compulsive”, “OCD”, “neuropsych”, “neurocog”, “executive” e “memory”. Foram selecionados apenas os estudos nas línguas inglesa, espanhola e alemã. Cartas ao editor e estudos com menos de 10 pacientes com TOC foram preliminarmente excluídos da revisão. A lista de referências dos artigos identificados através desses métodos foi posteriormente explorada. Capítulos de livros sobre neuropsicologia do TOC e suas referências também foram revistos. Nós descrevemos a natureza da disfunção executiva que acomete pacientes com TOC e como ela pode explicar o comprometimento da memória e das habilidades visoconstrutivas e visoespaciais observados nesses pacientes. Além disso, são discutidos os conceitos de memória implícita, meta-memória, memória para ações, viés mnêmico, monitorização da realidade e como eles podem estar afetados no TOC. Nós também revisamos o papel das disfunções cognitivas como potenciais preditores de resposta ao tratamento de pacientes com TOC com inibidores da recaptção da serotonina e terapia cognitivo-comportamental. Nós sugerimos que a cognição pode ser uma área de grande vulnerabilidade aos efeitos negativos de medicações antiobsessivas e de abordagens como a neurocirurgia e a estimulação cerebral profunda. Finalmente, nós discutimos o papel de disfunções cognitivas do tipo traço e estado no TOC. A neuropsicologia do TOC é uma área de pesquisa importante, com muitas implicações promissoras para o entendimento dos substratos neurais desse transtorno e para seu manejo clínico. Este campo da pesquisa científica, entretanto, ainda está em sua infância. Os resultados revistos aqui, portanto, devem ser considerados preliminares. Uma fundamentação mais sólida para esse corpo de conhecimento deve surgir na medida em que paradigmas mais novos e melhores forem elaborados e amostras com um maior número de pacientes e maior variedade clínica forem estudadas.

Palavras chave: transtorno obsessivo-compulsivo, neuropsicologia.

EVIDÊNCIAS SOBRE O TRATAMENTO COGNITIVO E/OU COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO

Angélica Prazeres Lopes, Wanderson F.de Souza, Leonardo F. Fontenelle (Programa de Pesquisa em Ansiedade e Depressão, Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB-UFRJ - RIO DE JANEIRO-RJ).

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

Neste estudo, o nosso objetivo foi o de revisar de forma sistemática os estudos controlados realizados entre 1995 e Julho de 2006 que envolveram tratamento cognitivo e/ou comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). A metodologia utilizada consistiu na análise nos bancos de dados do PubMed/Medline e PsycINFO, onde os estudos de tratamento do TOC foram identificados utilizando as seguintes palavras-chave: *(CBT OR cognitive behaviour therapy OR behaviour therapy OR cognitive therapy) AND (OCD OR obsessive compulsive disorder OR compulsive disorder OR obsessive disorder)*. A busca limitou-se aos ensaios clínicos randomizados publicados entre 1995 e Julho de 2006, segundo os filtros existentes nos bancos de dados. A princípio, dois critérios foram utilizados para selecionar os artigos que seriam incluídos. Primeiro, somente ensaios clínicos randomizados realizados com pacientes com diagnóstico primário de TOC foram considerados. Segundo, o tratamento deveria incluir psicoterapia de abordagem cognitiva ou comportamental. Os resultados encontrados foram os seguintes: Os estudos controlados realizados na última década confirmam que a exposição e prevenção de resposta (EPR) é eficaz no tratamento do TOC de crianças, adolescentes e adultos. A EPR guiada por computador tem se mostrado uma opção eficaz de tratamento para situações em que um terapeuta comportamental não se encontra acessível. A terapia cognitiva (TCog) mostrou resultados estatisticamente significativos para o tratamento do TOC, sendo sua eficácia mais ampla do que a EPR, pelo menos à curto prazo. Em adultos, o uso concomitante de medicação obsessiva e EPR ou TCog não associou-se a um efeito adicional na resposta ao tratamento. Os ensaios controlados realizados com crianças mostram que o tratamento combinado de psicoterapia de base cognitivo comportamental associado à medicação obsessiva é mais eficaz que o tratamento exclusivamente medicamentoso. A combinação de EPR e TCog também se mostrou eficaz na redução dos sintomas obsessivo-compulsivos, das idéias supervalorizadas e na melhora da qualidade de vida dos pacientes tratados. Esta associação de técnicas cognitivas a EPR é uma estratégia que tem como objetivo aumentar a aderência e resposta ao tratamento de pacientes com TOC. A associação de EPR e TCog individual e em grupo envolvendo familiares no tratamento de crianças e adolescentes produziu redução significativa dos sintomas obsessivos e compulsivos. Os estudos realizados com terapia em grupo envolvendo EPR, TCog e a associação de ambas revelaram resultados favoráveis ao tratamento do TOC possibilitando um menor custo no tratamento de um maior número de pacientes. Conclui-se, portanto, que atualmente as terapias de base cognitivo-comportamental são as mais adequadas para o tratamento do TOC, porém mais estudos envolvendo a análise de recaída, do custo-benefício de tratamentos em grupo e individual e uso concomitante de medicação são necessários.

MESA-REDONDA

**RELATO DA INSERÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ABORDAGEM
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM CLÍNICA PSIQUIÁTRICA**

MULTIDISCIPLINAR Luiz Carlos Marques, (Instituto Fluminense de Saúde Mental – Niterói, RJ e Hospital Universitário Antonio Pedro – Niterói, RJ.)

Palavras chave: equipe multidisciplinar, terapia cognitivo-comportamental, transmissão de saberes.

A história recente da psiquiatria está sendo marcada pela criação de grupos estanques, com orientações teóricas distintas, cujo isolamento em grupos herméticos absolutamente colaboram na transmissão do saber e principalmente no que tange aos maiores interessados e necessitados, que são os pacientes. No momento atual estão sendo viabilizadas instituições que priorizam o tratamento clínico, sem preocupações de alguma maneira com exclusividades teóricas, e que buscam o trabalho multidisciplinar, onde são respeitadas as diferenças na forma de pensar e atuar de cada profissional. Tal postura objetiva abrir espaço ao conhecimento das múltiplas abordagens psicoterapêuticas, podendo oferecer ao indivíduo qualidade ao longo de seu tratamento. No presente trabalho trataremos considerações práticas da presença de profissional com formação na área cognitivo comportamental em uma instituição que no período de sua fundação tinha o seu corpo clínico constituído de psiquiatras e psicólogos de orientação de base psicanalítica na sua maioria. Torna-se interessante comentar o percurso, as características diferenciadas do trabalho e os resultados favoráveis obtidos em determinados casos. A psicóloga pioneira mostrou-se receptiva a discussão, sendo patente a diferença de outros grupos que optaram por discursos incompreensíveis e encastelados não favorecendo assim a transmissão de novos saberes. O modelo preconizado é o da valorização do diagnóstico, sendo importante sólidos conhecimentos de psicopatologia, psiquiatria clínica e partir desses dados a execução de uma programação psicoterápica. O desempenho positivo da profissional contribuiu para o ingresso de outros colegas da mesma formação, trazendo maior inclusão em outras searas, inclusive no que tange ao trabalho hospitalar (sendo patente à interface com neurologistas, endocrinologistas, cardiologistas), além do embrião quanto à formação de pessoal, viabilizando-se treinamento de novos profissionais e estágio supervisionado. Tornou-se viável a divulgação de nova forma de abordagem, sem que, entretanto impossibilitasse troca de experiências com outras maneiras de compreensão de casos. Assim sendo é plenamente aceitável uma abordagem com propostas focais, baseadas no aqui-agora, com tempo limitado para casos adequadamente diagnosticados e paralelamente ocorrer casos em que há clara demanda para uma leitura subjetiva, favorecendo a abordagem psicanalítica. A teoria cognitiva de Beck tornou-se presente nas discussões teóricas dos casos clínicos apresentados. Os quadros interligados as dependências químicas, stress, transtornos alimentares ao nosso ver têm apresentado respostas extremamente favoráveis a esse tipo de linha psicoterápica, acompanhados da abordagem psicofarmacológica, sem prejuízo as demais contribuições. Outros pontos importantes a serem abordados são os trabalhos realizados em empresas e atuação nos serviços médicos em que existe predomínio de patologias crônicas.

PROMOÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA NO CONTEXTO INSTITUCIONAL -
Aline da Silva Marques (Instituto Fluminense de Saúde Mental / Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ)

Qualidade de Vida - Instituições - Prevenção

Atualmente, uma grande discussão dentro da sociedade é a qualidade de vida dos indivíduos. Dentro das instituições, este tem sido um fator de preocupação cada vez maior. Qualidade de Vida, segundo a Organização Mundial da Saúde é "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Desta forma, devemos entender que a qualidade de vida se relaciona muito mais com a visão que o indivíduo tem de suas relações profissionais e do seu ambiente de trabalho, do que com as condições que o ambiente de trabalho lhe oferece. Ou seja, quando o indivíduo sente-se de alguma forma valorizado pela empresa, quando ele percebe a sua importância para a organização e quando ele desenvolve estratégias para lidar com os problemas inerentes ao seu trabalho, ele terá uma boa qualidade de vida. As organizações estão percebendo que inúmeros fatores podem contribuir de forma positiva ou negativa com a qualidade de vida no ambiente de trabalho (ex.: ambigüidade na função, sobrecarga no trabalho, ordens confusas recebidas do superior, conflitos entre trabalho e família, estrutura física, relacionamento com pares, doenças etc). Para poder lidar com estes fatores muitas instituições vem montando programas de qualidade de vida que podem influenciar favoravelmente tanto o desenvolvimento pessoal e profissional de seus colaboradores, como os ganhos organizacionais. Afinal, todo gestor deve ser capaz de gerar produtividade, preservando os indivíduos. Mas para implantar um destes programas, não se pode pensar só no que a instituição deseja e pode oferecer, mas levar em conta o que os funcionários querem. E este modelo deve ser mexido sempre que necessário, afinal os indivíduos se transformam com o tempo, além de novos indivíduos entrarem nas empresas. As empresas visam com a implementação destas atividades manter uma postura preventiva, que resulta em economia de tempo e dinheiro para as instituições. Assim, dentro desses programas muitas táticas estão sendo utilizadas, tais como atividades físicas (caminhadas, ginástica laboral, etc), atividades artísticas (cursos de artesanato, coral etc), atividades terapêuticas preventivas (acupuntura, shiatsu etc), atividades educativas (palestras, cursos específicos etc). Com uma nova perspectiva que a Terapia Cognitivo Comportamental tem trazido de se preocupar com o sujeito saudável e não só com o doente, ela vem contribuindo, também, dentro destes programas, desenvolvendo nos indivíduos estratégias para lidar de forma mais adequada com os estímulos que o ambiente de trabalho lhe traz e que lhe parecem aversivos. Utilizando, para isto, o Treinamento de Habilidades Sociais, o Treinamento para Estabelecimento de Metas para a Vida, o Treinamento de Controle do Estresse, Treinamento em Resolução de Problemas, dentre outras estratégias.

O MANEJO DO STRESS EM EMPRESAS – Juliana Caversan de Barros , (Centro Psicológico de Controle do Stress – Rio de Janeiro, RJ, Instituto Fluminense de Saúde Mental – Niterói, RJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ) .

A temática stress pode ser observada nos mais variados contextos atualmente. Trata-se de um processo complexo, que envolve a interação entre estímulos desencadeantes e respostas neuropsicofisiológicas de nosso organismo. Os primeiros estudos sobre stress surgiram com as pesquisas de dois fisiologistas, Bernard, o qual salientava que o ambiente interno de nosso organismo deve permanecer estável mesmo frente às alterações do ambiente externo, e Cannon, que sugeriu o termo “homeostase” para classificar o esforço que nosso organismo faz fisiologicamente para se manter equilibrado. Mas a consolidação do termo foi proporcionada por Selye, para definir um conjunto de reações não específicas semelhantes em pacientes frente a situações que lhes causava angústia ou tristeza. A este conjunto de reações, deu o nome de “síndrome de adaptação geral”. Em estudos mais recentes, Lipp define stress como um conjunto de reações em nosso organismo quando nos confrontamos com situações que podem tanto nos amedrontar, quanto nos deixar imensamente feliz. Essa visão reforça o fato de que as mudanças em nossas vidas são potencialmente geradoras de stress, sendo elas positivas ou negativas, pois demandam grande quantidade de esforço de adaptação. O stress, por tudo isso, não deve ser visto como um vilão, uma vez que, em suas fases iniciais, pode contribuir para o aumento de nosso desempenho (eustress). As conseqüências negativas do processo (distress) começam a surgir quando ele se prolonga por muito tempo, ou vários estressores surgem de uma só vez. Quando isso ocorre, há uma queda no desempenho do indivíduo, com grandes comprometimentos à sua saúde física e mental. Sabendo que o ambiente de trabalho é um contexto exposto a constantes mudanças, sejam elas de cargo, de informações, de setores, de tecnologias, de relacionamentos, dentre outras, fica evidente a necessidade de se estar atento aos efeitos do stress e de se desenvolver estratégias de manejo que permitam potencializar suas vantagens e amenizar suas desvantagens. Uma avaliação das possíveis fontes internas e externas precisa ser feita em um primeiro momento e, posteriormente, de acordo com aquelas observadas, promover habilidades de enfrentamento para as mesmas. A Terapia Cognitivo-Comportamental dispõe de técnicas que, baseadas em estudos, vêm demonstrando eficácia nos mais variados contextos, dentre eles o organizacional. Por possuir uma característica psicoeducativa, permite que os indivíduos submetidos à ela possam aprender novos repertórios comportamentais e tornarem-se seus “próprios terapeutas”. A reestruturação de crenças desadaptativas, o treinamento em habilidades sociais, a técnica de resolução de problemas, dentre outras, podem contribuir para a vivência adequada do stress, e um contexto de trabalho mais saudável e produtivo.

IMPORTÂNCIA DAS HABILIDADES SOCIAIS NO CONTEXTO

INSTITUCIONAL; Braz Dario Werneck Filho (Instituto Fluminense de Saúde Mental – Niterói, RJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: habilidades sociais; relações interpessoais; relações institucionais.

Uma das características inerentes a qualquer instituição é a necessidade da formação de equipes, a partir do pressuposto de que o trabalho não pode ser exercido por um só profissional. Tal constituição não é necessária apenas por causa da grande quantidade de trabalho a ser feito, mas também pelas diferenças idiossincráticas entre os que estariam envolvidos em uma proposta desse tipo. Pressupõe-se que pessoas diferentes possuem aptidões, desejos e habilidades diferentes. Sendo assim, espera-se que qualquer instituição, procure, através de seu corpo administrativo, formar uma equipe que venha a suprir suas necessidades técnicas e humanas. O objetivo deste estudo é ressaltar a importância das habilidades sociais no contexto institucional; particularmente, para o bom andamento do trabalho em equipe e para a otimização da capacidade técnica do indivíduo. Sugere-se que as habilidades sociais sejam tão ou mais importantes do que a competência técnica, específica para determinada função. Algumas pesquisas já concluíram que as habilidades técnicas não são necessariamente diretamente proporcionais às habilidades de relacionamento, e nem ao potencial de ascensão dentro de uma empresa. Caso se pense em produtividade, sugere-se aqui que a eficiência pode ter maior correlação com o nível de habilidades sociais do que, propriamente, com a competência técnica. Os resultados de tais pesquisas mostraram que funcionários com mais alto nível de habilidades sociais e nível médio de competência técnica ascendiam com mais facilidade do que funcionários com alto domínio técnico da função e baixo nível de habilidades sociais. Com base nesta conclusão, sugere-se, entre outras coisas, que uma equipe terá um melhor desempenho na implementação de qualquer projeto caso seja uma equipe socialmente competente. Por habilidade social, entende-se o conjunto de comportamentos identificáveis, aprendidos, empregados pelos indivíduos nas situações interpessoais para obter ou manter reforço de seu ambiente. Além de sugerir que as habilidades sociais possam ser de maior importância que a competência técnica, nas instituições, este trabalho sugere ainda que o indivíduo socialmente competente pode ter maior desenvolvimento de seu potencial técnico, não ficando apenas com a competência social como fator de propulsão em sua carreira institucional. Se o indivíduo tem alto nível de habilidades sociais, espera-se que ele possa estabelecer relações mais reforçadoras com o seu ambiente, dando e recebendo retorno aos colegas de trabalho sobre o que venha a ser importante; modelando assim, os seus comportamentos social e laboral. Dessa forma, as habilidades sociais seriam um fator para a ascensão profissional por duas vias: tanto pelo fato de suplantarem a competência técnica dentro do contexto institucional, quanto pela possibilidade de constituírem-se em um fator facilitador para a aquisição da competência técnica.

VITILIGO: O STRESS SENTIDO NA PELE. Camila Benvenuto Costa, Caroline Veras de Oliveira, Lucia E. Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro)

Palavras-chave: Vitiligo, Stress, Psicodermatologia

Com o objetivo principal de investigar as implicações entre stress e vitiligo, o presente estudo propôs-se a pesquisar a temática. Buscou-se uma melhor compreensão das relações entre o stress (reação com componentes físicos e psicológicos para o restabelecimento do equilíbrio interno do organismo) e o aparecimento, desenvolvimento ou mesmo na remissão dos sintomas de tal afecção dermatológica, caracterizada por manchas acromicas capazes de acometer quase toda a pele. Priorizou-se também o entendimento dos comprometimentos psicossociais comuns aos portadores de tal patologia, considerando-os como fontes de stress. Recorreu-se à literatura concernente a uma específica área de estudo, a Psicodermatologia. Trata-se de um campo interessado em associar o trabalho de médicos e psicólogos para uma clarificação teórica acerca das interferências dos fatores emocionais nos problemas de pele, bem como uma melhoria no atendimento de pacientes com tais complicações. A pesquisa de campo estruturou-se na realização de entrevistas com uma amostra de trinta pacientes de vitiligo entre 15 e 75 anos, do Instituto de Dermatologia R. D. Azulay da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, envolvendo aplicação do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e um Questionário Informativo de dados socio-biográficos. Tais instrumentos visam, respectivamente, avaliar o stress (presença ou ausência, fase do stress e predominância somática ou psicológica dos sintomas) e coletar dados sobre o vitiligo (histórico, surgimento, desenvolvimento, tratamentos utilizados e conseqüências para a vida do indivíduo). Para a análise dos resultados utilizou-se investigação de porcentagens e Prova Exata de Fisher para verificação de relações entre variáveis do Questionário Informativo e do ISSL. Constatou-se, a partir da amostra estudada, uma elevada porcentagem (73,33%) de indivíduos que apresentavam stress. Pela Prova Exata de Fisher, observou-se relação significativa entre sexo e nível de stress, havendo uma predominância no sexo feminino. Quanto aos principais dados relativos ao vitiligo, confirmou-se na amostra o índice de 30% para a presença de antecedentes familiares com a mesma patologia, correspondendo ao que foi relatado na bibliografia consultada. Importante salientar o elevado percentual de indivíduos que relacionaram proximidade entre o surgimento da doença e um evento marcante em suas vidas (80%) e 63,33% dos entrevistados ligaram o surgimento da doença ao stress. Também como dado relevante, considerou-se a resposta afirmativa de 80% dos entrevistados quanto à importância de um acompanhamento psicológico aliado ao tratamento médico aos pacientes de vitiligo. A alta incidência de stress encontrada na amostra com predominância em mulheres, parece relacionada aos aspectos sociais e estéticos associados à doença, o que, por questões culturais, pode afetar mais o sexo feminino. O resultado encontrado quanto aos antecedentes familiares, gerando a hipótese da importância da genética. A associação feita pelos participantes entre a doença e o stress, em termos de surgimento deve ser considerada para o fortalecimento da relação entre stress e vitiligo, embora novos estudos mais específicos e com maior número de participantes devam ser realizados. Em suma, a pesquisa evidenciou a extrema importância da intervenção psicoterapêutica no tratamento de doenças crônicas.

MESA-REDODA

A INCIDÊNCIA DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS - TRAUMÁTICO NA AVIAÇÃO NAVAL. Vanessa Silva Perez e Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro - Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: Transtorno do Estresse Pós-Traumático, Aviação Naval, Terapia Cognitivo-Comportamental.

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um transtorno muito comum, mas pouco conhecido. O TEPT se diferencia dos demais transtornos de ansiedade e da maioria dos transtornos mentais por ter em sua gênese a necessidade de um fator externo. O aparato mental do homem é capaz de lidar com situações estressantes sem que isso deixe cicatrizes. Há, contudo, limites a partir dos quais o funcionamento mental fica perturbado. Provavelmente isso ocorre quando os mecanismos de enfrentamento e suporte contra o estresse são fracos ou os estímulos são fortes demais. O fato de uma pessoa ter passado por um trauma não significa necessariamente que ela terá TEPT, parecendo existir predisposições pessoais para o TEPT. Além de uma avaliação criteriosa, o tratamento cognitivo-comportamental inclui técnicas como a dessensibilização sistemática, a reestruturação cognitiva, o relaxamento muscular, o controle respiratório, o treino de inoculação do estresse. Dentre as atividades profissionais que podem favorecer o desenvolvimento do TEPT, pode-se citar a área da aviação naval. Devido às importantes conseqüências negativas do TEPT para a qualidade de vida do profissional de aviação naval e para a qualidade dos serviços prestados, o presente estudo se justifica e teve como objetivo primordial avaliar a presença do TEPT nos profissionais citados. Participaram do estudo 12 militares do sexo masculino que atuaram/atua na Aviação Naval e não necessariamente sofreram algum acidente aeronáutico. Para avaliação foram utilizadas a versão em português das escalas *Pos Traumatic Stress Disorder Checklist-Civilian Version - PCL-C*, para verificar a presença do transtorno, e *Trauma History Questionnaire – THQ*, para verificar os fatos marcantes ocorridos, além de um questionário sócio-demográfico. Os resultados foram analisados através de números absolutos e, quando possível, de porcentagem, devido ao reduzido número de participantes. Verificou-se que dos 12 participantes, 4 (33,33%) estavam com TEPT no momento da avaliação e, destes, todos tinham sofrido acidentes aeronáuticos, com ou sem outros acidentes de outra ordem. Dentre os 12 participantes, apenas dois não relataram fatos marcantes. Quanto a quantidade total de fatos marcantes, 33 foram relatados, verificando-se que a categoria que se refere à ocorrência de acidentes graves no trabalho foi a mais citada (7 – 21%). A segunda categoria foi a que se refere ao medo de ser morto ou ferido, correspondendo a 12%. A presença de 4 participantes com TEPT todos com ocorrência de acidentes aeronáuticos parece coerente, na medida em que tais acidentes costumam colocar em risco a vida dos profissionais. O fato dos tipos de fatos mais marcantes serem acidentes graves no trabalho e medo de ser morto ou ferido, parece corroborar a explicação dada ao resultado anterior. Embora os resultados não possam ser considerados significativos devido ao reduzido número de participantes, não devem ser desprezados, pois podem servir de base para estudos mais amplos que possam avaliar o TEPT de maneira mais significativa dentre esses profissionais. A partir dos mesmos, medidas profiláticas, no âmbito pessoal e institucional, podem ser implementadas e, assim, contribuir para evitar o desenvolvimento do TEPT e a ocorrência de acidentes no dia-a-dia desses profissionais.

MESA-REDONDA

MÉDICOS DA UNIDADE MATERNO INFANTIL: STRESS E QUALIDADE DE VIDA. Aurineide Fiorito (Centro Psicológico de Controle do Stress e Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória); Glória de Fátima Araújo Moxotó (Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória) e Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro e Centro Psicológico de Controle do Stress)

Palavras-chave: stress, médicos, qualidade de vida

O presente estudo objetivou avaliar o nível de stress e a qualidade de vida dos médicos de uma Unidade Materno Infantil de um hospital público da cidade do Rio de Janeiro. Tal estudo se justifica na medida em que a profissão de médico é uma atividade que envolve responsabilidade pelo bem estar do outro, lidar com a dor e com a morte. O médico que lida com a vida da criança recém-nascida precisa lidar com certas especificidades que podem contribuir para o desenvolvimento do stress. Fizeram parte do estudo 30 médicos, sendo vinte e quatro mulheres e seis homens, que atuam na Unidade Materno Infantil de um hospital público do Rio de Janeiro em setores diversos, sendo 18 na maternidade, três na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) neonatal, três na Pediatria, dois no CTI Pediátrico e um no Berçário. Para avaliação utilizou-se o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) e o Inventário de Qualidade de Vida de Lipp (IQV), o primeiro para investigar a presença de stress, a fase do stress e a predominância dos sintomas de stress (físicos ou psicológicos) e o segundo para avaliar a qualidade de vida em quatro áreas: social, afetiva, profissional e saúde. Verificou-se através dos resultados obtidos que 57% dos médicos estavam estressados. Dentre estes, 54% estavam na fase de quase-exaustão e 46% na fase de resistência. Quanto à sintomatologia do stress, houve predominância de sintomas psicológicos (69%). No que se refere à diferença entre gêneros, pode se observar que 54% das mulheres estavam estressadas e 46% dos homens. Importante mencionar que 16 médicos da maternidade, e seis da neonatologia estavam estressados. Observando a fase de quase-exaustão que foi a mais grave na qual se encontrou médicos, três eram da maternidade e quatro da neonatologia. Quanto ao IQV, pode-se verificar que dos médicos pesquisados nenhum profissional apresentou uma boa qualidade de vida, observando-se que 100% dos profissionais demonstraram fracasso na área da saúde; 53% fracasso na área profissional, 37% na área afetiva e 17% na área social. Esses resultados demonstram que a maioria dos médicos pesquisados estava estressada, acreditando-se que isso se deva ao fato de trabalharem com pacientes de alto risco, associado à alta rotatividade de pacientes e à falta de recursos para fechar diagnóstico, além da carga de trabalho extensa. Pode-se supor que a má qualidade de vida dos pesquisados esteja associada ao nível de stress e/ou vice-versa, pois se sabe que uma má qualidade de vida pode contribuir para o stress ao mesmo tempo em que o stress também pode prejudicar a qualidade de vida. O excesso de carga horária de trabalho, também pode estar contribuindo para prejuízos na organização do seu dia a dia. Sugere-se que outros estudos com maior número de participantes e que também objetivem investigar os estímulos estressores de cada setor específico sejam realizados. A partir de resultados mais amplos, então, é possível o planejamento de trabalhos de prevenção e tratamento do stress excessivo para que a qualidade de vida desses profissionais seja preservada.

MESA REDONDA

A IMPLICAÇÃO DO FATOR STRESS NA DEFLAGRAÇÃO DO TRANSTORNO DO PÂNICO. Lívia Ferreira Franco e Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro)

Palavras-Chave: Stress, Ansiedade, Transtorno de Pânico

O Transtorno de Pânico (TP) se configura como um quadro clínico inserido na categoria dos Transtornos Ansiosos que está adquirindo grande visibilidade atual. O interesse no TP ocorre não só entre a comunidade científica, como também, entre a população em geral, na medida em que a informação a seu respeito vem se expandindo e se disseminando gradativamente. Evidencia-se um aumento considerável de expressão de Transtornos Ansiosos, em particular, do Transtorno de Pânico, devido a diversos fatores que agem de forma associada na deflagração do mesmo. Contudo, apesar de um maior destaque a respeito desse quadro clínico, alguns dos mecanismos que nele se encontram envolvidos ainda não foram totalmente desvendados. Pode-se considerar que isso se deva, dentre outros fatores, a uma dificuldade dos pesquisadores dessa área em promover uma maior integração a respeito das descobertas em torno desse tema, assim como, de um melhor conhecimento a respeito das variáveis implicadas na deflagração do primeiro Ataque de Pânico. De uma forma geral, a etiologia do Transtorno de Pânico é considerada como multifatorial, incluindo fatores genéticos, biológicos, cognitivo-comportamentais e psicossociais, os quais contribuem para o aparecimento de sintomas de ansiedade, muitas vezes ainda na infância. Dentre esses fatores, o stress é atualmente considerado como um dos principais fatores implicados na deflagração de quadros clínicos ansiosos como o TP e/ou no agravamento de transtornos pré-existentes. Os pesquisadores mostram-se interessados na influência do stress no TP, especialmente na medida em que acreditam que este pode ser controlado e, o seu controle podendo contribuir para minimizar ou prevenir a forma de expressão plena do TP. Sendo assim, o objetivo desse estudo foi o de compreender, à luz da terapia cognitivo-comportamental, a influência do stress na deflagração do Transtorno de Pânico. Para atender ao objetivo proposto, foi realizada revisão bibliográfica a respeito do conceito do TP, aspectos históricos, etiológicos, incluindo contribuições de diferentes autores a respeito do tema. Além disso, a revisão incluiu o tema stress, procurando elucidar sobre o conceito, suas fases e seu tratamento. Finalmente, a relação entre stress e TP foi explorada com base na literatura. A revisão bibliográfica revelou que a evolução do conceito de stress até os dias de hoje, considerando a atual configuração da sociedade (pós-moderna, globalizada), levou a que este seja visto como um importante contribuinte para o aumento da deflagração e do agravamento de Transtornos de Ansiedade, especialmente, o TP. Para tanto, as últimas pesquisas realizadas na área que comprovam essa influência, mostram-se fundamentais e apontam uma real necessidade da expansão dos estudos a fim de que reformulações no tratamento e prevenção do TP no sentido integrativo com o controle do stress sejam implementadas.

MESA REDONDA

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: UMA TERAPIA OBJETIVA E PROFUNDA. Maurício Canton Bastos (UNESA – Rio de Janeiro-RJ), Mônica Portella (PUC-RJ – Rio de Janeiro-RJ).

Palavras-Chave: Profundidade; Terapia Cognitivo-Comportamental; Personalidade.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) têm sido apresentada como uma terapia de curta duração focada em problemas e estruturada. Esse tipo de definição tem favorecido a equiparação da TCC com um modelo superficial, que trata apenas de sintomas sem se aprofundar na estrutura da personalidade do paciente. Assim, a TCC se preocuparia apenas com os sintomas mais incapacitantes, deixando para as terapias psicodinâmicas, pretensamente mais profundas, a tarefa de promover mudanças mais estruturais e complexas nos pacientes. Este trabalho tem como objetivo discutir o conceito de profundidade conforme utilizado pelas abordagens psicodinâmicas em contraposição aos modos com que a abordagem profunda pode ser também desenvolvida na TCC. Os modelos funcional-romântico e funcional-mecanicista são discutidos e comparados às abordagens psicodinâmicas e às TCCs. Desenvolvemos a reflexão sobre como a objetividade da TCC não exclui a profundidade da investigação dos problemas e, pelo contrário, se apóia em métodos investigativos que analisam e destringem os diversos mecanismos embutidos nas dificuldades apresentadas pelos pacientes. A análise funcional é apresentada como um bom exemplo de tais ferramentas investigativas que se complementa com questionários de esquemas, inventários e entrevistas. Apresentamos também como o modelo cognitivo de Beck enriquece a análise do problema através da inclusão de variáveis mediacionais que promovem a compreensão de estruturas hierarquicamente mais profundas. Tais estruturas implicam níveis de análise que se estendem desde o material consciente acessível como pensamentos automáticos até estratégias de coping que representam mecanismos de manutenção de esquemas, que podem ir de processos deliberados até processos automáticos e inconscientes (em sentido cognitivo). Além disso, destacamos a contribuição do conceito de Esquema Inicial Desadaptativo para o aprofundamento histórico da investigação psicoterapêutica. Demonstramos, desse modo, que a TCC pode se apresentar tanto como uma abordagem objetiva que trata de problemas incapacitantes, quanto como uma abordagem profunda que investiga as estruturas cognitivo-emocionais mediadoras dos processos comportamentais sintomáticos, assim como sua origem histórica nas experiências iniciais de vinculação com o outro, formação de identidade e desenvolvimento da autonomia. Concluímos com a apresentação da TCC como uma abordagem que integra objetivos de curto prazo, focados em problemas e sintomas incapacitantes que exigem intervenção imediata, e objetivos de longo prazo, focados em estruturas de esquemas duradouros e que envolvem a personalidade e a própria identidade (auto-conceito). Nessa visão, a TCC representa um modo de intervenção válido tanto para a resolução de problemas, como também para a prevenção, de modo a se aproximar do movimento atual da psicologia da saúde com foco na prevenção.

Mesa-Redonda.

PROPOSTA DE INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM UM CASO DE ANSIEDADE INFANTIL

Patricia Lorena (CPAF-RJ, Rio de Janeiro-RJ), Maurício Canton Bastos (UNESA, Rio de Janeiro-RJ) e Mônica Portella (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ).

Palavras-chave: Ansiedade Infantil, Técnicas Cognitivo-Comportamentais, Esquemas.

Os transtornos de ansiedade representam uma das formas mais comuns de psicopatologia infantil. E os estressores mais comuns são relacionados à aprendizagem e ao convívio social, pois a ansiedade torna a criança agitada e desatenta. O transtorno de ansiedade generalizada usualmente envolve elementos de apreensão, tensão motora e hiperatividade autonômica, incluindo também de forma transitória sintomas de depressão. Os objetivos do presente trabalho foram verificar se: 1) a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) mostra-se eficiente no atendimento e superação da ansiedade e da depressão de um paciente com quadro de ansiedade generalizada; 2) apresentar a utilização da avaliação de esquemas, através de uma versão adaptada do questionário de esquemas para crianças. O paciente é uma criança do sexo masculino, com nove anos de idade, filho caçula, cursando a Classe de Progressão (ensino fundamental), com diagnóstico de ansiedade generalizada. As queixas apresentadas pela família foram: dificuldade de aprendizagem na escola, falta de atenção e baixa auto-estima. Os aspectos envolvidos foram: emocional (tristeza, irritabilidade e ansiedade); fisiológico (respiração forte e náuseas); interpessoal (afastamento dos amigos); cognitivo (“eu não consigo realizar nada”) e comportamental (não participação nas atividades escolares). Até o presente momento, realizamos trinta e oito sessões, uma vez por semana, com uma hora de duração. Após o levantamento das queixas, foi verificada a necessidade de realizar em paralelo uma avaliação neuropsicológica como forma de fornecer alguns subsídios ao processo terapêutico na elaboração do plano de tratamento. Durante o tratamento cognitivo-comportamental temos empregado as seguintes técnicas para auxiliar na superação do transtorno de ansiedade generalizada: role-playing, relógio do humor, caixa de areia, losango das associações, cesta de basquete, reatribuição de responsabilidades, pasta de histórias, técnicas de relaxamento e diálogo socrático. Destaca-se o papel da adaptação realizada no questionário de esquemas de Young, na qual tivemos como objetivo avaliar a importância do questionário para o público infantil, como forma de prevenção sobre as crenças elaboradas pelo indivíduo. Durante o processo terapêutico podemos observar que M. tem apresentado crenças relativas a Emaranhamento, Subjugação, Desconfiança / Abuso e Auto-controle Insuficiente, o que foi demonstrado através da aplicação da adaptação do questionário de esquemas. Mediante, o uso destas técnicas podemos ratificar que M. tem superado sua ansiedade generalizada, tem controlado a manifestação do seu humor. No ambiente escolar tem realizado as atividades escolares. Bem como, percebemos uma alteração positiva no seu relacionamento familiar e escolar, variáveis estas que encontravam-se prejudicadas no início do tratamento. Desta forma, podemos perceber a importância do questionário de esquemas, de forma adaptada, em processo de validação, enquanto instrumento de avaliação clínica e pesquisa. Concluímos que através da TCC o paciente tem apresentado uma melhora no quadro de ansiedade generalizada infantil, principalmente em relação a baixa auto-estima, ao desenvolvimento emocional e a participação em atividades escolares e familiares o que tem acarretado em uma melhora da sua qualidade de vida.

MESA REDONDA

CASO DE ABUSO SEXUAL NA INFÂNCIA: UMA PROPOSTA DE ENTENDIMENTO PARA APLICAÇÃO DE TÉCNICAS DA TCC EM ADULTOS VITIMIZADOS

Maria Carolina Holuigue Labra (CEPAF- RJ, Rio de Janeiro-RJ), Mônica Portella (PUC-RJ, Rio de Janeiro-RJ), Maurício Canton Bastos (UNESA, Rio de Janeiro-RJ)

Palavras-chave: abuso sexual, sinais e sintomas, atendimento tardio.

Nos últimos anos todas as formas de violência sexual vêm transformando-se na ocorrência mórbida de maior prevalência entre crianças e adolescentes, deixando de ser tão somente um fenômeno sócio-cultural, mas também de saúde pública. Define-se abuso sexual como a situação em que a criança (...) é usada para satisfação sexual de um adulto ou adolescente mais velho, incluindo desde a prática de carícias, manipulação de genitália, (...), voyeurismo (...), até o ato sexual, com ou sem penetração, sendo a violência sempre presumida em menores de 14 anos. Atualmente o Abuso Sexual em Crianças (Asc) encontra-se incorporado como um fenômeno que pode ser mais bem explicado mediante a categoria nosológica de TEPT. Sem dúvida, incluir o Asc nessa categoria representou um importante passo para o reconhecimento, esclarecimento e descrição dos sintomas no indivíduo vitimizado, validando o aspecto traumatológico dessa experiência. Contudo, os critérios de diagnóstico dessa patologia não explicam todos os efeitos observados em aqueles que passaram pela experiência em questão, quando os sintomas psicológicos tornaram-se incapacitantes. Em particular, sintomas comuns como vergonha, culpa, comportamentos autodestrutivos, fobias, retraimento social, além de confusão quanto ao próprio papel que desempenha dentro do contexto familiar e social são alguns dos muitos sintomas típicos do ASC relevantes para o tratamento com início tardio. Sendo assim, este trabalho teve como objetivo desenvolver e aplicar um protocolo de diagnóstico e tratamento adequados para o ASC, como um evento independente com sinais e sintomas particulares. Este protocolo foi aplicado em uma paciente do sexo feminino, 44 anos, que foi exposta a assédio sexual desde os cinco anos de idade por parte do irmão maior, culminando em abuso sexual aos oito anos de idade, com a participação de outro irmão menor. Sintomas apresentados no início do tratamento: ataques de pânico, fobia a vômito, incapacidade de permanecer sozinha em casa (acompanhada de ansiedade antecipatória), recusa e medo de ingerir certos alimentos e magreza excessiva. O procedimento terapêutico incluiu levantamentos de sinais e sintomas típicos de ASC segundo protocolo piloto, aplicação do Questionário de Young, técnicas de TCC para ataques de pânico e ansiedade antecipatória, controle para os sintomas de ansiedade (relaxamento, respiração diafragmática, etc.), treinamento de habilidades sociais e, principalmente, reestruturação cognitiva do evento traumático, utilizando-se biblioterapia, exposição de imagens, etc. A paciente submeteu-se a quarenta sessões, quando se deu início a fase de *follow-up*, por ocasião da remissão completa dos sintomas apresentados na queixa principal. Atualmente continua em tratamento aprimorando as técnicas de controle da ansiedade e habilidade social. Concluiu-se que o levantamento adequado dos sinais e sintomas do ASC assim como detalhes do evento por si só explicaram o desenvolvimento dos sintomas apresentados na queixa principal e que, a compreensão do paciente quanto à ligação dos sintomas atuais com o ASC, é fundamental para a aderência ao tratamento, reestruturação cognitiva e remissão dos sintomas.

MESA REDONDA

TCC UMA PROPOSTA DE PREVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS DE ESQUIVA NA ADOLESCÊNCIA

Betânia Marques da Silva Dutra (CPAF-RJ, Rio de Janeiro-RJ), Mônica Portella (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ), Maurício Canton Bastos (UNESA, Rio de Janeiro-RJ)

Palavras Chave: TCC; Transtornos da Personalidade; Adolescência

O Transtorno da Personalidade Esquiva se caracteriza por um padrão invasivo de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa. Já o comportamento esquivo frequentemente começa na infância com timidez, isolamento e medo de estranhos e de situações novas. Embora a timidez na infância seja um precursor comum do TPE, na maioria dos indivíduos ela tende a dissipar-se com a idade. Por outro lado, os indivíduos que desenvolvem TPE podem tornar-se progressivamente tímidos e arredios durante a adolescência e início da idade adulta, quando os relacionamentos sociais com pessoas novas assume especial importância. O objetivo do presente trabalho foi verificar como a TCC poderia ser aplicada como instrumento de prevenção no tratamento de um adolescente que apresentava traços característicos de TPE, ajudando a melhorar a sua timidez, ansiedade, dificuldades emocionais e habilidades sociais. O paciente era do sexo masculino, com 14 anos, cursando a oitava série do ensino médio, de classe social baixa, o traço principal de sua personalidade era a timidez. A queixa inicial apresentada estava relacionada a sintomas no comportamento motor caracterizados por traços de tique, movimentos motores involuntários, recorrentes e estereotipados do tipo coçar os dois olhos com os dedos das mãos, há pelo menos oito semanas, todos os dias, causando desconforto. Através da avaliação cognitivo-comportamental também foi constatado que o paciente apresentava relutância em interagir com pessoas fora do meio familiar por medo de passar vergonha, de ser ridicularizado, sofrer críticas, desaprovação e rejeição, era tímido e ficava acentuadamente ansioso diante de situações novas. Foram realizadas vinte e uma sessões ao longo de cinco meses de tratamento, uma sessão por semana, com uma hora de duração. Após o levantamento das queixas, aplicação do questionário de esquemas de Young e Inventário de Habilidades Sociais foi feito um plano de tratamento. Foram empregadas durante o tratamento estratégias cognitivo-comportamentais para ajudar a melhorar o quadro de tique, o contato interpessoal e enfrentamento de situações novas. Desta forma, durante a intervenção terapêutica foram utilizadas estratégias de registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, treinamento em habilidades sociais, planejamento e monitoramento de atividades, treinamento em assertividade, role-play e treinamento em soluções de problemas. Destacam-se a importância das tarefas de casa, em especial o registros de pensamentos diários, que ajudaram a aumentar a adesão do paciente ao tratamento e também o treinamento em habilidades sociais, que substancialmente ajudou o paciente a melhorar suas relações interpessoais na escola, na família e possibilitou a inclusão de atividades novas de lazer e atividades físicas. Conclui-se que através da Terapia Cognitiva Comportamental o paciente apresentou remissão dos traços de tique, bem como uma melhora significativa do comportamento de esquiva.

MESA-REDONDA

HABILIDADES SOCIAIS: UM ESTUDO EM OBESOS MÓRBIDOS PRÉ E PÓS-CIRURGIA BARIÁTRICA

Nancy da Costa Ferreira (Hospital de Força Aérea do Galeão - Rio de Janeiro - RJ)

Palavras-chave: habilidades sociais; obesidade mórbida; cirurgia bariátrica

O presente trabalho tem como objetivo confirmar que a cirurgia bariátrica gera uma relevante mudança no repertório comportamental/emocional dos pacientes obesos mórbidos que se submetem à cirurgia bariátrica, os quais, sentindo-se melhor e mais seguros com o novo corpo, adotam novas formas de comportamento, alterando significativamente a forma de se relacionar com o mundo e consigo próprio. Foram analisados os dados resultantes da aplicação do Inventário de Habilidades Sociais, de Zilda Del Prette e Almir Del Prette, em 53 pacientes, sendo 24 obesos mórbidos não operados e 29 já operados, com intervalos pós-cirúrgicos variando de 1 a 36 meses (12 com até 5 meses de pós-operatório – período de maior perda ponderal – e 17 no intervalo de 8 a 36 meses de pós-operatório). Houve prevalência do sexo feminino em nossa amostra: não operados: 20, e 4 do sexo masculino; operados: 25, e 4 do sexo masculino. Quanto à faixa etária, o grupo de não operados variou de 24 a 61 anos, e o de operados concentrou-se na faixa de 29 a 54 anos. No grupo de não operados, obtivemos os seguintes resultados, em termos de percentis >50 ou <50: Escore Total: >50 – 58% ; <50 – 42%; F1(enfrentamento e auto-afirmação com risco): >50 – 67%; <50 – 33%; F2 (auto-afirmação na expressão de pensamento positivo): >50 – 54% ; <50 – 46% ; F3 (conversação e desenvoltura social): >50 – 58% ; <50 – 42% ; F4 (auto-exposição a desconhecidos e situações novas): >50 – 50% ; <50 – 50% ; F5 (autocontrole da agressividade): >50 – 25% ; <50 – 75%. No grupo de operados até 5 meses, obtivemos os seguintes escores: Escore Total: >50 – 50% ; <50 – 50%; F1: >50 – 50%; <50 – 50%; F2 : >50 – 75% ; <50 – 25% ; F3: >50 – 50% ; F4: >50 – 67% ; <50 – 33% ; F5:<50 – 83%;<50 – 17 %. Com relação aos pacientes operados de 8 a 36 meses: Escore Total: >50 – 71% ; <50 – 29%; F1: >50 – 82%; <50 – 18%; F2 : >50 – 53% ; <50 – 47% ; F3: >50 – 70% ; <50 – 30% ; F4: >50 – 47% ; <50 – 53% ; F5:>50 – 12%; <50 – 88%. Face aos dados levantados, podemos verificar que, com o decorrer do tempo pós-cirurgia e o conseqüente alcance da meta de peso desejada, a competência social dos pacientes foi-se incrementando, com exceção do autocontrole da agressividade (Fator 5), que diminuiu sensivelmente, característica mais marcante e estatisticamente significativa desta pesquisa, podendo este aspecto associar-se ao fato de que já magros, não têm mais necessidade de ‘engolir de tudo’, concreta ou simbolicamente.

ENFOQUE MULTIDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DA ANOREXIA NERVOSA

Michelle Levitan (Instituto de Psiquiatria/ Universidade federal do Rio de Janeiro, rio de Janeiro, RJ).

Transtornos da alimentação, terapia cognitivo-comportamental, multidisciplinaridade.

A anorexia nervosa (AN) é um distúrbio alimentar grave, que atinge em sua grande maioria mulheres, caracterizado por uma recusa em se manter em um peso adequado à sua idade e altura, 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. Atualmente o número de mulheres cada vez mais jovens que vem sendo acometidas vem crescendo, tendo um exemplo demonstrado através do caso clínico descrito. O presente trabalho visa descrever um caso clínico de uma paciente de 13 anos que apresenta AN muito grave, com IMC de 11,6 kg/m², exigindo dos profissionais envolvidos bastante integração e responsabilidade por optarem pela não internação. A procura de tratamento ocorreu quando a paciente já se encontrava extremamente emagrecida (1.52m de altura e 27 quilos), com amenorréia, depressão e sem insight algum sobre a gravidade de seu problema. A equipe de profissionais era composta por endocrinologista, psiquiatra, psicóloga e nutricionista. O tratamento com todos os profissionais envolvidos foi realizado em sua maior parte, contra a vontade da paciente, sendo obrigada pelos pais e pouco cooperativa. O quadro se iniciou com restrição alimentar baseada principalmente em calorias descritas em tabelas nutricionais que tinha acesso. A meta principal do tratamento era restabelecer um peso que a permitisse voltar a realizar tarefas cotidianas, exigindo que tivesse que sair da escola e de qualquer atividade que pudesse interferir no ganho de peso. Alguns fatores como a influência de uma amiga e o falecimento do avo parecem ter contribuído na etiologia do transtorno. As condições para tratamento domiciliar basearam-se em vigilância o dia todo pela mãe, alimentação prescrita a ser seguida à risca, antidepressivos e tratamento psicológico. O ganho de peso foi de dando aos poucos, mas após 6 meses de tratamento, a paciente encontra-se com 42 quilos, exercendo atividade física e retornando à escola.

MESA REDONDA

ESTRATÉGIAS PARA O TRATAMENTO DE DIFICULDADES ASSOCIADAS À IMAGEM CORPORAL.

Viviane Marinho (GOTA/IEDE, RJ), Mônica Duchesne, Juliana D'Augustin.

Palavras-chave: imagem corporal; transtornos alimentares.

A imagem corporal pode ser definida como a percepção que as pessoas têm do seu próprio corpo. Na atualidade, o desconforto e a insatisfação com a aparência se tornam cada vez mais frequentes, em decorrência dos padrões irrealistas apresentados pela mídia e pela “indústria da beleza”. Esta oferta vários tipos de produtos e serviços para que a “perfeição” do corpo possa ser alcançada. Entretanto, em decorrência da inviabilidade de atingir um corpo idealizado, a busca por um corpo perfeito transforma-se em insatisfação, baixa auto-estima, ansiedade interpessoal, dificuldade de auto-aceitação e realização sexual. Adicionalmente, ela favorece o desenvolvimento de vários transtornos psiquiátricos, tais como, depressão, abuso de drogas, transtornos alimentares e disfunções sexuais. O presente trabalho apresenta um modelo de intervenção em oito passos para abordar dificuldades associadas a uma imagem corporal negativa composto por oito passos visando uma modificação desta. O primeiro passo seria avaliar a autopercepção da auto-imagem corporal, sendo utilizadas diversas técnicas para este fim. Estas investigam as áreas de insatisfação do corpo, como a pessoa vê e como gostaria que ele fosse, as emoções negativas relacionadas a várias situações, os pensamentos negativos e positivos sobre a aparência e a relação que a pessoa tem com o seu próprio corpo, nos critérios: aparência física, atividade física e saúde. No segundo passo o objetivo seria investigar os fatores que influenciam a imagem corporal, ou seja, as experiências históricas e as experiências diárias de vida. Para avaliar o fator histórico a pessoa teria que descrever eventos e experiências que contribuíram para a formação da sua imagem corporal em cada período da sua vida. E para verificar os fatores atuais seriam utilizados registros de auto-monitoração das situações que envolvam aparência física. O terceiro passo envolve iniciar um controle das emoções ligadas a aparência. O aspecto inicial seria descobrir as emoções mais fortes associadas à imagem corporal. Após isso seriam introduzidos relaxamento muscular, respiração diafragmática, imagem mental e auto-instruções. O controle da imagem corporal seria iniciado através da dessensibilização utilizando uma técnica de reflexos no espelho. O quarto passo seria investigar os esquemas que afetam a sua imagem corporal e desenvolver, através de questionamentos, pensamentos e crenças mais realistas. O quinto passo teria os objetivos de investigar e eliminar as distorções cognitivas. O sexto passo visa entender e modificar os comportamentos de auto-defesa. O sétimo passo é o momento de expandir os fatores positivos, produzindo maior satisfação e afinidade com o seu corpo. O último passo seria o processo de manutenção. Então, baseado no efeito que uma imagem corporal negativa pode exercer sobre uma pessoa, a investigação e intervenção tornasse essencial na medida em que assumem um papel de prevenção ao desenvolvimento de transtornos mais graves.

MESA-REDONDA

REABILITAÇÃO DE MEMÓRIA E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO DISTÚRBO DE MEMÓRIA ASSOCIADO IDADE (DMAI): MELHORANDO A QUALIDADE DE VIDA.

Mônica Portella (San Francisco State University e PUC-Rio); Maurício Bastos (UNESA); J. Landeira (PUC-Rio) e Marco Aurélio Negreiros (UNIRIO).

Palavras chaves: Memória, Reabilitação, Terapia Cognitivo-Comportamental.

Com o processo de envelhecimento, ocorre declínio das funções cognitivas, sendo a memória uma das mais afetadas. Queixas de distúrbios de memória são frequentes entre idosos, constituindo-se uma das queixas mais comuns em geriatria e gerontologia. A presente pesquisa tem como objetivo verificar se as estratégias do Programa de Otimização Cognitiva (POC) como: 1) estratégias internas; 2) técnicas de compensação 3) Recursos Comportamentais - ajudam na recuperação do déficit de memória associado á idade, ajudando a melhorar, conseqüentemente, a qualidade de vida e o bem-estar dos participantes. Participaram da pesquisa, nove idosos do sexo feminino, portadores de déficit de memória associado á idade, com idades variando de 65 a 80 anos. Os participantes foram divididos em dois grupos: grupo experimental (que foi submetido ao Programa de Otimização Cognitiva) e de comparação (submetido a Terapia Cognitiva Comportamental). Inicialmente foi realizada uma avaliação médico-psicológica, que consistia em: exames neurológicos, avaliação neuropsicológica, avaliação do bem-estar e da qualidade de vida (escala SLS e PANAS), *checklists* e entrevista semi-estruturada. Após o levantamento das queixas e uma avaliação inicial, foi feito um plano de intervenção. As estratégias empregadas no programa foram selecionadas e adaptadas, quando necessário, de acordo com os interesses e queixas específicas de cada participante. O programa consistia em exercícios diários, realizados em casa e em diversas estratégias de otimização cognitiva ao longo de sessões. Os pacientes freqüentaram o programa, a princípio semanalmente, por um período médio de três meses. Observou-se, através do relato dos participantes do Programa de Otimização Cognitiva e dos instrumentos de avaliação (check-lists e entrevistas semi-estruturadas), que estes conquistaram um maior nível de autonomia, melhora no bem-estar e na qualidade de vida após o treinamento. A análise da auto avaliação da memória, entrevista semi-estruturada e *checklists* mostraram que as queixas diminuíram após o programa. O grupo de comparação também conquistou melhora no bem-estar e na qualidade de vida após a intervenção. A análise da auto-avaliação da memória, entrevista semi-estruturada, *checklists* 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. Os resultados das entrevistas semi-estruturadas, *cheacklists*, auto-avaliação da memória e escalas SLS e PANAS foram avaliados por meio de comparações percentuais, intra e entre grupo, no pré-teste e no pós-teste. Quanto á avaliação neuropsicológica, ao compararmos os resultados do grupo experimental e do grupo de comparação, na fase de pós-teste e na fase de pré-teste, não encontramos diferença significativa, na maior parte dos testes neuropsicológicos realizados (*Mini Mental State (MMSE)*; *Rey Auditory Verbal Learning Test*; *Stroop - CW Test*; Fluência Verbal (Frutas); *Digit Span Foreword* e *Digit Span Backwards*). A única exceção ocorreu no teste de fluência verbal - animais, onde o grupo experimental teve resultados significativamente melhores do que o grupo de comparação ($U = 1, p < 0,05$). Concluiu-se, que os pacientes do grupo experimental apresentaram uma melhora significativa do distúrbio de memória associado á idade 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.

IMPACTOS DA TCC EM UM CASO DE TRAUMATISMO CRANIENCEFÁLICO.

Hebe Goldfeld (CPAF-RJ e UFRJ); Mônica Portella (PUC-Rio), Marco Aurélio Negreiros (UNIRIO).

Palavras chave: Traumatismo Craniencefálico Técnicas Cognitivo-Comportamentais
Depressão.

O traumatismo craniencefálico se refere aos efeitos de um golpe na cabeça, que resulta em perda de consciência ou em um período durante o qual o estado mental fica alterado e a pessoa se sente “atordoada e confusa” após o acontecimento. Muitos indivíduos apresentam mudanças no funcionamento físico, pensamento, humor e comportamento. Indivíduos com LCT estão propensos a apresentar transtornos co-mórbidos do Eixo I, tais como depressão maior e um transtorno de ansiedade. Enquanto a depressão maior tende a aumentar sua frequência com o passar do tempo após o trauma, os transtornos de ansiedade - ansiedade generalizada, do pânico, obsessivo-compulsivo e de estresse pós-traumático são reações recorrentes após a LCT. O objetivo do presente trabalho foi verificar se a Terapia Cognitivo-Comportamental ajuda a melhorar a depressão, as dificuldades emocionais, a ansiedade e as habilidades sociais de um paciente com traumatismo craniencefálico. O paciente era do sexo masculino, com 45 anos, casado, cinco filhos, terceiro grau incompleto, funcionário público, com diagnóstico de lesão cerebral grave e de depressão maior. Secundários ao acidente, provocado por queda de um telhado, em 25/12/96, há 9a9m(tempo transcorrido), perdeu a percepção do olfato e do paladar. Depois do acidente o paciente passou a ter dificuldade de controlar suas emoções(raiva), apresentando comportamento agressivo em diversas situações sociais. O paciente relatou ainda, insônia, fadiga, episódios frequentes de choro, lentificação na velocidade do processamento de informações, queixas de memória e dificuldades de atenção e concentração. Foram realizadas onze sessões ao longo de quatro meses de tratamento, uma sessão por semana, com uma hora de duração. Após o levantamento das queixas, avaliação psiquiátrica, neurológica, neuro-radiológica (tomografia e raio-X que indicaram fratura de crânio fechado, coágulo frontal, esgarçamento muscular da coluna, duas costelas e três vértebras fraturadas e uma achatada), neuro-psicológica (composta por testes como, MMSE, Palavras de Ray, Figura de Ray, Fluência Verbal, etc) e psicológica (inventário de depressão e ansiedade de Beck, esquemas de Young, inventário multimodal da história de vida de Lazarus, Inventário de Habilidades Sociais de Del-Prette, instrumentos integrantes do Protocolo CPAF, Clínica Social-Local do Atendimento, foi feito um plano de tratamento. Empregamos durante o tratamento diversas estratégias cognitivo-comportamentais, para ajudar a melhorar os quadros de depressão e seqüelas da lesão cerebral traumática (dificuldade de controlar as emoções, comportamento agressivo, ansiedade, insônia, fadiga e lidar com as atividades do cotidiano). Durante a intervenção foram utilizadas estratégias de registro diário de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento, respiração diafragmática, parada de pensamento, treinamento em habilidades sociais, treinamento em assertividade, role-play e treinamento em solução de problemas. Destaca-se o papel das tarefas de casa, que ajudaram a aumentar a adesão do paciente ao tratamento, bem como maximizaram os ganhos do mesmo. O treinamento em habilidades sociais ajudou o paciente a melhorar suas relações interpessoais que se encontravam extremamente prejudicadas após o acidente, no trabalho, na faculdade e na família. Concluímos que, através da Terapia Cognitivo-Comportamental o paciente apresentou melhora significativa do quadro depressivo, e das seqüelas resultantes da

lesão cerebral traumática, principalmente do comportamento agressivo, descontrole emocional e da desorganização referentes às tarefas da vida diária, ansiedade e insônia.

MESA REDONDA.

REABILITAÇÃO DE MEMÓRIA E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA ESCLEROSE MÚLTIPLA (EM).

Tânia Netto, Mônica Portella (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ); J. Landeira (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ) e Marco Aurélio Negreiros (UNIRIO, Rio de Janeiro-RJ).

Palavras chaves: Reabilitação de Memória; Terapia Cognitivo-Comportamental e Esclerose Múltipla.

A esclerose múltipla (EM) é uma doença crônica, inflamatória, que causa a deterioração da mielina (desmielinização) do sistema nervoso. Essa condição é progressiva caracterizada por surtos e remissões, problemas físicos, emocionais e cognitivos (como por exemplo: déficits de atenção, concentração, memória, etc.). A EM é geralmente diagnosticada em jovens e adultos de meia idade (20 aos 40anos), sendo que não existe cura para essa doença. Essa doença apresenta quatro cursos: surto-remissiva; progressiva-primária; progressiva-secundária e surto-progressiva. Esses cursos podem variar de leves, moderados a severos. A forma mais comum de EM é a surto-remissiva. A EM pode ocorrer com uma série de comorbidades, sendo que a fadiga e a depressão são as mais comuns. De acordo com as pesquisas uma das funções cognitivas mais afetadas na EM é a memória. O objetivo do presente trabalho foi verificar se as estratégias de Reabilitação de Memória associadas á Terapia Cognitivo-Comportamental poderiam ajudar a melhorar: a depressão, a fadiga e os déficits de memória de um paciente com EM. O paciente era do sexo feminino, com 47 anos, divorciada, dois filhos, com EM da forma progressiva-secundária. Vale lembrar, que o paciente foi diagnosticado á 15 anos atrás, sendo que se encontrava em cadeira de rodas. A paciente apresentava grande dificuldade de ajustar-se as limitações físicas decorrentes da doença, desempenhar atividades da vida diária e isolamento social. Foram realizadas 20 sessões ao longo de cinco meses de tratamento, uma sessão por semana, com uma hora de duração. Após o levantamento das queixas e uma avaliação médica (avaliação neurológica, testes neuropsicológicos e exames de neuro-imagem) e psicológica (check-list de memória, entrevista semi-estruturada, auto-avaliação da memória, escala Hamilton de Depressão e escala Beck de ansiedade) foi feito um plano de tratamento. Empregamos durante o tratamento: estratégias de reabilitação de memória (técnicas de compensação, repetição e estimulação) e estratégias cognitivo-comportamentais para ajudar a melhorar os quadros de depressão e fadiga (como por exemplo, reestruturação cognitiva, relaxamento, respiração diafragmática, estabelecimentos de metas, estratégia de visualização, tarefas de casa, treinamento em habilidades sociais, treinamento em solução de problemas, etc.). As estratégias empregadas foram planejadas de acordo com os interesses e necessidades do paciente. Através da Reabilitação de Memória associada á Terapia Cognitivo-Comportamental o paciente apresentou uma melhora significativa do quadro depressivo e das queixas de memória. Concluimos que a paciente apresentou uma melhora significativa do distúrbio de memória, bem como aprendeu a lidar de forma mais eficaz no seu dia-a-dia, com as dificuldades de memória, com as limitações físicas decorrentes da EM, com a ansiedade gerada pela perda da mobilidade e com o isolamento social.

MESA REDONDA

CONTRIBUIÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL EM ESTUDOS SOBRE O DÉFICIT DE MEMÓRIA EM PACIENTES COM DEPRESSÃO.

Marta Bolshaw Gomes Vieira (CPAF-RJ, Rio de Janeiro-RJ), Mônica Portella (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ), Marco Aurélio Negreiros (UNIRIO, Rio de Janeiro-RJ) e J. Landeira (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ).

Palavras chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Memória e Depressão.

A depressão clínica tem sido estudada por vários pesquisadores, podendo ser classificada de forma específica e com etiologias, distintas entre si. Segundo sistemas diagnósticos recentes existem alguns subtipos, endógena versus não endógena, melancólico versus não-melancólico, endógena versus reativo e primário versus secundário. No presente trabalho serão levados em conta todos os mencionados subtipos. Na clínica psicoterápica é observada uma relação entre memória e depressão, uma vez que tem sido percebido um déficit mnêmico no paciente deprimido. Estudos relatam a dificuldade desses em cumprir tarefas relacionadas às lembranças de acontecimentos mais específicos (recentes ou antigos) prejudicando a cognição e reforçando as suas crenças disfuncionais. Para avaliarmos a importância da memória, cumpre apenas observar o que acontece se a perdemos, pois é através dela que obtemos um sentido de nós mesmos, ou seja, a sensação de sermos a mesma pessoa através do tempo. A memória registra as nossas redes sociais, o passado e o presente de nossas biografias, além de possibilitar a projeção para o futuro. Ela tem sido classificada didaticamente em memória factual, memória comportamental, memória de eventos e memória prospectiva. Todas elas possuem igual relevância para o atual estudo. Na Terapia Cognitivo-Comportamental, utilizam-se algumas estratégias psicoterápicas visando otimizar a depressão e conseqüentemente, o déficit mnêmico do paciente. As técnicas mais utilizadas e adequadas são, registro diário de pensamentos disfuncionais, treinamento em habilidades sociais, reestruturação cognitiva, treinamento em assertividade e treinamento em solução de problemas. Os pressupostos teóricos da Terapia Cognitivo-Comportamental propõem que o estado de depressão clínica é caracterizado pelas tríades cognitivas negativa, compostas de visões negativas a respeito de si, do mundo, e do futuro. Neste sentido podemos afirmar que a Terapia Cognitivo Comportamental tem como objetivo produzir mudanças em pacientes deprimidos através do reconhecimento e testagem de suas crenças disfuncionais, da alteração dos esquemas cognitivos negativos, de mudanças na tendência disfuncional no processo de informação, de modificação dos pensamentos automáticos negativos, e finalmente na desconfirmação das expectativas negativas mais centrais (melhorando o sofrimento agudo). Concluímos que tais objetivos, se atingidos, produzem segundo indicam várias pesquisas no assunto, mudanças positivas na depressão, uma vez que alterando a cognição do paciente, melhora seu processo mnêmico como um todo e possibilita uma maior integração do seu passado (memória retrograda e factual) com seu presente (memória comportamental e memória de evento) e com sua perspectiva do futuro (memória prospectiva).

MESA REDONDA

TRABALHANDO ERROS COGNITIVOS E ESQUEMAS ATRAVÉS DE CARTÕES: UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM TCC

Betânia Marques da Silva Dutra (CPAF-RJ, Rio de Janeiro-RJ), Mônica Portella (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ) e Maurício Bastos (UNESA, Rio de Janeiro-RJ)

Palavras Chave: Distorções de Pensamento Esquemas Depressão

Os Pensamentos Automáticos são as *cognições* mais próximas à percepção consciente. Parecem ser um hábito ou um reflexo. Em geral a pessoa não se dá conta do pensamento fugaz, embora se dê conta do sentimento que o antecede ou o acompanha. Há uma outra estrutura *cognitiva* mais enraizada chamada esquemas cujo conteúdo são os pensamentos, crenças ou idéias à cerca de tudo. Esta estrutura filtra, codifica e avalia os estímulos que nos cercam. Nos distúrbios emocionais, os esquemas são extremamente distorcidos, disfuncionais, rígidos e generalizados. Indivíduos com depressão, por exemplo, apresentam pensamentos automáticos distorcidos também chamados erros cognitivos. Pode-se destacar ainda a tríade cognitiva da depressão: pensamentos negativos a respeito de si, do ambiente e do futuro. Estes erros cognitivos mantêm e reforçam os esquemas, e independente da situação que se apresente o indivíduo tende a focalizar seletivamente informações que confirmem os esquemas mesmo que ele seja impreciso e disfuncional. Os objetivos do presente trabalho são: 1) discutir a importância da utilização de uma estratégia que emprega cartões com a descrição de esquemas e erros cognitivos para ajudar na reestruturação cognitiva e no trabalho com os esquemas. 2) apresentar resultados obtidos com uma paciente que apresentava quadro de Depressão Moderada. A paciente tinha 38 anos, casada, três filhos, segundo grau completo, dona de casa, diagnosticada com depressão moderada, apresentava pensamentos negativos sobre si, o ambiente e o futuro. Apresentava episódios freqüentes de choro, desânimo, distratibilidade, perda de interesse pelas atividades, irritabilidade, insônia, comportamento agressivo em situações sociais, ansiedade, desorganização nas tarefas da vida diária. Foram realizadas seis sessões ao longo de um mês e meio de tratamento, uma sessão por semana, com uma hora de duração. Após o levantamento das queixas, estabelecimento das metas terapêuticas, aplicação do Inventário de depressão e ansiedade de Beck e o questionário de esquemas de Young foi feito um plano de tratamento. Durante o tratamento foram empregadas estratégias cognitivo-comportamentais para ajudar nos quadros de depressão (dificuldade de controlar as emoções, lidar com as atividades do cotidiano, comportamento agressivo, pensamentos negativos, perda de interesse por atividades antes prazerosas, ansiedade, insônia e desânimo). Durante a intervenção foram utilizadas estratégias, como: elaboração da agenda semanal, monitoramento de atividades e do humor, registro diário de pensamentos disfuncionais, treinamento em solução de problemas, etc. Além disso, empregou-se o trabalho com cartões para reestruturar os erros cognitivos lidar com os esquemas Destaca-se o papel das técnicas com os cartões que maximizaram e ajudaram a paciente na identificação e na correlação entre esquemas desadaptativos e erros cognitivos, que por sua vez propiciou a mudança de pensamentos, conseqüentemente mudança emocional e comportamental. Assim, através da terapia cognitivo-comportamental e com o auxílio desta nova técnica de intervenção a paciente vem apresentando uma melhora significativa do quadro depressivo, descontrole emocional, ansiedade, desorganização referente às tarefas diárias, comportamento agressivo e retomada de atividades prazerosas.

MESA-REDONDA

A IMPORTÂNCIA SOBRE O ESTABELECIMENTO DE METAS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Tânia Maria Netto (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ), Mônica Portella (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ) e Maurício Canton Bastos (UNESA, Rio de Janeiro-RJ).

Palavras Chave: Metas, Tarefas de Casa e Terapia Cognitivo-Comportamental.

As metas constituem uma parte importante do processo terapêutico, no entanto alguns terapeutas desconhecem a importância das mesmas ao longo desse processo ou não as valorizam durante o mesmo. Uma vez concluída a avaliação inicial, o terapeuta junto com o cliente, irá formular metas a serem trabalhadas durante o processo terapêutico. Inicialmente devemos estabelecer as metas que o cliente deseja alcançar no final da terapia, sendo que ao alcançar essas metas o cliente pode obter alta. Durante um processo terapêutico, em geral, trabalhamos com metas de médio prazo (de seis meses a um ano), com metas de curto prazo (equivalem ao período de tempo de uma semana a alguns meses) e com as metas diárias. As metas para a terapia (médio prazo) serão subdivididas em metas de curto prazo e em metas diárias, que serão trabalhadas pelo cliente por meio das tarefas de casa. Assim, cada sessão terá suas metas específicas (curto prazo), subordinadas às metas do tratamento (médio prazo). O trabalho com as metas diárias (representadas pelas tarefas de casa) é muito importante, pois faz com que o processo terapêutico ocorra mais rapidamente. O presente trabalho tem como objetivos: 1) Discutir a importância do estabelecimento de metas na Terapia Cognitivo-Comportamental. 2) Apresentar um estudo de caso onde empregamos o trabalho com metas. A cliente era do sexo feminino, com 32 anos, solteira, desempregada e terceiro grau completo. Ela foi diagnosticada como tendo depressão. Inicialmente, foram realizadas 50 sessões ao longo de um ano de tratamento, uma sessão por semana, com uma hora de duração, seguindo-se de seis meses de follow-up (uma sessão por mês). Após o levantamento das queixas, transformamos as mesmas em metas de médio prazo. A cliente estabeleceu para a terapia as seguintes metas: 1) “Aprender a lidar com dores de cabeça freqüentes”. 2) “Atuar como professora em cursos técnicos”. 3) “Iniciar um curso de pós-graduação”. 4) “Ampliar o ciclo de amizades”. 5) “Sentir bem e feliz (como antes da depressão - saúde)”. Foi realizado um trabalho focado em metas, onde se destacaram as seguintes estratégias: resolução de problemas (meta profissional e saúde), estabelecimento de prioridades (meta profissional), planejamento de metas (metas profissional, saúde e social), identificação e manejo de fontes de estresse (meta de saúde), RDPD, trabalho com erros cognitivos e reestruturação cognitiva (metas profissionais, saúde e social), treinamento em habilidades sociais (metas sociais e profissionais), etc. A cliente obteve alta após alcançar suas metas. De acordo com a literatura, o trabalho com metas ajuda a tirar o foco do problema (doença) e colocar o foco na solução (saúde), ajudando assim na eficácia do processo terapêutico. Verificamos, ainda, que o trabalho com as metas diárias (representadas pelas tarefas de casa) ajudou a cliente a alcançar as metas de médio prazo (representativas de alta) rapidamente. Através do follow-up (seis meses), verificamos que a cliente aprendeu a utilizar o trabalho com metas realizado na terapia no seu dia-a-dia.

MESA REDONDA

REFLEXÕES SOBRE A PERCEPÇÃO DA DISSIMULAÇÃO NA CLÍNICA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Mônica Portella. (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ) e Maurício Canton Bastos (UNESA, Rio de Janeiro-RJ)

Palavras Chaves: Mentira; Treinamento em Habilidades Sociais e Terapia Cognitivo-Comportamental.

A mentira é um componente intrínseco das relações interpessoais. Apesar de aceitável e até desejável em algumas situações sociais, em outras ocasiões podemos afirmar que suas conseqüências sejam desastrosas. As mentiras, às vezes, podem ser descobertas devido a fatos e/ou pessoas que a contradigam, e/ou em função de pistas da conduta de quem mente, como seu comportamento não verbal. Mentimos com mais facilidade com as palavras do que com os gestos ou posturas corporais. É verdade, que as pessoas podem exibir um rosto enganosamente simpático, construir um sorriso falso ou fingir raiva. Mas apenas quando sabem mais ou menos o que fazer. Embora o bom dissimulador emitam o menor número de sinais não verbais de dissimulação, suprimindo a maior parte dos movimentos de contorção do corpo, restam quase sempre alguns sinais não verbais difíceis de serem eliminados. Alguns movimentos podem limitar-se a micro expressões faciais, mas tais indícios podem ser detectados. Psicólogos clínicos tem empregado, tradicionalmente sonhos, associações livres, esquecimentos e atos falhos para descobrir problemas que os pacientes ocultam deles próprios e de seus psicólogos. Recentemente, uma série de terapeutas vem utilizando-se de técnicas para detectar essas contradições e trabalhá-las no setting terapêutico, porém muitos terapeutas desconhecem como empregar tais estratégias no Brasil. Os comportamentos não verbais constituem uma fonte de acesso aos estados emocionais do paciente. Eles podem indicar contradições entre aquilo que o paciente diz e o que manifesta em seu comportamento, sendo que o terapeuta pode utilizar tais dados em seu trabalho terapêutico, assinalando, por exemplo, as contradições entre o que o paciente mostra com o seu corpo e aquilo que ele diz. O paciente também pode demonstrar emoções através da expressão facial que contradizem sua fala, ajudando o terapeuta a observar a dificuldade do paciente em reconhecer e identificar suas próprias emoções. No entanto, é necessário que a dissimulação seja tomada como relativa no setting terapêutico. Entretanto, ela não é irrelevante, aparecendo, assim, como material a ser trabalhado na sessão. Terapeutas aptos a identificar sinais não verbais de dissimulação no comportamento do paciente, podem evitar suicídios e/ou que seus pacientes se envolvam em situações de risco. Este trabalho, propõe-se a uma discussão sobre a importância da percepção da dissimulação no âmbito da clínica cognitivo-comportamental. Destacam-se ainda alguns sinais não verbais de dissimulação que podem ser identificados, com relativa facilidade, pelos terapeutas facilitando assim o seu trabalho terapêutico. Abordam-se pesquisas a respeito da percepção da dissimulação no contexto clínico e no do THS (uma vez que adultos e crianças altamente competentes socialmente dissimulam melhor do que as pouco competentes socialmente), bem como a relevância desses resultados para a prática clínica.

MESA REDONDA

MANEJO DA RAIVA

Aloísio Werneck (CEPAF-RJ, Rio de Janeiro-RJ), Mônica Portella (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ), J. Landeira (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ) e Maurício Canton Bastos (UNESA, Rio de Janeiro-RJ).

Palavras Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, raiva, técnicas.

Raiva é um estado interno que é fruto de uma combinação especial de pensamentos, sentimentos e comportamentos, quando alguém pensa que está sendo frustrado por comportamentos injustos de outras pessoas ou por condições desfavoráveis. Há um processo de excitação fisiológica (despertar da apatia) acompanhado da tendência a reagir contra os injustos. Esse estado torna o indivíduo mais sujeito do que o normal a erros perceptivos, de julgamento e de avaliação. Autoridades no campo acreditam que pessoas irritadas (assim como pessoas deprimidas) são instáveis para atribuir. Ao mesmo tempo, a raiva é útil justamente por ser uma resposta de proteção contra injustiças. Não lutar pelo que se quer, permanecer passivo enquanto outros se aproveitam, impede o sujeito de alcançar suas metas. Confinar raiva, abster-se de expressá-la, não faz com que ela desapareça. Na verdade, quanto mais isso acontece, maior a probabilidade de que problemas físicos (úlceras, pressão alta ou outras reações psicossomáticas) aconteçam. A raiva não expressa pode facilmente fazer com que a pessoa se torne excessivamente crítica ou rigorosa consigo mesma. Inversamente, se você expressa livremente sua raiva, outros problemas podem aparecer: as pessoas podem perceber isso como uma agressão sua, o que pode eliciar hostilidade nelas. O treinamento em lidar com a raiva, popular há muitos anos nos EUA, ainda não se disseminou plenamente no Brasil. Estudos norte americanos destacam algumas estratégias para lidar com a raiva: 1) Treinamento em assertividade – Como diz o ditado popular: quem bate, esquece; quem apanha, não. Enquanto os comportamentos passivos não atendem ao desejo de justiça que caracteriza a raiva, os agressivos podem eliciar ainda mais hostilidade na relação. Em geral, o equilíbrio de uma postura assertiva traz os melhores resultados. 2) Relaxamento - Exercícios simples de relaxamento, como respirar fundo ou relaxamento por imagens mentais, podem servir para acalmar a raiva. 3) Reestruturação cognitiva - Quando se está com raiva, é comum que a realidade seja interpretada de modo distorcido, gerando pensamentos automáticos exagerados e insensatos. Tente substituir esses pensamentos por outros mais racionais. 4) Solução de problemas - Nem todo problema tem solução. Se o sujeito faz uma tentativa séria de lidar com seus problemas, a tendência é que, num eventual caso de fracasso, ele se torne menos suscetível a perder a paciência ou cair num modo de pensamento tudo-ou-nada. 5) Comunicação - A primeira coisa a se fazer numa discussão raivosa é “desacelerar” e pensar cuidadosamente antes de falar. Ao mesmo tempo, escute com o mesmo cuidado o que seu interlocutor está dizendo. 6) Humor - O relaxamento provocado pelo humor pode proporcionar uma visão mais equilibrada da situação. Os objetivos do presente trabalho são: 1) Apresentar essa intervenção, que pode ser feita individualmente ou em grupo. 2) Mostrar as conseqüências benéficas de um tratamento bem sucedido desse tipo: ganhos de auto-estima, relacionamentos mais recompensadores, relações interpessoais mais saudáveis, enfim, aumento geral no nível de bem-estar.

MESA REDONDA

A INFLUÊNCIA DE TRANSTORNOS PSIQUIÁTRICOS NA VIDA CONJUGAL Monique Bertrand (Pontifícia Universidade Católica, Rio de Janeiro, R.J.).

Palavras chave: Transtorno psiquiátrico, psicoterapia individual, casamento.

Com frequência recebemos em nossos consultórios pacientes, que são casados, em busca de psicoterapia individual para tratamento de transtornos psiquiátricos como, por exemplo, depressão, ansiedade generalizada e transtorno obsessivo compulsivo. Observamos que a problemática do paciente afeta diretamente a qualidade de sua vida conjugal. A indicação de uma terapia de casal pode ser necessária quando os prejuízos são significativos. Entretanto, às vezes, o cônjuge não se mostra disponível para essa proposta, ou há inviabilidade financeira para que se mantenham os dois tratamentos. Nesses casos a psicoterapia individual pode e deve abarcar como objetivo a melhoria do relacionamento do casal. É claro que a evolução do processo psicoterápico junto à queixa principal do indivíduo certamente deverá beneficiar seu casamento, mas é importante que o psicoterapeuta consiga mostrar de forma clara como a patologia do paciente atingiu seu matrimônio e como possivelmente colabora na manutenção de círculos viciosos destrutivos na relação. Por exemplo, se ele está deprimido, provavelmente sua negatividade e desânimo se estendem à rotina do relacionamento. Além das distorções cognitivas típicas da depressão, ele pode recusar-se a sair e participar de eventos sociais, preferindo o isolamento. Pode ainda afastar-se dos filhos e das obrigações domésticas, evitar o contato sexual e fazer demandas excessivas de atenção ao cônjuge. Já, se a queixa individual envolve ansiedade elevada, o excesso de preocupação, a desconfiança e a irritabilidade podem comprometer a relação. Pacientes com transtorno obsessivo compulsivo podem se tornar impicantes e absurdamente exigentes em relação a hábitos de higiene e limpeza, acusando seus parceiros de falta de colaboração ou então arrastar o cônjuge para uma vida de restrições. Muitas vezes ter uma entrevista com o outro membro do casal é necessário para a obtenção de informações relevantes, além de paralelamente trazer alguma esperança para esse de que a psicoterapia está considerando também a extensão dos danos na vida conjugal e, portanto ele não está mais sozinho no enfrentamento das dificuldades geradas pela patologia de seu companheiro. Em minha prática clínica tenho recebido muitos feedbacks sobre a melhoria da vida conjugal a partir de intervenções na psicoterapia individual. Estas envolvem a conscientização da responsabilidade do cliente nos danos provocados no matrimônio em função de sua patologia, a reestruturação cognitiva, a revisão de suas crenças errôneas sobre o casamento (mitos conjugais), mudanças comportamentais bem como desenvolvimento de atitude empática e habilidades sociais. O objetivo desta apresentação é sensibilizar outros terapeutas para o fato de que, mesmo aqueles que não atendem casais, podem contribuir com eficácia para a felicidade conjugal dos pacientes que os procuram com queixas de transtornos psiquiátricos, diminuindo o risco das prováveis separações geradas pelo desgaste que tais patologias provocam no cônjuge e na família como um todo.

MESA REDONDA

A IMPORTÂNCIA DAS TÉCNICAS NO PROCESSO PSICOTERÁPICO

Fátima Campos (Consultório Particular, Rio de Janeiro, R.J.)

Palavras chave: técnicas, terapia cognitiva comportamental e tratamento.

O presente resumo tem por objetivo apresentar o resultado de uma breve revisão bibliográfica das mais importantes técnicas cognitivas e comportamentais, tais como reestruturação cognitiva, solução de problemas, treinamento de habilidades sociais e exposição ao vivo e por imaginação no processo psicoterápico, a fim de saber como essas técnicas no tratamento individual influenciam o casamento do paciente? A terapia cognitiva comportamental usa um conjunto de técnicas no tratamento de seus pacientes. Essas técnicas visam modificar reações emocionais, pensamentos e comportamentos que prejudicam os mesmos. A aplicação dessas técnicas visa entre outras coisas, estabelecer uma comunicação mais saudável entre o casal. A comunicação é mais abrangente e complexa em nossas vidas do que nos damos conta; ao falarmos emitimos também as nossas preocupações, sentimentos, a visão de nós e do outro. Quando conturbada, a comunicação pode levar um casal a situações pouco confortáveis e até mesmo a separação. Quando as pessoas se unem, ambas possuem características próprias de expressar o que sentem e pensam, que absorveram ao longo da vida com suas famílias e outros relacionamentos. Ao se relacionarem com seus parceiros, no intuito de vida a dois, o amor não serve de tradutor se a comunicação está em déficit. Então se inicia o desencontro; quando um fala o outro não ouve, um simples pedido soa como uma ordem, uma reclamação sugere insatisfação e desqualificação. São inúmeras as situações onde a comunicação passa a ser utilizada como uma arma na luta de poder entre o casal levando-os a discussões estressantes e intermináveis, tornando-os tão envolvidos em quem está com a razão, que os impede desta maneira de ter um bom diálogo entre si, sendo assim se refugiam em seus mundos. Deste modo a relação já esta contaminada pelo não dito e pelas frustrações e mágoas que se acumularam em cada parceiro. Neste momento qualquer palavra, gesto, olhar, atitude poderá contribuir para um ciclo vicioso, que se alimenta a cada movimento do casal, até ocorrerem fatos na vida que exijam do casal um rearranjo, podendo levá-los ao seu reencontro ou desencontro. Conclui-se que, no que se refere ao foco do trabalho supracitado, as técnicas cognitivas comportamentais ajudam o casal a restabelecer um bom diálogo e assim uma relação saudável entre si, mesmo que as técnicas sejam aplicadas na terapia individual focando o relacionamento do paciente, se este traz como queixa para terapia, dificuldades no relacionamento conjugal.

MESA REDONDA

OS FATORES COGNITIVOS RELEVANTES NOS RELACIONAMENTOS CONJUGAIS

Denise Rodrigues (Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras chave: relacionamento, cognitivo, conjugal.

De acordo com o ponto de vista da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental vários podem ser os fatores (comportamentais, cognitivos, afetivos e sociais) que podem determinar o início, a manutenção e o fim de um relacionamento conjugal. O presente trabalho terá como objetivo refletir, de forma sintética, sobre alguns destes fatores. Em especial, será dada maior atenção aos fatores cognitivos. Ou seja, serão discutidos quais crenças, pensamentos ou formas de processamento de informação podem contribuir para estes três momentos, citados acima, pelos quais um casal pode passar. Serão discutidos fatores como: a maneira como cada parceiro percebe a relação de poder ou influência que se estabelece no relacionamento; as expectativas que deposita em si mesmo, no outro e no próprio relacionamento; as crenças, distorcidas ou não, que cada um desenvolve em relação a si mesmo e ao parceiro; os mecanismos de busca de causas de sucesso e/ou fracasso do relacionamento; a forma como cada um percebe seus próprios investimentos, e os do outro, no relacionamento. O ponto de partida para tais reflexões será a idéia de que, no relacionamento conjugal, cada parceiro busca uma troca de recursos, materiais e emocionais, que seja proporcional ao investimento que cada um faz e que espera que o outro faça. Da mesma forma, cada parceiro, em função de seus investimentos, assumirá papéis diferenciados, não somente dentro do relacionamento, mas também em diferentes momentos do mesmo. Dependendo, ainda, da atuação dos fatores citados, várias dificuldades de relacionamento podem ocorrer como: um aumento nos níveis de ansiedade e insatisfação, inibindo as iniciativas de interação com o parceiro; um aumento nas avaliações distorcidas que enfatizam a incapacidade e o fracasso; um aumento das expectativas e crenças irracionais; uma falha na identificação de sinais importantes da interação; erros de percepção que geram interpretações errôneas acerca do outro, do ambiente e de si mesmo, e outros.

MESA REDONDA

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO CONJUGAL

Denise Rodrigues (Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, RJ) Neli Bernardo (Consultório Particular, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras chave: relacionamento, conjugal, satisfação

Sentir-se satisfeito em um relacionamento envolve vários fatores, e entre eles, podemos citar: o tipo de relacionamento que é e representa para cada parceiro, o quanto cada parceiro se sente fazendo realmente parte do relacionamento, e o que cada um espera deste relacionamento. Por outro lado, uma das recompensas intrínsecas de um relacionamento é a satisfação que cada um espera obter do mesmo. E, assim, pode-se dizer que os dois aspectos citados acima fazem com que o ser humano, em sua maior parte, não consiga viver só, e, por isto, busque um parceiro que considere ideal. Em um questionário de levantamento realizado com pessoas que se dispuseram a responder, via internet, algumas questões relativas à sua satisfação conjugal, observaram-se alguns fatores, como: a satisfação nos relacionamentos amorosos parece estar ligada diretamente ao tipo de relacionamento, seja ele namoro, noivado ou casamento; ao tempo de duração de tais relacionamentos e outras variáveis. O propósito desta apresentação é divulgar os resultados obtidos junto a estas pessoas, bem como suscitar questionamentos que possam ser relevantes para o tema. É importante salientar que o questionário citado foi respondido por cerca de três mil pessoas, e que a intenção do mesmo era, inicialmente, traçar um perfil não científico dos casais que se dispunham a respondê-lo, suas principais dificuldades nos relacionamentos amorosos, pois era nossa crença de que, com este levantamento, pudéssemos estabelecer estratégias psicoterápicas mais eficazes de auxiliar estes casais, do ponto de vista da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. Não foi nosso intuito, inicialmente, seguir um modelo de pesquisa que obedecesse aos passos obrigatórios de uma pesquisa científica. Porém, cabe ressaltar que, de posse destes resultados, que nos permitiram traçar um panorama geral, o nosso objetivo será desenvolver tal pesquisa.

MESA REDONDA

O TRATAMENTO DE VÍTIMAS DE TRAUMA ATRAVÉS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. Patrícia Porto (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras chaves: Transtorno de Estresse Pós-traumático, Terapia cognitivo-comportamental, ansiedade.

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade precipitado por um trauma. O indivíduo envolvido com uma experiência traumática perde o controle físico e psicológico da situação, experimentando níveis elevados de ansiedade, alterando os padrões normais da neuroquímica e, logo, das cognições, dos afetos e dos comportamentos. A característica central do TEPT é que seu desenvolvimento está ligado a um evento traumático de natureza extrema, associada a uma resposta intensa de medo, desamparo ou horror. Em decorrência ao evento traumático, desenvolvem-se três dimensões de sintomas: o re-experimentar do evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica. O TEPT é diagnosticado se esses sintomas persistirem por quatro semanas após a ocorrência do trauma e levarem a um comprometimento social e ocupacional significativo. Assim, o TEPT tem como características centrais: o evento traumático e a tríade psicopatológica. A recorrência de memórias vívidas, incontroláveis, na forma de *flashbacks* ou pesadelos, sinaliza no sentido de um déficit na memorização da situação traumática. A contínua evocação dessas memórias parece ser um dos mecanismos subjacentes à manutenção dos sintomas de TEPT por longos períodos de tempo. Os pacientes descrevem as memórias ligadas ao trauma como autônomas ou parasitárias. O TEPT pode ser considerado uma modalidade de patologia da memória, segundo alguns autores, devido aos sintomas de revivescência do trauma, que é uma característica peculiar desse Transtorno. A Terapia Cognitivo-comportamental tem se mostrado bastante eficaz no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos, dentre eles os transtornos de humor e de ansiedade. A literatura aponta que a Terapia Cognitivo-Comportamental tem modelos de tratamento com elevados índices de eficácia, facilitando a replicabilidade dos achados e preservando uma atitude científica e ética com os pacientes com TEPT. Embora as pesquisas quanto aos tratamentos sejam, mais frequentemente, sobre transtorno de humor e outros de ansiedade, os estudos a respeito de etiologia e tratamento do TEPT estão se tornando cada vez mais freqüentes. No tratamento, duas estratégias são de grande importância: exposição à experiência traumática e reestruturação cognitiva. A exposição envolve duas etapas: a exposição imaginária e a exposição *in vivo*. A reestruturação cognitiva é baseada na idéia de que identificar e modificar interpretações catastróficas e irrealísticas da experiência traumática leva a uma redução sintomática. Assim, reestruturação promove a mudança dos pensamentos mal adaptativos sobre o evento traumático que o paciente desenvolveu. Dessa forma, o processamento bem sucedido do evento traumático depende do engajamento emocional com a memória traumática, a organização da história do acontecimento e a reestruturação dos pensamentos disfuncionais que normalmente ocorrem após o trauma. Informações sobre o TEPT e seus efeitos na vida do paciente, assim como habilidades para manejar os sintomas de ansiedade também são pontos relevantes na terapia. Por conseguinte, as estratégias de psicoeducação e treino de relaxamento devem fazer parte do tratamento do TEPT .

Mesa -redonda

A INFLUÊNCIA DA PERSONALIDADE TIPO A EM PACIENTES COM A SÍNDROME DO PÂNICO – Juliana Caversan de Barros (Centro Psicológico de Controle do Stress – Rio de Janeiro, RJ, Instituto Fluminense de Saúde Mental – Niterói, RJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ) .

Palavras Chaves: Personalidade Tipo A, Síndrome do Pânico, estratégias de manejo

As cobranças e pressões do mundo moderno contribuem cada vez mais para a crescente prevalência dos Transtornos de Ansiedade. Indivíduos que possuem vulnerabilidades psicobiológicas, expostos à ambientes facilitadores, podem desenvolver quadros de stress, fobias, ansiedade generalizada, pânico, dentre outros. Identificar os fatores desencadeantes e preditores desses transtornos se faz de extrema importância para o desenvolvimento de estratégias adequadas de manejo. O objetivo dessa conferência é explorar a influência da Personalidade Tipo A no Transtorno do Pânico. Esta, também chamada de “doença da pressa”, caracteriza-se por perfeccionismo, sobrecarga de atividades, tendência ao trabalho contínuo, hostilidade, competitividade, dificuldade para concluir determinadas tarefas, incapacidade de relaxamento, constante insatisfação, etc. Foi estudada pela primeira vez em 1950 por Friedman e Rosenman, ambos cardiologistas que pesquisavam características de comportamento de pacientes coronarianos. Eles chegaram à conclusão de que existiria um tipo de personalidade que estaria relacionado à maior propensão para a cardiopatia isquêmica. Isso ocorre porque pessoas que possuem alguns traços de personalidade, normalmente de natureza ansiosa, são mais propensas a problemas coronarianos do que pessoas sem esses traços. Sempre experimentamos um grau de ansiedade excessivo, uma série de reações fisiológicas são desencadeadas, dentre elas um aumento dos batimentos cardíacos e constrição dos vasos e artérias, o que contribui para o aumento da pressão sanguínea. Esse é um mecanismo natural de nosso organismo para recuperar seu equilíbrio, ou seja, sua homeostase. Quando ativado de forma adequada, ou seja, em situações de stress real, essa ativação não nos causa danos; o problema surge quando a ativamos constantemente, sem que haja um perigo concreto. É o caso de indivíduos que possuem a característica de personalidade denominada Tipo A, os quais se envolvem em situações altamente ansiogênicas, constantemente. Muitos deles, quando procuram ajuda psicológica, já desenvolveram o Transtorno do Pânico, que é marcado por um conjunto de reações fisiológicas desencadeadas em situações percebidas pelo indivíduo como potencialmente perigosas, as quais levam o mesmo a acreditar que pode morrer ou perder seu controle. O profissional, ao constatar a presença do padrão de Personalidade Tipo A em pacientes com o Transtorno do Pânico, deverá ser cuidadoso no manejo da mesma, uma vez que ela oferece muitas vantagens para esses indivíduos. O que é bastante compreensível, pois o mercado de trabalho supervaloriza funcionários que se esforçam para serem extremamente competentes, que assumem várias responsabilidades, que levam trabalho para terminar em casa, etc. O que precisa ser abordado com o paciente são os efeitos negativos desse padrão de comportamento, a necessidade de se organizar para não se sobrecarregar, a importância de respeitar seus limites, e a construção de um estilo de vida saudável e com maior qualidade.

Mesa -redonda

TÍTULO: SENHOR PREOCUPAÇÃO: UM CASO CLÍNICO DE TOC NA INFÂNCIA. Priscila Tenenbaum Tyszler. PSICÓLOGA Clínica (UFRJ). Terapeuta Cognitivo Comportamental, Especialista em Saúde Mental e Desenvolvimento infanto-juvenil – Santa Casa de Misericórdia, RJ.

Palavras chaves: TOC, ansiedade, Terapia Cognitiva, infância e adolescência.

O Presente trabalho tem como objetivo discorrer sobre o Transtorno Obsessivo Compulsivo na infância e adolescência e o seu tratamento a luz da Terapia Cognitivo Comportamental. O Transtorno Obsessivo Compulsivo refere-se a um dos transtornos ansiosos que pode ter seu início precoce na infância. Segundo a OMS, um terço dos adultos que buscam terapia para o TOC apresentavam sintomas desde a infância. Este transtorno foi assim nomeado por apresentar Obsessões e/ou Compulsões e Evitações. Obsessões são pensamentos, imagens ou impulsos recorrentes e persistentes, que são intrusivos e na maioria das vezes sem sentido. Vem acompanhado de afetos negativos como medo, nojo, dúvida ou sensação de incompetência. Compulsões são comportamentos repetitivos, ritualizados, propositais e regidos por regras ou executado de forma estereotipada a fim de neutralizar ou aliviar as Obsessões. Podem ser observáveis (ex lavar) ou mentais (ex. Contar). A Evitação é o comportamento de esquiva diante de um evento fóbico. No caso do TOC, um paciente com Obsessão de contaminação pode evitar tocar em locais públicos, entrar de sapatos em casa, etc. As obsessões mais comuns tem como conteúdo contaminação, machucar-se ou a outros, Conteúdo agressivos, Conteúdo Sexual, Escrupuloso/ religioso, Pensamentos Proibidos, Urgência por simetria, Necessidade de Contar, perguntar ou confessar. As Compulsões mais comuns são lavar, repetir, checar, tocar, contar, ordenar e rezar. A terapia Cognitiva vem sendo considerada primeira escolha no tratamento do TOC através de técnicas como Exposição e Prevenção de Resposta, que consiste em eliciar a obsessão e prevenir o ritual, a Reestruturação cognitiva e o relaxamento. A psico-educação é de extrema importância. Na infância e adolescência, a orientação aos pais e seu engajamento como co-terapeutas é essencial. Um caso clínico será apresentado afim de ilustrar as etapas do tratamento, assim como as nuances criativas do atendimento com crianças e adolescentes. I., 12 anos, sexo feminino, foi diagnosticada pelo Psiquiatra com TOC. Tem história famílias não diagnosticada de TOC (Avo paterna). Apresenta obsessões predominantemente relacionadas a contaminação com rituais de lavagem. Iniciou o tratamento com a pele ressecada, e apresentando vermelhidão e pequenas feridas, além de prejuízo social e uma depressão moderada. Conclusão: Após 10 meses de tratamento, muitos de seus rituais foram extintos, as evitações diminuíram significativamente e a pele da mão totalmente regenerada, não havendo mais prejuízos sociais ou depressão.

Modalidade: mesa -redonda

CO-TERAPIA COMO MAIS UMA FERRAMENTA PARA O TRATAMENTO DOS DIVERSOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE. Aline Sardinha.

Palavras chaves: co-terapia, exposição, transtornos de ansiedade.

Este trabalho tem por objetivo apresentar as estratégias que podem ser utilizadas pelo co-terapeuta para auxiliar no tratamento dos transtornos de ansiedade. Diversas técnicas comportamentais podem ser usadas no tratamento destes transtornos. A Dessensibilização Sistemática, desenvolvida por Wolpe, na década de 40 e utilizada no tratamento de fobias, consiste na inibição recíproca da ansiedade pelo estabelecimento de uma resposta incompatível (relaxamento). Esta técnica provoca um contra-condicionamento que enfraquece a associação entre o estímulo ansiogênico e a resposta de ansiedade, associando-o a uma sensação de relaxamento. Atualmente utiliza-se prioritariamente a técnica de Exposição, desenvolvida por Meyer nos anos 60. Esta técnica consiste na exposição gradual ou abrupta do paciente aos estímulos ou situações ansiogênicas, normalmente evitadas. Tal exposição pode ser realizada ao vivo ou através de imagens. Os processos comportamentais que embasam esta técnica são a habituação, quando a resposta de ansiedade é enfraquecida na medida em que o estímulo aversivo é apresentado repetidamente; e a extinção, em que a consequência aversiva esperada não ocorre naquela situação. Desta forma, a exposição deve durar tempo suficiente para permitir que a ansiedade aumente significativamente, atingindo seu máximo, e se reduza naturalmente. Se o procedimento é interrompido antes que ocorra uma redução significativa da ansiedade, o resultado será o reforçamento negativo do comportamento de fuga da situação ansiogênica, em função do alívio obtido, mantendo, desta forma, o transtorno. A Exposição também auxilia a intervenção cognitiva, ao desenvolver no paciente um senso de controle e ao poder ser utilizada como evidência contrária às crenças mantenedoras do transtorno do paciente. A partir deste princípio, diversas variações foram testadas, com bastante sucesso. Para o Transtorno do Pânico, por exemplo, a técnica de Exposição Interoceptiva atua sobre o condicionamento interoceptivo, rompendo a associação entre as sensações físicas e as reações de pânico. Outro exemplo é a técnica de Exposição e Prevenção de Respostas, eficaz no tratamento do TOC. Este procedimento consiste em expor o indivíduo aos estímulos ansiogênicos e, ao mesmo tempo, prevenir a emissão de respostas compulsivas. Todos estes procedimentos têm se mostrado importantes no tratamento dos transtornos de ansiedade. Entretanto, na prática clínica, observa-se que a utilização destas técnicas requer supervisão, até que o paciente adquira confiança na técnica e tenha habilidades para enfrentar e manejar com a ansiedade, sem emitir comportamentos de fuga. É neste momento que se torna muito importante a figura do co-terapeuta. Estudos sugerem ainda que a exposição controlada por um terapeuta é mais eficaz do que a exposição auto-controlada. Isto se torna claro quando pensamos que cada uma das técnicas requer cuidado na aplicação e atenção para modificar, introduzir ou retirar procedimentos conforme as respostas do paciente e as condições do contexto. Um co-terapeuta treinado poderá manejar com as possíveis adversidades e auxiliar o paciente a reestruturar os pensamentos disfuncionais, contribuindo para o sucesso e a adequada aplicação da técnica e aumentando a probabilidade de estas situações ocorrerem conforme foram planejadas pelo terapeuta.

Mesa-redonda

PSICOLOGIA E SEGURANÇA PÚBLICA

Salvador Juliano Neto (Departamento de Polícia Federal – RJ)

Palavras-chave: Polícia, Lei, Porte de Arma, Psicologia

O Sistema Nacional de Armas – SINARM foi por meio da Lei nº 10.826, de 22/12/2003, que dispõe sobre o registro, posse e comercialização de armas de fogo. Com esta Lei, tornou-se obrigatória a avaliação psicológica para o candidato que desejar obter o porte de arma. O Departamento de Polícia Federal, como primeira medida para viabilizar o que exige a Lei, constituiu uma comissão composta por Psicólogos, que seriam responsáveis pela normatização de todos os procedimentos relacionados à avaliação psicológica para expedição de autorização para compra de armas de fogo e concessão de porte das mesmas. Esta normatização engloba a elaboração do Manual do Psicólogo, Ordem de Serviço, assim como o credenciamento de psicólogos para atuarem junto ao SINARM. Foi feito estudo para elaborar o perfil do portador de arma de fogo através das avaliações psicológicas para o porte de arma até então realizado no DPF, e também toda a experiência nos concursos e atendimentos aos policiais federais. Após a elaboração do perfil do portador de arma de fogo, foi feita consulta ao Conselho Regional de Psicologia para definição dos instrumentos de avaliação. Foram escolhidos uma gama de aproximadamente 16 instrumentos, que no entender da comissão avaliam de forma bastante satisfatória. Outro aspecto importante foi com relação ao credenciamento dos profissionais que irão trabalhar com avaliação psicológica para o SINARM. A comissão elaborou uma Ordem de Serviço que normatizou todos os procedimentos referentes à rotina do profissional credenciado. A concessão do porte de arma de fogo é uma realidade e cabe à Psicologia intervir para garantir que tudo seja feito no sentido do cumprimento da Lei. Esta é mais uma oportunidade para que possamos mostrar o nosso trabalho e contribuir com a segurança e o bem-estar da sociedade.

MESA-REDONDA

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA OBTENÇÃO DO PORTE DE ARMA DA COMPANHIA DOCAS DO ESPÍRITO SANTO

Alexandre Monteiro, Ana Paula Palmesciano, Hilda Lúcia Richter, Mariusa S. de Oliveira, Rachel Valadão, Renata Abreu, Reni Cifali, Salvador Juliano Neto
Departamento de Polícia Federal – Rio de Janeiro

PALAVRAS-CHAVES: Docas Espírito Santo, porte de arma, psicoterapia

A Polícia Federal tem a competência para fazer a avaliação psicológica para a obtenção do porte de arma na Companhia Docas do Espírito Santo. Com a obrigatoriedade da avaliação psicológica para a obtenção do porte de arma, foi possível para a equipe de Psicologia realizar estudos e produzir resultados sobre os transtornos emocionais ocorridos por consequência de estresse laboral e distúrbios de personalidade. Os resultados mostram que foram avaliados 174 pessoas, com idades compreendidas entre 18 e 57 anos, sendo 86% do sexo masculino e 14% do sexo feminino. O total de examinandos inaptos foi de 22%, sendo que 77% são do sexo masculino e 23% do sexo feminino. Através dos dados levantados, constatou-se que 62% da totalidade dos examinandos reprovados têm a idade compreendida entre 21 e 30 anos, dados esses que preocupam pois tendo em vista dados comparados com indivíduos da mesma faixa etária, o índice de reprovação tem apresentado números bem menor. O examinando reprovado tem a possibilidade de refazer o teste após 90 dias e o Serviço de Psicologia da Polícia Federal propõe que antes que seja feita a nova avaliação o candidato reprovado passe por um acompanhamento terapêutico para que possa realizar o tratamento adequado ao quadro apresentado pelo resultado dos testes.

MESA REDONDA

AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA PARA OBTENÇÃO DO PORTE DE ARMA DA COMPANHIA DOCAS DO RIO DE JANEIRO

Alexandre Monteiro, Ana Paula Palmesciano, Hilda Lúcia Richter, Mariusa S. de Oliveira, Rachel Valadão, Renata Abreu, Reni Cifali, Salvador Juliano Neto
Departamento de Polícia Federal – Rio de Janeiro

PALAVRAS-CHAVES: Docas Espírito Santo, porte de arma, psicoterapia

Com a nova lei sobre o porte de arma, a Polícia Federal tem a competência para fazer a avaliação psicológica para a obtenção do porte de arma na Companhia Docas do Rio de Janeiro. Com a obrigatoriedade da avaliação psicológica para a obtenção do porte de arma, foi possível para a equipe de Psicologia realizar estudos e produzir resultados sobre os transtornos emocionais ocorridos por consequência de estresse laboral e distúrbios de personalidade. Os resultados mostram que foram avaliados 227 pessoas, com idades compreendidas entre 19 e 58 anos, sendo 94% do sexo masculino e 6% do sexo feminino. O total de examinandos inaptos foi de 32%, sendo que 97% são do sexo masculino e 3% do sexo feminino. Através dos dados levantados, constatou-se que 60% da totalidade dos examinandos reprovados têm a idade compreendida entre 41 e 50 anos, dados esses que preocupam pois tendo em vista os dados comparados com indivíduos da mesma faixa etária, o índice de reprovação tem apresentado números bem menor. Após o resultados dos testes e da entrevista individual, os candidatos inaptos, após 90 dias têm o direito de refazer tal avaliação. O examinando reprovado tem a possibilidade de refazer o teste após 90 dias e o Serviço de Psicologia da Polícia Federal propõe que antes que seja feita a nova avaliação o candidato reprovado passe por um acompanhamento terapêutico para que possa realizar o tratamento adequado ao quadro apresentado pelo resultado dos testes.

MESA REDONDA

TÍTULO DO TRABALHO: ESTRESSE DOS POLICIAIS

Alexandre Monteiro, Ana Paula Palmesciano, Hilda Lúcia Richter, Mariusa S. de Oliveira, Rachel Valadão, Renata Abreu, Reni Cifali, Salvador Juliano Neto
Departamento de Polícia Federal Rio de Janeiro

PALAVRA CHAVE: policiais, estresse, porte de arma

A combinação de fatores no trabalho policial – lidarem com situações terríveis e com vítimas traumatizadas, trabalhar sob a ameaça do perigo físico, em sua vida privada sentir-se cassado pelo crime organizado, família ameaçada – resultam em um estresse avassalador. É esta quantidade anormal de estresse que explica os suicídios, divórcios, alcoolismo, alto índice de doenças cardiovasculares com número excessivo de licenças médicas advindas de estresse. Com o crescimento da criminalidade, novas leis são criadas para combatê-las, as atividades dos policiais tornam-se mais complexas, assim como os problemas inerentes à profissão. A freqüente exposição dos policiais no seu cotidiano a situações de extrema tensão (presenciar um companheiro sendo abatido, ter sua casa invadida, ser identificado como policial, etc.), nestes casos é freqüente que o policial apresente o transtorno de estresse pós-traumático. Nosso trabalho consiste no atendimento aos policiais, seus familiares, agentes administrativos e demais servidores. Para o atendimento na unidade do Rio de Janeiro, é utilizada como metodologia a TCC. Esta Terapia nestes casos mostra um resultado altamente satisfatório.

MESA-REDONDA

PSICOLOGIA , SEGURANÇA PÚBLICA E PRIVADA, APLICAÇÕES DA TCC NO TRABALHO COM OS AGENTES DE SEGURANÇA

Alexandre Monteiro, Ana Paula Palmesciano, Hilda Lúcia Richter, Mariusa S. de Oliveira, Rachel Valadão, Renata Abreu, Reni Cifali, Salvador Juliano Neto
Departamento de Polícia Federal Rio de Janeiro

PALAVRAS CHAVE: lei, porte de arma, trabalho

A combinação de fatores no trabalho policial que lida com situações de crise e com vítimas traumatizadas, trabalhando sob ameaça do perigo físico, sentindo-se cassado pelo crime organizado, resultam em transtornos tais como: estresse, alcoolismo, depressão, etc, explicando o alto índice de suicídios, divórcios, doenças cardiovasculares. Com a obrigatoriedade da avaliação psicológica para a obtenção do porte de arma, foi dada a atribuição à Polícia Federal a fazer a avaliação para a obtenção do porte de armas através da lei número 10.286 de 22 de dezembro de 2003 e regulamentada através da ordem de serviço 001 de 11 de agosto de 2004. A partir da implantação da lei, foi possível para a equipe de Psicologia da Polícia Federal, colher dados dos testes aplicados nos Guardas Portuários da Companhia Docas do Rio de Janeiro, na Companhia Docas do Espírito Santo, nos funcionários da Polícia Federal e nos Agentes Penitenciários Federais, para realizar estudos e produzir resultados sobre os transtornos emocionais ocorridos por consequência de estresse laboral e distúrbios de personalidade. A partir das evidências mostradas nas avaliações é possível direcionar o tratamento no sentido de evitar a excessiva ocorrência de licenças médicas para tratamento de saúde.

MESA REDONDA

COMUNICAÇÃO LIVRE

BEM-ESTAR SUBJECTIVO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

Gaspar, Tania (Faculdade de Motricidade Humana (Projecto Aventura Social) / Universidade Técnica de Lisboa - Portugal, Universidade Lusíada de Lisboa - Portugal Doutoranda - Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação - Universidade do Porto Fundação para a Ciência e a Tecnologia - SFRH/BD/22908/2005 – Portugal); Matos, Margarida Gaspar (Faculdade de Motricidade Humana (Projecto Aventura Social) / Universidade Técnica de Lisboa – Portugal); Pais Ribeiro, José Luís (Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação - Universidade do Porto – Portugal); Leal, Isabel (Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Lisboa – Portugal).

Palavras-chave: bem-estar, qualidade de vida relacionada com a saúde, crianças e adolescentes

A equipa portuguesa do projecto Aventura Social colabora com o projecto europeu Kidscreen e já concluiu o processo de tradução e adaptação dos instrumentos (versão para crianças e versão para pais) Kidscreen. O projecto colaborativo e europeu Kidscreen foi desenvolvido com o objectivo de construir um instrumento estandardizado, para medir a qualidade de vida subjectiva em crianças e adolescentes e dos respectivos pais. O instrumento Kidscreen mede 10 dimensões da percepção da qualidade de vida (física, bem-estar psicológico, humor, emoções, auto-percepção, autonomia, ambiente familiar, pares, apoio social, ambiente escolar, violência e recursos financeiros). Um total de 3195 crianças e adolescentes e 2256 respectivos pais foram incluídos nesta análise. Os resultados a consistência interna das 10 dimensões propostas nas crianças e adolescentes (Alpha de Cronbach) varia entre .60 (Auto-percepção) e .88 (Questões económicas), com média global de .80. Em relação aos resultados da escala para pais a consistência interna das 10 dimensões (Alpha de Cronbach) varia entre .64 (Auto-percepção) e .87 (Questões económicas), com média global de .82. Pretende-se uma maior compreensão da percepção de qualidade de vida relacionada com a saúde, a identificação de populações de risco e fornecer a esta população programas de intervenção (individuais, interpessoais e comunitários), devidamente contextualizados e avaliados.

Financiamento: este trabalho foi financiado pela CNI/HIV, FCT e M/Saúde

COMUNICAÇÃO LIVRE

**DISCIPLINA *ONLINE* DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL:
EXPANSÃO DAS FRONTEIRAS DA FORMAÇÃO EM TCC
ATRAVÉS DA EDUCAÇÃO *ONLINE*.**

Angélica Gurjão Borba e Bernard Pimentel Rangé (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, RJ); Marcos da Fonseca Elia (Núcleo de Computação Eletrônica, Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ, RJ).

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Educação a Distância; Tecnologias da Informação e Comunicação.

Este trabalho refere-se a uma pesquisa-ação realizada no Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP-UFRJ) para a introdução de uma Disciplina de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) na modalidade de Educação a Distância (EAD) via WEB. Serviram de base para a versão *online*: a ementa e o conteúdo da disciplina presencial de Terapia (Cognitivo) Comportamental (TCC), ministrada pelo Professor Dr. Bernard Rangé; assim como a Plataforma Interativa para a Internet - Pii (Ambiente Virtual de Ensino-Aprendizagem – AVA), em desenvolvimento pelo Núcleo de Computação Eletrônica (NCE) da UFRJ. Objetivou-se pesquisar a eficiência desta modalidade para o ensino-aprendizagem da TCC sob a premissa inicial de que ambas as modalidades seriam igualmente eficientes. Quanto ao método realizaram-se revisões bibliográficas sobre a expansão da TCC e da EAD, parcerias interpessoais e interinstitucionais e capacitações. Também se previu o planejamento, desenvolvimento e implantação da Disciplina de TCC *Online* no IP-UFRJ. Por se tratar de uma pesquisa-ação, foram utilizados materiais de esclarecimento sobre a nova proposta, assim como questionários que avaliassem os alunos antes e depois do experimento, levando-se em conta perfil de entrada, opiniões finais, resultados de participação e desempenho acadêmico nas provas. A amostra foi de 42 alunos inscritos na Disciplina de TCC, sendo que 34 optaram por fazê-la presencialmente, na modalidade de ensino tradicional (grupo controle) e 8 preferiram ser voluntários para cursá-la à distância (grupo experimental). Os alunos *online* receberam ‘Manual do Aprendiz’ e breve treinamento no Laboratório de Informática do IP, familiarizando-se com o AVA da Disciplina e com sua rotina semanal. Aconteceram 14 semanas-aulas totalmente a distância, constituindo-se os recursos de *chat*, e-mail, grupos de discussão e tarefas formativas os principais meios de ensino-aprendizagem entre alunos e professor. Os alunos foram avaliados por sua participação, além de terem realizado duas provas presenciais idênticas às do grupo controle. Figuram entre os principais resultados: capacitação do professor; curso completo de TCC *online*; elevados índices e notas de participação (90%); evasão (0%); média final da turma *online* elevada (8,2); e média de 450 acessos por aluno no LOG do curso semestral. Os questionários de perfil (pré-testes) revelaram homogeneidade quanto ao conhecimento de TCC e EAD por toda a amostra (42); pequena diferença nos estilos de aprendizagem, com predominância sensorial e visual para os alunos *online*; e impossibilidade de alguns alunos presenciais fazerem a disciplina à distância, pois não tinham computador e internet. Já os questionários de opinião (pós-testes), revelaram elevada satisfação dos alunos *online* por terem realizado a disciplina neste formato, assim como o desejo de alguns alunos presenciais em participarem desta experiência. Houve significativo enriquecimento na percepção dos alunos sobre a EAD, denominando-a uma modalidade de ensino prático, organizado, interativo, eficiente, dinâmico e colaborativo; assim como sobre a TCC, vendo-a como uma abordagem clínica muito aplicável, eficiente, prazerosa, estruturada e profissionalizante. Conclui-se que a modalidade *online* representa uma alternativa viável ao ensino da TCC e que a

EAD com qualidade pode ser desenvolvida por professores presenciais não-especialistas nas novas Tecnologias da Informação e Comunicação, porém dispostos a experimentá-las.

COMUNICAÇÃO LIVRE.

APRESENTAÇÃO E AVALIAÇÃO PRELIMINAR DA ADAPTAÇÃO E TRADUÇÃO DO INVENTÁRIO DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS SOCIAIS

Angela Perez de Sá (UNESA - Rio de Janeiro/RJ; UERJ – Rio de Janeiro/RJ)

Palavras-chave: Competência social, habilidades sociais, resolução de problemas sociais

O presente estudo objetiva a apresentação da tradução e adaptação do Inventário de Resolução de Problemas Sociais - Social Problem-Solving Inventory – elaborado por D’Zurilla e Nezu em 1992. O IRPS é um instrumento de medida multidimensional constituído por 70 itens baseado em um modelo prescritivo de resolução de problemas que caracteriza a resolução de problemas sociais como um processo complexo que implica aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais, que consistem de vários componentes distintos, incluindo as variáveis de motivação geral e um conjunto de outras habilidades específicas. Apresenta duas escalas principais – a Escala de Orientação de Problema (EOP; 30 itens) e a Escala de Habilidades para a Resolução de Problemas (EHRP; 40 itens) – e sete subescalas - cada qual com 10 itens, conforme indicado no instrumento. As subescalas que compõem a EOP são a subescala de cognição (SCg), a subescala de emoção (SE), e a subescala de comportamento (SCp). A subescala de definição e formulação de problemas (SDFP), a subescala de geração de alternativas (SGA), a subescala de tomada de decisões (STD) e a subescala de implementação e verificação de soluções (SIVS) compõem a EHRP. A versão do instrumento aplicada em 175 sujeitos com idades que variavam de 15 a 51 anos (média etária de 28,93 anos) apresentou consistência interna elevada tanto para o resultado total ($\alpha = 0,939$), como para as escalas principais (α EOP = 0,891; α EHRP = 0,932). A média total se mostrou aparentemente mais elevada do que as obtidas para as três amostras americanas, possivelmente devido às condições sócio-culturais relativas ao contexto histórico e econômico da população brasileira. Cabe observar que não foram registradas diferenças significativas entre gêneros, embora a subamostra masculina tenha obtido uma média total maior do que a feminina. Contudo o resultado total do IRPS se correlaciona negativamente com a emergência de ansiedade debilitante em mulheres ($r = -0,438$; $p = 0,001$), relação que não é observada para a subamostra masculina ($r = -0,081$; $p = 0,001$). Um outro aspecto que diferencia o comportamento para resolução de problemas entre homens e mulheres é o fato de o total do IRPS apresentar correlações similares para todas as escalas e subescalas com a exceção da subescala emocional, cuja correlação foi significativamente mais elevada para as mulheres ($r_{\text{f}} = 0,747$; $p = 0,001$ e $r_{\text{m}} = 0,570$; $p = 0,001$) e da subescala de implementação e verificação de soluções ($r_{\text{m}} = 0,809$; $p = 0,001$ e $r_{\text{f}} = 0,697$; $p = 0,001$). Esses resultados não só evidenciam a importância de outras pesquisas serem realizadas para a padronização e validação deste instrumento, como também apontam para as contribuições do mesmo para uma maior compreensão das múltiplas dimensões que subjazem as decisões e os comportamentos humanos.

Comunicação Livre.

AS HABILIDADES SOCIAIS E AS ATRIBUIÇÕES COMO PREDITORAS DA SATISFAÇÃO CONJUGAL – RESULTADOS

Danielle Marques dos Ramos (UERJ, Rio de Janeiro, RJ)

Eliane M. O. Falcone (UERJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chaves: Habilidades sociais, atribuições e satisfação conjugal.

Esta pesquisa pretendeu relacionar habilidades sociais, atribuições e satisfação conjugal, verificando a possível influência destas na construção de um casamento mais adequado. Para tanto, uma investigação foi conduzida com a participação de 60 indivíduos heterossexuais casados de ambos os sexos, sendo 35 mulheres e 25 homens, reunidos a partir de contatos pessoais do pesquisador. Primeiramente foi realizado o desempenho de papéis com o participante e em seguida foram aplicados os inventários e escalas utilizados na pesquisa. Os instrumentos utilizados para a avaliação das habilidades sociais foram o Inventário de Habilidades Sociais Conjugais - IHSC (Villa, 2002) e o desempenho de papéis (constando de cinco situações retiradas da literatura sobre casais e adaptada para a pesquisa); para a avaliação das atribuições empregou-se a escala Medida da Atribuição em Relacionamentos - RAM (sigla em inglês) (Bradbury & Fincham, 1992) e o desempenho de papéis; a satisfação conjugal foi mensurada a partir da Escala de Satisfação Conjugal (Dela Coleta, 1989). Os resultados obtidos demonstraram que: (1) para a hipótese de que indivíduos com comportamento social adequado apresentam satisfação conjugal significativamente superior quando comparados aos indivíduos de comportamento social inadequado, apenas o fator aspectos estruturais e a medida global da ESC apresentaram resultados significativos para os comportamentos sociais adequados do IHSC; (2) para a hipótese de que indivíduos com atribuição adaptada apresentam comportamento social adequado significativamente superior quando comparados com indivíduos que revelam atribuição desadaptada, apenas no fator expressão de desacordo ou desagrado do IHSC foi observada diferença significativa para o grupo de atribuição adaptada e (3) para a hipótese de que indivíduos que fazem atribuições adaptadas apresentam satisfação conjugal significativamente superior quando comparados a indivíduos que fazem atribuições desadaptadas, verificou-se que as atribuições adaptadas estavam relacionadas à satisfação conjugal, considerando-se ambos os instrumentos que mediram as atribuições. De uma maneira geral, as hipóteses relacionando habilidades sociais e satisfação conjugal e as que consideravam habilidades sociais e atribuições adaptadas não foram corroboradas neste estudo ao passo que a hipótese relacionando atribuições adaptadas e satisfação conjugal pôde ser. Estudos futuros utilizando uma população maior podem ser mais elucidativos a respeito das relações entre habilidades sociais e satisfação conjugal e habilidades sociais e atribuições. Contudo, a relação entre atribuições e satisfação conjugal pôde ser corroborada nesta pesquisa, tal como esperado e relatado pela literatura da área, o que se constitui uma contribuição deste estudo para o meio acadêmico brasileiro, dada à escassez do tema verificada na literatura do país.

Comunicação livre

Financiadora: CAPES

A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL EM PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS NOS CASOS DE CIRURGIA BARIÁTRICA

DÉBORAH BIANCA D. DE CARVALHO(UNESA RIO DE JANEIRO, RJ)

PALAVRAS-CHAVES: OBESIDADE MÓRBIDA, CIRURGIA BARIÁTRICA, TERAPIA COGNITIVA - COMPORTAMENTAL.

O tema deste trabalho é sobre a Terapia Cognitivo Comportamental em pacientes obesos mórbidos que visam à aquisição de estratégias de emagrecimento, através da cirurgia bariátrica. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica, de abordagem qualitativa sobre o assunto. A obesidade é um excesso de tecido gorduroso na composição corpórea dos indivíduos; entretanto, esta nomenclatura é empregada quando, na constituição da massa total do peso do individuo, a gordura corresponde a mais de 20%, no caso dos homens e a mais 30%, no caso das mulheres; estas possuem naturalmente mais gordura, por serem precursoras e portadoras dos hormônios femininos. Estudos da organização mundial de saúde (OMS), realizados em 2004, apontam uma epidemia mundial do excesso de peso. Em estimativa recente, cerca de 60% da população mundial, no ano de 2004, apresentou algum problema relacionado á obesidade. A obesidade pode acarretar alterações no metabolismo, contribuindo para o aparecimento de várias doenças cardiovasculares, diabetes mellittus tipo II, hipertensão arterial, dislipidemia, osteoartrites, apnéia do sono e alguns tipos de câncer; além disso, existem as conseqüências psicossociais no individuo que tem sua auto-estima e imagem corporal depreciadas. No caso da obesidade mórbida, as complicações clínicas e psíquicas podem estar associadas á obesidade. O tratamento para esta doença é sugerido através de uma abordagem multidisciplinar, onde os profissionais de diversas áreas, entre elas medicina clínica e cirúrgica, psicologia e nutrição, atuam em equipe, buscando proporcionar ao paciente obeso mórbido não apenas a oportunidade de se submeter à cirurgia bariátrica, mas, sobretudo, proporcionar subsídios capazes de fortalecer sua estrutura psíquica emocional, conscientizando-os, primordialmente, de que são portadores da doença da obesidade mórbida. A partir deste ponto, torna-se possível uma intervenção psicológica capaz de auxiliar na reestruturação cognitiva do obeso mórbido, e mostrar que a cirurgia bariátrica não é o bastante para garantir o sucesso do tratamento do seu emagrecimento, sendo necessário de que ele esteja imbuído do desejo e motivado em mudar os hábitos alimentares seguidos até então; esta mudança vai atuar em todo o seu psiquismo e cognição, pois proporcionará novos hábitos sociais, ambientais e culturais para o paciente; ele terá que construir novas crenças e através delas estar mais seguro para reconhecer uma nova realidade psíquica e alimentar adequada ao seu novo estilo de vida. O objetivo desse estudo consiste na busca de estratégias que possibilitem ao obeso mórbido um emagrecimento saudável por meio de intervenção cirúrgica bariátrica aliada ao acompanhamento psicológico nas fases pré e pós-operatórias. Deste modo, serão norteadas as contribuições da Terapia Cognitivo Comportamental no pré e pós-operatório, através da promoção da re-elaboração da imagem corporal do paciente e do trabalho de construção de uma nova identidade psíquico-social.

Comunicação Livre

A PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES MASTECTOMIZADAS

ELIANE PIETROLUONGO VIANNA (UNESA, RIO DE JANEIRO, RJ)

PALAVRAS-CHAVE: CANCER DE MAMA, PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL, MASTECTOMIA

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo. Nas últimas décadas têm ocorrido em todo o mundo, significativo aumento da incidência do câncer de mama e conseqüentemente da mortalidade associada à neoplasia. O número de casos novos de câncer de mama esperados para o Brasil em 2006 é de 48.930, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Na região Sudeste é o mais incidente entre as mulheres - de 71 casos novos por 100 mil (Inca, 2006). Ao que tudo indica, o câncer de mama é o resultado da interação de fatores genéticos com estilo de vida, hábitos reprodutivo e meio ambiente. Toda doença nos causa angústias e medos, algumas mais outras menos. O câncer é sem dúvida uma delas. Só a menção de sua palavra nos remete a idéia de dor, sofrimento, perda e talvez finitude. O câncer é uma doença que é, para muitas pessoas, sinônimo do mal. Há uma mudança de hábitos e de comportamentos: uma verdadeira reavaliação de vida. O câncer de mama, objeto de nosso estudo, para a grande maioria das mulheres, significa a retirada da mama. Mama esta que significa alimento materno, vida, sexualidade, beleza. Desta forma, por mais agressivo que seja o diagnóstico, a ameaça de uma amputação é para algumas mulheres a pior conseqüência da patologia. Assim, a psicoterapia cognitivo-comportamental (PCC), juntamente com outras técnicas, nos dá o suporte teórico e prático para lidarmos com a dor de tantas mulheres e as ajudarmos a aceitarem sua perda, suas transformações e mudanças tanto externas quanto internas e desta forma dando oportunidade a elas de realizarem um processo de re-significação de suas vidas. O processo de reabilitação consta de 3 fases e é necessária uma equipe multidisciplinar para que se possam trabalhar os aspectos de natureza física, emocional e social: 1. Pré-tratamento - apoio psicológico, avaliação postural e das limitações de amplitude de movimento. Pacientes que estão em radioterapia – fibrose periarticular, levando a diminuição de amplitude de movimento. 2. Tratamento ativo – Reabilitação. 3. Pós-tratamento – Retomada das atividades. Apoio psicológico. Uso de próteses ou reconstrução mamária. Nesta última fase, o apoio psicológico da PCC pode auxiliar a identificar, avaliar, controlar e a modificar as crenças que comandam a sua visão sobre o câncer e que podem ser disfuncionais, podem ser: "Câncer é sinônimo de morte"; "Não me sinto mulher sem a mama" ou "Estou inválida". Além de uma mudança de comportamento no que diz respeito a como lidar com a limitação dos movimentos por dor, por fibrose pós-operatória ou pós-radioterapia e Importância dos nódulos linfáticos axilares na proteção das infecções do braço entre outros. Assim as técnicas da PCC são um forte aliado no acompanhamento de pacientes mastectomizadas.

COMUNICAÇÃO LIVRE

A IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO MÉDICO/PSICOTERAPÊUTA NA INTERVENÇÃO CLÍNICA DA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Professora Ms.: Ana Claudia Corrêa de Ornelas Maia
(Universidade Estácio de Sá – UNESA – Resende)

PALAVRAS-CHAVE: comunicação; psicotrópicas e autonomia.

Este trabalho ressalta a importância da comunicação médico/psicoterapeuta na intervenção clínica sob a luz da abordagem cognitivo-comportamental, visto que, a ética do tratamento prevalece um limite na atuação tanto do médico quanto do psicoterapeuta. Embora a abordagem cognitivo-comportamental seja a que está mais próxima da linguagem científica, não soluciona todos os problemas trazidos pelo paciente, entretanto a comunicação se baseia numa similaridade de propósitos com relação aos objetivos do tratamento. Movidos por um velho hábito muitos pacientes antes de recorrerem a ajuda da psicoterapia, procuram a ajuda médica para aliviarem rapidamente os seus sintomas através de medicações psicotrópicas, e, com isso, não necessariamente finalizam suas questões emocionais. Cabendo ao médico um encaminhamento à psicoterapia. Nos dias atuais esse encaminhamento tem sido mais freqüente, principalmente quando a intervenção sugerida é a Terapia Cognitivo-Comportamental. Os objetivos que a Terapia Cognitivo-Comportamental assegura a um prognóstico positivo no tratamento baseiam-se em cinco descrições, são elas: (1) educar os pacientes e as pessoas importantes do seu meio sobre o Transtorno, seu tratamento e as freqüentes dificuldades associadas ao mesmo; (2) ensinar aos pacientes métodos para registrar a ocorrência, a gravidade e o curso dos sintomas para que não se agravem; (3) facilitar a adesão à medicação prescrita, eliminando os obstáculos de iniciação, continuidade e retirada da mesma; (4) proporcionar estratégias não farmacológicas para enfrentar os sintomas comportamentais e cognitivos do Transtorno e (5) ensinar habilidades para enfrentar os problemas psicológicos que desencadeiam os sintomas do Transtorno. Como exemplo, cito um caso clínico de um paciente com TAG (Transtorno de Ansiedade Generalizada), o qual não respondia às medicações propostas pela psiquiatra (Paroxetina e Clonazepam) e, na medida em que foi encaminhado pela mesma para acompanhamento psicoterapêutico passou a responder positivamente ao tratamento medicamentoso, onde anteriormente buscava mais medicamentos para aliviar os seus sintomas e hoje com o total de 16 sessões no processo terapêutico encontra-se com muitas habilidades de enfrentamento e manejo da ansiedade. A experiência de aprendizagem que o paciente teve durante esse processo terapêutico e também a facilitação da comunicação médico/psicoterapeuta contribuiu e muito para o desenvolvimento da escolha pessoal, autonomia e apropriação dos benefícios das intervenções realizadas pela medicação e psicoterapia. Demonstrando, dessa forma, o lugar ético de cada profissional na sua área com um único objetivo: o resultado positivo na conduta salutar.

Comunicação Livre

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL APLICADA À DISTIMIA: O APRENDIZADO DE VIVER COM BOM HUMOR

Stella Alcadipani (Independente, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: distímia, terapia cognitivo-comportamental, transtorno de humor.

A distímia é um transtorno de humor definido como uma depressão branda e crônica, persistente por pelo menos 2 anos (1 ano em crianças e adolescentes) e caracterizada por 2 ou mais dos seguintes sintomas: baixa auto-estima, dificuldades para concentrar-se e tomar decisões, sentimento de desesperança, fadiga, perda ou aumento do apetite e insônia ou hipersônia. A pessoa com distímia apresenta-se abatida, indecisa, pessimista, retraída, com pobreza assertiva e problemas nas esferas ocupacionais e interpessoais. A incidência de transtornos do humor, incluindo a distímia, vem aumentando significativamente ao longo das últimas 5 décadas. Esta revisão bibliográfica apóia-se na perspectiva psicossociobiológica (Chappa, 2003), visando delinear as dinâmicas cognitivas e comportamentais da distímia e as estratégias terapêuticas aplicadas a casos clínicos observados. **(1) Estratégias psicoeducacionais:** estima-se que as pessoas com distímia demorem em média 20 anos antes de buscarem ajuda por interpretarem o temperamento negativista como parte da própria personalidade. Mudar esta convicção e apontar a distímia como uma doença tratável faz parte dos objetivos iniciais do tratamento. **(2) Estratégias bioquímicas:** adotar apenas um tratamento psicológico para um problema que também é bioquímico pode reforçar o sentimento de impotência do distímico já que o desequilíbrio neuroendócrino, cronicificado na maioria dos casos desde a infância, dificulta as tentativas de mudanças comportamentais. A resposta farmacológica aos antidepressivos traz uma melhora significativa do humor mas a readaptação social e a redefinição da auto-imagem, depois de um longo período de auto-avaliações negativas, só é possível através de estratégias psicoterapêuticas. **(3) Estratégias cognitivas:** uma das convicções próprias do distímico é de considerar-se vítima das circunstâncias e evocar a falta de compreensão do outro (*locus* de controle externo). Através desta estratégia disfuncional, as reações emocionais oscilam entre a autculpa e o autodesprezo quando avalia a si mesmo, e a revolta e a autovitimização quando avalia as circunstâncias externas. Daí a importância do distímico superar o sentimento de inferioridade em relação às próprias oscilações de humor e a vergonha de sentir e mostrar seus sentimentos. Assim, aprende-se que apenas compreendendo sua realidade emocional poderá manejá-la: as técnicas de registro dos pensamentos automáticos, emoções e comportamentos tornam-se essenciais para conquistar uma nova forma de ver a si mesmo e o mundo (reestruturação cognitiva). A técnica de inferências em cadeia também ajuda o terapeuta a explorar crenças, temores e motivações por trás das situações de conflito. **(4) Estratégias comportamentais:** o medo de ser rejeitado leva o distímico a reduzir as interações sociais, sentir-se incapaz e adiar ou evitar compromissos. O treinamento de habilidades sociais o ajuda a superar a inibição; já o monitoramento do humor ao longo do dia revela os limites e a evolução dos estados emocionais, balizando a atribuição de tarefas graduais pelo terapeuta. A técnica do espelho é empregada para questionar como a pessoa veria outra diante das mesmas dificuldades, ajudando-a a aumentar seu grau de tolerância consigo mesma. Estas estratégias contemplam as necessidades psicossociobiológicas do tratamento da distímia que consiste, em síntese, no aprendizado gradual de viver as trocas interpessoais com mais prazer e bom humor.

COMUNICAÇÃO LIVRE

APLICAÇÕES DA TERAPIA COGNITIVA NA UTI NEONATAL

Fernanda Martins Pereira

Hospital dos Servidores do Estado (Ministério da Saúde)

Brasil

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um setor hospitalar de alta complexidade tecnológica, destinado a recém nascidos. A prematuridade, as malformações congênitas e as infecções são os motivos mais comuns de internação. Trata-se de um ambiente estressante para o bebê e sua família, de diversas formas. O recém nascido, instalado na incubadora, é freqüentemente manuseado para a realização de exames, alguns deles dolorosos. Além disso, permanece acoplado a aparelhos para monitoramento dos sinais vitais. Este cenário comumente assusta os responsáveis pelo bebê. A UTI Neonatal obriga a família a se deparar com uma realidade bem diferente de suas fantasias. A permanência do recém-nascido no hospital é sinônimo de frustração para os pais, já que estes dificilmente consideram a ocorrência desta possibilidade durante a gestação. A equipe de saúde deve estar preparada para lidar com todos os tipos de adversidades, sejam estas biológicas, sociais ou psicológicas. Especificamente no caso do psicólogo, sua intervenção deve ser objetiva e eficaz, uma vez que o tempo na UTI é uma importante variável no tratamento dos bebês. As intervenções cognitivo-comportamentais, por sua natureza e especificidade, mostram-se bastante úteis neste ambiente. Proporcionam conforto e alívio aos responsáveis, além de facilitar a comunicação com a equipe de saúde. O objetivo deste trabalho é discutir a prática do psicólogo cognitivo dentro da UTI Neonatal de um hospital público brasileiro, apresentando algumas formas de intervenção. Entre as principais atividades desenvolvidas neste setor encontram-se: (1) diagnóstico precoce de depressão pós-parto nas mães e encaminhamento para atendimento ambulatorial; (2) reestruturação cognitiva dos pais para diminuir sentimentos disfuncionais como culpa e frustração; (3) aplicação de dessensibilização sistemática nas mães que tenham medo de tocar o bebê, por sua prematuridade ou condição clínica; (4) orientação aos responsáveis sobre a reorganização da rotina familiar durante a permanência na UTI; (5) programação de visitas guiadas à UTI com os irmãos dos bebês internados; (6) realização de grupos interdisciplinares com os pais para esclarecimento de dúvidas; e (7) identificação de sintomas de *burnout* na equipe de saúde. Essas intervenções serão ilustradas através da apresentação de um caso clínico ocorrido na UTI Neonatal de um hospital público brasileiro. Pretende-se, com isto, mostrar novas possibilidades de aplicação da terapia cognitiva dentro do contexto hospitalar.

Comunicação livre

OS PAIS E O ADOLESCENTE: MUDANÇA DAS PRÁTICAS EDUCATIVAS PARENTAIS DURANTE O DESENVOLVIMENTO.

Caroline Guisantes De Salvo (Universidade De São Paulo, São Paulo- SP); Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Universidade De São Paulo, São Paulo- SP)

Palavras-chave: práticas educativas parentais; adolescência; desenvolvimento

Os estudos envolvendo o comportamento do adolescente estão cada vez mais enfocando as práticas parentais como determinantes de seus comportamentos de saúde e risco. Esta nova abordagem de estudo centra-se no pressuposto de que os padrões de comportamento aprendidos na família e que continuam a ser reforçados na adolescência podem agir facilitando ou prevenindo comportamentos de risco e saúde do adolescente. Entre as práticas educativas positivas mais estudadas encontram-se a monitoria positiva e o comportamento moral, e entre as práticas negativas a negligência, monitoria negativa, disciplina relaxada, punição inconsistente e abuso físico. Ao conjunto de práticas educativas utilizadas pelos pais dá-se o nome de Estilo Parental. Se há predomínio de práticas positivas utilizadas pelos pais, diz-se que este é um estilo parental positivo, o que levaria ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais e a uma maior probabilidade de comportamentos de saúde se comparado a um estilo parental negativo, com predomínio de práticas educativas negativas e que estaria entre os determinantes do desenvolvimento de comportamento de risco pelo adolescente. Frente a grande importância das práticas educativas utilizadas pelos pais durante a adolescência, o objetivo deste estudo foi avaliar como as práticas educativas parentais se modificam no decorrer da adolescência. Para tanto, contou-se com uma amostra de 250 participantes, divididos em três grupos em função da idade: grupo 1- 11 e 12 anos; grupo 2- 13 e 14 anos; grupo 3-15 e 16 anos. Todos os participantes eram estudantes de escolas públicas da cidade de Curitiba, que responderam a inventário de estilos parentais, forma materna e paterna, que avalia as sete práticas educativas já citadas, bem como o estilo parental final. Os dados foram analisados através do software SPSS 12.0, utilizando-se de análises de variância (ANOVA) com prova de Tukey. Os resultados apontam para diferenças significativas nas práticas educativas maternas e paternas em função da idade. Quanto às práticas maternas, observa-se que as práticas positivas (monitoria positiva e comportamento moral), monitoria negativa e abuso físico decrescem em função da idade, enquanto a negligência, punição inconsistente e disciplina relaxada aumentam em função da idade. Para todas as práticas maternas, o grupo 1 se diferenciou dos grupos 2 e 3. Quanto as práticas paternas, observa-se decréscimo em função da idade na monitoria positiva, comportamento moral, monitoria negativa e abuso físico, havendo diferença significativa entre os adolescentes do grupo 1 e os grupos 2 e 3. Apesar das práticas paternas da punição inconsistente, negligência e disciplina relaxada aumentarem em função da idade, não se observou diferenças significativas entre os grupos. O índice de estilo parental decaiu em função da idade, sendo que o índice paterno foi significativamente mais baixo que o materno.

Projeto de pesquisa financiado com bolsa FAPESP

COMUNICAÇÃO LIVRE

TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO VÔLEI: UM ESTUDO DE CASO. (JOANA LUZ SANTOS – Rio de Janeiro - RJ)

Palavras-chaves: esporte, cognitivo-comportamental, performance.

No mundo esportivo de hoje, onde a parte física, técnica e tática está cada vez mais equiparada, o equilíbrio psicológico torna-se o diferencial mais marcante entre os atletas. E é dentro desta perspectiva que se segue o relato a respeito de uma atleta de vôlei de praia que está sendo trabalhada através do enfoque cognitivo comportamental com o objetivo de melhorar sua performance. Mulher, 27 anos, casada (com um atleta do mesmo esporte), sem filhos, ex-jogadora de vôlei de quadra, com um histórico de lesão no joelho, sendo este o motivo que a fez sair da quadra e ir para praia. Para o trabalho com esta atleta foi empregado um padrão usual de intervenção clínica cognitivo comportamental, porém com um enfoque no estabelecimento de metas e nos pressupostos da TREC (terapia racional emotiva comportamental), além de um trabalho especificamente desenvolvido para o esporte que consiste na superação de limites físicos e psíquicos. O primeiro passo foi composto de entrevistas e questionários semi-estruturados para uma melhor compreensão do caso. Onde foram abordadas questões referentes a confiança, ao nível de motivação, ao controle de atenção, ao estabelecimento de metas, a capacidade de lidar com adversidades e de funcionar sob pressão. Esta avaliação pode detectar um baixo nível de auto-confiança, de controle de atenção, de estabelecimento de metas, de capacidade de lidar com adversidades e funcionar sob pressão, porém revelou um alto nível de motivação o que favoreceu o tratamento que vem sendo feito. O segundo passo foi estabelecer metas de treinamento com o objetivo de dar base para a elevação de todos os outros déficits. Em seguida começamos o trabalho cognitivo, que se baseou no combate a “ditadura dos deveria”, que foi percebido pela atleta como algo fundamental para todos os ramos de sua vida, além do esporte. No presente momento, ainda não foi introduzida a etapa da superação física e psicológica, mesmo assim a atleta vem rendendo muito mais em seus treinos, elevou todos os seus índices de equilíbrio psicológico e em sua primeira competição após 6 sessões obteve o nono lugar, superando todos seus últimos resultados. Porém devido ao pouco tempo de trabalho ainda não se pode afirmar, de forma precisa, os efeitos das técnicas empregadas. Em pouco tempo ocorrerão outras competições, onde se poderá verificar a continuidade deste trabalho. No entanto para que haja uma comprovação científica da validade do uso dessas técnicas, faz-se necessário uma pesquisa mais ampla, onde haja um grupo teste e um grupo de controle para averiguação dos possíveis efeitos do tipo placebo.

Comunicação livre

PROCRASTINAÇÃO PATOLÓGICA

Roberto Rezende (UFRJ – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: adiamento; procrastinação; protelação.

Procrastinação patológica é o hábito desadaptativo de postergar as tarefas, compromissos ou decisões prioritárias, antecipando aquilo que é secundário, com prejuízos à qualidade de vida do procrastinador. Tem sua origem em crenças disfuncionais ou déficits cognitivos, e é adquirido e mantido por condicionamento operante. Em termos cognitivos, há uma série de *distorções cognitivas* que podem estar na base do hábito de procrastinar. As mais comuns são as relacionadas com idéias de inadequação, perfeccionismo, catastrofização e *deverias*. Certos *deficits cognitivos* também podem causar procrastinação, como o déficit atencional no TDAH e o déficit intelectual no retardo mental. Em termos comportamentais, a procrastinação é um hábito duplamente reforçado: é **mantido** por *reforço positivo*, pela antecipação da tarefa percebida como mais agradável; e por *reforço negativo*, pela evitação da tarefa percebida como menos agradável ou até mesmo aversiva. Estes reforços podem ser de natureza interna ou ambiental. Há variados graus de comprometimento conforme a extensão do hábito de procrastinar. Algumas pessoas entram em modo de adiamento somente sob condições bem demarcadas; para outras é um hábito generalizado. Considera-se relevante acrescentar o adjetivo *patológica* para enfatizar a procrastinação enquanto fonte de queixa e objeto de intervenção clínica. Desta forma evita-se a ambigüidade intrínseca ao termo, já que a procrastinação pode eventualmente ser uma resposta adaptativa, natural ou circunstancial, não se constituindo em hábito adquirido. Assim, *não* trataremos aqui da procrastinação quando causada por: simples cansaço físico; abulia relacionada ao sedentarismo; falta de motivação para realizar uma tarefa inútil; indisponibilidade de informação necessária para realizar a tarefa; excesso de tarefas quando não relacionado à ausência de assertividade; dificuldade na gestão do tempo; dificuldade em lidar com a tarefa; e condições ambientais desfavoráveis. Eis uma lista das causas mais frequentes de procrastinação patológica: ansiedade do desconhecido; ansiedade de avaliação; ansiedade relativa às expectativas alheias; ansiedade do sucesso; sobrecarga por falta de assertividade; medo de falhar; baixa tolerância à frustração; pensamentos auto-depreciativos; *deverias*; perfeccionismo; evitação de situações que exijam concentração; dificuldades de concentração; modelo de mestria inatingível; falta de auto-reforço; agressividade passiva; hedonismo irresponsável; regressão; pensamento mágico de que as coisas se resolvam sozinhas; e outros. No manejo clínico do hábito de procrastinar podemos usar uma variedade de técnicas: indentificação e confrontação racional dos pensamentos automáticos relacionados à protelação; incorporação de auto-declarações positivas; definição de metas claras; definição de prioridades; fracionamento das tarefas; auto-organização; uso de lembretes; auto-reforço; fazer um auto-contrato, datado e assinado, inclusive falando para outros de seus planos; e outras.

COMUNICAÇÃO LIVRE

TRANSTORNO BIPOLAR: RELATO DE EXPERIÊNCIA CLÍNICA NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. Priscilla Rodrigues Guilherme. (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: transtorno bipolar, terapia cognitivo-comportamental, caso clínico.

O transtorno bipolar é um transtorno afetivo que se caracteriza por uma alternância entre episódios de depressão e mania, nos quais a pessoa apresenta sintomas como euforia intensa, pensamento acelerado, diminuição da necessidade de dormir, pressão para falar, libido aumentada, grandiosidade excessiva, distraibilidade e agitação psicomotora. Além da euforia, pode haver a presença de intensa irritabilidade e baixa tolerância à frustração e, em formas mais graves, até mesmo, fuga de idéias, delírios de grandeza e alucinações. O curso do transtorno é potencialmente crônico e surge com maior frequência no final da adolescência e início da idade adulta, afetando cerca de 8 à 16% da população, com conseqüências geralmente graves, recorrentes e incapacitantes. Não só cada episódio de depressão ou mania tem conseqüências agravantes por si mesmo, como a literatura aponta que o período de tempo que transcorre entre dois episódios tende a diminuir durante o curso do transtorno, além de aumentar a probabilidade de recorrência a cada novo episódio, o que reforça a importância da terapia de manutenção. Embora o uso da medicação seja extremamente necessário e indicado para estes pacientes, a associação com a psicoterapia de base cognitivo-comportamental tem se mostrado de grande eficácia no aumento da adesão à terapia farmacológica de manutenção e na prevenção de episódios precipitados por estímulos psicossociais estressantes. Logo, o presente estudo tem como finalidade a apresentação de um caso clínico de uma paciente de 56 anos com histórico de várias internações por crises maníacas atendida na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ sob a supervisão do Professor Bernard Rangé. Os objetivos principais da terapia foram a psicoeducação da paciente sobre o transtorno, o tratamento e as dificuldades associadas à doença, ensinar métodos para a monitoração da ocorrência, gravidade e curso dos sintomas, reforçar a importância da medicação e facilitar sua adesão, oferecer técnicas não medicamentosas para ajudar a paciente a lidar com sintomas e enfrentar fatores de estresse que poderiam interferir no tratamento, e diminuir o trauma e o preconceito relacionados ao diagnóstico. Para tanto foram utilizadas as seguintes técnicas: representações gráficas dos episódios do transtorno, biblioterapia, folha de resumo dos sintomas, representações gráficas semanais do estado de humor, reestruturação cognitiva através de registro de pensamentos disfuncionais e relatório de crença central, relaxamento muscular progressivo, treino em assertividade e treino em resolução de problemas. O tratamento realizado apresentou resultados satisfatórios, melhorando a qualidade de vida da paciente, o entendimento sobre o transtorno e aumentando a sua eficácia em lidar com estímulos sociais e interpessoais estressantes que poderiam agir como fatores desencadeantes ou exacerbantes na manifestação dos sintomas.

COMUNICAÇÃO LIVRE

TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE UM CASO DE TARTAMUDEZ (GAGUEIRA).

Luciana Rizo (UFRJ / Psicoclínica Cognitiva do Rio de Janeiro)

Palavras-chave: tartamudez, gagueira, psicoterapia cognitivo-comportamental.

Este trabalho tem como objetivo apresentar o relato de caso de tratamento de tartamudez em adulto jovem. A literatura especializada em terapia cognitivo-comportamental raramente apresenta protocolos de tratamento para este transtorno, portanto considerou-se relevante a apresentação desse caso clínico que obteve resultados positivos. O caso foi atendido na Psicoclínica Cognitiva do Rio de Janeiro e foi realizado por um período de 10 meses. O cliente procurou o tratamento para tartamudez em abril de 2005. Já havia realizado todos os exames fonológicos necessários e os laudos não apontaram nenhuma lesão no aparelho fonador. Aos 22 anos, vinha de um tratamento psicológico por mais de 12 anos sem resultados efetivos para o objetivo do cliente. A cada dia, percebia os entraves que sua gagueira trazia à sua vida pessoal e, principalmente, profissional. Conheceu os preceitos da terapia Cognitivo-Comportamental e acreditou que o ajudaria a melhorar seu desempenho de fala. Em conjunto com o tratamento cognitivo-comportamental foi iniciado o tratamento fonoaudiológico. Através da avaliação inicial, percebeu-se que o cliente apresentava muitas características de Ansiedade fato muito comum em pessoas que sofrem desse transtorno. Foi explicado ao cliente como a falta de manejo da ansiedade contribuía para o agravamento da gagueira e como essa retroalimentava os sintomas ansiosos. Foram trabalhadas as seguintes técnicas: psico-educação sobre ansiedade, a técnica de respiração diafragmática, relaxamento muscular de Jacobson, treinamento assertivo, reestruturação cognitiva e prevenção de recaída. Ao longo da realização das técnicas comportamentais, o cliente apresentou grande aplicação no tratamento. Porém, ao perceber os primeiros sinais de melhora o paciente abandonou o treinamento das técnicas até então trabalhadas. Esse comportamento foi discutido e conseguimos acessar os pensamentos que o fez temer melhorar: “Se eu melhorar, perderei tudo que minha mãe e namorada fazem por mim”; “As pessoas deixarão de me ajudar”. Esses pensamentos em relação aos ganhos secundários do transtorno foram reestruturados e o cliente voltou a se aplicar mais ao tratamento. Foi muito importante, ao longo desse tratamento, o papel da reestruturação cognitiva no manejo da ansiedade, logo, dos sintomas de tartamudez. O treino assertivo foi a técnica mais trabalhosa nesse caso, pois o cliente tinha um sério comprometimento dessa habilidade e havia aprendido, ao longo da sua vida, a responder de modo agressivo ao mundo ao seu redor e, ainda, não se considerava detentor de direitos, acreditava que a sua condição de gago o fazia inferior, logo, os seus direitos não precisavam ser respeitados. Hoje, esse paciente encontra-se em sessões de acompanhamento quinzenais, porém já consegue uma fluência de fala 80% melhor do que no início do tratamento.

COMUNICAÇÃO LIVRE.

UMA PROPOSTA DE TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CRIANÇAS PORTADORAS DE MUTISMO SELETIVO

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ), Bernard Pimentel Rangé (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: mutismo seletivo, tratamento, validação.

Este trabalho refere-se à avaliação de um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental aplicado em crianças portadoras do transtorno denominado mutismo seletivo. Trata-se de um planejamento experimental before-after, com avaliação nas fases da linha de base, pós-intervenção e seguimento (follow-up) de quarenta e cinco dias. Foram utilizados, para comparação entre os grupos, o teste paramétrico t de student e para comparação entre os sujeitos os testes paramétricos t de student pareado e não paramétrico de Wilcoxon, ambos para amostras relacionadas ou dependentes. Para participar do tratamento, foram designadas, randomicamente, oito crianças (seis do sexo feminino e dois do sexo masculino) para o grupo experimental (GE) e oito crianças (quatro do sexo feminino e quatro do sexo masculino) para o grupo de controle (GC), com idades entre cinco e quatorze anos de idade e escolaridade que incluía desde a educação infantil ao ensino fundamental, todos estudantes de escolas públicas. A hipótese do trabalho era a de que após o tratamento haveria diferenças significativas entre o grupo experimental e de controle, considerando bons resultados o aumento da frequência da fala. O tratamento foi realizado em vinte e quatro sessões de uma hora, duas vezes por semana e foi realizado no espaço escolar. O formato da intervenção foi misto envolvendo sessões individuais com as crianças, com os pais, entre as crianças e os pais, com os professores e com as crianças e amigos da classe, sempre ao final da jornada escolar. O tratamento foi dividido em seis fases, a saber: primeira fase – avaliação cognitivo-comportamental; segunda fase – estimulação do comportamento verbal; terceira fase – treinamento de habilidades sociais e resolução de problemas; quarta-fase – planejamento de prevenção para recaídas e desligamento; quinta fase - avaliação pós-intervenção com as crianças dos dois grupos (GC e GE); sexta-fase – avaliação de seguimento com instrumentos utilizados na linha de base. Paralelamente à intervenção com a criança foi realizado um treinamento de pais compreendido em quatro módulos: psicoeducação, treinamento e desenvolvimento de habilidades para aumentar comportamento desejável no filho e desligamento. Os principais instrumentos utilizados na fase de avaliação (linha de base) e pós-tratamento foram os questionários comportamentais child behavior checklist (CBCL) e teachers report forms (TRF). A análise intra sujeitos no GE revelou que, após o tratamento houve um aumento da frequência da fala pela criança no ambiente escolar e o teste de Wilcoxon mostrou que houve uma diferença estatística significativa entre os grupos de controle e experimental após o tratamento em relação à frequência da fala dentro do espaço escolar, na frequência da fala com amigos e na frequência da fala com o professor. Outras mudanças, também com diferenças estatísticas significativas foram encontradas no relato de temperamento observado nas crianças pelo professor, que se tornaram menos tímidas, menos retraídas / deprimidas e mais independentes. A avaliação de seguimento mostrou que não houve diferença estatística significativa entre os grupo, em relação à frequência da fala. Dessa forma o protocolo de tratamento proposto mostrou-se eficaz e eficiente comprovando a hipótese de que o tratamento aumentaria a frequência da fala nas crianças.

Este trabalho teve o apoio financeiro do CNPq.

“O TRABALHO DAS CRENÇAS CENTRAIS EM UM CASO DE ANSIEDADE SOCIAL.”

Fabiana Trotta (UFRJ / Psicoclínica Cognitiva do Rio de Janeiro).

Palavras-chaves: Transtorno de Ansiedade Social, tratamento cognitivo-comportamental, crenças centrais.

Sentir-se ansioso frente a alguma situação social onde se está sendo observado constitui um fator absolutamente normal. Porém, a partir do momento em que essa ansiedade é intensa, persistente e causa prejuízo funcional e/ou ocupacional à pessoa acometida, então ela pode adquirir um valor patológico, sendo chamado de Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social. Tal transtorno caracteriza-se por um medo excessivo e persistente frente a diversas situações sociais e/ou desempenho. Em tais situações, o indivíduo sente-se muito ansioso em ser visto se comportando de forma humilhante, embaraçosa e de estar sendo avaliado negativamente. Muitas vezes, a situação é evitada ou suportada com intenso temor. Desde a década de 80, diversos estudos demonstram a efetividade da abordagem cognitivo-comportamental no tratamento da Ansiedade Social e várias estratégias são desenvolvidas com o intuito de aumentar a eficácia deste tipo de psicoterapia desde então. O objetivo deste trabalho é mostrar e discutir algumas técnicas para a modificação das crenças centrais utilizadas no tratamento da Ansiedade Social. Para tanto, será descrito o caso de S., 23 anos, sexo feminino, estudante, solteira, que procurou psicoterapia para tratamento do Transtorno de Ansiedade Social do tipo circunscrita. Durante a entrevista inicial, foi verificada uma grande dificuldade da cliente em falar em público, um alto nível de perfeccionismo e extrema necessidade de ser amada e aprovada pelas pessoas. Para complementar a avaliação realizada durante a primeira entrevista, foram aplicadas as seguintes medidas: Inventário Beck de Depressão e Ansiedade, Inventário de Sintomas de Stress de Lipp e a Escala Brasileira de Assertividade. Os resultados indicaram que S. encontrava-se com depressão leve, ansiedade alta, fase de resistência ao stress e baixa assertividade. As sessões tinham o objetivo principal de: informar sobre a ansiedade, ensinar sobre os possíveis pensamentos que levam à ansiedade, treino em reestruturação cognitiva e relaxamento muscular progressivo, hierarquização e exposição gradual às situações ligadas à apresentação de trabalhos. Ao longo das sessões, S. conseguiu detectar e reestruturar os pensamentos que levavam à ansiedade, utilizar o relaxamento sempre que necessário e se expor às situações ansiogênicas. Como consequência, seus níveis de ansiedade e depressão diminuíram significativamente, foi para a fase de alerta de stress e aumentou sua assertividade. Espera-se que este trabalho possa contribuir para o estudo da eficácia das técnicas cognitivo-comportamentais relacionadas à Ansiedade Social, corroborando com outros trabalhos já existentes.

COMUNICAÇÃO LIVRE

SÍNDROME DO COMER NOTURNO E PADRÃO FAMILIAR: ESTUDO COM MULHERES ATENDIDAS EM PROGRAMA DE EMAGRECIMENTO

José Aroldo Lima Gonçalves Filho¹, Amanda de Moura Souza², Rosely Sichieri³.

(¹Programa de Pós-graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental; ²Instituto de Nutrição; ³Departamento de Epidemiologia/Instituto de Medicina Social– Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro - RJ).

Palavras-chave: excesso de peso, família, síndrome do comer noturno.

Os Transtornos Alimentares (TA) são definidos como desvios do comportamento alimentar que podem levar ao emagrecimento extremo ou à obesidade, entre outros problemas físicos e incapacidades. São classificados como TA: anorexia nervosa, bulimia nervosa, transtornos alimentares sem outra especificação (incluindo a síndrome do comer noturno - SNC) e o transtorno de compulsão alimentar periódico (TCAP). São fatores que aumentam a chance de aparecimento de TA, mas não o tornam inevitável: (1) fatores individuais, que incluem traços de personalidade (como a baixa auto-estima), história de transtornos psiquiátricos (como a depressão), a tendência à obesidade, eventos adversos (como abuso sexual), estresse, dentre outros; (2) fatores familiares e (3) fatores socioculturais. A síndrome do comer noturno (SCN), um tipo de transtorno alimentar, possui três componentes principais: anorexia matutina, hiperfagia vespertina ou noturna e insônia. Estudos mostram que os episódios de SCN são relatados por cerca de 15% dos pacientes obesos. O objetivo do estudo foi avaliar a distribuição de episódios de SCN e padrão familiar. Foram estudadas 135 mulheres com idade entre 20 e 60 anos, com sobrepeso ou obesidade ($IMC \geq 25 \text{Kg/m}^2$), atendidas por um programa de emagrecimento. As participantes responderam a um questionário abordando a Síndrome do Comer Noturno e questões socioeconômicas. Observou-se associação entre IMC (sobrepeso e obesidade) e SCN (8,33% vs. 36,11%; $p=0,05$). 58% das entrevistadas são casadas ou possuem união estável; 44% chefiam suas famílias e 61% trabalham fora do lar atualmente. Observamos associação entre chefiar a família e SCN (68,8% vs. 31,2%; $p=0,009$) e maior prevalência de episódios de comer noturno entre as que trabalham fora (59,1% vs. 40,9%; $p=0,03$). Também foi observada associação entre carga horária semanal de trabalho e SCN ($p=0,05$). Não foi observada associação entre Síndrome de Comer Noturno e renda familiar per capita ou com grau de escolaridade da entrevistada ($p>0,05$). O ato de trabalhar fora do lar e a rotina laboral, aliados ao fato de chefiar a família, parecem predispor o aparecimento de episódios de comer noturno em mulheres.

Apoio: FAPERJ e CNPq.

COMUNICAÇÃO LIVRE

O USO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM UM CASO DE PÂNICO

Mariana de Abreu Coelho (CPAF-RJ, Rio de Janeiro-RJ), Mônica Portella (PUC-Rio, Rio de Janeiro-RJ) e Maurício Canton Bastos (UNESA, Rio de Janeiro-RJ)

Palavras chave: Síndrome do Pânico; Esquemas; Auto-sacrifício

Uma das principais dificuldades quanto ao diagnóstico da Síndrome do Pânico é a junção de sintomas cardíco-respiratórios com a procura por médicos dessa área em geral. Essa busca, por vezes, retarda o diagnóstico devido à análise de uma causa inicialmente física, quando na verdade, esta é a consequência. Muito mesclada com a Agorafobia, devido a tendência de evitar uma exposição que possa levar a um novo episódio, a Síndrome do Pânico também se vê bastante ligada à depressão. O objetivo deste trabalho foi eliminar o quadro de pânico, associado a um princípio de depressão, possibilitando o reingresso da paciente às suas atividades cotidianas. A paciente era do sexo feminino, com 42 anos, separada, um filho, primeiro grau incompleto, secretária, com diagnóstico de Pânico com Agorafobia e, como resultado do Pânico, a depressão. Após episódios de assédio moral em seu trabalho, a paciente passou a mostrar uma ansiedade exacerbada ao pegar o ônibus em direção ao trabalho. Tal ansiedade se desenvolveu para um quadro de Pânico. A paciente se viu desorientada e sem se lembrar do ocorrido. Seu grande mal-estar a levou ao afastamento do trabalho e, assim, um princípio de depressão foi constatado no começo de seu tratamento, que se deu logo depois deste afastamento. A paciente se queixou de perda de libido e dificuldade de manter o foco, como no caso de uma leitura, por exemplo. Foram realizadas dezoito sessões ao longo de quatro meses de tratamento, uma sessão por semana, com cinquenta minutos de duração. Após o levantamento das queixas e o contato com seu psiquiatra, foi aplicado o Inventário de Young, o qual apresentou esquemas de auto-sacrifício e privação emocional. Com esses dados, passamos a trabalhar a assertividade da paciente. Para tanto, utilizamos o Teste P-F de Rosenzweig, reestruturação cognitiva, treinamento de habilidades sociais e treinamento em solução de problemas. Também empregamos técnicas de relaxamento, respiração diafragmática, parada de pensamento e o registro diário de pensamentos disfuncionais. Destacam-se a motivação da paciente, que facilitou o emprego dos deveres de casa e o treinamento em assertividade, que possibilitou à paciente se preservar mais emocionalmente. Concluímos que através da Terapia Cognitivo-Comportamental, a paciente apresentou uma grande melhora em relação ao quadro geral, com destaque para Agorafobia, Depressão, e Pânico principalmente. O tratamento continua, sendo que estamos trabalhando na prevenção de recaídas e novas metas, antes nunca imaginadas pela paciente, como andar de elevador e de metrô.

COMUNICAÇÃO LIVRE

POSTER

AS CONTRIBUIÇÕES DOS ESTUDOS DE PNL (PROGRAMAÇÃO NEUROLINGÜÍSTICA) À TERAPIA COGNITIVA

ÉRICA DE LANA MEIRELLES (UERJ – Universidade do Estado do Rio de Janeiro – RJ)

Psicoterapia; Programação Neurolingüística; Terapia cognitiva

Este trabalho tratou de estabelecer as articulações possíveis entre a Programação Neurolingüística (PNL) e a Terapia Cognitiva (TC), com o objetivo de enriquecer a clínica psicoterápica. Para tanto, após revisão bibliográfica, foram trazidos em discussão os principais conceitos das duas abordagens e apresentadas algumas sugestões de técnicas a serem aplicadas no tratamento psicoterápico. Nesta discussão, também foram apresentadas novas visões sobre temas como resistência e dissociação psíquica e realizadas alusões a tópicos como a dissonância cognitiva. A PNL, desenvolvida por Bandler e Grinder a partir da observação do trabalho de terapeutas como Virgínia Satir, Frederick Perls e Milton Erickson, em estudos baseados em percepção e modelagem de comportamentos, interessa-se na experiência subjetiva do ser humano, e no que pode ser feito com ela, pressupondo que todo comportamento tem uma estrutura representacional que o orienta e que pode ser descoberta, modelada e modificada, para se conseguir os resultados desejados no tratamento. Essa modificação pode ser feita por meio de Resignificação do comportamento – ou reestruturação cognitiva –, o que também irá gerar modificações no conteúdo emocional do mesmo. As técnicas trazidas pela PNL adequam-se ao Modelo Cognitivo proposto pela Terapia Cognitiva, e aos princípios apresentados por Judith Beck, para a condução do tratamento terapêutico, essencialmente no que tange à formulação das metas para um trabalho focado e na utilização de uma variedade de técnicas para mudar pensamentos, humor e comportamento. O trabalho trouxe também algumas referências à flexibilidade do terapeuta e do próprio tratamento, defendendo que ele deve ter orientação estratégica. A PNL mostra-se eficiente quando utilizada em técnicas experienciais como o *role-play* emocional, que visam à evocação e elaboração dos aspectos emocionais ligados às dificuldades do paciente; assim, podendo ser útil também para a Terapia do Esquema, proposta por Jeffrey Young, onde as memórias antigas podem ser reestruturadas na presença de afeto, com resultados rápidos, abrangentes, transformadores e duradouros. Uma das contribuições que este trabalho ofereceu é a forma pela qual concebe os problemas e as possibilidades do indivíduo, entendendo-o como o agente de sua própria história e acreditando que ele seja capaz de transformar o presente, com a modificação que pode fazer não sobre a realidade, mas sobre as interpretações que faz dela. Ao fim do mesmo, pode-se concluir que a PNL e a TC têm semelhanças, essencialmente no que tange à forma de conduzir a terapia – seja no estabelecimento do *rapport*, na construção das metas para o tratamento ou nas técnicas que visam à cura – e de entender a formação dos sintomas, sempre ligados à construção de uma crença. Conclui-se também que a PNL pode servir à prática clínica, quando seus argumentos apontam para estratégias que potencializam as técnicas aplicadas.

PÔSTER

COMPETÊNCIA SOCIAL E PROBLEMAS DE COMPORTAMENTO NA ADOLESCÊNCIA. *Caroline Guisantes De Salvo (Universidade De São Paulo, São Paulo- SP); Edwiges Ferreira de Matos Silveiras (Universidade De São Paulo, São Paulo- SP)*

Palavras-chave: adolescência; competência social; problemas de comportamento

A adolescência é considerada a fase do desenvolvimento humano onde há maior exposição a situações de risco. Entre as variáveis apontadas como de proteção, encontra-se a competência social. A competência social é uma classe de comportamentos facilitadora de comportamentos de saúde, uma vez que pressupõe habilidades de comunicação, relação interpessoal e de resolução de problemas, entre outras. Desta forma, em especial na adolescência, este repertório facilita a procura por métodos preventivos, avaliação de situações de risco, bem como a emissão de comportamentos protetores. Por outro lado, os problemas de comportamento, altamente correlacionado à impulsividade, têm sido apontados como uma das causas dos comportamentos de risco, que relacionada com o aumento de situações de risco, mostrasse como um importante fator a ser avaliado quando se analisa esta fase do desenvolvimento. Tendo em vista a importância de tais comportamentos e repertórios na adolescência, o presente trabalho teve por objetivo avaliar as diferenças destes comportamentos e de comportamentos correlatos nas diferentes faixas etárias. Para tanto, contou-se com uma amostra de 250 participantes, divididos em três grupos em função da idade: grupo 1- 11 e 12 anos; grupo 2- 13 e 14 anos; grupo 3-15 e 16 anos. Todos os participantes eram estudantes de escolas públicas da cidade de Curitiba, que responderam a um inventário que permite agrupar os resultados em dois âmbitos: 1- competência social e 2- problemas de comportamento. A competência social é derivada das escalas atividade e sociabilidade. Os problemas de comportamento, por sua vez, são derivados das escalas internalização e externalização, sendo que a primeira se divide em retraimento, queixas somáticas e ansiedade / depressão e a escala de externalização em comportamento de quebrar regras e comportamento agressivo. Há ainda as sub-escalas de problemas com o contato social, problemas com o pensamento e problemas de atenção. Os dados foram analisados através do software SPSS 12.0, utilizando-se de análises de variância (ANOVA) com prova de Tukey para comparação das diferentes faixas etárias, em função das escalas. Os resultados apontaram para diferenças significativas entre o grupo 1 e os grupos 2 e 3 nas escalas de sociabilidade e competência, onde os adolescentes mais jovens apresentaram melhores resultados. O mesmo ocorreu nas escalas de comportamento de quebrar regras e distúrbios externalizantes, onde os adolescentes mais velhos apresentaram maiores problemas. Observa-se que em geral, com o aumento da idade, os problemas de comportamento aumentam e a competência social diminui. Isto indica uma maior vulnerabilidade a situações e comportamentos de risco dos adolescentes mais velhos, que com o afrouxamento progressivo das relações em casa, e o aumento do contato com pares, percebem-se com maiores dificuldades comportamentais e menores habilidades sociais. Projeto de pesquisa financiado com bolsa FAPESP

PÔSTER

Título: INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS JUNTO A PACIENTES HIV/Aids.

Autor (a): Maria Caroline Gomes Silveira Rosa Moussallem (UNESA – Campos dos Goytacazes/RJ)

Palavras chaves: Terapia Cognitivo-Comportamental; AIDS; HIV; alterações emocionais

O presente trabalho intitulado como Intervenções Cognitivo-Comportamentais junto a pacientes HIV/Aids, evidencia a importância de uma intervenção psicológica através da abordagem Cognitivo-Comportamental em pessoas portadoras de HIV/Aids, como fonte de ajuda e apoio para enfrentar as dificuldades decorrentes da infecção por HIV e AIDS e, conseqüentemente, proporcionar uma melhoria na qualidade de vida do paciente. Esta intervenção deve ser planejada de acordo com a necessidade de cada paciente, ainda que existam aspectos comuns relativos a todas as pessoas infectadas por HIV ou naquelas em que a doença já se manifestou (AIDS). Esta revisão bibliográfica pretende apresentar a Terapia Cognitivo-Comportamental e a importância da mesma em relação ao tratamento psicoterápico dos portadores de HIV/Aids, considerando a necessidade de um trabalho objetivo, breve, focado no presente, possibilitando bem-estar ao paciente HIV+. A metodologia utilizada no trabalho foi baseada na pesquisa exploratória bibliográfica analisando as informações no seu contexto geral de forma dedutiva. Existem importantes evidências empíricas sobre a relação entre sistema imunológico, sistema nervoso e fatores psicossociais em pessoas saudáveis e aquelas que apresentam alguma infecção, como por exemplo, a infecção por HIV. Estudos atuais sugerem que aspectos comportamentais (hábitos e estilos de vida), psicológicos (estresse e estratégias de enfrentamento) e sociais (apoio social) podem influir na progressão da infecção por HIV. Como, até o momento, não há tratamento definitivo para a doença, cabe apontar a Terapia Cognitivo-Comportamental como contribuição relevante, no auxílio as pessoas que vivem com HIV/AIDS a identificarem comportamentos que impedem uma maior aceitação do quadro, ou comportamentos que levam a um enfrentamento maior frente às adversidades que acompanham a AIDS e, assim, através de uma aprendizagem social, lidarem melhor com suas possíveis alterações emocionais. Este trabalho nos proporcionou, o aprender que antecipar e intervir sobre aspectos psicológicos junto a pacientes com HIV/Aids pode ser uma estratégia útil para prevenir a desesperança e o sofrimento emocional associados às complicações no tratamento da Aids. Observamos explicitamente, que os conhecimentos da progressão do HIV e seus tratamentos evoluíram muito na curta história da epidemia da Aids, e continuam em constante evolução. Conseqüentemente, as necessidades psicológicas das pessoas soropositivas também mudaram. Seguir identificando os temas que afetam a saúde mental dessas pessoas pode contribuir para que o benefício já existente da terapia Cognitivo-Comportamental junto a pacientes HIV/AIDS cresça a cada dia, visando dar maior qualidade de vida para os sujeitos contaminados.

Pôster

A IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DESPORTIVA NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE NÃO-PATOLÓGICA. Helena Ventura Wambier (Nova Friburgo/RJ)

Palavras-chave: ansiedade, prática desportiva, terapia cognitivo comportamental.

A ansiedade está presente na vida de todas as pessoas. Até um determinado ponto este é um sentimento saudável e desejado, pois impulsiona a ação. Porém, a partir desse limiar, começa a se tornar desconfortável, atingindo, em alguns casos, níveis patológicos. Muitos indivíduos relatam uma sensação de relaxamento provocada pela atividade física, entre outros benefícios. Este trabalho investigou em que medida a prática desportiva pode contribuir para a diminuição da ansiedade **não-patológica**. A idéia surgiu do fato da terapia cognitivo-comportamental utilizar-se de atividades que ultrapassam o espaço do consultório, como literaturas específicas, tarefas para casa, relaxamentos, etc. O estudo dividiu-se em quatro partes. O primeiro capítulo consiste numa breve dissertação sobre a prática esportiva – definição, história da Educação Física e os benefícios físicos, psicológicos e sociais da atividade física. Segue-se, então, um capítulo destinado à ansiedade e suas diferentes manifestações, definição, o modelo cognitivo da ansiedade, aspectos biológicos e transtornos de ansiedade. No capítulo 3 foi feito um estudo sobre a possibilidade do esporte ser utilizado como instrumento de auxílio à terapia, perpassando pelas técnicas já utilizadas atualmente para o tratamento da ansiedade e citando possíveis indicações e contra-indicações da recomendação da prática desportiva ao paciente. Para finalizar o trabalho, foi apresentada uma pesquisa feita com uma população de 30 adultos jovens de ambos os sexos, com idades variando entre 20 e 30 anos, sendo 15 sedentários (grupo de controle) e 15 ativos na prática de atividades físicas (grupo experimental). Para selecionar os participantes da pesquisa foi feita uma entrevista preliminar, a fim de assegurar que nenhum deles sofresse de ansiedade patológica. O instrumento utilizado foi o Inventário Beck de Ansiedade, tendo sido aplicado em grupo e, em alguns casos, individualmente. Ao longo do trabalho várias pessoas relatam um aumento na ansiedade durante períodos de sedentarismo. No que se refere à revisão de literatura, vários estudos foram encontrados mostrando os inúmeros benefícios promovidos pela prática de esportes, em vários aspectos: físico, social e psicológico. Os resultados da pesquisa de campo mostram diferenças discretas no resultado. O grupo experimental apresentou escores mais baixos que os do grupo de controle, mas não são dados conclusivos. Seriam necessárias mais pesquisas com uma população maior, pois a amostra foi muito pequena. Sendo assim, a pesquisa fica a cargo apenas de ilustração da revisão de literatura.

PÔSTER.

TERAPIA COGNITIVA NO TRATAMENTO E CONTROLE DO TABAGISMO: ESTUDO DE UM CASO CLÍNICO. Vanessa Dordron de Pinho, Conceição Santos Fernandes, Ângela Donato Oliva (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: Tabagismo, Terapia Cognitivo-Comportamental, Grupos de Parada e Manutenção.

O tabagismo é considerado um dos mais graves problemas de saúde pública, em especial nos países em desenvolvimento. O atendimento em grupo com intervenção cognitivo-comportamental tem sido aplicado com sucesso em indivíduos que desejam abandonar o cigarro. As sessões são estruturadas a partir do modelo proposto por Elisardo Becoña e têm como objetivo levar a uma redução de nicotina e posterior parada, levando os fumantes a desenvolverem estratégias de enfrentamento. Os procedimentos das sessões consistem em: estabelecer uma adequada relação terapêutica, realização de auto-registros de pensamentos e emoções negativas, avaliação dos registros, análise das vantagens e desvantagens de parar de fumar, técnica de solução de problemas, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento e relaxamento. Em 2006 foi formado um grupo composto por 4 pacientes que tiveram dificuldades para parar de fumar e que participavam de reuniões mensais em um grupo, composto por mais de vinte pessoas, dirigido pelo médico pneumologista, do Centro Universitário para Controle do Câncer (CUCC), do Hospital Pedro Ernesto do Rio de Janeiro. O presente trabalho descreve a evolução de uma paciente (R), 48 anos, casada, segundo grau completo, classe média, adicta à nicotina desde os 16 anos de idade. Desde 2001, R tenta parar de fumar, através de um tratamento realizado no CUCC, cujo objetivo é oferecer informações para facilitar a mudança dos hábitos associados ao fumar e também sobre os malefícios do cigarro para a saúde. A paciente relata que deu início a este tratamento por não gostar da imagem de fumante, por estar consciente dos malefícios do fumar e por estar desesperada em ver o tempo passar e não conseguir, sozinha, se livrar do cigarro. Com o tratamento no CUCC, R conseguiu reduzir seu consumo de 20 para 6 cigarros diários e o máximo que conseguiu ficar sem fumar foram dois dias. Sendo assim, foi encaminhada em 2006 para o Programa de Tratamento de Controle e Parada do Tabagismo. Na entrevista de triagem obteve os seguintes escores: Inventário Beck de Depressão - escore 3 (depressão mínima); medida de Balança Decisiva, - escore 72 (alta propensão em pensar parar de fumar); medida de Processo de Mudança, - escore 143 (disposição média) e medida de Estágio de Mudança, - escore 14 (estágio intermediário de mudança). R no início das sessões mostrou-se muito interessada, adaptou-se bem ao modelo de tratamento, aderiu às tarefas propostas e compareceu a todas as sessões. Conseguiu, ainda, identificar rapidamente as situações de risco e desenvolver estratégias além das que eram propostas. Terminou o grupo de parada usando 5 cigarros cortados pela metade e atribui seu progresso a um trabalho mais completo, ao menor número de participantes, podendo, assim, receber maior atenção. Disse que se beneficiou da grande quantidade de informação sobre uso do cigarro, sobre a dependência psicológica e especialmente das estratégias de enfrentamento para lidar com esta dependência.

PÔSTER