



# ANAIS DA 11<sup>a</sup> MOSTRA DE TERAPIA COGNITIVO- COMPORTAMENTAL

Universidade do Estado do Rio de Janeiro  
Dia 11 de outubro de 2013

Editoração:  
Vanessa Dordron de Pinho

## 11ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental

*A 11ª Mostra de Terapias Cognitivas promovida pela Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-Rio), ocorreu em 11 de outubro de 2013, nos auditórios da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Mais uma vez, o evento se notabilizou pela qualidade dos trabalhos apresentados, reunindo profissionais de diferentes estados que vieram prestigiar a 11ª edição da Mostra e interagir conosco de maneira bastante calorosa. A diversidade de temas abordados contribuiu para caminharmos em direção à interdisciplinaridade, marca desses encontros. Cada vez mais as terapias cognitivas geram resultados baseados em evidências empíricas, produzindo conhecimento na área que norteia e orienta de maneira eficaz a prática clínica. É uma enorme satisfação fazermos parte dessa história de produção e divulgação de um conhecimento baseado em resultados de pesquisas que se avolumam ao longo dos anos. Os Anais da 11ª Mostra de TCC refletem as práticas que têm norteado o trabalho dos profissionais na contemporaneidade.*

*Rio de Janeiro, 11 de outubro de 2013.*

Angela Donato Oliva  
Presidente da ATC-Rio (Gestão 2011-2014)

11ª Mostra de Terapia Cognitivo-Comportamental

**Comissão Organizadora:**

Angela Donato Oliva  
Eliane Mary de Oliveira Falcone  
Cristiane Figueiredo  
Juliana D'Augustin  
Vanessa Dordron de Pinho

**Comitê Científico:**

André Luiz dos Santos Pereira  
Antonio Carvalho  
Helene Shinohara  
Lúcia Novaes  
Maria Alice Castro  
Maurício Canton Bastos  
Paula Ventura  
Veronica Carvalho

**Comitê de Apoio:**

Stèphanie Krieger  
Monique Plácido  
Lucimar Electo  
Evlyn Rodrigues  
Silvania Domingos  
Carla Neumann Rodrigues  
Karina nascimento Valladares  
Priscila Sá  
Caroline Almeida Areias  
Marcia Menezes  
Juliana Ramos  
Juliana Honorato  
Daniel Almeida  
Clarissa Lima  
Beatriz Vieira  
Gabrielle Rodrigues

**Realização:**

**Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro – ATC-Rio**  
Presidente: Angela Donato Oliva

**Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IP-UERJ)**  
Diretora: Marcia Motta

**Apoio:**

**FBTC**

# MESAS REDONDAS

## **1. PRÁTICAS EM TERAPIA DO ESQUEMA**

Coordenadora: Eliane Mary de Oliveira Falcone (Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

### **1.1 TERAPIA DO ESQUEMA: DA TEORIA PARA A PRÁTICA CLÍNICA: DISCUSSÃO DE CASO**

Marco Aurélio Mendes (Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira, IPPMG, Rio de Janeiro, RJ; Centro Universitário Celso Lisboa, UCL, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: terapia do esquema, psicoterapia, caso clínico

A Terapia do Esquema (TE), inicialmente proposta por Young como intervenção para transtornos de personalidade, vem se apresentando como alternativa de psicoterapia para tratamento de transtornos de humor e ansiedade, especialmente aqueles nos quais o padrão caracterológico do paciente dificulta a aplicação da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) clássica. O presente trabalho tem como objetivo apresentar caso clínico de paciente com transtorno de humor, no qual se utilizou o modelo da Terapia do Esquema, descrevendo-se algumas intervenções específicas. MF é executivo, 34 anos, separado, com 2 filhos sendo um com 5 anos e outro com 3 meses. Chegou à terapia há aproximadamente 1 ano e meio, queixando-se de dificuldades de sono, irritabilidade, apatia, brigas constantes com a ex-mulher, preocupações recorrentes com as dificuldades do filho mais velho e insatisfação no trabalho. Apresentava quadro clínico compatível com episódio depressivo moderado (F32.1), sem episódios depressivos anteriores (BDI=27). O processo de psicoterapia foi iniciado utilizando-se a TCC. Foram realizados planejamentos de atividades diárias, construção de metas e objetivos, registros de pensamentos disfuncionais e de distorções cognitivas. Houve melhora dos sintomas depressivos iniciais porém, após 5 meses de terapia, ao descobrir a gravidez da namorada atual, os sintomas depressivos regressaram. Foi recomendada avaliação psiquiátrica porém MF rechaçou a idéia. Decidiu-se então, optar pela abordagem da TE pois o paciente passou também a não preencher mais os registros solicitados, a não realizar a programação de tarefas elaboradas nas sessões e a reclamar que a terapia estava racional demais. Na fase de avaliação, foi entregue ao paciente o Inventário de Esquemas de Young. No momento da entrega, foi solicitado ao paciente que anotasse toda e qualquer lembrança ou imagem que aparecessem no momento do preenchimento do mesmo. Diversas situações negativas da infância que até aquele momento ainda não haviam sido mencionadas, foram trazidas pelo paciente. Os resultados do inventário revelaram os seguintes esquemas: privação emocional, abandono, auto sacrifício, fracasso, padrões inflexíveis, autodisciplina insuficiente. Discutiu-se nas sessões seguintes, o modelo dos esquemas e os resultados. Posteriormente, foram utilizadas imagens mentais. Young sugere a utilização destas para mobilizar a emoção, especialmente a raiva, com o objetivo de “distanciar” o paciente dos esquemas. O paciente produziu imagem bastante carregada afetivamente, relacionada ao pai. O terapeuta solicitou a MF permissão para entrar na cena, realizando a reparação parental e auxiliando na expressão de suas necessidades emocionais. A cena foi repetida algumas outras vezes, com este objetivo. O próximo passo foi relacionar à cena do passado aos esquemas atuais, verificando as estratégias comportamentais utilizadas pelo paciente para manter os esquemas em seu dia a dia. Elaborou-se também um Registro de Mudança Comportamental, na qual se buscou a construção de novas cognições que apoiassem o comportamento de mudança desejado pelo paciente. O paciente não apresenta mais sintomas depressivos (BDI=12) e ainda se encontra em psicoterapia.

## 1.2 TERAPIA DO ESQUEMA E TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA COM FOBIA ESPECÍFICA: ESTUDO DE CASO

Aline Arias Wolff (Clínica Particular)

Palavras-chave: Terapia do Esquema, TAG, Fobia Específica

A terapia do esquema oferece um novo sistema psicoterápico em que diferentes escolas da Psicologia são mescladas para oferecer um tratamento rico e unificador. Esse sistema se adequa bem a pacientes com transtornos psicológicos crônicos arraigados e de difícil tratamento. O Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG) caracteriza-se por um quadro de preocupações excessivas de longa duração, com sintomas variando entre sentimento crônico de nervosismo e muitos sintomas somáticos que geram comprometimento social e ocupacional. É considerado um transtorno crônico que pode durar muitos anos. As comorbidades mais comuns são a fobia social, o pânico, as fobias simples e a distímia. O TAG por ter uma sintomatologia difusa acaba muitas vezes subdiagnosticado, o que também está associado a aspectos culturais, já que preocupar-se o tempo todo ou viver ansioso faz parte do status normal das pessoas de nossa era. Esse trabalho objetiva apresentar o caso de FMP, que buscou tratamento com queixas associadas à fobia específica. Após entrevistas chegou-se ao diagnóstico de TAG, pela presença de um quadro persistente de ansiedade crônica há muitos anos variando a comorbidade, tendo passado por diversos tratamentos farmacológicos e psicoterápicos, inclusive com a abordagem cognitivo-comportamental, sem remissão dos sintomas associados ao transtorno. FMP apresenta uma história marcada por eventos traumáticos, dentre eles o suicídio do pai quando criança e a vivência de dois desabamentos provocados por chuva durante a adolescência. Na fase de avaliação utilizaram-se o questionário de esquemas, o inventário de evitação e compensação e técnica de imagem. Os resultados indicaram o esquema de Privação Emocional (PE), que parece ter origem na relação da paciente com a mãe que se comportou de forma a deixá-la tomar as rédeas da própria vida muito cedo, o que a fez sentir-se sem direção e vulnerável. Embora a paciente não tenha reconhecido em um primeiro momento o esquema de PE esse parece embasar outros esquemas desadaptativos presentes, tais como o de Auto sacrifício, Dependência/Incompetência e Vulnerabilidade ao Dano/Doença, mais ativados atualmente. Ao longo de sua vida, FMP aprendeu a "se virar" sozinha e, como recurso, desenvolveu um funcionamento em que precisa se envolver com muitas tarefas, buscar altos padrões de desempenho e controlar todas as variáveis como forma de evitar situações que ativem sua vulnerabilidade, o que está ligado aos seus sintomas recidivantes. À luz da Terapia do Esquema vem sendo possível compreender a maneira pela qual a paciente desenvolveu seus transtornos, o que é compartilhado e investigado colaborativamente com ela. Atualmente FMP esta em tratamento, a fobia específica obteve melhoras significativas, já que o trabalho inicial focou no alívio dos sintomas fóbicos através de estratégias cognitivas e comportamentais. Atualmente o tratamento objetiva tornar a paciente mais consciente da ação dos esquemas desadaptativos em sua vida, a fim de paulatinamente produzir as mudanças cognitivas, emocionais e comportamentais necessárias.

### 1.3 ESQUEMA DE DEFECTIVIDADE/VERGONHA EM UM CASO DE DEPRESSÃO

Cristiane Figueiredo (Clínica particular)

Palavras-chave: Terapia do Esquema, depressão, defectividade

Os esquemas desadaptativos remotos representam padrões cognitivos e emocionais que se desenvolvem ao longo das experiências iniciais de vida de uma pessoa e se perpetuam através de regras, valores e atitudes ao longo do tempo. Correspondem a sensações, sentimentos e crenças que foram precocemente percebidos na relação com pessoas significativas e que guiam a avaliação que a pessoa faz de si própria, dos outros e dos eventos. Dentre os esquemas desadaptativos considerados mais prejudiciais – incluídos sob o domínio da Desconexão e Rejeição – está o de Defectividade/Vergonha. O indivíduo com esse esquema ativado normalmente sente que há algo de errado com ele, inerente a sua personalidade, que o faz acreditar que não é merecedor de respeito e amor verdadeiros. Esse esquema não costuma ser detectado com facilidade uma vez que a pessoa geralmente desenvolve modos de enfrentamento evitativos ou compensatórios que a protegem do sentimento de vergonha tão fortemente associado às imperfeições e defeitos. O caso clínico a ser apresentado é o de uma mulher de meia-idade, com nível superior completo, afastada de seu trabalho por licença de saúde após desenvolver uma lesão na cervical agravada pelo exercício profissional. Foi indicada para atendimento psicológico por apresentar transtorno depressivo maior de intensidade grave, com ideação suicida. Durante as primeiras sessões de terapia cognitiva padrão associadas ao uso de medicação antidepressiva, Martha começou a experimentar um alívio na intensidade dos sintomas depressivos, especialmente dos pensamentos suicidas. Isso possibilitou o avanço da terapia em direção a uma conceituação dos esquemas desadaptativos que poderiam estar ativados e, conseqüentemente, alimentando sua depressão. Martha revelou então que se sentia constantemente não merecedora do respeito e do afeto das pessoas que conviviam com ela tanto no contexto familiar quanto profissional. Além disso, considerava que sua vida era marcada por episódios ruins: “Tudo dá errado comigo”. O afastamento compulsório do trabalho que realizava há anos e a conseqüente perda de “valor” e de “importância” para seus pares parece ter sido o evento ativador do esquema de defectividade subjacente. Seu modo de enfrentamento predominante até então consistia basicamente na supercompensação do mesmo, através de comportamentos de perfeccionismo e de crítica exagerada. O problema de saúde expôs sua vulnerabilidade/imperfeição e a crença de que seria descartável e sem valor. A partir do desenvolvimento de uma relação terapêutica de confiança, aceitação e vínculo estável, ela conseguiu começar a explorar situações de sua infância e adolescência que fomentavam o sentimento de havia algo de errado/inaceitável com ela. Seus pais foram constantes e presentes, no entanto, seu pai era extremamente exigente e crítico diante de falhas, inclusive na frente de outras pessoas, fazendo com que ela se sentisse terrivelmente envergonhada. A compreensão sobre a terapia de esquemas e as estratégias de enfrentamento mais voltadas ao desenvolvimento do modo adulto saudável promoveram um aumento da esperança e da autoeficácia de Martha para enfrentar as questões atuais de forma construtiva e com menos sofrimento.

#### **1.4 O IMPACTO DO TRABALHO EXPERIENCIAL NA CONSCIENTIZAÇÃO DE MEMÓRIAS INFANTIS. EXEMPLO DE CASO**

Eliane Mary de Oliveira Falcone (Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Palavras-chave: Terapia do esquema; estratégias vivenciais; relato de caso

Um esquema desadaptativo remoto reúne um conjunto de memórias, emoções, sensações corporais e cognições relacionados a um tema de infância como abandono, abuso, negligência ou rejeição. As memórias conscientes de situações traumáticas são estabelecidas por um sistema que envolve o hipocampo e áreas corticais relacionadas, enquanto as memórias inconscientes operam por um sistema baseado nas amígdalas. Diante de estímulos semelhantes àqueles reminiscentes da infância, o indivíduo irá experimentar emoções e sensações corporais associadas às experiências infantis, as quais são ativadas inconscientemente pelo sistema da amígdala. Muitos esquemas se desenvolvem na fase pré-verbal, quando a criança armazena apenas memórias, emoções e sensações corporais. Componentes cognitivos de um esquema surgem depois que as emoções e as sensações corporais já estão armazenadas na amígdala. Após se tornar consciente de suas memórias de infância, emoções, sensações corporais, cognições e estilos de enfrentamento, o paciente começa a exercer algum controle sobre suas respostas, aumentando o seu livre-arbítrio em relação aos esquemas. Assim, um dos papéis do terapeuta é o de ajudar os pacientes a conectar as emoções e sensações corporais a memórias de infância. Pretende-se apresentar, neste trabalho, um exemplo de estratégia experiencial utilizada em um contexto de terapia do esquema, com o objetivo de ilustrar a importância da conscientização de memórias infantis relacionadas a sentimentos e sensações ativadas por esquemas. O paciente, um homem de 50 anos, engenheiro, separado, relata sentimentos frequentes de culpa e de vazio. Os sentimentos de culpa e de compaixão são experimentados em relação à mãe e a sua atual namorada. Sente-se responsável por ambas, que demandam dele atenção e proteção, além de outras demandas materiais. Sente-se culpado por não corresponder ou cuidar delas como deveria, mas ao mesmo tempo sente-se aviltado emocionalmente, experimentando rancor e raiva. Queixa-se também de uma “dor emocional”, acompanhada de sentimentos de abandono e de vazio, ocorrendo geralmente pela manhã. Seu pai faleceu quando ele era recém-nascido e sua mãe é descrita como alguém autocentrada e negligente com os filhos. Os esquemas identificados relacionados a essas emoções incluem o de Privação Emocional (PE) e Auto-sacrifício (AS). O trabalho vivencial realizado com o objetivo de levar o paciente a entrar em contato com suas necessidades emocionais (PE) trouxe a imagem de uma cena em que ele, com aproximadamente cinco anos, presenciava o choro de sua mãe, a qual estava deprimida. Na cena, ele se via ignorado pela mãe, que apenas chorava. O paciente não conseguia focar-se nas próprias necessidades emocionais (de ser ignorado, não atendido). Em vez disso, revelava sentimentos de extrema compaixão e de impotência, por não conseguir ajudar a mãe. Após a reparação parental feita pelo terapeuta (acolhendo o paciente e conversando com a mãe na imagem) e pelo paciente (o modo adulto saudável do paciente repara a criança vulnerável), várias memórias conscientes surgiram, permitindo posteriormente a ocorrência de uma percepção mais distanciada e saudável por parte do paciente em relação às demandas da mãe e da namorada. Implicações dos efeitos dessa estratégia serão discutidas.

## **2. AVALIAÇÃO DE CASAIS APLICADA À TERAPIA COGNITIVA: TEORIA E PRÁTICA**

Coordenador: Raphael Fischer (Universidade do Estácio de Sá, UNESA, Rio de Janeiro, RJ)

Segundo os últimos dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) no ano de 2011, aproximadamente um milhão de pessoas se casaram, 234 mil se divorciaram e sete mil se separaram judicialmente. Pode-se inferir que de cada quatro casais um se separa ou divorcia. Estas condições podem ser fontes de estresse emocional e gerar um quadro de crise em todos os envolvidos, incluindo os genitores e sua prole. Esta mesa tem por objetivo abordar o tema e a aplicação de medidas psicológicas para avaliar a qualidade do relacionamento romântico na Terapia Cognitivo-Comportamental. O primeiro apresentador demonstrará aplicações de procedimentos de medida e avaliação psicológica dentro dos aspectos da conjugalidade e do amor romântico. Possuir qualidade no relacionamento romântico é um aspecto de grande importância para a manutenção e bem-estar dos indivíduos na vida amorosa. O segundo apresentador abordará os conceitos de satisfação e ajustamento conjugal, bem como, as medidas referentes aos mesmos. Sendo elas, a Escala de Ajustamento Diádico e a *Marital Satisfaction Inventory-Revised (MSI-R)*. Esta medida está sendo validada para a população de casais brasileiros. A terceira apresentadora relacionará os estilos de crenças presentes numa relação amorosa, evidenciando a importância da avaliação desse tipo de cognição na satisfação conjugal. Para tal, será apresentada a validação da Escala de Crenças Conjugais (ECC). O quarto apresentador integrará os conceitos dentro da proposta de avaliar casais na Terapia Cognitivo-Comportamental. Será apresentado o processo de avaliação da qualidade do relacionamento dos cônjuges em conflito pelo terapeuta cognitivo tanto nas etapas iniciais como ao longo do tratamento.

Palavras-Chave: Medidas Psicológicas; Casais; Terapia Cognitivo-Comportamental

## **2.1 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE EM RELACIONAMENTOS ROMÂNTICOS**

Alexsandro Luiz de Andrade (Universidade Federal do Espírito Santo, UFES, Vitória, ES)

Possuir qualidade no relacionamento romântico é um aspecto de grande importância para manutenção geral de um relacionamento e do bem-estar com vida de um indivíduo. Enquanto fenômeno psicológico o amor é um sentimento complexo, relacionado com uma intensa vontade de estar com outra pessoa, envolvendo um processo de fixação de pensamento e emoção no outro. Amor pode também associar-se ao vínculo entre membros de um sistema familiar. O amor, nesta perspectiva, associa-se aos sentimentos compreensão e cuidado pelo outro, bem como a formação de crenças e esquemas de idealização, associando-se com efeitos de afeto positivo, de qualidade de vida e bem estar, ou negativos, envolvendo situações de depressão e ansiedade. Com objetivo de colaborar com produção nesta área a presente atividade demonstra aplicações de procedimentos de medida e avaliação psicológica dentro dos aspectos da conjugalidade e do amor romântico. A mensuração de fenômenos psicológicos é compreendida como um processo de atribuir magnitudes ou parâmetros de mensuração aos processos cognitivos, afetivo-emocionais e comportamentais. A medida psicológica dentro dos relacionamentos amorosos visa acessar, caracterizar e comparar a expressão de fenômenos subjetivos via o uso de recursos da linguagem matemática, aplicados segundo parâmetros básicos da psicometria e da ética no manuseio de técnicas psicológicas. As emoções que o indivíduo desenvolve nos seus relacionamentos, juntamente com a positividade das situações vivenciadas no dia a dia do casal, padrões de interação, percepções positivas da relação (avaliação da qualidade) e outras características de ordem cognitiva, comportamental e afetiva, emergem como facetas a serem conhecidas pelo profissional psicólogo no intercurso da intervenção clínica ou pesquisa acadêmica. Desta forma apresentamos estratégias de avaliação psicológica dentro relações diádicas.

Palavras-chave: relacionamento romântico, avaliação psicológica, medida psicológica.

## 2.2 ESCALA DE AJUSTAMENTO DIÁDICO

José Augusto Evangelho Hernandez (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ)

O objetivo deste estudo foi avaliar as propriedades psicométricas de uma versão brasileira da Escala de Ajustamento Diádico (EAD) da original de Graham Spanier (1974) para avaliar o ajustamento conjugal de casais que coabitam independente da formalização da união. Dez anos após a criação da EAD, Spanier (1985) já havia recebido mais de 1000 correspondências relatando o seu uso. Busca recente realizada no Portal de Periódicos da CAPES revelou que 4.174 artigos envolveram a EAD de 1999 até os dias atuais. Nesta pesquisa, o instrumento foi respondido por uma amostra não probabilística de 315 mulheres e 227 homens que estavam em relacionamentos amorosos de diversos tipos, coabitantes e não coabitantes. Os sujeitos foram recrutados em diversos locais de Porto Alegre/RS e região metropolitana. Através da técnica estatística Análise Fatorial, foi explorada a estrutura do instrumento, observando o desempenho dos itens na função de representar os construtos Consenso Diádico, Satisfação Diádica, Coesão Diádica e Expressão de Afeto. Consenso, a percepção individual de aspectos do relacionamento e do nível de concordância do casal sobre uma variedade de questões básicas: financeiras, lazer, religiosas, amizades, convencionalidade, filosofia de vida, negócios com parentes, metas e objetivos, tempo alocado, participação na tomada de decisão, participação nas tarefas domésticas, decisões sobre as carreiras profissionais; Satisfação, a percepção individual acerca da possibilidade do divórcio/separação, da evasão de casa, do arrependimento, das querelas, da implicância mútua, do bem estar, da confiança, do beijo, da felicidade e do compromisso com relacionamento; Coesão, avalia o grau de compartilhamento emocional do casal, a percepção individual relativa ao engajamento mútuo em interesses externos, à estimulação de idéias, à diversão conjunta, à discussão tranquila e ao trabalho conjunto em projetos; Expressão de Afeto, a percepção individual da concordância do casal sobre as presenças/buscas e ausências/recusas de demonstrações de afeto e de relações sexuais. Por meio da Análise de Variância, foi testada a validade de critério da escala, comparando as médias dos grupos de participantes que coabitavam com os que não coabitavam. Além disso, a consistência interna da EAD e suas subescalas foram avaliadas pelo Coeficiente Alfa de Cronbach. Os resultados obtidos foram comparados com o estudo original de construção do instrumento e outras confirmações subsequentes. Embora o fator Consenso tenha se mostrado o mais forte do instrumento, a Satisfação, a Coesão e a Expressão de afeto marcaram presença nítida, o que confirmou a multifatorialidade da EAD, os 32 itens que compõe a versão brasileira se ajustaram razoavelmente a uma solução de quatro fatores. Porém, o comportamento de alguns itens não foi o esperado. Nesse caso, devem-se considerar as observações de Spanier (1985) que, mesmo defendendo a EAD, reconheceu a possibilidade de melhorar alguns de seus itens em futuras investidas. Seria, portanto, importante que novas análises fossem realizadas com esse objetivo. Considerando o desempenho apresentado pelos itens da EAD, somado a eficácia discriminativa frente ao critério adotado, conclui-se que esta avaliação do instrumento forneceu evidências de confiabilidade e validade para sua utilização em atividades de investigação científica e, no futuro, na terapia de casais.

Palavras-chave: ajustamento conjugal, satisfação conjugal, qualidade conjugal

### 2.3 AVALIAÇÃO DAS CRENÇAS NO CASAMENTO: VALIDAÇÃO DE UM INSTRUMENTO

Camila Moraes Ribeiro; Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ)

As crenças conjugais podem ser compreendidas enquanto um conjunto de ideias acerca de como o casamento deveria ser e de quais papéis e funções deveriam ser desempenhados pelo cônjuge dentro da relação conjugal. A literatura indica a existência de dois tipos de crenças conjugais, a saber: as crenças realistas e as crenças irrealistas. As crenças realistas caracterizam-se enquanto concepções mais sensatas e coerentes com a realidade conjugal, sendo mais flexíveis e passíveis de concretização, enquanto as crenças irrealistas configuram padrões rígidos de pensamento, os quais não encontram suporte nas informações contidas nos fatos reais, e compõem ideias muito exageradas sobre o casamento que dificilmente serão concretizadas no cotidiano conjugal. Observa-se que diante dessas características, os padrões de crenças mantidos em relação ao casamento exercem influência sobre a qualidade conjugal, de modo que alguns estudos apontam que crenças realistas encontram-se vinculadas a relações mais satisfatórias e crenças irrealistas estão associadas à insatisfação com o casamento. Nesse sentido torna-se relevante conhecer os estilos de crenças presentes numa relação amorosa, evidenciando a importância da avaliação desse tipo de cognição no contexto conjugal. Em âmbito internacional pode-se identificar alguns instrumentos criados e validados para a avaliação de elementos cognitivos influentes nas relações de casais. Entretanto, no cenário nacional verifica-se a escassez de instrumentos sobre crenças no casamento construídos e validados para a população brasileira. Considerando tal lacuna metodológica, o presente estudo objetivou a validação da Escala de Crenças Conjugais (ECC). Para tanto, a ECC foi aplicada numa amostra de 333 participantes, com escolaridade a partir do ensino fundamental completo, dentre homens e mulheres, solteiros e casados. Para verificar a validade de construto da ECC foram realizados testes de análise fatorial (AF), em caráter exploratório, onde o método escolhido para análise dos fatores foi o método de máxima verossimilhança com rotação quartimax. Os resultados da AF revelaram a existência de dois Fatores para a ECC identificados como Comunicação Interpessoal e Compromisso (CIC) e Papéis Sociais (PS). Após a obtenção dos Fatores foi realizada a análise da consistência interna de cada Fator por meio do cálculo do coeficiente alfa de *Cronbach* ( $\alpha$ ), em que se constatou que ambos os Fatores apresentaram níveis satisfatórios de confiabilidade: CIC ( $\alpha = 0,81$ ) e PS ( $\alpha = 0,70$ ). A versão final da ECC corresponde a uma escala de autoinforme, composta por 26 itens, os quais avaliam os níveis de crenças realistas e irrealistas sobre o casamento em cada Fator do instrumento (CIC e PS). Destaca-se que o presente estudo resultou num instrumento inédito de avaliação das crenças conjugais a ser utilizado em pesquisas brasileiras. Espera-se que a ECC possa ser útil no estudo das relações de casais, possibilitando a realização de novas pesquisas.

Palavras-Chave: Escala, Crenças, Casamento

Bolsa: Capes

## 2.4 A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM CASAIS

Raphael Fischer (Universidade do Estácio de Sá, UNESA, Rio de Janeiro, RJ)

A avaliação é um dos elementos-chave no tratamento de qualquer transtorno psicológico ou problemas interpessoais na terapia cognitivo-comportamental. Este trabalho tem por objetivo apresentar a relevância do uso de medidas psicológica no processo de avaliação de casais que buscam tratamento. Foram realizadas buscas sistemáticas na literatura científica contendo as seguintes palavras: avaliação, terapia cognitivo-comportamental; casais; *assessment*; *cognitive-behavioral therapy for couples*; *couples*. A busca foi delimitada ao período de 1997 à 2013. Basicamente seis bases de dados bibliográficas foram pesquisadas: *Psycinfo* (*American Psychological Association*); *Medline/Pubmed*; *Ovid*; *IndexPsi* (Conselho Federal de Psicologia), *SciELO* e *LILIACS*. Nos últimos 15 anos, dois instrumentos ganharam destaque, sendo eles: *Dyadic Adjustment Scale* e *Marital Satisfaction Inventory – Revised*. Segundo ainda esta revisão, o tratamento de relações íntimas conturbadas segue uma estrutura básica para a admissão dos casais. Inicialmente, o clínico pode avaliar o caso através de entrevistas, inventários e questionários. Esses dois últimos instrumentos auxiliam na captação de informações que podem ter sido omitidas no primeiro contato com o casal, além de diminuir o tempo gasto com a terapia. Os inventários são utilizados também ao longo do tratamento como uma forma de avaliar a evolução do mesmo. Nesses instrumentos os sujeitos são solicitados a dar sua opinião e a prestar informações sobre suas atitudes. É importante ressaltar que o modelo de tratamento de casais segue a mesma estrutura básica da terapia cognitiva para os transtornos psicológicos. Entre as etapas do processo terapêutico está a devolução das informações obtidas na avaliação inicial. O profissional compartilha com as partes envolvidas todas as novas hipóteses que surgem sobre o caso ao longo do tratamento. O padrão de interação problemático também é apresentado na sessão conjunta de devolução de forma concisa. Após apresentar as questões referidas, terapeuta e clientes decidem juntos qual dos problemas tem prioridade no tratamento. Conclui-se que as medidas psicológicas são importantes instrumentos que auxiliam no processo de avaliação dos casais em conflito. Porém, as medidas relatadas precisam ser mais amplamente validadas para a população brasileira. Caso isso não ocorra, o uso destes inventários ficará restrito ao âmbito das pesquisas acadêmicas, não podendo ser ainda utilizados pelos psicólogos na sua prática clínica cotidiana.

Palavras-Chave: Avaliação; Terapia Cognitivo-Comportamental; Casais

### **3. RESILIÊNCIA EM ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA E A RELAÇÃO COM ÍNDICES DE STRESS, DEPRESSÃO E ANSIEDADE AO LONGO DO CURSO**

Coordenadora: Luciana Rizo (UFRJ; Psineuroclínica Cognitiva do RJ; Faculdades Integradas Maria Thereza - FAMATH/ Niterói-RJ)

Através dos estudos da Psicologia Positiva, observa-se a importância da resiliência como fator de proteção do indivíduo e, ainda como propulsora de engajamento em atividades como desafios que construirão o sentido e propósito em sua vida. Pensando no ambiente acadêmico, entende-se que esse comportamento se torna importante, uma vez que a necessidade de adaptação a um novo universo e diversos momentos de alta exigência que são impostos aos sujeitos, podem ser vistos como obstáculos, que os impedem de prosseguir (quando apresentam baixa resiliência), ou desafios, que os impulsionam (quando tem um bom índice de resiliência). A psicopatologia mostra como transtornos mentais podem paralisar o indivíduo. Altos níveis de stress colaboram para quadros de patologias clínicas gravíssimas, quadros de ansiedade, levam ao isolamento do indivíduo que passa a temer o contato com o mundo e a depressão constrói uma dificuldade do indivíduo enfrentar a realidade devido às suas distorções negativas... Para um estudante de graduação, essas características podem limitar de forma significativa o desempenho em um semestre, levando ao trancamento e futuro abandono do curso. Intervenções preventivas e indicações para o tratamento são fundamentais. Esse trabalho descreve o nível de resiliência de alunos de graduação do primeiro, quinto e décimo períodos (turnos manhã e noite) de uma faculdade de graduação em psicologia da cidade de Niterói-RJ. Essa mesma amostra foi submetida à medidas de ansiedade, depressão e stress. A análise dos dados tem como objetivo observar as possíveis diferenças existentes nos resultados dos turnos e que tipo de diferença pode acontecer a cada fase da faculdade (início-1º período; meio- 5º período; e fim- 10º período). Uma questão fundamental para cada pesquisador é trabalhada nesse estudo: Como o nível de resiliência dessa amostra se relaciona com os índices de Ansiedade, Depressão e Stress? Apresentaremos a primeira fase do trabalho com os dados e análises dos resultados. A intervenção é o foco desse Programa de Pesquisa com o planejamento de um Programa de Nutrição de Resiliência para Universitários.

### **3.1 RESILIÊNCIA EM ALUNOS DE PSICOLOGIA: UMA FERRAMENTA DE PREPARAÇÃO PARA O TRABALHO?**

Uendel Pimentel; Mylene Ramos Vianna Pimentel; Luciana Rizo (Faculdades Integradas Maria Thereza - FAMATH/Niterói-RJ)

Frente a atual conjuntura socio-político-econômica que se caracteriza pela alta ocorrência de eventos aversivos no decorrer do desenvolvimento, algumas pessoas passam por situações traumáticas e a superam saindo fortalecidas, e outras não conseguem recuperar-se de situações similares. O conceito de Resiliência nasceu da Física. Traduz-se pela capacidade de um material, após sofrer uma deformação extrema, recuperar seu estado normal, como um elástico. Esta característica também é encontrada na maioria das pessoas. É uma capacidade humana para enfrentar as adversidades da vida, superá-las, ou até ser transformado por elas. Um dos motivos para que cada indivíduo reaja de forma diferente com problemas semelhantes está relacionado com o conceito de resiliência. O conceito de resiliência para Benevides-Pereira, Gomes e Araújo é definido como uma capacidade universal que possibilita a pessoa, grupo ou comunidade prevenir, minimizar ou superar os efeitos nocivos das adversidades, inclusive saindo dessas situações fortalecida ou até mesmo transformada, porém não ilesa. Os alunos de Psicologia, futuros profissionais de ciências humanas/saúde lidarão diretamente em seu contexto profissional com um número vasto de adversidades, sua reação a elas favorecerá comportamentos que propiciarão maior eficácia de atuação profissional. Assim, o objetivo do presente trabalho foi avaliar a incidência de comportamentos resilientes em acadêmicos de Psicologia em uma faculdade particular de Niterói- RJ que cursam o primeiro, quinto e décimo semestre de graduação. Responderam à pesquisa 60 acadêmicos sendo 51 (85%) do sexo feminino, e 9 (15%) do sexo masculino, e a idade variou 17 à 66 anos sendo que estes estudavam nos períodos matutino ou noturno. O instrumento aplicado foi a Escala de Resiliência de Gail Wagnild e um breve questionário sóciodemográfico. Todos os procedimentos éticos foram seguidos de acordo com a Resolução 196/96. De acordo com os dados levantados, a pesquisa constatou níveis de resiliência muito elevada (5%), elevada (10%), moderada alta (36,6%), moderada baixa (26,6%), baixa (10%), muito baixa (11,6%). São realizadas análises do nível de resiliência e dados obtidos no questionários aplicados simultaneamente nessa amostra. A partir da observação mais profunda desses dados, uma intervenção de nutrição da resiliência será proposta para fortalecer nesse grupo algo já encontrado e prevenir que obstáculos venham atrapalhar o processo de graduação, que sejam encarados como desafios. Os estudos sobre resiliência são de grande contribuição para a psicologia e para os pesquisadores em questão, pois possibilita a apreensão de recursos em si mesmo e no ambiente na superação das adversidades, rompendo então com um olhar passivo pela história por uma intervenção na busca e resolução de conflitos.

Palavras-chave: resiliência, acadêmicos, psicologia

### **3.2 ANSIEDADE EM ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO: TERÍAMOS ALGUMA DIFERENÇA ENTRE OS ALUNOS MAIS RESILIENTES?**

Quellen Cristina Jales das Neves; Caroline Dias Freitas; Luciana Rizo (Faculdades Integradas Maria Thereza - FAMATH/Niterói-RJ)

A ansiedade é definida como um estado emocional de apreensão e tensão no qual o indivíduo responde a uma situação, não perigosa, mas de ameaça, com um grau de intensidade e magnitude desproporcionais ao objeto em questão. Em muitos casos, a ansiedade contribui para que uma pessoa consiga desempenhar bem uma determinada tarefa. Em outros momentos, pode se tornar tão intensa e desconfortável que compromete a vida do indivíduo. Conhecer o foco das preocupações de uma pessoa que apresente sintomas importantes de ansiedade é fundamental para um diagnóstico correto e, conseqüentemente, para o tratamento adequado. A ansiedade no estudante de graduação pode prejudicar o seu aprendizado, pois um nível alto de ativação da mesma pode comprometer severamente a memória e a atenção do aluno, funções fundamentais para um bom aprendizado, dentre outros comprometimentos que podem ser associados tanto à vida acadêmica quanto pessoal do estudante, como perturbação e alteração do sono, o que por consequência, a médio e longo prazo pode levar a falência da capacidade adaptativa, com conseqüente queda na qualidade de vida e prejuízo do desempenho social, familiar e profissional. Nesse contexto, também podemos levar em consideração que só a própria mudança de rotina do estudante de graduação que está entrando na universidade ou mesmo do que está avançando em um período, já é um fator ansiogênico por si só, como toda mudança na vida de qualquer indivíduo, o que, de acordo com as respostas interacionais de cada um, que dizem respeito à forma como aprendemos a nos relacionar com o mundo, esses fatores ansiogênicos podem vir a predispor estados de ansiedade cada vez maiores, quando não trabalhados inicialmente. Com a aplicação de questionários em estudantes de graduação do primeiro, quinto e décimos períodos de diferentes turnos (matinal e noturno); pôde-se observar uma diferença significativa quanto ao índice de ansiedade na vida desses indivíduos, sendo relevantes os resultados entre os turnos. Observando as médias de resultados dos grupos, obtivemos no primeiro período manhã e noite índices com baixa discrepância. Analisando os dados do quinto período/manhã descobrimos que a média geral de ansiedade apresenta uma diferença significativa entre os turnos manha e noite sendo o turno da noite aquele que apresentou o nível mais elevado. Os dados do décimo período também apresentam diferença entre os turnos manha e noite, porém com o turno da manhã tendo o índice mais elevado. A discussão dos dados se dá segundo os fatores de cada período que podem interferir para aumento da ansiedade dos alunos, as particularidades de cada turno e o cruzamento de dados com os resultados da Escala de Resiliência aplicada na mesma amostra a fim de avaliar o quanto o fator resiliência colabora para o manejo e diminuição dos índices de ansiedade.

Palavras-chave: ansiedade, estudantes, resiliência

### 3.3 DEPRESSÃO E RESILIÊNCIA EM ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO

Gutemberg Veloso; Rosa Maria Martins Ramos; Luciana Rizo (Faculdades Integradas Maria Thereza - FAMATH/Niterói-RJ)

A depressão é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns com distribuição universal, e constitui um grande problema de saúde pública. Segundo a organização mundial de saúde, o grau de incapacitação devido aos transtornos depressivos é maior do que em outras doenças crônicas recorrentes, como hipertensão, diabetes melitus, artrite ou dor lombar crônicas. Calcula-se que até o ano 2020, a depressão será a segunda causa da incapacitação no mundo, atrás apenas da doença coronariana isquêmica. No ambiente acadêmico, a preocupação e stress geradas pela crenças ou até mesmo constatações parciais de não dar conta das demandas, como provas e trabalhos acabam por contribuir para um quadro de sintomas depressivos. A noção empírica de que eventos de vida e sobretudo os negativos, podem desencadear a depressão é confirmada experimentalmente. No dia-a-dia os graduandos se vem com demandas crescentes a cada novo período que conquistam. Déficits de repertório podem contribuir para o desencadeamento da depressão, por exemplo, pois crenças que outrora estavam latentes passam a emergir por gatilhos específicos presentes em cada de indivíduo podendo variar por exemplo pelo contato com uma determinada prova ou trabalho ou quaisquer dificuldades da vida acadêmica que se abre como um novo universo de experiências intelectuais, sociais onde sua relação consigo (Eu), com o Mundo, e com o Futuro serão alteradas. Portanto, podemos pensar que a Tríade Cognitiva é profundamente abalada nesse momento. Onde podemos supor que esse indivíduo está mais sensível aos sintomas de depressão. A teoria da Terapia Cognitiva observa que o paciente deprimido elabora sua experiência de maneira negativa e antecipa resultados desfavoráveis para seus problemas. Esta forma de interpretar os eventos e as expectativas funcionam como uma espécie de propulsor de comportamentos depressivos que, por sua vez, ratificam, após nova interpretação, os sentimentos pessoais de inadequação, baixa auto-estima e desesperança que caso o aluno esteja deprimido, virá a interferir de forma significativa na caminhada do graduando. Nesse trabalho, aplicamos a o Inventário Beck de Depressão em alunos de graduação do primeiro, quinto e décimos períodos de uma faculdade de Niterói-RJ. A análise dos dados tem como objetivo observar os índices de depressão de cada período; Descrever e discutir diferenças entre turnos; E utilizar os dados da Escala de Resiliência aplicada na mesma amostra para verificar se existe algum impacto do nível de resiliência encontrado nessa amostra e os índices de depressão.

Palavras-Chave: Depressão, Estudantes, Resiliência

### **3.4 STRESS EM ESTUDANTES DE GRADUAÇÃO: A RESILIÊNCIA PODERIA CONTRIBUIR PARA O MANEJO?**

Maria Angélica Marques de Jesus; Luciana Rizo (Faculdades Integradas Maria Thereza – FAMATH/ Niterói – RJ)

Este trabalho aborda, de uma forma geral, esse mal que se não for o mal do século tornou-se um portal de entrada para muitas mazelas que tem acometido homens, mulheres, crianças, jovens e idosos, enfim, a sociedade como um todo - o stress. A amostra estudada são estudantes de graduação de psicologia do primeiro, quinto e décimo períodos de uma faculdade particular de Niterói - Rio de Janeiro. Procurou-se observar três etapas distintas do curso a fim de levantar situações de vida diferentes que poderiam servir como gatilhos para o stress do aluno. Graduandos por serem exigidos cada vez mais, na faculdade e pelo mercado de trabalho, que lhes aguardam após a formação, cada vez mais competitivo, acabam por se expor a jornadas duríssimas de carga horária de trabalhos, pesquisas, estágios (algumas vezes em várias instituições ou acumular com seu emprego formal), precisando se manter muitas horas em atividade intelectual e de trabalho, suprimindo atividades de relaxamento e de prazer, para ser um profissional especialista. O stress, inicialmente, pode funcionar como fator de motivação, porém, em médio e longo prazo o stress pode causar no organismo desses estudantes consequências graves que podem levá-los a trancar a faculdade ou até abandoná-la. Vivemos uma epidemia do excesso em que estudantes de graduação sonham depois de formados galgarem as melhores colocações no mercado de trabalho, porém esse sonho pode não se tornar uma realidade, visto que esse estudante, agora profissional, não é absorvido pelo mercado em sua área de atuação é seduzido para outras funções de atuação gerando assim uma exposição prolongada do elemento causador do stress. Hans Selye em sua teoria propõe que esse fenômeno denominado stress envolve três importantes alterações no organismo que explicam como esses sintomas se desenvolvem é um modelo trifásico, com base nesse modelo Marilda Emmanuel Novaes Lipp desenvolveu o modelo quadrifásico no decorrer da padronização do Inventário de Sintomas de Stress para adultos uma quarta fase foi identificada tanto clínica como estatisticamente, a qual foi dado o nome de Quase exaustão, ficando assim determinado: fase de alerta, fase de resistência, fase de quase exaustão e fase de exaustão. Utilizamos o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp como medida de Stress nos estudantes de primeiro, quinto e décimos períodos que estudam nos turnos manhã e noite. Os dados apresentados nesse trabalho identificam as classificações de nível de stress por grupo a fim de identificar as possíveis dificuldades de cada etapa da faculdade e, ainda cruzamos os dados com os resultados obtidos nas escalas de resiliência (também aplicada na mesma amostra) a fim de verificar a interferência do nível de resiliência e manejo de stress dos estudantes. Esse estudo pretende gerar um programa de intervenção na faculdade de prevenção de problemas como stress e nutrição da resiliência.

Palavras-chave: stress, estudantes, resiliência

#### **4. ATUALIZAÇÕES EM NEUROCIÊNCIAS E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Coordenadora: Marcele Regine de Carvalho (Doutora e Mestre em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ. Professora do Instituto de Psicologia (IP) da UFRJ. Supervisora da Divisão de Psicologia Aplicada do IP/UFRJ. Pesquisadora do Laboratório de Pânico e Respiração do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ; do INCT Translational Medicine e do Laboratório de Mapeamento Cerebral e Integração Sensorio-Motora do IPUB/UFRJ; Rio de Janeiro, RJ)

Atualmente observa-se a crescente interação entre neurociência e psicologia clínica, principalmente na abordagem cognitivo-comportamental. A tentativa de incorporar o conhecimento produzido pelas neurociências às bases teórico-práticas desta abordagem visa fortalecer seu suporte neurobiológico, tanto em relação aos sistemas neurais envolvidos nos modelos cognitivos propostos para os transtornos mentais, como para o entendimento das possíveis modulações ou modificações neurais relacionadas às intervenções psicológicas. Os achados em neuroimagem possibilitam detectar mudanças no funcionamento de estruturas neurais associadas às intervenções psicológicas e também ao tratamento psicofarmacológico, o qual muitas vezes é associado à Terapia Cognitivo-comportamental (TCC). É neste contexto que esta mesa pretende destacar algumas atualizações em Neurociências relacionadas à TCC. A partir de uma revisão atual da literatura são apontadas as contribuições dos diferentes métodos adotados pela neurociência para conhecimento e intervenção nos circuitos neurais associados aos transtornos psicológicos, por exemplo: os transtornos de ansiedade; ressaltando os ganhos que a TCC já pode obter a partir destes recursos e destacando o panorama de futuro desenvolvimento para esta abordagem baseada em evidências. A seguir destaca-se o conhecimento atual acerca da neurobiologia do Transtorno de Pânico ao se enumerar as principais estruturas envolvidas na manutenção do transtorno sem desconsiderar o sistema funcional em que estão inseridas, e ao assinalar os desdobramentos para o tratamento cognitivo-comportamental. Em um terceiro momento, destacam-se as principais alterações neurobiológicas encontradas após o tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo com TCC através de recursos de neuroimagem. Por último, resalta-se a importância do tratamento de TCC combinado ao tratamento medicamentoso para pacientes com Transtorno Bipolar, o que pode contribuir de forma significativa para qualidade de vida destes pacientes.

#### 4.1 TCC E NEUROCIÊNCIAS: O PRESENTE E OS POSSÍVEIS PASSOS FUTUROS

Marcele Regine de Carvalho\_(Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

A neurociência cognitiva é o campo de estudo que vincula o cérebro e outros aspectos do sistema nervoso ao processamento cognitivo e também ao comportamento. Avanços em neurociências começam a clarificar os circuitos neuroanatômicos responsáveis pelo medo, ansiedade e outros estados de humor. O conhecimento acerca da neurobiologia e fisiologia dos transtornos mentais, potencializado pelo uso técnicas de mapeamento cerebral, estudo de neurotransmissores e genética, é de extrema importância e pode refletir diretamente no conhecimento de como as abordagens psicoterápicas, especialmente a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), e o tratamento psicofarmacológico modulam o circuito cerebral envolvido nas psicopatologias. O objetivo deste estudo é ressaltar, a partir de recente revisão da literatura, as possibilidades de contribuição das neurociências para a TCC no presente e no futuro. Atualmente o campo da neurociência tem recebido grandes contribuições de novas tecnologias, como as possibilidades em neuroimagem que a Ressonância Magnética Funcional pode proporcionar. Estudos funcionais permitem avaliação em tempo real do funcionamento cerebral, de forma não invasiva, sob a influência de estímulos visuais, auditivos, táteis, gustativos ou olfativos, bem como durante a execução de tarefas cognitivas e afetivas. Também fornecem uma resolução anatômica que distingue entre estruturas pequenas e profundas. Além disso, também se podem destacar as possibilidades oferecidas pela Estimulação Magnética Transcraniana, técnica capaz de estimular o cérebro com vantagens em relação às já existentes e que pode ser usada para o tratamento de transtornos mentais. O uso desta técnica já começou a ser testada e a demonstrar resultados promissores. Essas e outras ferramentas podem ser utilizadas a favor da TCC. O tratamento para ansiedade a partir de TCC, por exemplo, abrange intervenções específicas que permitem tanto a extinção do medo condicionado quanto a regulação cognitiva de emoções. Em transtornos ansiosos, sabe-se que as distorções cognitivas contribuem de forma significativa para o sofrimento emocional do paciente, como antecipações negativas ou catastróficas. Estudos com neuroimagem demonstram o envolvimento do córtex pré-frontal, córtex cingulado anterior, ínsula e amígdala durante a expectativa de estímulos desagradáveis. Alguns outros estudos demonstram que reatribuições ou o controle cognitivo acerca da percepção de estímulos desagradáveis, ambos envolvidos em estratégias de tratamento cognitivo-comportamental, modulam a atividade de sistemas de processamento emocional, como a amígdala. Estes achados estão associados ao modelo de controle *top-down* do processamento emocional, ou seja, do envolvimento de áreas corticais modulando a atividade da amígdala, inibindo *outputs* para regiões subcorticais. Desta forma, quando há disfunção nesta modulação *top-down*, respostas ansiogênicas estão mais propensas a acontecer, assim como a antecipação de consequências negativas. Estes são exemplos de achados que demonstram como pesquisas em neurociências podem colaborar para potencializar o conhecimento sobre as bases neurobiológicas das psicopatologias e da TCC, assim como auxiliar no refinamento de intervenções (revelando os circuitos neurais associados à melhora dos sintomas, por exemplo) a fim de aumentar a eficácia dos tratamentos propostos. Por fim, objetiva-se apresentar campos promissores relacionados ao futuro desenvolvimento da TCC, destacando seu perfil como uma abordagem baseada em evidências.

Palavras-Chave: Neurociências, Terapia cognitivo-comportamental, ansiedade

#### 4.2 TRANSTORNO DE PÂNICO E NEUROBIOLOGIA

Luiza Medeiros Wanick Di Giorgio; Marcele Regine de Carvalho (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

O Transtorno de Pânico (TP) é um transtorno de ansiedade multidimensional e estudos neurobiológicos têm tornado mais clara a relação entre neuroanatomia e processos relacionados ao medo e ansiedade em humanos. A presente pesquisa consiste em uma Revisão Sistemática que pretende destacar a relação entre o TP e aspectos da neurobiologia. Foi realizada uma pesquisa nos bancos de dados PubMed e Scielo com as seguintes palavras-chave: “*panic disorder*” e “*neurobiology*”. Oito artigos, todos publicados a partir de 2008, foram selecionados e fichados. Verificou-se que as pesquisas em neurobiologia têm demonstrado que o TP tem sua origem em uma rede de medo com sensibilidade alterada. Nesta rede, ou neurocircuito do medo, se inclui principalmente a amígdala, o hipocampo, o córtex pré-frontal, a ínsula, o tálamo e as projeções da amígdala para o tronco cerebral. A principal hipótese é que a informação sensorial atravessa o tálamo até o núcleo lateral da amígdala, onde é transferida para o núcleo central da amígdala. Esta última atua na difusão da informação que coordena as respostas autonômicas e comportamentais. A amígdala desempenha um papel importante no processo de aprendizagem do medo. A experiência de um ataque de pânico (AP) estimula a amígdala a ativar os padrões de respostas no cérebro e no corpo. Assim, a experiência do AP deixa uma memória emocional que desencadeará uma resposta à ansiedade quando ocorrer uma experiência semelhante posterior, seja ela real ou antecipada. Já o hipocampo tem um papel na aquisição do contexto em que o AP ocorreu, de forma que associa elementos da experiência com o AP. A antecipação de tais detalhes pode desencadear intensa ansiedade, e assim a situação passa a ser evitada. Frequentemente pacientes com transtorno de pânico se queixam de sensações somáticas desagradáveis. Considerando o paradigma do medo condicionado, pesquisadores apontam que agentes psicogênicos estimulam uma rede cerebral sensível que foi condicionada para responder a estímulos nocivos. Avaliações através de mapeamento cerebral e ressonância magnética têm se demonstrado eficazes na investigação de substratos neuroanatômicos do transtorno de pânico, assim como do sítio específico de modalidades eficazes de tratamento. A partir do exposto, pode-se concluir que, apesar de funções mentais não poderem ser localizadas em áreas ou estruturas cerebrais específicas, este tipo de investigação ajuda a compreender qual a contribuição destas regiões no funcionamento da rede do medo, assim como abre possibilidades para novas estratégias no tratamento deste transtorno.

Palavras-chave: Transtorno de Pânico, neurobiologia, neurocircuito do medo

### 4.3 AS ALTERAÇÕES NEUROBIOLÓGICAS PROMOVIDAS PELO TRATAMENTO COM TCC PARA O TOC: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Priscila Assumpção Fernandes; Marcele Regine de Carvalho (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

O Transtorno obsessivo compulsivo (TOC) está entre as dez doenças com maior impacto sobre incapacitação social, o que implica em grande relevância para seu estudo. As características epidemiológicas do TOC parecem não variar significativamente quando são considerados os aspectos transculturais, indicando grande possibilidade de generalização dos dados obtidos nas pesquisas. Isso significa que é possível afirmar que há grande consistência em dados obtidos a partir da comparação dos estudos realizados em vários países. Em relação às recomendações para seu tratamento, há um consenso quanto a combinação entre Terapia cognitivo-comportamental (TCC) e medicação, principalmente com os psicofármacos que envolvem a recaptação de serotonina. A descrição dos achados neurobiológicos do TOC antes e após a psicoterapia com TCC deve contribuir para pesquisas relativas ao aperfeiçoamento de seu tratamento. O objetivo principal do presente estudo é realizar uma Revisão Sistemática da literatura, com a finalidade de descrever as alterações neurobiológicas encontradas após o tratamento do TOC com TCC. As buscas foram conduzidas a partir das bases de dados ISI Web of Science e PubMed no mês de Junho de 2013. Foram feitas combinações entre os termos “CBT” ou “Cognitive \*therap\*” ou “cognitive behav\* \*therap\*” ou “behav\* \*therap\*” e Neuroimag\*” ou “imag\*” e Obsessive compulsive disorder”. Foram incluídos artigos experimentais em inglês, que descrevessem estudos clínicos com pacientes diagnosticados com TOC, nos quais se realizaram avaliações utilizando neuroimagem antes e após o tratamento psicoterápico. As seguintes técnicas foram incluídas: Ressonância Magnética Estrutural, Ressonância Magnética Funcional, Tomografia por emissão de fóton único, Tomografia por emissão de pósitrons. De um total de 368 artigos encontrados, 12 foram incluídos na amostra final. As análises dos estudos atualmente encontram-se em andamento. Os dados atuais da literatura indicam que, ao comparar pessoas portadoras do TOC com não-portadoras, existem diferenças em relação à ativação e volume cerebrais em áreas específicas. Entre as áreas em que há maior ativação em pessoas com TOC é dado destaque para o córtex orbitofrontal e para os gânglios basais. Em relação ao volume, os dados são mais inconclusivos e coincidem com as áreas citadas anteriormente. Sobre a TCC, o tratamento parece modular o córtex pré-frontal medial, região chave para regulação por participar da inibição de respostas condicionadas do medo. Espera-se que com a descrição e comparação dos resultados apontados pelos estudos selecionados, possam ser mais bem descritas as influências do tratamento realizado com TCC sobre a modulação das alterações neurobiológicas encontradas nos pacientes com TOC.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Neurobiologia, Tratamento cognitivo-comportamental

#### **4.4 A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO COMBINADO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E PSICOFARMACOTERAPIA PARA O TRANSTORNO BIPOLAR**

Rafael Thomaz da Costa (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, IPUB, Rio de Janeiro, RJ)

O transtorno afetivo bipolar (TAB) é uma doença grave e incurável que afeta entre 1,5 e 3% da população, podendo gerar prejuízos substanciais na vida pessoal e profissional dos acometidos. Caracteriza-se pela variação desproporcional do humor, especialmente frente a fatores estressores. Foi realizada uma revisão sistemática nos bancos de dados Scielo e Pubmed sobre TAB e terapia cognitivo-comportamental (TCC) a fim de investigar a eficácia da TCC no tratamento dos pacientes com TAB concomitante ao tratamento psicofarmacológico. Estudos científicos comprovam que quanto antes é feito o diagnóstico correto e aplicado o tratamento adequado melhor é o prognóstico. Houve uma grande evolução no tratamento do TAB no decorrer das duas últimas décadas. O diagnóstico é feito com maior rapidez e os medicamentos ajudam a equilibrar o humor por mais tempo, reduzindo a intensidade e frequência dos episódios de humor. Os dois principais tipos de medicação usados para controlar os sintomas do transtorno bipolar são os estabilizadores de humor e os antidepressivos. Outras medicações para tratar insônia, ansiedade ou sintomas psicóticos também são comumente prescritos. Apesar dos psicofármacos serem essenciais no tratamento, nem todos os pacientes respondem bem aos medicamentos; por exemplo, cerca de 50% dos pacientes que fazem uso de Lítio apresentam sintomas subclínicos de depressão. Pesquisas comprovam que a TCC pode potencializar a melhora dos pacientes, especialmente diante dos sintomas depressivos. As estratégias da TCC visam principalmente: a psicoeducação, a monitoração dos sintomas maníaco-depressivos, a adesão ao tratamento psiquiátrico; a reestruturação de pensamentos/crenças distorcidos; controle de sintomas leves sem modificar a medicação; manejo/controle do stress; e aceitação da doença. Pesquisas que comparam o tratamento somente psiquiátrico e o tratamento combinado de TCC com o tratamento psiquiátrico mostram que pacientes que participam da TCC podem apresentar maior adesão medicamentosa, variações de humor menos intensas, menor frequência de internações e melhora em alguns aspectos da qualidade de vida. Como limitações da TCC encontramos que: algumas variáveis como número de sessões, escalas de avaliação e reavaliação variam muito entre os estudos; são necessários mais estudos que incluam pacientes bipolares de ciclagem rápida e pacientes com sintomas agudos de depressão e mania.

Palavras-chave: Transtorno afetivo bipolar, psicofarmacologia, terapia cognitivo-comportamental

## **5. A CLÍNICA-ESCOLA NO ATENDIMENTO À COMUNIDADE: SUPERVISÃO E PRÁTICA DE ESTAGIÁRIOS EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Coordenadora: Eliane Mary de Oliveira Falcone (Instituto de Psicologia – Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

### **5.1 A SUPERVISÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM CLÍNICA ESCOLA E SUA IMPORTÂNCIA NA FORMAÇÃO DO PSICÓLOGO CLÍNICO**

Eliane Mary de Oliveira Falcone; Juliana Furtado D'Augustin (Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Palavras-chave: Supervisão; clínica-escola; terapia cognitivo-comportamental

A supervisão consiste em uma intervenção ministrada por membro sênior de uma profissão a um membro ou membros juniores da mesma profissão. Os principais objetivos da supervisão são o fortalecimento do embasamento teórico, o estabelecimento de uma conduta ética e o desenvolvimento da capacidade clínica, sendo estes essenciais para o aprendizado e refino de habilidades terapêuticas. Na supervisão, o iniciante se torna consciente, não apenas de quais aspectos da sua prática clínica são percebidos como mais relevantes pelo supervisor, mas também dos seus comportamentos esperados. O contato com a prática em estágio supervisionado é, em geral, parte do currículo dos cursos de graduação em Psicologia. Nesta situação o estudante se vê, pela primeira vez, colocado no lugar de terapeuta e percebe a necessidade de adaptar-se a este papel. A relação terapêutica difere dos demais relacionamentos sociais nos quais o indivíduo se encontrava inserido até então, tornando-se necessário que ele adquira um repertório interpessoal, além de habilidades próprias para a atuação neste contexto específico, em um processo de formação. Todas essas demandas contribuem para gerar sentimentos de insegurança no supervisando, especialmente quando este se depara com a resistência do paciente no processo psicoterápico. Além disso, as características da abordagem de tratamento cognitivo-comportamental (diretividade, foco na mudança etc.), aliadas a um crescente corpo teórico-empírico exigem do supervisando uma elevada dedicação no aprimoramento dos conhecimentos da prática clínica e no desenvolvimento de habilidades interpessoais, além de regulação das próprias emoções. Para se tornar competente na prática clínica cognitivo-comportamental o supervisando precisa desenvolver capacidades para formular uma conceituação de caso, além de habilidades para aplicar os métodos clínicos empiricamente fundamentados, através de uma relação terapêutica colaborativa. Os métodos de supervisão de graduandos em clínica-escola na prática cognitivo-comportamental incluem: leitura e discussão de textos; relatos de sessões terapêuticas; demonstrações clínicas ao vivo (através de filmes, salas de espelho ou de vivências); práticas envolvendo a autorreflexão. A gravação das sessões terapêuticas tem sido recomendada na literatura para potencializar o aprendizado na condução das entrevistas e no relatório do atendimento a ser apresentado nas supervisões. Além de facilitar a auto-observação na intervenção pelo aluno, ela fornece *feedback* para a condução das próximas entrevistas, bem como para a assimilação de padrões de questionamento terapêutico. Esse trabalho tem como objetivo apresentar os métodos de supervisão utilizados no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Serão discutidas as demandas da terapia cognitivo-comportamental, bem como o impacto dessas demandas na pessoa do supervisando. Depoimentos extraídos de entrevistas e questionários sobre as crenças dos graduandos em relação as suas práticas e a supervisão serão também apresentados. Finalmente, algumas limitações na prática de supervisão neste contexto serão discutidas.

## 5.2 CONCEITUAÇÃO E TRATAMENTO DE UM CASO CLÍNICO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Monique Gomes Plácido; Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Palavras-chave: Transtorno de estresse pós-traumático; atendimento em clínica-escola; terapia cognitivo-comportamental

A paciente uma mulher, 53 anos, casada, do lar, procurou o Serviço de Psicologia Aplicada da UERJ, após a morte do seu filho, vítima de acidente de moto, decorrente de uma tentativa de assalto. A partir deste evento começou a apresentar sintomas como: pensamentos constantes sobre a morte de seu filho, crises de choro, pensamentos intrusivos sobre o filho, dificuldade de concentração, irritabilidade, perda de prazer nas atividades, dificuldades para dormir e preocupação excessiva com a violência. Chegou a experienciar um episódio dissociativo ao atravessar uma grande avenida, após o acontecimento. Oscilava entre tristeza, aceitação e raiva sobre o evento. Relatava vergonha de sair e encontrar conhecidos, pois achava que todos a olhavam com pena. As evitações feitas pela paciente incluíam: sair sozinha, ficar sozinha em casa, ir ao centro da cidade ou locais muito movimentados, pegar ônibus cheio, sair à noite, contato com amigos. Não conseguia frequentar o local onde o filho morreu (onde mora sua família), entrava em desespero. Os sintomas se agravavam perto do dia do óbito tanto no mês quanto no ano. Durante a avaliação, apresentou crenças como: “Eu sou egoísta”; “Eu não sou nada”, “Eu sou um fracasso”, “As pessoas têm pena de mim”, “A pior coisa que pode me acontecer é ser abandonada”; “O mundo é perigoso”. Apesar disso, mostrou-se colaborativa, assídua e motivada para o tratamento. Para a avaliação inicial foram utilizados instrumentos que avaliaram humor (BDI, BAI), auto estima (EA- Rosenberg) e capacidade de resolução de problemas (IRPS) indicando depressão moderada à grave, ansiedade severa, autoestima insatisfatória e dificuldades em resolver problemas. Após a conceitualização do caso foram levantadas a hipótese diagnóstica para Transtorno de Estresse Pós Traumático-TEPT e depressão, posteriormente confirmadas por um psiquiatra. Após o entendimento completo dos problemas da paciente foi montado um plano de intervenção que visou psicoeducação sobre o TEPT, incluindo a família; reestruturação cognitiva; resolução de problemas; técnicas de respiração e relaxamento; exposição imaginária e *in vivo* e desenvolvimento de habilidades sociais. Após algumas intervenções a paciente apresentou redução dos sintomas depressivos e ansiosos, além de aumento da autoestima, bem como da capacidade de solucionar problemas e da flexibilização das crenças centrais. Foram realizados enfrentamentos das situações que a paciente antes evitava, alcançando a redução significativa da ansiedade frente a estas. Atualmente a paciente não apresenta mais os sintomas iniciais como os pensamentos constantes sobre a morte de seu filho, crises de choro, e pensamentos intrusivos sobre o filho, dificuldade de concentração, irritabilidade, perda de prazer nas atividades, dificuldades para dormir, preocupação excessiva com a violência. O tratamento ainda está em curso e vem se mostrando eficaz em relação as queixas apresentadas.

### 5.3 CONCEITUAÇÃO E INTERVENÇÃO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE UM PACIENTE COM TRANSTORNO DE PÂNICO E AGORAFOBIA

Silvania Domingos; Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro RJ)

Palavras-chave: Conceituação e Intervenção, Clínica-Escola, Formulação de caso.

L., 35 anos, separado, natural do estado do Rio de Janeiro, formado em telecomunicações, recentemente retornou ao serviço, após afastamento por tendinite. Iniciou o tratamento no Serviço de Psicologia Aplicada da UERJ apresentando queixas relacionadas a sintomas de intensa ansiedade quando precisava tomar banho sozinho em casa, andar de metrô lotado, barca e elevadores, levando-o a evitação completa desses ambientes. Intenso medo ao escutar ou assistir notícias sobre morte por problema cardiovascular gerando constantes pensamentos negativos e esporádicos pensamentos repetitivos, ressentido por mínima dor física deixando de praticar esportes e atividades antes prazerosas por receio de forçar o coração. Tais queixas causavam leve depressão e baixa autoestima afetando sua qualidade de vida diária. Recordase, que sua mãe sempre foi preocupada com a saúde, enquanto L., displicente, chegando a ficar obeso, no entanto, aos 29 anos, recebeu a notícia da morte do Bussunda que faleceu de ataque cardíaco e estava obeso como L., ficou preocupado e nesse mesmo dia, assistindo a final da Copa do Mundo teve um ataque de pânico. A partir desse momento, cresceu um intenso medo de morrer de ataque cardíaco, foi orientado que o problema era psicológico, iniciou tratamento psiquiátrico, no entanto, sua ansiedade intensificou-se ao longo dos tempos chegando a elevar a sua pressão arterial, motivo pelo qual procurou atendimento no SPA. Utilizou-se como medidas, o *Inventário Beck de Depressão*, *Inventário de Preocupação*, *Inventário de Ansiedade Traço-Estado-IDATE* e *Entrevista Estruturada para o TAG*, que mostrou depressão leve, ansiedade elevada, alto estado e traço de ansiedade, além de ausência de transtorno de ansiedade generalizada, respectivamente. Na avaliação, foram observadas as seguintes crenças: “ Não sou merecedor”; “sou fraco”; “não sou capaz de lidar com sentimentos”; “ não sei controlar o medo”. Levantou-se como hipótese com base no DSM-IV-TR e nas entrevistas, Transtorno de Pânico com Agorafobia (TPA; critérios, A 1, 2 a, b, c; B, C, D). Foram realizadas intervenções, tais como: RMP (relaxamento muscular progressivo); Retreinamento da respiração; Reestruturação cognitiva; Exercícios Interoceptivos, Exposição In Vivo (tomar banho em casa sozinho, andar de metrô lotado, barca e andar de elevador) Exposições imaginárias (viajar pra longe de casa e de avião) e Exposições naturalísticas (Subir doze andares da UERJ em ritmo médio e rápido, caminhar e correr ao redor do maracanã). Os resultados constatados ao longo da terapia e após as intervenções foi à redução significativamente da ansiedade, atualmente, L. consegue tomar banho sozinho em casa sem experienciar ansiedade, andar de metrô lotado, além de não mais apresentar incômodo intenso por dores ou fisgadas no corpo. Enfatiza que não há mais problemas a nível comportamental, pois já consegue realizar as atividades que antes evitava sem a ansiedade intensa que o impedia, sente-se mais relaxado, confiante e com melhora da autoestima. Sua queixa, sobre pensamentos repetitivos negativos ainda está sobre intervenção. Os benefícios na psicoterapia foram favorecidos pela colaboração do paciente. Algumas manifestações transferenciais foram identificadas e trabalhadas na relação terapêutica. Serão apresentadas neste trabalho a conceituação cognitiva e intervenção em terapia cognitivo-comportamental deste caso.

#### **5.4 CONCEITUAÇÃO E TRATAMENTO DE UMA PACIENTE COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA, ATENDIDA EM CLÍNICA-ESCOLA**

Stèphanie Krieger; Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Transtorno da ansiedade generalizada, clínica-escola, terapia cognitivo-comportamental.

M., 40 anos, solteira, natural do estado do RJ, cursando a faculdade de Serviço Social, desempregada, iniciou tratamento no Serviço de Psicologia Aplicada da UERJ apresentando queixas relacionadas a sintomas depressivos, insônia, ansiedade, problemas familiares e dificuldade para se concentrar e para terminar seus estudos. Já iniciou outra faculdade anteriormente, mas abandonou logo no início ao ser reprovada em algumas matérias. Diz sempre ter sido ansiosa, perfeccionista e se cobrar muito, sendo difícil precisar quando começou a identificar sintomas ansiosos. No início da terapia relatou se sentir um pouco nervosa em lugares de saída difícil ou com dificuldade em ser socorrida. Há mais ou menos cinco anos teve um episódio depressivo ocasionado por um assédio moral sofrido no trabalho. Relata uma história de rejeição por parte da mãe e da avó. A paciente é fruto de uma gravidez indesejada, a qual a mãe cogitou interromper, enquanto a irmã, dois anos mais velha, foi desejada. Isso sempre foi dito claramente à paciente desde sua infância, além de ter sido comparada a esta irmã, a qual a família como um todo apostava que seria a que daria certo na vida. O pai sempre se identificou com a paciente e amenizava o que a mãe fazia, no entanto ao fazer isso, se davam grandes brigas entre o casal. O estudo nunca foi valorizado na família, então desde cedo M. começou a se responsabilizar pelas próprias atividades. Ela relata que aprendeu a estudar por obrigação e por medo, nunca por prazer. Saiu de casa aos 19, 20 anos de idade, se sustenta desde então e não tem com quem dividir preocupações e tarefas. Trabalhou durante alguns anos em uma joalheria, onde tinha que lidar com produtos de grande valor e teria que arcar com os prejuízos caso algum deles sumisse ou fosse danificado. De acordo com os instrumentos de avaliação (Inventário Beck de Depressão, Inventário de Preocupação e Entrevista Estruturada para o TAG, de Barlow & Dinardo), foi identificado: depressão leve (escore 15) e escore 71 no Inventário de Preocupação. Na avaliação, foram observadas as seguintes crenças: “Sou incapaz”; “Sou sozinha, desamparada”; “Sou um fracasso”. Ressalta-se a comparação feita pela família e a responsabilidade assumida desde cedo, a qual só aumentou, como possíveis fatores de vulnerabilidade. Levantou-se como hipótese diagnóstica, com base no DSM-IV-TR e na Entrevista Estruturada para o TAG, o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG; critérios, A, B, C2, C3, C5, C6, D, E, F). A paciente sempre se mostrou colaborativa e motivada para a terapia, o que facilitou o estabelecimento de uma relação de confiança com a terapeuta. O objetivo deste trabalho é apresentar a conceituação cognitiva dos problemas desta paciente.

## **6. TERAPIA COGNITIVA DE VISÃO CONSTRUTIVISTA PARA DOIS CASOS CLÍNICOS DE MULHERES QUE AMAM DEMAIS**

Coordenadora: Érica de Lana Meirelles (NeuroClínica; Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

As psicoterapias diferem umas das outras tanto pela forma como explicam a etiologia dos transtornos mentais quanto pela abordagem psicoterapêutica que propõem para estes transtornos. Mesmo somente analisando o grupo das terapias cognitivas, é possível observar diferentes visões e seus consequentes manejos terapêuticos. Alguns destes modelos dão mais enfoque aos padrões emocionais do que aos puramente cognitivos. Esta Mesa-Redonda se propõe a apresentar a abordagem psicoterápica sob a ótica Construtivista em Terapia Cognitiva (TC). Para tanto, nesta Mesa-Redonda, inicialmente será apresentada esta abordagem Construtivista, citando seus mais expoentes autores, sua forma de compreender a participação da emoção para o processo de formação de crenças e esquemas, e suas principais diferenças quanto a uma TC “tradicional”. O segundo trabalho desta Mesa-Redonda abordará uma problemática específica dos casos clínicos escolhidos para apresentação, discutindo “se” e “como” o funcionamento esquemático determina a escolha de parceiros amorosos, e qual a participação da autoestima neste processo de escolha. No último trabalho, serão apresentados dois casos clínicos que estão sendo acompanhados numa clínica de atendimento social. Serão apresentados dois casos de Mulheres que Amam Demais (MADA), que possuem histórico de sofrimento em função de relacionamentos insatisfatórios. O trabalho apresentará as formulações dos casos, os instrumentos e técnicas aplicados e os resultados obtidos até o momento por esta intervenção psicoterapêutica. Os casos continuam em atendimento, de modo que este trabalho será apresentado atualizado de acordo com as sessões em andamento até a data do evento.

## 6.1 CONHECENDO A TERAPIA COGNITIVA CONSTRUTIVISTA

Marseylle Louise Assis Brasil; Camila Oliveira Alves Ferreira (NeuroClínica, Rio de Janeiro, RJ); Alessandra Pereira Lopes (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, NeuroClínica, Instituto D'OR de Pesquisa e Ensino - IDOR, Rio de Janeiro, RJ); Érica de Lana Meirelles (NeuroClínica, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

Os avanços na área da Neurociência possibilitaram uma nova maneira de entender a cognição e a emoção, evidenciando a existência de um processamento emocional pré-cognitivo. Esse processamento permite que tomemos decisões rápidas, não sendo necessária uma análise cognitiva demorada para agir; a avaliação de situações de risco, ou tidas como ameaçadoras, seria praticamente imediata. Os componentes emocionais alertariam a cognição a fim de que a mesma pudesse planejar a forma de ação. Entender a forma como funcionamos neuropsicologicamente e de que forma constrói-se a maneira de nos relacionarmos e entendermos o mundo é de fundamental importância para o trabalho dos terapeutas, pois os proporciona a ter uma visão ampliada do cliente a fim de auxiliá-lo de forma efetiva na exploração de um maior conhecimento do cliente por ele mesmo, assim como ajudá-lo na resignificação, quando necessário. O objetivo desse trabalho é apresentar os conceitos trazidos pela Terapia Cognitiva (TC) Construtivista, mostrando a relevância da emoção na forma de “conhecermos” o mundo e o trabalho do terapeuta neste cenário. Para isto, foi realizado um levantamento dos conceitos construtivistas trazidos por Jeffrey Young, Michael Marroney e Cristiano Nabuco em suas principais obras sobre o tema. Enquanto para a TC tradicional, a lógica seria o principal fator para a obtenção do conhecimento, a visão Construtivista insere a emoção nesse panorama como um importante componente para a geração de significados. A TC tradicional, conhecida como “objetiva”, atribui o conhecimento ao mundo externo, entendido como realidade. Ao terapeuta caberia o trabalho de corrigir distorções cognitivas, padrões disfuncionais de pensamento como ponto chave para a saúde mental. Uma das maiores dificuldades encontradas em consultório nas intervenções relacionadas a reestruturação cognitiva, é a alegação por parte do cliente de que entende “com a cabeça”, mas não consegue “se sentir” daquela forma. A visão construtivista acredita que a maneira como os significados são formados em nossa estrutura cognitiva está diretamente ligada à emoção, o que está em consonância com os achados das Neurociências sobre este tema. Nessa abordagem, não haveria apenas uma reprodução interna do mundo externo, mas uma construção interna dele, uma vez que os significados podem ser oriundos de estruturas emocionais e não apenas de processos racionais. Baseado nas experiências emocionais passadas, o indivíduo criaria uma “lente” através da qual interpretaria o mundo. Tendo em vista os aspectos levantados nesse trabalho, pôde-se perceber que a compreensão da realidade é individual e interna, e que a emoção está intimamente ligada à maneira como interpretamos as experiências gerando nossa forma de significar. Na TC Construtivista, cabe ao terapeuta não apenas resignificar experiências cognitivamente, mas também emocionalmente. Uma vez que a realidade, a forma de funcionamento e os seus sistemas de significados são uma construção do cliente, ele é o detentor do conhecimento sobre os mesmos e o terapeuta deve agir como facilitador para essa exploração. Terapeuta e cliente buscam juntos entender como funciona essa “lente” e resignificar as experiências emocionais que a criaram.

Palavras-chave: terapia cognitiva construtivista, emoção, abordagem terapêutica

## 6.2 “RELACIONAMENTOS DESTRUTIVOS” E AUTOESTIMA: UMA QUESTÃO DE ESCOLHA?

Camila Oliveira Alves Ferreira; Marseylle Louise Assis Brasil (NeuroClínica, Rio de Janeiro, RJ); Alessandra Pereira Lopes (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, NeuroClínica, Instituto D’OR de Pesquisa e Ensino - IDOR, Rio de Janeiro, RJ); Érica de Lana Meirelles (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, NeuroClínica, Rio de Janeiro, RJ)

O envolvimento sistemático em relacionamentos destrutivos leva a pergunta se o mesmo é uma questão de escolha. Um dos objetivos desse trabalho é elucidar essa indagação através de um estudo sobre teoria dos esquemas de Jeffrey Young. Os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID) são formados nos primeiros anos de vida e consistem em crenças e sentimentos incondicionais, recorrentes e significativamente disfuncionais sobre si mesmo em relação ao ambiente e sobre o mundo. São “verdades” tidas como absolutas, tácitas e aceitas sem questionamento, como algo natural. Diferentes das crenças subjacentes, que são condicionais, os EIDs são incondicionais, sendo assim mais rígidos. A formação dos diferentes esquemas é multifatorial, estando ligada ao temperamento inato do indivíduo e à interação do mesmo com um ambiente disfuncional. Recorrentes experiências nocivas com familiares e pares resultariam na sua formação e reforço. Apesar de disfuncionais e de causarem grande sofrimento, de certa maneira os esquemas são confortáveis para o indivíduo, uma vez que são familiares. Sua mudança é vista como ameaçadora, pois essa é a única maneira que conhecem de ser e de se relacionar com as pessoas e áreas de sua vida. Dessa forma, esse background acaba por direcionar, moldar e até mesmo mudar o caráter dos acontecimentos com o objetivo de interpretar e produzir novas experiências de acordo com as passadas, mantendo o esquema. A ativação de um EID é interpretada como uma ameaça, portanto, o indivíduo busca táticas para lidar com eles, ou estratégias de coping: evitação, supercompensação e rendição. Na evitação, o indivíduo procura esquivar-se de situações que deflagrem o esquema. Na supercompensação, o comportamento e pensamento são de forma extremamente oposta ao esquema. Na rendição há uma sujeição: a pessoa “se entrega”, aceitando, pensando e se comportando de acordo com o mesmo. Nesse caso são comuns as distorções cognitivas, como desqualificação do positivo, supergeneralização e abstração seletiva assim como padrões de comportamento autoderrotista. Em relação aos comportamentos autoderrotistas, conforme dito anteriormente, mesmo sendo disfuncionais, os esquemas são familiares para o indivíduo. Isso pode fazer com que as situações nocivas experimentadas na infância, sejam reproduzidas por ele sistematicamente no curso de sua vida em situações e momentos diversos inclusive na idade adulta. Nesse contexto, uma mulher com um histórico de desamparo e rejeição em seus primeiros anos de vida, e reforçados ao longo da mesma, pode utilizar a rendição como estratégia de coping e escolher relacionamentos destrutivos, que recriem o mesmo padrão de desamparo e rejeição a fim de obter a manutenção de seu esquema. Respondendo a pergunta inicial, realmente em um primeiro momento o indivíduo não teria escolha, pois estaria se comportando com a estrutura de funcionamento inculcada, conhecida e tida como “segura”. O objetivo da terapia seria então o de evidenciar os esquemas para o paciente, a fim de que ele possa estar consciente da sua forma de pensar e se comportar para que então comece ser capaz de escolhas diferentes.

Palavras-chave: Esquemas Iniciais Desadaptativos, *coping*, rendição

### 6.3 MULHERES QUE AMAM DEMAIS: DOIS ESTUDOS DE CASOS

Alessandra Pereira Lopes (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, NeuroClínica, Instituto D'OR de Pesquisa e Ensino - IDOR, Rio de Janeiro, RJ); Marseylle Louise Assis Brasil; Camila Oliveira Alves Ferreira (NeuroClínica, Rio de Janeiro, RJ); Érica de Lana Meirelles (Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, NeuroClínica, Rio de Janeiro, RJ).

A denominação Mulheres que Amam Demais (MADA) surgiu do relato da experiência da terapeuta Robin Norwood a partir de atendimentos à pacientes dependentes de substâncias psicoativas e suas famílias, o que a levou a observar um padrão de dependência nas esposas desses pacientes. A autora observou que essas mulheres tornaram-se tão dependentes de suas relações conjugais quanto os maridos eram de substâncias psicoativas. Tomando como base a questão observada pela autora e o sofrimento experimentado por essas mulheres, como prejuízos ocupacionais e abandono de suas atividades, faz-se necessário reconhecer estes casos e saber como auxiliar. O presente trabalho objetiva identificar como a Terapia Cognitiva (TC) de visão construtivista pode ajudar nos casos de mulheres que amam demais, e evidenciar as diferenças entre os casos, no que se refere ao tratamento, de pacientes com queixas similares. Para isso serão descritos dois casos atendidos com TC, que frequentam o grupo de apoio MADA, com queixas referentes à insatisfação e/ou ao término do relacionamento. A paciente T. tem 22 anos é estudante de graduação e trabalha como professora primária; realizou até o momento 14 sessões psicoterápicas. A paciente F. tem 31 anos, ensino superior completo e trabalha na área de vendas; realizou até o momento sete sessões psicoterápicas. Ambas as pacientes foram atendidas numa clínica social (Clínica de Aplicação da NeuroClínica, no Rio de Janeiro) chegando à terapia com uma demanda em comum, que era melhorar a autoestima, defasada em virtude dos relacionamentos amorosos. Para avaliação dos casos foram utilizados: Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Escala Brasileira de Assertividade (EBA), Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e Questionário de Esquemas de Young. Para trabalhar sobre as queixas, foram utilizadas estratégias comportamentais, como estabelecimento de rotina, focando em atividades prazerosas para elas, e que pudessem fazer sozinhas. Como estratégias cognitivas, foram trabalhados os pontos positivos e negativos da manutenção do relacionamento, para as pacientes, apoiando assim a decisão de término ou continuidade no relacionamento, porém tendo maior consciência assim dos potenciais problemas a serem combatidos. Também foram utilizados cartões de enfrentamento para que pudessem se lembrar das decisões que tomaram quanto aos seus relacionamentos, nos momentos de maior instabilidade emocional, e reestruturação cognitiva, no primeiro caso mais relacionado a pensamentos com a temática de medo de ficar sozinha, e quanto ao segundo ao senso de responsabilidade aumentado, por tomar para si a responsabilidade de curar o seu parceiro do alcoolismo. Através de autorrelato e observação clínica, observou-se melhora na autoestima. As pacientes sentem-se abertas a novos relacionamentos, apesar de ainda sentirem falta de seus parceiros anteriores. Sendo assim, com estes resultados preliminares, pode-se concluir que a TC auxiliou nas queixas das mulheres que amam demais. Os casos continuam em atendimento, de modo que este trabalho será apresentado atualizado de acordo com as sessões em andamento até a data do evento.

Palavras-chave: Estudo de caso, Terapia Cognitiva, dependência

## **7. TEMAS EM PSICOLOGIA POSITIVA**

Coordenador: Ricardo de Sá (Psi+ - Consultoria e Educação)

### **7.1 A RELAÇÃO ENTRE ATIVIDADES DE LAZER E TRABALHO NA PRODUÇÃO DO BEM-ESTAR**

Ricardo Luiz Paes de Sá; Mônica Portella (Psi+ - Consultoria e Educação)

O trabalho é uma atividade que ocupa grande parte da vida dos sujeitos e cumpre o papel de lhes dar significado no contexto social. O trabalho é o que lhe confere dignidade e o que lhe diferencia, por se tratar da atividade na qual ele coloca sua força produtiva a serviço do bem comum. É neste lugar que os sujeitos vão buscar suporte para elaboração da sua condição de bem-estar. Ao tratarmos de bem-estar, estamos nos referindo em princípio as premissas que podem gerar uma vida confortável e digna onde se tenha condições de moradia e transporte, onde se conte com uma infraestrutura que dê suporte as questões básicas. Entretanto, estamos tratando também do ponto de vista do seu florescimento como pessoa e como cidadão onde possa realizar seus sonhos mais intrínsecos, enfim o trabalho deve produzir a oportunidade dos sujeitos encontrarem satisfação com a vida. O bem-estar é a possibilidade de produção de emoções positivas, pela capacidade dos sujeitos de engajamento e de encontrar sentido no pertencimento de um grupo, de realizar-se vivenciando emoções positivas, tudo isso desenvolvido através dos relacionamentos positivos. Tanto no tempo do trabalho como no tempo do “não trabalho” os sujeitos podem obter esta condição de bem-estar. Atualmente as empresas preocupadas com a questão do bem-estar tem incentivado cada vez mais os seus colaboradores a utilizarem o tempo livre para o seu lazer de modo a encontrarem esse equilíbrio entre a vida laboral e a vida pessoal. O lazer é uma das atividades praticadas no tempo de “não trabalho” que pode cumprir este papel de produzir bem-estar. Devemos destacar que estamos fazendo um recorte para tratar de um lazer sob o ponto vista urbano e ocidental. O lazer pode gerar estados de flow e ajudar os sujeitos a produzir substâncias (como endorfinas, por exemplo) que causem sensação de bem-estar, o que é fundamental na medicina preventiva e essencial para a qualidade de vida. Pensando na questão da qualidade de vida as empresas tem investido cada vez mais em criar ambientes que são simulacros de espaços de lazer e vendem essa proposta como investimento no bem-estar, para reter cada vez mais as pessoas confinadas no espaço do trabalho. Essas medidas ocorrem ao mesmo tempo em que se criam benesses eletrônicas para que os sujeitos levem o trabalho consigo para o tempo que efetivamente deveria estar dedicado a outras atividades. Esta discussão nos remete aos novos instrumentos de controle no mundo do trabalho após a revolução tecnológica. Cada vez mais somos suscitados a discutir quanto as possibilidades que temos de produzir bem-estar seja no tempo de trabalho, seja no tempo de “não trabalho”. A nossa proposta é discutir estas questões à luz das exigências do mundo atual.

Palavras-chave: Trabalho; Lazer; Bem-estar

## 7.2 A UTILIZAÇÃO DAS FORÇAS PESSOAIS – UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM TCC POSITIVA

Adriano Martius Botão de Oliveira; Mônica Portella (PSI+ - Consultoria e Educação \ AVM)

Palavras-chave: Forças Pessoais; TCC Positiva; Psicologia Positiva

A Terapia Cognitivo-Comportamental vem se beneficiando de forma crescente do movimento da Psicologia Positiva e de seu enfoque voltado à saúde. A elaboração da primeira versão do Manual das Sanidades, entre outros esforços, tem se mostrado importantes para o uso das forças pessoais na TCC Positiva. Este novo desafio traz duas questões básicas: “como identifico e avalio as forças pessoais de meus clientes?” e “como posso otimizar o uso destas forças de forma a beneficiá-los?”. No que diz respeito à primeira pergunta destacamos, na fase de avaliação e formulação de caso, a forma de uso das forças pessoais de nosso cliente. Ao levantarmos a queixa do cliente e buscarmos entendê-la, precisamos avaliar também como ele vem usando seus recursos pessoais no cotidiano. Neste momento as principais estratégias adotadas são os testes, a automonitoria, e a entrevista. Na primeira estratégia, a dos testes, o mais conhecido é o VIA, que avalia forças de caráter e virtudes. Ao final de uma série de questionamentos, o teste classifica as 24 forças de caráter pessoais em ordem decrescente. Uma segunda opção é o teste de talentos e pontos fortes, que fornece os 5 principais talentos em ordem decrescente. Ambos podem ser feitos via internet. Os testes são muito bons para identificar as forças. A segunda estratégia, a da automonitoria, é a de incentivar o cliente a registrar o seu funcionamento. O uso do Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais/RDPD e a elaboração do Diagrama de Conceituação Cognitiva mostram a forma como as forças pessoais vem sendo usadas diante do objeto da queixa. Por último, temos a entrevista como recurso. O histórico de vida, os exemplos bem explorados e a análise funcional podem apontar o uso relevante das forças na forma de funcionar do cliente ao longo do tempo. No que diz respeito a segunda pergunta, os fatos têm mostrado quatro possíveis formas de uso das forças pessoais. O primeiro deles é o da força potencializada. É quando o cliente conhece sua força pessoal e já a aplica de forma funcional e otimizada. O segundo caso é quando o cliente conhece sua força, mas a usa em subnível ou não a usa. Aqui é comum usarmos a expressão “sentado em pote de ouro”. É preciso ajudá-lo a encontrar formas de usar estas forças para gerar bem-estar e qualidade de vida cada vez maiores. O terceiro caso é quando o cliente desconhece sua força pessoal, perdendo a oportunidade de aplicá-la em sua reestruturação cognitivo-comportamental. Por último, temos o caso onde o cliente conhecendo ou não suas forças pessoais, as usa para reforçar seu funcionamento disfuncional. Estratégias, como por exemplo, a da Teoria ABC, podem ajudá-lo a entender seu funcionamento e passar a usar sua força adequadamente. Resumindo, as forças pessoais são poderosos aliados na reestruturação funcional de nossos clientes. Conhecer-las e saber usá-las é fundamental na melhora da qualidade de vida.

### 7.3 O PODER TERAPÊUTICO DO PERDÃO

Adriana Santiago (PSI+\CPAF-RJ\AVM)

Palavras-chaves: Perdão, Psicologia Positiva, Empatia

O objetivo deste trabalho é mostrar o efeito do perdão na melhora e cura das dores e ressentimentos dos pacientes que procuram psicoterapia, pois é muito comum recebermos em consultório pessoas absolutamente entristecidas, amarguradas, travadas pelo simples fato de não conseguirem perdoar. Estas pessoas arrastam as correntes dos ressentimentos e não percebem que o que fazem atrasa o seu progresso pessoal no mais amplo aspecto. Quem tem dificuldade de perdoar se agarra às lembranças do que o fez sofrer e a partir daí monta a sua rede subjetiva, ficando ela e seus pensamentos emaranhados na dor. O sujeito que não perdoa se amarra ao outro ou ao fato e não consegue progredir: Adoece e tem diversas dores que se expressam tanto no corpo como na alma. É comum também não conseguir aproveitar o que há de bom acontecendo no momento presente, pois o seu enredo mental não permite que ele reconheça o que existe hoje. Sua referência é sempre remota e diz respeito ao que não pôde ser bom em determinado momento de sua vida. A diferença entre quem perdoa com facilidade e quem não perdoa, é que o primeiro se libera para novas experiências, enquanto o outro fica amarrado na dor. O “perdoador”, tá sempre olhando pra frente, visando novas conquistas, ele quer o novo. Quem não perdoa se agarra ao passado e, geralmente, se impede de dar um passo a frente com medo da repetição da desgraça. Ele se agarra ao que foi e esquece do que pode vir a ser, se fecha no seu mundinho particular, cultivando a depressão. Utilizamos técnicas da Terapia Cognitivo-Comportamental e adicionamos as descobertas da Psicologia Positiva para potencializar conduzir nossos pacientes. T., paciente do sexo feminino, assistente social aposentada de 63 anos, mantinha um casamento sem sexo por 23. Procurou terapia quando descobriu que seu parceiro mantinha relações sexuais com alguém de 34 anos. Se dizia “atordoada, desorientada, vitimizada pelas circunstâncias” e chorava o dia todo, não conseguindo se concentrar em mais nada. Se sentia “lesada” em seu tempo de vida. e não conseguia perdoar o seu ex-companheiro, estando toda o seu pensamento vinculado à isto. Após o levantamento das queixas, estruturamos o tratamento. Durante a intervenção terapêutica utilizamos técnicas que incluíam a confecção de uma carta onde ela, paciente escreveu tudo que gostaria de dizer ao seu ex-marido e, ao escrever, ao mesmo tempo que reconhecia os erros que cometera na relação, conseguia se colocar no lugar dele e compreender suas razões, utilizando uma força de caráter que na Psicologia Positiva chamamos de EMPATIA. Desde então, o contato com ele foi reestabelecido e os dois conseguiram esclarecer diversos pontos obscuros da relação. Atualmente, ele pensa em voltar a morar com ela e eles estão negociando esta possibilidade. Concluímos que podemos desenvolver em consultório através de técnicas e exercícios, a EMPATIA, força de caráter que auxilia no perdão liberando a cognição do paciente para o novo.

## **8. TERAPIA COGNITIVO - COMPORTAMENTAL E EDUCAÇÃO: PESQUISA E INTERVENÇÃO EM DIFERENTES CONTEXTOS**

Coordenador: Heitor Pontes Hirata (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma abordagem reconhecidamente eficaz para uma série de problemas mentais. Além disso, algumas publicações têm demonstrado a utilidade deste modelo em diferentes contextos como hospitais, empresas e escolas. No Brasil, poucos trabalhos têm sido publicados ou apresentados na área de educação. A presente mesa tem como objetivo propor pesquisas e contribuições da terapia cognitivo-comportamental em diferentes contextos educacionais. Primeiramente será apresentado um trabalho sobre intervenção em professores com transtorno de ansiedade generalizada, um problema que possivelmente acomete grande parte desta população em virtude dos múltiplos problemas enfrentados no cotidiano docente. Para ilustrar serão apresentados aspectos teóricos sobre o transtorno de ansiedade generalizada em professores e dois casos clínicos, cujos resultados demonstraram-se bastante satisfatórios. Em seguida será feita explanação acerca de uma pesquisa sobre a relação entre *stress*, raiva e doenças crônicas em professores do ensino fundamental. Este estudo foi realizado com 100 professores da rede pública que lecionam no 6º ao 9º ano do ensino fundamental na cidade de Itaboraí-RJ. Os resultados mostraram-se preocupantes abrindo possibilidade de discussão acerca da necessidade de implantação de programas de manejo da raiva e *stress* em contextos escolares. Por fim será apresentada a experiência e olhar de uma terapeuta cognitivo-comportamental que trabalha no Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES). Serão abordados vários aspectos que podem ser trabalhados em uma instituição desta natureza por meio do enfoque da TCC. Estes três trabalhos têm como ponto comum abrir discussão sobre o importante papel da abordagem cognitivo-comportamental aplicada à área educacional.

## **8.1 ESTRATÉGIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS APLICADAS A PROFESSORES DA EDUCAÇÃO BÁSICA COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: ASPECTOS TEÓRICOS E RELATOS CLÍNICOS**

Heitor Pontes Hirata (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

A profissão docente possui grande relevância no cenário social. Grandes nomes da Psicologia como B.F. Skinner, Jean Piaget, Lev Vygotsky e Carl Rogers em suas teorias enfatizaram, de modo particular, a importância deste profissional para a construção do conhecimento e como isso é crucial para o desenvolvimento de uma sociedade melhor. No entanto, é sabido que os professores enfrentam uma série de estressores internos e externos que, muitas vezes, prejudicam fortemente o resultado de seu trabalho. Estes incluem: pressão por resultados por parte dos pais e diretoria da escola; lidar com desordem em sala de aula; dar aulas em condições inadequadas; baixo reconhecimento social e financeiro, necessidade de se trabalhar em várias escolas simultaneamente etc. Todos estes aspectos aumentam consideravelmente as preocupações em várias áreas da vida do docente, possibilitando o desenvolvimento de quadro de transtorno de ansiedade generalizada (TAG). Este problema é caracterizado por dificuldade em lidar com preocupações, tensão muscular, irritabilidade, insônia, fadiga e dificuldades de concentração. Tais sintomas interferem diretamente na produtividade, gerando mais preocupações e, não raro, quadros de transtorno depressivo maior e, conseqüentemente, afastamentos precoces em alguns casos. O TAG vem sendo amplamente estudado por pesquisadores de base cognitivo-comportamental e alguns modelos de entendimento assim como protocolos de tratamento foram desenvolvidos ao longo dos últimos trinta anos. Dentre eles destacam-se o modelo clássico de Beck, o focado na intolerância às incertezas de Dugas, o relaxamento aplicado de Öst, e o modelo metacognitivo de Wells. Cada uma destas formas de intervenção possui particularidades e técnicas que se complementam, embora alguns autores digam que elas devem ser utilizadas isoladamente. Este trabalho tem como objetivo apresentar brevemente algumas formas de intervenção para TAG e como elas podem ser aplicadas na população docente. Para ilustrar serão apresentados dois casos clínicos de professores com diagnóstico de TAG e o resultado de seus respectivos tratamentos com base cognitivo-comportamental. As estratégias selecionadas para estes casos são oriundas de diferentes formas de intervenção para o TAG. Por meio dos resultados, pôde-se constatar redução na sintomatologia e aumento da disposição e produtividade dos profissionais. Como discussão, sugere-se que programas de intervenção cognitivo-comportamentais possam ser utilizados nas escolas com o intuito de reduzir a carga desta importante profissão. Além disso, procura-se problematizar a restrição do uso de diferentes técnicas de abordagens distintas, propondo que elas podem ser usadas também de maneira complementar.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, transtorno de ansiedade generalizada, professores

## 8.2 RELAÇÃO ENTRE *STRESS*, RAIVA E DOENÇAS CRÔNICAS EM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL

Sthefani Nogueira Saraiva; Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Professores de todos os níveis de escolaridade e de diversos segmentos costumam sofrer pressões em seu trabalho, oriundas, muitas vezes, de condições de trabalho inadequadas. Tal realidade pode contribuir para o empobrecimento laboral e adoecimento físico e psíquico. Dentre os comprometimentos observados no dia-a-dia do Professor, sabe-se que o *stress* excessivo pode, muitas vezes, estar associado a sentimentos de raiva e a doenças crônicas. A raiva é, tal como a alegria ou a tristeza, mais um dentre os inúmeros sentimentos inerentes ao ser humano. Entretanto, ela pode se tornar desadaptativa dependendo do modo como o indivíduo se comporta ao experimentá-la. É possível que ela desencadeie prejuízos para as áreas familiar, social, afetiva, profissional ou ainda para a saúde do indivíduo. No que se refere às doenças crônicas, a Organização Mundial de Saúde tem reportado diversos relatórios acerca do aumento no número de doenças crônicas na população mundial, estando esse aumento atrelado ao estilo de vida da população. O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre *stress*, raiva e doenças crônicas em Professores do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental. Foi realizado no âmbito da rede pública do município de Itaboraí-RJ, com 100 Professores do 6º ao 9º ano do Ensino Fundamental, distribuídos entre 18 escolas. Os Professores responderam a um Questionário Sociobiográfico Ocupacional e de Saúde, bem como ao Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL) e ao Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI-II). Os resultados encontrados corroboraram com a literatura e com as hipóteses levantadas no início do estudo no que se refere ao nível de *stress* dos Professores (54% estressados). Dentre os estressados, a maior parte (48%) estava na fase de resistência e apresentavam prevalência de sintomas físicos (25%). Quanto às fontes de *stress*, 88% apontaram o trabalho como principal fonte. No que se refere às escalas de raiva, uma parte razoável da amostra revelou elevado traço de raiva (33%), alto escore de temperamento de raiva (39%) e de reação (34%). Além disso, 40% apresentam altos escores de raiva para fora e 24% altos escores em raiva para dentro. Verificou-se associação entre *stress* e traço de raiva e *stress* e existência de doenças crônicas. Tais resultados são preocupantes, pois essas condições podem contribuir para um ambiente educacional estressante e desadaptativo. Sugerem-se ações que objetivem a aprendizagem de estratégias de manejo do *stress* e da raiva, visando um melhor ambiente ocupacional, e também o controle das doenças crônicas já instaladas, assim como a prevenção para aqueles que ainda não as desenvolveram. Entende-se que a temática possui grande relevância social, pois pode contribuir para a conscientização do *staff* educacional e a sociedade quanto a importantes aspectos da saúde do Professor. Acredita-se poder colaborar para que ações possam ser elaboradas e implementadas, de modo que alguns dos principais problemas enfrentados por esses profissionais possam ser amenizados.

Palavras-chave: *Stress*, raiva, professores

### 8.3 A ATUAÇÃO DO PSICÓLOGO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO ÂMBITO DA EDUCAÇÃO DE SURDOS

Eduarda Larrúbia Franco (Instituto Nacional de Educação de Surdos, INES, Rio de Janeiro, RJ)

A Educação de Surdos vem sendo objeto de discussão e polêmica há cerca de quatro séculos, tendo como plano de fundo o cenário europeu. No Brasil, em 1855, o Imperador D. Pedro II recebeu uma carta do professor surdo E. Huet, do Instituto de Surdos de Paris, revelando a intenção de fundar uma escola para surdos em nosso país. Foi então criado o Imperial Instituto para Surdos-mudos de Ambos os Sexos, que passou a funcionar em 1856. Ao longo do tempo, passou por transformações políticas, ideológicas e metodológicas, chegando a uma nova denominação: Instituto Nacional de Educação de Surdos (INES). Atualmente, o INES constitui-se como Centro Nacional de Referência na Área da Surdez, órgão vinculado ao MEC. Nesse contexto, o presente trabalho tem como objetivo apresentar a temática da surdez e levantar possibilidades de atuação do psicólogo no âmbito da educação de surdos. Tal apresentação baseia-se na experiência desta psicóloga, com formação em Terapia Cognitivo-Comportamental, que atua há 4 anos no INES. Portanto, tem-se como metodologia o relato de experiência a partir da atuação clínica. Inicialmente, serão explanados alguns dados referentes à surdez, tais como definição e graus de surdez, etiologia e epidemiologia, bem como as diferentes concepções de surdez, a saber, visão clínica e visão sócio-cultural, ressaltando a importância da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS). No que diz respeito às possibilidades de atuação do psicólogo cognitivo-comportamental na educação de surdos destacam-se: orientação a professores e familiares quanto aos Transtornos Mentais na infância e adolescência; encaminhamento e acompanhamento de casos na área da Saúde Mental (principalmente Psicologia e Psiquiatria); aplicação do modelo comportamental no atendimento a crianças com comorbidades como surdez e autismo; intervenção com professores e alunos em quadros de dificuldades de aprendizagem; conscientização de professores e familiares frente ao crescente movimento de patologização e medicalização; orientação aos pais quanto à educação de filhos; treinamento em habilidades sociais; projetos de combate ao *bullying* e orientação profissional; atendimento psicoterápico a familiares frente ao diagnóstico da surdez; atendimento psicoterápico ao sujeito surdo; avaliação e reabilitação neuropsicológica. A partir desse levantamento, serão descritos os êxitos já alcançados com as intervenções que se encontram em andamento, assim como serão ponderadas as hipóteses e expectativas relacionadas àquelas que ainda não foram implementadas. Sendo assim, diante da grande relevância e das inúmeras possibilidades de atuação do psicólogo cognitivo-comportamental, este trabalho mostra-se como valiosa contribuição para a divulgação de conhecimentos na área da surdez, campo até então pouco explorado pela Psicologia, sobretudo pela Terapia Cognitivo-Comportamental.

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, surdez, educação

## 9. CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA DOENÇAS CRÔNICAS

Coordenadora: Raquel Ayres de Almeida (Universidade Federal do Rio de Janeiro)

As doenças crônicas vêm se tornando foco de atenção de pesquisadores por sua alta incidência, prejuízos decorrentes na qualidade de vida de seus portadores e altos custos que o tratamento requer. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se revelado uma abordagem psicoterapêutica bastante utilizada para o tratamento dos pacientes com doenças crônicas, considerando a importância dos fatores cognitivos e comportamentais presentes no surgimento, desenvolvimento, manutenção e agravamento dessas doenças. Essa mesa se propõe a apresentar algumas aplicações da TCC na área da saúde, especificamente nas doenças crônicas. Inicialmente será feita uma breve apresentação dos fatores que influenciam na adesão e não adesão dos portadores de doenças crônicas às recomendações e tratamentos médicos, e posteriormente, serão apresentados recursos da TCC que se mostram eficazes no gerenciamento do *stress* para pacientes portadores de doenças crônicas além de uma explanação sobre o papel do *stress*, do apoio social e da resiliência e suas inter-relações como variáveis relacionadas com a hipertensão arterial e a diabetes *mellitus*. Acredita-se que essas informações podem contribuir para um aumento da utilização da referida abordagem na área da saúde, confirmando a importância da sua utilização na Psicologia da Saúde.

## 9.1 FATORES ASSOCIADOS A NÃO ADESÃO NO TRATAMENTO DA DOENÇA CRÔNICA

Raquel Ayres de Almeida; Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: doença crônica, adesão, terapia cognitivo-comportamental

Bolsista CNPq

Um dos problemas mais importantes no tratamento de doenças crônicas é a não adesão por parte dos pacientes aos regimes terapêuticos prescritos pelos médicos e equipes de saúde. Da adesão ao tratamento depende o sucesso da terapia proposta, a cura de uma enfermidade, o controle de uma doença crônica e a prevenção de uma patologia. A adesão ao tratamento não se restringe à medicação prescrita e se refere a numerosos comportamentos inerentes à saúde, como seguir uma dieta e mudanças no estilo de vida. Aderir ao tratamento é imprescindível para o controle de uma doença crônica e o sucesso da terapia proposta, contudo há fortes evidências de que muitos pacientes com doenças crônicas têm dificuldade em aderir aos esquemas terapêuticos recomendados. A adesão é multidimensional, resultante da interação de um conjunto de fatores. Dentre os fatores sociais, econômicos e culturais destacam-se nível de escolaridade, situação profissional, apoio social, condições habitacionais, preço dos transportes e dos medicamentos. No grupo dos fatores relacionados aos serviços e aos profissionais de saúde se evidenciam o grau de desenvolvimento dos sistemas de saúde, sistema de distribuição e acesso aos medicamentos, grau de esclarecimento dos doentes quanto ao tratamento, recursos humanos disponíveis nos serviços de saúde, horários, duração e frequência das consultas, conhecimentos dos profissionais de saúde acerca das doenças, qualidade da comunicação e interação estabelecida entre profissional e paciente durante a consulta. Dentre os fatores relacionados com a doença de base e co-morbilidade, encontram-se a gravidade dos sintomas, a incapacidade física, psicológica, social e profissional que a doença acarreta, o grau de risco que a pessoa atribui à doença, o impacto que esta representa na sua vida e a natureza da doença. Já no grupo dos fatores relacionados com o tratamento são incluídos a realização de alterações frequentes na medicação, ausência imediata de melhoria dos sintomas e efeitos colaterais da medicação, regime terapêutico complexo com grande quantidade de medicamentos a serem ingeridos e variedade de horários desses medicamentos, mudanças nos hábitos de vida com exigências de mudanças comportamentais. Por fim, no grupo dos fatores relacionados ao paciente, destacam-se os recursos psicológicos, conhecimentos, atitudes e crenças do paciente acerca de sua saúde e enfermidade, percepções relativas a episódios de doença, quer anteriores, quer à atual, e as expectativas da própria pessoa. Considerando a falta de adesão ao tratamento da doença crônica um grave problema de saúde pública, resultando na morte de milhares de brasileiros por ano, algumas estratégias têm sido propostas para promover a adesão ao tratamento e podem ser organizadas em intervenções educacionais, cognitivas, comportamentais e estratégias organizacionais. A terapia cognitivo-comportamental se torna adequada para o tratamento de pacientes portadores de doenças crônicas, na medida em que permite a compreensão dos fatores que influenciam os comportamentos relacionados à saúde e à doença e utiliza uma variedade de estratégias efetivas para intervir junto aos desafios clínicos, como não adesão ao tratamento médico, exarcebação dos sintomas e negação da doença.

## **9.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS: MANEJANDO O STRESS E AS MUDANÇAS**

Juliana Caversan de Barros; Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Doenças Crônicas, Psicologia da Saúde, Estratégias Cognitivo-Comportamentais

Bolsista CAPES

As doenças crônicas são hoje as principais responsáveis por mortalidade no mundo. São doenças cuja etiologia é multifatorial e envolve o somatório de fatores genéticos e hábitos de vida. Têm difícil diagnóstico, evoluem gradualmente, são incertas quanto à cura (a qual não ocorre na maioria dos casos), e paciente e profissionais de saúde que o acompanham têm conhecimentos complementares quanto à elas. O recebimento do diagnóstico de doença crônica implica em significativas mudanças no estilo de vida dos pacientes acometidos por elas, com consequentes alterações cognitivas, emocionais e comportamentais. Toda essa cadeia de acontecimentos demanda grande quantidade de energia para que se possa adaptar ao novo contexto, ou seja, faz-se necessário um movimento de ajustamento ao meio atual. Esse processo de adaptação pode ser comprometido ou facilitado de acordo com os recursos de enfrentamento utilizados por cada pessoa. Estratégias mais adaptativas promovem menos desgaste físico e emocional, uma vez que aproximam o indivíduo da solução de seus problemas, sem consequências indesejáveis. As incertezas associadas ao futuro, a necessidade de mudanças no estilo de vida e as demais limitações decorrentes da doença podem contribuir para o desenvolvimento de stress, depressão e outros transtornos emocionais. Convém acrescentar que os sintomas psicológicos concomitantes ao tratamento das doenças crônicas podem interferir negativamente na adesão dos pacientes e, dessa forma, contribuir para o agravamento da patologia e risco de mortalidade. O paciente precisa administrar os efeitos desagradáveis provocados por determinadas medicações sem, contudo, ter certeza de cura. Durante o tratamento, o acompanhamento psicológico é extremamente importante, pois pode contribuir para o gerenciamento do nível de stress do paciente e, assim, conduzir a maior adesão às intervenções propostas pela equipe de saúde. A Terapia Cognitivo-Comportamental possui características que tornam sua aplicação extremamente vantajosa no contexto da saúde. Por ser diretiva e orientada para o presente, fazer uso da empatia na relação com o paciente, ser psicoeducativa e promover a reestruturação cognitiva de crenças disfuncionais do paciente em relação a si mesmo, à doença, ao tratamento e aos profissionais de saúde, ajusta-se perfeitamente ao manejo interdisciplinar das doenças crônicas. O presente trabalho objetiva expor os recursos da Terapia Cognitivo-Comportamental que se mostram eficazes no gerenciamento do stress para pacientes portadores de doenças crônicas. Serão apresentados instrumentos de avaliação úteis ao tratamento, assim como estratégias cognitivas e comportamentais aplicáveis a esse contexto específico. Experiências práticas também serão utilizadas para ilustrar a aplicabilidade desses conceitos na prática do psicólogo que atua na área da saúde.

### 9.3 STRESS, RESILIÊNCIA E APOIO SOCIAL: IMPLICAÇÕES PARA A HIPERTENSÃO ARTERIAL E O DIABETES MELLITUS

Lucia Emmanoel Novaes Malagris; Raquel Ayres de Almeida; Christiane dos Santos Miranda; Núbia Rodrigues Nascimento; Fernanda de Oliveira Pavelchuk; Beatrix Bienemann Favero (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-Chave: Stress, Resiliência, Apoio Social

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são importantes fatores de risco para o desenvolvimento de Doenças Cardiovasculares (DCV). Complicações decorrentes de HA contam para 9,4 milhões de mortes a cada ano, sendo responsáveis por 45% das mortes por doença cardíaca e 51% das mortes por acidente vascular cerebral. O DM também se constitui por si só como um problema crônico comum. Estima-se que 347 milhões de pessoas em todo o mundo possuem DM, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Projeta-se que, em 2030, diabetes ocupe o 7º lugar dentre as principais causas de morte no mundo. No que diz respeito às consequências, o DM também aumenta o risco de DCV, 50% das pessoas diagnosticadas com a disfunção morrem de DCV. Segundo a OMS estima-se que DCV causem, globalmente, cerca de 17 milhões de mortes por ano, quase um terço do total, configurando-se assim como a causa número um de morte no mundo. Portanto, conhecer variáveis que possam estar relacionadas à HA e ao DM mostra-se bastante relevante. Dentre tais variáveis tem sido estudado o papel do *stress*, do apoio social e da resiliência e suas inter-relações. Quanto ao *stress*, pesquisas revelam sua influência no desenvolvimento e manutenção da HA e da DM, tanto em decorrência das alterações fisiológicas associadas ao *stress*, como também pela dificuldade encontrada no tratamento dessas doenças, pois envolve a necessidade de importantes mudanças nos hábitos de vida. Estudos evidenciam que a atividade do sistema nervoso simpático durante o *stress* mental pode ser preditora de HA no futuro. Além disso, o *stress* crônico, por manter altos níveis de cortisol, pode levar a frequente e constante aumento de glicose no sangue, facilitando a ocorrência do quadro de DM. No que se refere ao apoio social também tem sido estudada sua influência no controle dessas doenças, observando-se que pessoas que contam com essa forma de apoio conseguem lidar melhor com as mesmas. O apoio social pode influenciar até que ponto os indivíduos se envolvem em comportamentos de risco como o fumo, ingestão de dieta insalubre e consumo excessivo de álcool. Há evidências de que um apoio social satisfatório está associado com maior adesão às recomendações médicas e outros comportamentos promotores de saúde, que podem diminuir o risco de doença coronariana. Ao mesmo tempo pesquisas indicam que algumas pessoas têm características que as tornam mais resilientes, ou seja, mais resistentes para lidar com adversidades, de modo que gerenciam de modo mais adaptativo o *stress*. No campo da saúde, o termo resiliência tem sido relacionado à capacidade de regeneração, adaptação e flexibilidade frente a situações consideradas de alto risco. Observa-se que o *stress*, o apoio social e a resiliência relacionam-se entre si e podem influenciar o desenvolvimento e manutenção da HA, DM e, conseqüentemente, das DCV. O aprofundamento na compreensão das relações entre estas variáveis e doenças crônicas como a HA e DM pode contribuir para o planejamento de intervenções não medicamentosas que possam se somar ao tratamento médico, na prevenção e controle das DCV.

## **10. PSICOLOGIA POSITIVA: DA PREVENÇÃO PRIMÁRIA E POTENCIALIZAÇÃO SECUNDÁRIA**

Coordenadora: Monica Portella (Professora PSI+ - Consultoria e Educação, CPAF-RJ e UCAM\AVM)

### **10.1 APLICAÇÕES DA PSICOLOGIA POSITIVA: DA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS MENTAIS A POTENCIALIZAÇÃO DE UMA VIDA FELIZ**

Mônica Portella (PSI+ - Psicologia Positiva Consultoria e Educação, CPAF-RJ e AVM – Rio de Janeiro - RJ)

A Psicologia preocupou-se em estudar e pesquisar o “lado negro” do ser humano, isto é doença, defeitos, falhas e dificuldades, negligenciando os aspectos saudáveis. A Psicologia Positiva visa investigar as qualidades das pessoas e ajudar a promover seu funcionamento saudável. Objetivamos neste trabalho: 1) Apresentar a Psicologia Positiva; 2) Discutir a utilização desta no contexto da Prevenção Primária (que objetiva prevenir doenças mentais quando existem fatores de risco geneticamente e ambientalmente determinados) e Prevenção Secundária (intervenção realizada quando o cliente apresenta uma doença mental ou problema); 3) Abordar a Potencialização Primária (que objetiva a qualidade de vida e bem estar) e Potencialização Secundária (uma vez alcançada uma vida de qualidade, esta forma de potencialização visa a construção de uma existência feliz, responsável e significativa). A prevenção primária refere-se às ações que realizamos para reduzir ou preferencialmente eliminar a probabilidade de uma pessoa ter dificuldades psicológicas ou problemas. A pessoa ainda não manifesta problemas ou doenças, sendo que os mesmos aparecerão mais tarde, se não forem dados passos profiláticos. Em suma, podemos dizer que as atividades relacionadas à prevenção primária baseiam-se na esperança em relação ao futuro. A prevenção secundária trata de um problema ou doença existente ou quando ele começa a surgir. A prevenção secundária visa eliminar, reduzir ou conter um problema ou doença. Podemos dizer que a prevenção secundária é sinônimo de psicoterapia. A Terapia Cognitivo-Comportamental Positiva constitui uma proposta de prevenção secundária, e aparece como outra contribuição da Psicologia Positiva. Essa modalidade de intervenção terapêutica tem como objetivo fortalecer aspectos saudáveis e positivos do cliente, (re) construir virtudes e forças pessoais, bem como auxiliar o mesmo a encontrar recursos inexplorados para fazer mudanças em sua vida. A potencialização primária consiste em um esforço para estabelecer funcionamento e satisfação ótimos. De acordo com as pesquisas, existem alguns fatores que seriam os responsáveis por uma melhor qualidade de vida e bem estar, como: relacionamentos interpessoais, trabalho gratificante, cultivo da saúde física e mental, lazer, aumento da intensidade e frequência de emoções positivas, atividades que geram o estado de fluxo e apreciação. Na potencialização secundária a meta é aumentar níveis já positivos de saúde física e mental, para chegar ao máximo em termos de satisfação e desempenho. As atividades de potencialização secundária ocorrem após terem sido atingidos níveis básicos de desempenho e satisfação, por meio da potencialização primária. A potencialização secundária da saúde psicológica e física permite que as pessoas maximizem o bem estar partindo de sua saúde física e mental pré existente. Existem algumas atividades que podem levar a potencialização secundária, como: busca de sentido ou significado, envolvimento com causas, grupos ou comunidades saudáveis e o cultivo de relacionamentos profundos. Finalmente abordaremos programas de pesquisa voltado para encontrar formas de intervenção eficazes para promover a potencialização primária e secundária. Em suma, a Psicologia Positiva amplia o estudo da Psicologia tradicional, enfatizando os aspectos saudáveis e a qualidade de vida, sendo que saúde não significa apenas ausência de doença e sim, bem estar físico e emocional.

Palavras Chave: Psicologia Positiva, Potencialização 1ª e 2ª, Terapia Cognitivo-Comportamental

## 10.2 RELAÇÕES SIGNIFICATIVAS

Sylvia Machado de Lima (PSI+ - Consultoria e Educação, CPAF-RJ - Centro de Psicologia Aplicada e Formação, AVM, Rio de Janeiro, RJ)

Desde a sua concepção o ser humano é inserido no meio social, viver em sociedade é necessidade vital. Nenhum ser humano funciona como uma “ilha”, precisamos uns dos outros para obtermos uma sensação de completude e de pertencimento. Relacionamentos interpessoais fortes e estáveis têm efeitos positivos no sistema imunológico, aumenta o tempo de vida, acelera a recuperação após procedimentos médicos e reduz o risco de depressão e de transtornos ansiosos. Estudos sobre a felicidade demonstram que pessoas felizes têm melhores relacionamentos e investem nas relações sociais, praticam gestos de cortesia e são capazes de atos altruístas, esse tipo de atitude encoraja um senso de consciência e valorização. Pessoas felizes são excepcionalmente boas em suas amizades, famílias e relacionamentos íntimos, aumentando o seu círculo de amigos e contando com apoio e suporte social. Ao estabelecermos relações significativas e contarmos com o apoio social, nos sentimos mais fortalecidos, nos tornamos mais resilientes aos traumas, perdas e adversidades da vida. Atribuímos um sentido à situação, valorizando as relações interpessoais, temos um olhar mais positivo e nos munimos de coragem, esperança e confiança na superação das crises. Reavaliamos nossos valores, propostas e objetivos de vida, criamos novas possibilidades, aprendemos e crescemos através das adversidades. É importante ser honesto, tranquilo e adequado, cultivar a intimidade, ouvir com atenção, comunicar afeto e admiração, evitar dar conselhos, oferecer apoio, guardar segredo, retribuir favores e abraçar com frequência, demonstrar interesse pelo outro, manter contato regular e respeitar seu espaço, sem tentar manter o controle nas interações. A relação causal entre as relações sociais e a felicidade é bidirecional, isto é, amigos e parceiros amorosos fazem o indivíduo feliz, o que também significa que indivíduos felizes têm uma probabilidade maior de conquistarem mais amigos e parceiros amorosos. O objetivo deste estudo é apresentar um modelo de trabalho de forma interligada como descrito no modelo da Potencialização do Bem Viver porque direta ou indiretamente, quando estamos trabalhando com um, influenciaremos os demais. O trabalho sob essa perspectiva acontece com as etapas a seguir: (1) potencialização dos relacionamentos; (2) aumento de emoções positivas; (3) aquisição de relacionamentos quantitativos e qualitativos; (4) constituição de vínculos mais duradouros e felizes, em contínuo *feedback* positivo, ingressando numa espiral ascendente; (5) fortalecimento das relações amorosas; (6) participação em atividades conjuntas e de interesse mútuo; (7) expressão de admiração e afeto; (8) administração de conflitos; (9) manutenção do respeito, evitando críticas, acusações e defesas antecipadas. O que nos faz insubstituíveis aos olhos daqueles que nos amam é o perfil de nossas forças e a forma especial que temos de expressá-las. Concluímos que cultivar emoções positivas faz com que nossos pensamentos e ações se tornem espontâneos, nos tornando hábeis em prever futuras perspectivas e soluções de ganhanha, estabelecendo relações duradouras e lidando de forma mais racional com as adversidades.

Palavras-chave: Relações, emoções positivas, resiliência

### **10.3 ACOMPANHAMENTO E ORIENTAÇÃO PSICOLÓGICA PARA TRATAMENTO DE CONTROLE DA OBESIDADE COM O BALÃO INTRAGÁSTRICO: UM ESTUDO DE CASO**

Maria das Graças Razera (Pós-graduanda em Psicologia Positiva pelo PSI+|AVM, Foz do Iguaçu - PR); Mônica Portella (Pós Doutora em Psicologia, Professora PSI+|CPAF-RJ|AVM)

Agência de Fomento: Bioethos Clínica Médica (Foz do Iguaçu-PR)

O balão intragástrico é um tratamento de controle da obesidade. A grande vantagem é a diminuição da secreção do hormônio grelina, facilitando a reeducação alimentar. O objetivo é delinear o acompanhamento psicológico com o balão intragástrico de uma cliente com 23 anos, escolaridade superior, sem filhos, com Índice de Massa Corpórea antes do tratamento era de 32, obesidade grau 1. Após o tratamento, o IMC baixou para 27,85, que equivale a 74 kg. Os agravantes são o histórico de obesidade na infância e diabetes na família, a cultura local voltada para o consumo de alimentos hipercalóricos e o sedentarismo. Após a anamnese, constatou-se o transtorno alimentar denominado bulimia não purgativa. No que tangê à psicologia positiva, foi aplicado o teste motivacional (DNA motivacional) e o Inventário das Virtudes /VIA. A primeira fase do tratamento foi a psicoeducação. Como apoio, foi usada a técnica de biblioterapia, objetivando a inserção lenta e gradual de novos hábitos alimentares, em um primeiro momento; e a quantidade nutricional, em um segundo momento. No terceiro momento, a importância da atividade física. O tratamento foi encerrado com a prevenção de recaída, com ênfase na assertividade frente à pressão social e ao estresse emocional com novas estratégias de enfrentamento funcionais, além da reeducação alimentar e da atividade física. A psicologia positiva foi utilizada na descoberta de atividades prazerosas e as cinco maiores virtudes. O resultado foi a eliminação de 31 kg em 7 meses. Sua meta era eliminar 20 kg. No dia da retirada do balão intragástrico seu peso era de 70 kg. Passados 3 meses, está com 74 kg. A conclusão é de que o tratamento com o balão intragástrico foi eficaz. Facilitou a reeducação alimentar. Com o incremento de novas habilidades sociais, a cliente vem mantendo sob controle a bulimia nervosa, desenvolvendo estratégias adaptativas de controle da ansiedade. A auto-eficácia aumentou, baixando a ansiedade e aumentando a auto-estima com base em evidências. O humor melhorou, pela diminuição da irritabilidade. Gradualmente mantém uma atividade física regular com mais motivação. Melhorou a assertividade. Vem sendo conscientizada das vantagens e desvantagens da tendência a compras de roupas como mecanismo compensatório. A sugestão para manutenção é a grafoterapia, pela elaboração de um diário na internet, como estratégia motivacional.

Palavras-Chave: balão intragástrico, terapia cognitivo-comportamental, psicologia positiva

**11. PARA ALÉM DA SAÚDE MENTAL: AMPLIANDO O MODELO COGNITIVO PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR**

Coordenadora: Aline Sardinha (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ)

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) vem demonstrando eficácia na terapêutica de uma série de psicopatologias, sendo considerada padrão-ouro para o tratamento da ansiedade e da depressão, entre outros. Nas últimas décadas, contudo, o modelo cognitivo comportamental vem sendo aprimorado e refinado à luz de novas descobertas. Técnicas originalmente utilizadas e constituídas em outros paradigmas teóricos, como mindfulness, coaching e psicologia positiva, vem sendo utilizadas, dentro do modelo cognitivo comportamental com sucesso, potencializando os resultados obtidos com a TCC convencional no tratamento de algumas psicopatologias. Mais recentemente, a comunidade científica tem discutido a necessidade não apenas de tratar doenças, mas de ampliar o escopo da psicoterapia para além do tratamento, abarcando estratégias que visam à prevenção no campo da saúde mental e a promoção do bem estar. Os trabalhos que compõem esta mesa-redonda tem por objetivo apresentar e discutir o conceito de bem estar e de explorar como tais abordagens podem ser utilizadas, no contexto da terapia.

### **11.1 COACHING COGNITIVO COMPORTAMENTAL PARA A PROMOÇÃO DO BEM-ESTAR E SATISFAÇÃO PESSOAL**

Aline Sardinha (Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, IPUB/UFRJ)

O conceito de bem estar subjetivo se refere a como as pessoas avaliam a satisfação com a sua própria vida. Apesar do senso comum, pesquisas mostram que o senso de bem estar tende a se manter estável ao longo do tempo, estando mais fortemente associado à maneira como os indivíduos respondem emocional e comportamentalmente ao ambiente do que às condições objetivas do meio. Assim, a maneira como processamos as informações tem um impacto direto no senso de satisfação com a vida e com a sensação de bem estar. Além disso, temos também um impacto indireto do processamento cognitivo no bem estar, na medida em que apreensões mais otimistas e orientadas para a solução de problemas costumam estar relacionadas a comportamentos voltados para alcançar as metas pessoais, contribuindo em um ciclo virtuoso, para o bem estar e a felicidade. O coaching caracteriza-se por um processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências comportamentais, psicológicas e emocionais, direcionando o indivíduo a alcançar metas, solucionar problemas e superar barreiras e limitações, contribuindo para o autoconhecimento e promoção de saúde mental e qualidade de vida. O coaching cognitivo comportamental (CCC) é uma das abordagens existentes de coaching, baseado no modelo cognitivo comportamental e utilizando técnicas comprovadamente eficazes oriundas da TCC. O CCC tem como foco orientar o comportamento e as atitudes dos clientes para que estes estejam em consonância com seus valores e objetivos pessoais, modificando padrões específicos de comportamentos insatisfatórios que impedem o indivíduo de realizar suas metas e obter sucesso. O CCC entende o problema do cliente a partir do modelo cognitivo e trabalha com pensamentos, sentimentos e comportamentos, e também com crenças, pressupostos e estratégias comportamentais, na medida em que isso é necessário para a modificação do comportamento específico. Uma das principais estratégias do CCC é potencializar o desempenho e a realização das metas pessoais através do autoconhecimento. Durante o processo de coaching, o indivíduo vai descobrir qual o melhor caminho para que ele, especificamente, atinja determinados objetivos. Assim, as barreiras psicológicas e objetivas que impedem a realização e o bem estar vão sendo identificadas e enfrentadas gradativamente, possibilitando a modificação de padrões indesejados de comportamento e organizando o comportamento no sentido de atingir os objetivos pessoais. O CCC pode ser útil para todos aqueles indivíduos considerados saudáveis do ponto de vista da saúde mental, mas que estejam enfrentando dificuldades psicológicas em modificar aspectos importantes de sua vida. Assim, o CCC é uma ampliação do paradigma cognitivo comportamentais para pacientes já tratados do ponto de vista da saúde mental ou para promover bem-estar e realização em população não-clínica.

Palavras-chave: bem-estar, coaching, metas pessoais

## 11.2 FORTE, NÃO RÍGIDO: PROGRAMA DE RESILIÊNCIA PARA ADULTOS

Priscila Tenenbaum (Clínica Particular)

Durante o ciclo de vida, estamos expostos a diversas mudanças que exigem a adaptação e resiliência. Mudança de emprego, crises familiares, doenças, imprevistos, casamento, separação, nascimentos e mortes. O ser humano está em constante processo de desenvolvimento e adaptação, mesmo na vida adulta. O termo Resiliência, tem origem da física e se refere à flexibilidade de um corpo, ou a sua resistência à pressão. Para a psicologia, o termo é usado para referir a capacidade do sujeito de se adaptar a situações de crise, superando e até mesmo se fortalecendo com a mesma. Significa retornar ao estado original. O sujeito mais resiliente tem comprovadamente menos probabilidade de desenvolver um quadro de ansiedade e depressão. Seu estilo atributivo otimista e pensamento voltado para o momento presente e metas futuras, o tornam mais feliz e confiante diante de desafios. Existem fatores de risco e proteção para o desenvolvimento de ansiedade e depressão. Fatores de risco englobam temperamento, desenvolvimento neuroanatômico e eventos traumáticos. Fatores de proteção incluem o vínculo seguro (apego), atenção aos eventos positivos, estilo atributivo otimista, flexibilidade cognitiva, redes de apoio, família estendida, fatores de saúde, tais como sono, alimentação e atividade física e programas de treinamento de resiliência. O Programa de Resiliência “Forte, não rígido”, é um programa estruturado e embasado cientificamente, criado pela Dra Paula Barrett, e possui um caderno de atividades, que é utilizado durante o programa e para a manutenção das habilidades para a vida. É baseado no programa FRIENDS, reconhecido como eficaz na prevenção de ansiedade e depressão pela Organização Mundial de Saúde, e agrega estratégias da Psicologia Cognitiva e da Psicologia Positiva. Pode-se organizar os fatores de resiliência em quatro categorias diferentes: e tenho apoio; “eu sou” capaz e querido, “eu estou” disposto a me responsabilizar por meus atos e confiante de que tudo sairá bem e “eu posso falar sobre minhas emoções, solucionar problemas, ter autocontrole, contar com minha rede de apoio. Deste modo, os objetivos do programa são: ensinar estratégias para a construção de resiliência, tais como: altruísmo – habilidade de se dedicar ao outro e a comunidade; qualidade de vida (mantendo-se Ativo e saudável); planejando-se para o futuro e treinamento de resiliência (Estratégia passo-a-passo); Aprendendo atenção plena; Reconhecimento das emoções; Linguagem não verbal; Objetivos futuros e sucessos passados; Estratégias de relaxamento; Diálogo-interno; pensamentos que ajudam e que não ajudam; Sentindo-se confiante; Resolução de conflitos e assertividade; Construindo redes de apoio e identificando pessoas modelo; Sendo resiliente e preparado para eventos futuros. Os resultados esperados são a melhorar a performance no campo escolhido, lidar melhor e Aproveitar a experiência de transição na vida, experimentar felicidade com mais frequência e aprender a determinar objetivos e estipular passos para alcançar metas.

Palavras-chave: resiliência, flexibilidade cognitiva, psicologia positiva, redes de apoio, felicidade, prevenção

### **11.3 VIDA SEXUAL POSITIVA: COMO A PSICOLOGIA POSITIVA PODE AJUDAR NA TERAPIA SEXUAL**

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

Este trabalho visa fazer uma correlação entre os tratamentos dos principais transtornos sexuais, que nos dias de hoje focalizam na compreensão e “cura” de patologias, com uma forma de lidar com estas queixas baseada nos pressupostos teóricos da Psicologia Positiva e na resiliência. Estamos em um momento denominado Terceira Sexologia, que tende a uma excessiva patologização dos problemas sexuais, que abre espaço para intervenções cirúrgicas, prescrições de terapias e venda de medicamentos. Hoje uma vida sexual positiva é peça chave na qualidade de vida dos casais. Mas o que vem a ser uma vida sexual positiva? O senso comum diria que é ter uma boa ereção e um bom controle ejaculatório para o homem, desejo e múltiplos orgasmos para a mulher. A busca por estes objetivos esta no cerne dos tratamentos sexuais, mas paradoxalmente muitos destes reforçam as crenças de performance dos clientes quando focam na necessidade de controle, ereção e orgasmo como meta. Seguindo uma lógica de descobrir dificuldades para vender soluções, esta tem sido a tônica das últimas pesquisas patrocinadas pelos grandes laboratórios. A Psicologia Positiva desenvolve nos clientes habilidades interpessoais, otimismo, honestidade, perseverança, realismo, capacidade para o prazer e um propósito e direção para o futuro. O otimismo nos faz assumir riscos e com isto avançar, acreditar e nos faz ver o sexo por uma perspectiva diferente, baseada no prazer e não na performance. Uma terapia sexual baseada no otimismo faz o cliente crer que as situações ruins são temporárias e que sempre podemos aprender com as adversidades. Um indivíduo feliz tem ideias flexíveis e pluralistas, está aberto a mudança, não adota atitudes rígidas, tem empatia, evita comparações, aceita que grande parte das coisas não podem ser controladas, e está atento aos padrões irrealistas impostos pelo sistema que estamos inseridos. Sabemos que a resposta sexual humana é extremamente flexível e imprevisível, sendo assim, quanto mais resilientes forem os clientes melhores se adaptarão na sua vida sexual. Casais resilientes resistem mais facilmente aos problemas decorrentes de mudanças e adaptam-se às situações de crise, principalmente quando estas acontecem na esfera íntima. A maior dificuldade do uso da Psicologia Positiva e da resiliência com os pacientes que procuram por terapia sexual, consiste no tempo necessário para conseguir atitudes mais eficazes e na disponibilidade do indivíduo para fazer mudanças pela qual o mesmo não veio em busca, sendo assim, o terapeuta deve ter a habilidade de inserir os pressupostos da Terapia Positiva e da resiliência, sem perder de vista aquilo que o seu paciente demanda.

Palavras-chave: terapia sexual, psicologia positiva, resiliência

## **12. INTERVENÇÕES E PESQUISAS EMPÍRICAS EM TCC PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO**

Coordenador: Heitor Pontes Hirata (Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro – RJ)

Segundo o DSM-5, O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos recorrentes ou persistentes, ímpetos ou imagens percebidos como intrusivos ou indesejados e compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo se sente compelido a fazer em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. Já para a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial de Saúde (OMS), o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), cujo código é F42, é caracterizado por ideias obsessivas e/ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As ideias obsessivas consistem em pensamentos, representações ou impulsos, de caráter invasivo à consciência do sujeito, de modo repetitivo e estereotipado. Os pensamentos obsessivos proporcionam uma experiência de sofrimento clínico intenso, que podem ser acompanhados por comportamentos compulsivos que visam a sua interrupção ou evitar a ocorrência de eventos objetivamente improváveis. O TOC é uma demanda relativamente comum nos consultórios de psicologia clínica interferindo de forma bastante acentuada na qualidade de vida de quem dele sofre. Dentre as abordagens que se propõem a tratar o TOC, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem mostrado maior volume de evidências empíricas relativas à efetividade. Esta mesa-redonda tem por objetivo apresentar formas de intervenção em terapia cognitivo-comportamental para o TOC por meio de relatos de dados de teoria e pesquisa empírica assim como casos clínicos. Inicialmente será proposto o trabalho sobre terapia metacognitiva para o TOC, que conterà a conceitualização do transtorno segundo o modelo metacognitivo e a apresentação das mais recentes pesquisas empíricas sobre este assunto. Em seguida, serão abordadas as relações entre o TOC e a supressão de pensamentos, com ênfase para seus mecanismos e as estratégias cognitivo-comportamentais para tratamento do TOC predominantemente obsessivo. Por fim será apresentado um caso clínico de TOC, com predominância de pensamentos obsessivos e rituais de tema religioso, que gerava um comprometimento clínico significativo em diversos segmentos da vida do paciente, em especial na esfera do trabalho.

## 12.1 TERAPIA METACOGNITIVA PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: CONCEITUAÇÃO E EVIDÊNCIAS EMPÍRICAS

Heitor Pontes Hirata (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ);  
Bernard Pimentel Rangé (Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões. As primeiras podem ser conceituadas como conteúdos intrusivos excessivos e que causam sofrimento ao indivíduo. Já as compulsões podem ser consideradas comportamentos que são realizados para neutralizar o desconforto que acompanha as obsessões. Além de atos manifestos, as compulsões também podem ocorrer mentalmente na forma de, por exemplo, rezas e repetição mental de certas palavras. O TOC gera grande prejuízo a seus portadores, uma vez que o prejudica em uma série de contextos como na família, na área social, no trabalho e nos estudos. Cerca de 1,5% da população é afetada e, não raro, o transtorno é acompanhado por depressão. O tratamento para o TOC outrora fora eminentemente comportamental, mais especificamente utilizando-se a técnica de exposição e prevenção de respostas. Nos últimos quinze anos, contudo, protocolos de tratamento que incorporam técnicas cognitivas foram elaborados. Nesses trabalhos, alguns tópicos como reestruturação de pensamentos sobre as obsessões e compulsões, reavaliação do risco exagerado e intolerância à incerteza são abordados. No fim dos anos 90 e início dos anos 2000, uma nova forma de terapia para TOC foi proposta: a terapia metacognitiva (TMC). Esta parte do princípio de que em resposta a pensamentos obsessivos ou dúvidas, o indivíduo manifesta preocupação, ruminação, pensamento analítico e monitoramento de ameaças. Consequentemente, ocorre o uso de estratégias de *coping* disfuncionais como supressão de pensamentos, neutralizações e rituais. Outro conceito importante é o de crenças metacognitivas que são caracterizadas por interpretações acerca de um pensamento obsessivo no caso do TOC. Didaticamente divide-se elas em três domínios: a fusão pensamento-evento (FPE), a fusão pensamento-ação (FPA) e a fusão pensamento-objeto (FPO). A FPE ocorre quando há a crença de que um pensamento intrusivo pode causar um evento particular. A FPA está relacionada a quando há a crença de que pensamentos intrusivos, sentimentos ou impulsos têm o poder de causar alguém a cometer ações indesejadas. Já a FPO é caracterizada pela crença de que pensamentos e sentimentos podem ser transferidos para objetos, tornando-os mais “reais”. A TMC utiliza esses princípios para conceituar o TOC e, a partir disso, propõe técnicas específicas para o tratamento como a modificação de crenças sobre rituais, técnica da dissonância ou conflito e experimentos comportamentais focados na metacognição. Alguns estudos apontam para a eficácia da TMC para o TOC. Este trabalho tem como objetivo apresentar o modelo de conceituação do TOC segundo a TMC e os estudos publicados até o momento na área. Foram selecionados cinco estudos que apontam evidência empírica bem sucedida para o TOC utilizando a TMC. Embora as publicações mostrem resultados promissores, cabe ressaltar que a TMC é uma abordagem bastante recente e, portanto, carente de muitos estudos como há na terapia cognitivo-comportamental padrão.

Palavras-chave: Terapia metacognitiva, Transtorno obsessivo-compulsivo, Pesquisas

## 12.2 SUPRESSÃO DE PENSAMENTOS E TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: MECANISMOS E ESTRATÉGIAS TERAPÊUTICAS

Nívea Maria Machado de Melo; Bernard Pimentel Rangé (Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Déficits na regulação emocional (RE) e o uso crônico da supressão de pensamentos como estratégia regulatória têm sido ligados a psicopatologias. Existem muitas crenças disfuncionais sobre as emoções, em especial as negativas na atual cultura ocidental. A experiência destas últimas pode ser muito aversiva e resultar em percepções de intrusão e falta de controle, tendo como resultado a utilização de um repertório de estratégias de regulação emocional para tentar controlá-las e até mesmo suprimi-las. Indivíduos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), por exemplo, tendem a tentar utilizar a supressão de pensamentos intrusivos eliciadores de emoções negativas e como resultado tendem a ser vulneráveis ao aumento da frequência destes. Segundo o DSM-5, O TOC caracteriza-se pela presença de obsessões e/ou compulsões. Obsessões são pensamentos recorrentes ou persistentes, ímpetos ou imagens percebidos como intrusivos ou indesejados e compulsões são comportamentos repetitivos ou atos mentais que o indivíduo se sente compelido a fazer em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser aplicadas rigidamente. Com prevalência em 12 meses estimada em torno de 1,2%, é um transtorno muito comum e em diversos casos incapacitante. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem desenvolvendo estratégias para ajudar portadores de diversos transtornos a lidar com suas emoções, inclusive auxiliando-os a diminuir o uso crônico da supressão de pensamentos em favor de estratégias de regulação emocional mais adaptativas. O objetivo do presente trabalho é examinar as relações entre a supressão cognitiva, um tipo de estratégia de regulação emocional, e o Transtorno Obsessivo-Compulsivo, dando ênfase aos mecanismos e a quais medidas terapêuticas estão sendo atualmente utilizadas em Terapia Cognitivo-Comportamental para diminuir seu uso crônico e mal adaptativo. Foi feita revisão de literatura atualizada sobre o tema em bases de dados científicas, com ilustração da problemática e estratégias terapêuticas utilizando-se relatos de casos. Foram encontrados diversos artigos em bases de dados sobre as relações entre a supressão cognitiva e o TOC, assim como técnicas das TCCs para evitar o uso crônico desta. Embora a bibliografia encontrada atualmente não ofereça evidências de que a supressão cognitiva tenha papel causativo na etiologia e agravamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo, esta continua tendo papel importante neste transtorno, uma vez que foi bastante estabelecido que é uma estratégia de regulação emocional muito utilizada por indivíduos com TOC, independente de ser usada com resultados positivos (neutralização das obsessões) ou paradoxais (aumento da frequência das obsessões). Estudos mostram que as TCCs têm sido eficazes em ajudá-los a regular suas emoções de maneira mais adaptativa.

Palavras-chave: Supressão Cognitiva, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Terapia Cognitivo-Comportamental

### **12.3 INTERVENÇÃO EM TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO E RELIGIÃO**

Pedro Pires (Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Conforme consta na Classificação Internacional de Doenças (CID-10), o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC), classificado como F42, é caracterizado por ideias obsessivas e/ou por comportamentos compulsivos recorrentes. As ideias obsessivas consistem em pensamentos, representações ou impulsos, de caráter invasivo à consciência do sujeito, de modo repetitivo e estereotipado. Os pensamentos obsessivos proporcionam uma experiência de sofrimento clínico intenso, que podem ser acompanhados por comportamentos compulsivos que visam a sua interrupção ou evitar a ocorrência de eventos objetivamente improváveis. Há evidências de que a religiosidade cumpre um papel importante no TOC, dada a hipótese em que pessoas religiosas normalmente aprendem sobre a importância da relação entre seus pensamentos e valores, de forma a estarem mais sujeitas a obsessões, especialmente em função da sensação de culpa. As compulsões nesse caso podem surgir na forma de orações repetitivas com o intuito de interromper pensamentos interpretados como inadequados, ou rituais com o objetivo de impedir eventos da mesma ordem. O TOC de tema religioso oferece um grande desafio, especialmente considerando o engajamento religioso no Brasil. O objetivo do presente trabalho é discutir um caso clínico de intervenção com paciente D., do sexo masculino, 38 anos, com graduação completa em Administração, com TOC de tema predominantemente religioso. Serão discutidas técnicas utilizadas no decorrer do tratamento. D. buscou a TCC com apoio de sua mãe após o TOC ter gerado um comprometimento significativo em diversos segmentos de sua vida, especialmente no trabalho, sendo demitido por passar longos períodos rezando para afastar pensamentos que considerava “tentativas”. Além destas, D. evitava pisar em símbolos religiosos, ou mesmo figuras que lembrassem ícones cristãos, evitava dizer determinadas palavras que pudessem representar o mal, dentre outros rituais. Conforme D. participava da comunidade religiosa (igreja), seu ambiente social ofereceu um forte desafio ao progresso terapêutico, uma vez que em diversas situações seus rituais eram reforçados pela penitência. No decorrer do tratamento foi adotada a exposição e prevenção de rituais, além de exercícios de reestruturação cognitiva sobre processos de culpa que surgiam. D. apresentou forte resistência a algumas das estratégias adotadas durante os primeiros seis meses, mas era do seu entendimento a necessidade de realizar enfrentamentos. Após dez meses, o paciente foi capaz de retomar uma parcela significativa de sua vida social, especialmente se engajando no estudo para concursos. D. foi aprovado depois ao fim de 13 meses e foi observada uma redução significativa do tempo que o paciente se dedicava às compulsões e rituais, melhorando sensivelmente sua qualidade de vida e bem estar subjetivo.

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Terapia Cognitivo-Comportamental, Compulsão Religiosa

# COMUNICAÇÕES LIVRES

## 1. INTEGRAÇÃO EM PSICOTERAPIA: TERAPIA DO ESQUEMA E ANÁLISE TRANSACIONAL (JOGOS PSICOLÓGICOS)

Marco Aurélio Mendes (Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira, IPPMG/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ; Centro Universitário Celso Lisboa, UCL, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: terapia do esquema, análise transacional, jogos psicológicos

Apesar dos primórdios do movimento integracionista em psicoterapia serem atribuídos à French (1932), observa-se recentemente o surgimento de novas vertentes psicoterápicas buscando a integração de diferentes abordagens. Como exemplo deste movimento de integração temos a Terapia Comportamental Dialética desenvolvida por Marsha Linehan, a Terapia de Aceitação e Compromisso desenvolvida por Stephen Hayes e a Terapia do Esquema (TE) proposta por Jeffrey Young. A TE tem se mostrado bastante promissora em transtornos de personalidade e transtornos de humor, como observado nos estudos baseados em evidência, utilizando-se de conceitos provenientes da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), Psicodinâmica, Gestalt-Terapia e Humanismo. Análise Transacional (AT) é um modelo de psicoterapia desenvolvido por Eric Berne no final da década de 50 do século passado. Berne e seus contemporâneos já utilizavam um modelo integrativo unindo referenciais psicanalíticos e gestálticos. O conceito de estados de ego da AT (Pai, Adulto e Criança, com suas características positivas e negativas) é extremamente semelhante ao conceito de Modos da TE. Berne definiu os jogos psicológicos ou dramas como uma série de transações entre indivíduos, oriundas de motivações inconscientes, com papéis e desfecho previsíveis. Eric Berne listou o que chamou de jogos mais comuns nos pacientes que procuram psicoterapia, como “Devedor”, “Veja só o que você me obrigou a fazer”, “Mártir”, “Se não fosse você”, “Não é horrível?”, entre outros. Ao perceber o seu envolvimento em jogos psicológicos, terapeuta e paciente podem desenvolver juntos o que Berne chamou de antítese do jogo, que nada mais é do que interromper o desfecho previsível. Pode-se fazer uma analogia entre a antítese do jogo e a quebra dos padrões comportamentais que perpetuam os esquemas nas relações interpessoais. Os jogos psicológicos, como desenvolvido por Berne e teóricos posteriores como Karpman, são facilmente apreendidos pelos pacientes, especialmente quando trabalhados em conjunto com a TE, relacionando-se os papéis dos indivíduos nos jogos aos esquemas e estilos de enfrentamento. Os instrumentos da AT podem ser bastante úteis como ferramentas auxiliares não só na TE como também na TCC, facilitando e enriquecendo o trabalho entre paciente e terapeuta.

## **2. TRANSTORNO DE PERSONALIDADE ESQUIVA: UMA ANÁLISE COMPORTAMENTAL**

Pedro José dos Santos Carvalho de Gouvêa (Instituto Brasiliense de Análise do Comportamento – IBAC, Brasília-DF)

O presente trabalho pretende fazer uma análise teórico-conceitual do Transtorno de Personalidade Esquiva (TPE) sob uma perspectiva analítico-comportamental. Além disso, propor uma breve diferenciação entre este transtorno e a Fobia Social Generalizada (FSG), assim como alguns métodos de intervenção comportamental. Para isso foi realizada uma revisão da literatura pertinente ao tema. A análise do Comportamento, ao invés de assumir uma concepção de “personalidade” como uma entidade interna com status causal do comportamento, propõe uma concepção funcional do constructo, assumindo-o também como comportamento e não como causa deste. A personalidade deixa de ser compreendida como um fenômeno privado de natureza diferente do comportamento público e passa a ser interpretada como o repertório comportamental do indivíduo, fruto de sua história de seleção filogenética, ontogenética e cultural. O modelo causal de comportamento aqui é seletivista e não mecanicista e a visão de homem monista e não dualista. Assim, o que tradicionalmente entende-se por um conjunto de sinais e sintomas rotulados como Transtorno de Personalidade Esquiva (entidade psicopatológica do eixo II), passa a ser concebido como uma classe funcional de comportamentos que envolvem evitação de ambientes sociais que poderiam produzir conseqüências aversivas, como rejeição, críticas, represálias ou desaprovação por parte dos outros. Tais respostas evitativas constituem um padrão regular que se manifesta na grande maioria das situações interpessoais e levam estes indivíduos a serem rotulados como “tímidos”, “introvertidos” ou até “arrogantes”. O padrão evitativo apresenta-se tão enraizado que parece natural ao indivíduo esquivo, sendo difícil a identificação por parte do terapeuta de padrões evitativos que, em grande parte dos casos, são sutis. Segundo alguns autores, tal classe de respostas é também categorizada como Fobia Social Generalizada (entidade psicopatológica do eixo I), de modo que a diferenciação parece se dar apenas em relação a gravidade e precocidade dos sintomas clínicos. O TPE é considerado um quadro mais grave, mais enraizado, mais resistente a mudança e com início mais precoce na vida do indivíduo do que a Fobia Social Generalizada. Para a Análise do Comportamento, contudo, pouco importa a diferenciação topográfica de sintomas, visto que o foco de análise e intervenção é a função que tais comportamentos assumem no ambiente, ou seja, os esforços do terapeuta estão voltados para a identificação e manipulação das variáveis de controle do comportamento. No caso específico de clientes com TPE, o interesse básico do terapeuta está na modificação das contingências interpessoais do cliente que, em algum momento de sua história, adquiriram função aversiva. Desta forma, privilegia-se como método de avaliação e intervenção, a análise funcional dos comportamentos-alvo, a construção de um sólido vínculo terapêutico, e a gradual exposição aos estímulos temidos por meio da própria relação terapêutica e a posterior generalização dos repertórios desenvolvidos para o ambiente natural do cliente.

Palavras-chave: Transtorno de Personalidade Esquiva, Análise do Comportamento, Fobia Social Generalizada

### 3. PRIVAÇÃO CULTURAL: INTERFERÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO COGNITIVO

Carla Andréa da Rosa; Andréa Goldani; Stella Pereira; Michele Del Fava Carvalho; Pedro Fellipe Brandão de Souza (Universidade Estácio de Sá, UNESA, Nova Friburgo RJ)

No Serviço de Psicologia Aplicada acompanhamos inúmeros casos que chegam com queixas associadas à dificuldades de acompanhar os conteúdos escolares, desatenção, agitação, agressividade, impulsividade dentre outras. Mas o fato é que a maior queixa diz respeito à incapacidade para aprender. Quando não se trata de transtorno de aprendizagem comprovado, onde se encaixam estes sujeitos? Alguns autores os categorizam como privados culturais, que se refere à impossibilidade de interação com aspectos da sua cultura. A síndrome da privação cultural é o estado de reduzida modificabilidade cognitiva de um sujeito em resposta à exposição direta às fontes de informação. Como auxiliar estes sujeitos a progredirem na sua vida escolar? Como auxilia-los no aprimoramento das suas capacidades cognitivas? O projeto de pesquisa Privação cultural: interferências no desenvolvimento cognitivo possui este desafio e, portanto apresentou como objetivos iniciais identificar os psicodiagnósticos referentes a privados culturais, na sequencia; elaborar programa de desenvolvimento cognitivo para privados culturais; capacitar os docentes com a metodologia da mediação (experiência de aprendizagem mediada) a fim de aumentar a eficácia do programa de desenvolvimento cognitivo e finalmente avaliar as funções cognitivas e operações mentais dos alunos antes e depois da intervenção com o programa de desenvolvimento cognitivo para verificar a validade do mesmo. Para tal vimos utilizando a seguinte metodologia, seleção dos psicodiagnósticos feitos no SPA nos últimos três anos separando aqueles nos quais foi identificada privação cultural, elaboração do programa de desenvolvimento cognitivo a partir de estudos sobre outros programas já existentes e a elaboração da metodologia de uso do mesmo. Os docentes e equipe técnico-pedagógica das escolas têm sido capacitados com a metodologia da mediação e orientados de como utilizá-la. O pré-teste tem sido feito com os alunos que participarão do programa de desenvolvimento e com aqueles que não participarão, com instrumentos psicológicos (ATENÇÃO, MEMÓRIA, NÍVEL INTELECTUAL E LINGUAGEM). Posteriormente a intervenção com o programa de desenvolvimento, será feita a pós-avaliação a fim de confirmar ou não a validade do mesmo a partir da comparação de resultados inter e intragrupos. Os resultados observados até o momento são que dos 70 (setenta) psicodiagnósticos consultados, 29 (vinte e nove) representavam crianças com dificuldades de aprendizagem e 16 (dezesseis) com problemas de aprendizagem ocasionados por privação cultural. No que se refere à elaboração do programa foi possível selecionar aproximadamente 50 atividades que foram descritas em seus objetivos, funções e operações que pretendem desenvolver, assim como, sugestões de possíveis desdobramentos a partir das mesmas. A pré-avaliação vem sendo feita em duas escolas, com 10 alunos em cada uma. Foram divididos em grupo controle e grupo experimental. Somente os do grupo experimental passarão pela intervenção com o programa de desenvolvimento cognitivo, porém todos serão avaliados no início e no final, dessa forma poder-se-á avaliar os resultados intergrupos e intragrupos também. Acreditamos que em breve teremos a nossa hipótese inicial, de que em casos de privação cultural pode-se desenvolver o potencial cognitivo a partir de programas específicos, comprovada.

Palavras-chave: desenvolvimento cognitivo, privação cultural, mediação

#### **4. “PENSAMOS NEGATIVO, BRIGAMOS COMO INIMIGOS”: AVALIAÇÃO DOS PENSAMENTOS, SENTIMENTOS E COMPORTAMENTOS DE INDIVÍDUOS CASADOS EM SITUAÇÃO DE CONFLITO CONJUGAL**

Silvania Domingos; Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro RJ)

A literatura demonstra a importância dos pensamentos distorcidos sobre os comportamentos e sentimentos a partir dos estudos desenvolvidos por Beck (1995), assim como a influência das crenças negativas sobre os conflitos conjugais. Observa-se que apesar dos notórios dados sobre o crescente número de divórcios e o desenvolvimento de estudos sobre casais na terapia cognitivo-comportamental (TCC), as pesquisas sobre crenças negativas em situação de conflito conjugal ainda não se encontram amplamente desenvolvidas na literatura, seja no cenário nacional ou mesmo no internacional. O presente trabalho, então, teve por objetivo a análise qualitativa para investigar relação entre crenças negativas e as situações de conflito conjugal, além dos sentimentos e comportamentos presentes nessas circunstâncias. Buscou-se responder, se os indivíduos casados que acreditam intensamente no pensamento negativo durante um conflito, vivem consequências mais prejudiciais no casamento, além de averiguar se também teriam sentimentos e comportamentos negativos. Para isto, foi realizada entrevista aberta com amostra de 20 indivíduos (n= 20), sendo 10 homens e 10 mulheres com idades que variaram entre 21 a 60 anos. Todos deveriam, estar casado formalmente ou com união estável, ter ensino fundamental completo, além de tempo mínimo de dois anos de casamento. Não foi considerado se os indivíduos estavam ou não em crise conjugal. A partir da análise de conteúdo foram investigados os motivos de conflitos conjugais, os pensamentos (automáticos e após-evento), sentimentos, comportamentos, consequências e comentários sobre casamento. Os resultados mostraram que os motivos para os conflitos foram: ciúme, deficiência na comunicação, descompromisso na relação e ameaça ao poder na relação. Os pensamentos automáticos foram de incompreensão e desqualificação realizada pelo outro; e as avaliações pós-evento relacionaram-se aos pensamentos de inconformismo com a situação ou/ de ver o problema no outro, e pensamentos de acabar o casamento /ou de que o outro acabará. Dos casos em que ocorreu separação temporária do casal, os indivíduos relataram intensos pensamentos negativos. Os sentimentos encontrados foram: raiva, tristeza, desrespeito, ciúme, decepção, ódio, inferioridade, rejeição, humilhação, culpa, arrependimento, medo, mágoa, injustiça, ofensa, revolta, vergonha e frustração. Já os comportamentos, incluíram-se nas seguintes categorias: na maioria dos conflitos conjugais ocorreu discussão e na minoria, conversa ou afastamento de um dos cônjuges. Quanto às consequências dos conflitos, na maior parte dos casos houve reconciliação imediata, em outros, apesar da reconciliação a situação continuou gerar incômodo, ou ocorreu separação do casal. Conclui-se, dessa forma, que os pensamentos negativos parecem estar inseridos em situações de conflitos conjugais e podem, quando intensos, gerar pior desfecho para a situação do casal, além disso, também apareceram sentimentos e comportamentos negativos em situações de conflitos conjugais. Desse modo, observa-se a importância de compreender o cotidiano do casal, pois, os atritos são inerentes aos casamentos, haja vista que eles aparecem em vários contextos da vida a dois, por isso, a importância de intervenções focalizando o cotidiano do casal para que estes possam lidar com seus pensamentos para melhores sentimentos e comportamentos, resultando em melhor qualidade na relação conjugal.

Palavras-chave: pensamentos, sentimentos, comportamentos

## 5. TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS COM ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA NO MUNICÍPIO DE NITERÓI – RJ

Keila Camelo; Jeane Mendonça; Renata Paes (Faculdades Integradas Maria Thereza, FAMATH, NITERÓI, RJ)

O presente trabalho tem como objetivo investigar a eficácia de um treinamento de habilidades sociais na melhora do desempenho nas relações interpessoais em adolescentes. O estudo apresenta uma pesquisa empírica com abordagem qualitativa e quantitativa. A pesquisa propôs-se a a) Identificar a frequência de comprometimento do repertório de habilidades sociais de adolescentes; (b) Identificar quais habilidades encontram-se mais comprometidas; (c) Identificar a frequência de dificuldade nas repostas socialmente habilidosas. A amostra foi composta por 49 alunos de ambos os sexos de uma escola pública no município de Niterói-RJ na faixa etária entre 12 a 17 anos. Durante a intervenção os alunos foram divididos em dois grupos, um com 21 alunos e outro com 14, os encontros foram realizados no turno da manhã, no horário vago de aula. No total foram realizados 9 encontros, um por semana, com duração de 90 minutos cada um, iniciava-se com aquecimento, depois verificava-se a tarefa de casa, posteriormente era exposto o tema central do dia, em seguida iniciava-se as vivências. Nos encontros estiveram presentes duas coordenadoras. A intervenção não contou com a participação de todos, 14 alunos já concluíram o ensino fundamental e não estavam mais na escola. A análise apontou que 61% dos alunos apresentaram repertório comportamental abaixo do esperado, necessidade de treinamento de habilidades sociais, sendo o sexo feminino o mais deficitário; as habilidades mais desenvolvidas foram assertividade e autocontrole com 35% e 33% respectivamente, já a maior dificuldade apresentou-se em desenvoltura social e abordagem afetiva com 80% e 78% respectivamente, avaliação antes da intervenção. Após a intervenção, apenas 31% apresentaram repertório comportamental abaixo do esperado; as habilidades mais desenvolvidas foram assertividade e abordagem afetiva com 63 % e 80 % respectivamente, a maior dificuldade apresentou-se em empatia e desenvoltura social com 51% e 54% respectivamente. Verificou-se que um número significativo de alunos que participaram do treinamento de habilidades sociais conseguiu melhorar seu repertório comportamental. O presente estudo apresentou algumas contribuições, tais como, permitiu colaborar para a compreensão de que qualquer intervenção através do treino de habilidades sociais deve ser particular a cada grupo; aponta para as diferenças entre habilidades sociais para o sexo e que independente da habilidade social da pessoa, o grau de dificuldade e ansiedade diante de repostas adequadas pode ser significativa. Apresentamos algumas limitações, a saber, a amostra obtida pode não ter sido suficientemente abrangente para que haja a generalização dos dados, os respondentes não foram avaliados para indicadores de depressão e/ou stress; não foi avaliada a distinção entre gênero e o repertório de habilidades sociais de adolescentes. Em futuros estudos, sugere-se que pesquisas como esta contemplem mais variáveis e sejam realizados em outras regiões da cidade do Rio de Janeiro, dada às possíveis diferenças culturais existentes. Assim, ao refinar as análises dos dados obtidos, podem-se propor intervenções especializadas para cada grupo. O diagnóstico precoce junto a um tratamento adequado pode ser fator de proteção para que os sintomas não se acentuem e, na vida adulta, diminuam-se as chances de desenvolver comportamentos desadaptativos.

Palavras-chave: treinamento de habilidades sociais, avaliação, adolescentes

## 6. AVALIAÇÃO DA EMPATIA EM INDIVÍDUOS COM TRANSTORNO DE PERSONALIDADE

Evlyn Rodrigues Oliveira; Eliane Mary de Oliveira Falcone; Stèphanie Krieger; Monique Gomes Plácido; Lucimar da Costa Torres Electo; Vanessa Dordron de Pinho; Juliana Furtado D' Augustin (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, UERJ, Rio de Janeiro, RJ); Maria Cristina Ferreira (Universidade Salgado de Oliveira, UNIVERSO, Niterói, RJ)

A empatia é uma importante habilidade social, sendo compreendida como um fenômeno multidimensional, que envolve componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. É definida como a habilidade de compreender acuradamente o outro, bem como considerar os sentimentos, necessidades e perspectivas, expressando entendimento de forma que o outro se sinta validado. Personalidade é um padrão persistente de percepção, relação e julgamento sobre o ambiente e sobre si, exteriorizados em vastos contextos sociais e pessoais. Nos Transtornos de Personalidade (TP), estes padrões são inflexíveis, mal-adaptativos e resultam em debilitação significativa ou sofrimento subjetivo. São divididos em 3 agrupamentos (DSM-IV-TR): A, indivíduos isolados socialmente, pouco espontâneos e muito desconfiados (Esquizóides, Esquizotípicos e Paranóides); B, indivíduos manipuladores, dramáticos e intolerantes às decepções (Borderline, Histriônicos, Narcisistas e Anti-sociais); C, indivíduos medrosos, ansiosos, dependentes e submissos (Dependentes, Evitativos e Obsessivo-Compulsivos). A literatura aponta que indivíduos com TP apresentam deficiências em experimentar e expressar empatia, comprometendo a qualidade das suas interações sociais. Esta pesquisa comparou níveis de empatia em três grupos: indivíduos sem TP (grupo controle), indivíduos no agrupamento B, e indivíduos no agrupamento C. Psiquiatras e psicólogos colaboraram, solicitando a seus pacientes com diagnóstico de TP que assinassem ao TCLE e respondessem ao Inventário de Empatia (IE). A seguir, especificavam os critérios diagnósticos de cada paciente, segundo o DSM-IV-TR. Participaram do estudo 88 sujeitos, de ambos os sexos. Destes, 58 preenchiam critérios para TP (24 no agrupamento B e 34 no agrupamento C) e 30 eram do grupo controle (obtido através da rede social dos pesquisadores). O IE é composto por quatro fatores que avaliam a habilidade empática: TP- Tomada de Perspectiva, FI- Flexibilidade Interpessoal, AL- Altruísmo e SA- Sensibilidade Afetiva. Para a obtenção dos resultados estatísticos, foram utilizados cálculos descritivos (média), a ANOVA e o teste post hoc de Bonferroni. A ANOVA indicou que existiam diferenças significativas entres os grupos nos fatores TP, FI e AL. No teste de Bonferroni verificou-se que os indivíduos dos agrupamentos B e C apresentaram níveis significativamente inferiores de Tomada de Perspectiva do que os do grupo não clínico. Indivíduos do agrupamento C apresentaram níveis significativamente mais elevados de Flexibilidade Interpessoal do que os do agrupamento B. Indivíduos do agrupamento C mostraram Altruísmo significativamente superior ao grupo controle. Os resultados confirmam as afirmações da literatura sobre a dificuldade dos indivíduos com TP de se colocar no lugar dos outros, em razão de uma postura egocêntrica ou egoísta. Além disso, indivíduos dependentes, evitativos e obsessivo-compulsivos (Agrupamento C) tendem a ser mais focados nas necessidades dos outros, em razão de seus padrões de submissão e ansiedade, o que explica uma maior tendência à flexibilidade interpessoal e ao altruísmo.

Palavras-Chave: Empatia; Transtorno de Personalidade; Relações Interpessoais

## 7. HABILIDADES SOCIAIS E DEPRESSÃO: UM ESTUDO SOBRE A ASSERTIVIDADE

Ana Carolina Tourinho Tomas; Marcele Regine de Carvalho (Universidade Federal do Rio de Janeiro, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

A depressão se caracteriza como um grave problema de saúde pública, por sua alta prevalência na população e pelo impacto que provoca na qualidade de vida das pessoas, gerando intenso sofrimento emocional e podendo levar ao risco de suicídio. As pesquisas apontam uma relação entre déficits de habilidades sociais (HS) e depressão, sendo estes déficits considerados por alguns autores como antecedentes e por outros como consequentes do quadro depressivo. O conceito de HS é bastante amplo e seu campo ainda pouco explorado, de modo que estudos orientados para esta temática se mostram relevantes no contexto das relações interpessoais e também dos transtornos psicológicos. As HS estão relacionadas a um repertório de comportamentos que permite interações interpessoais bem sucedidas. Estas interações encontram-se comprometidas em pacientes deprimidos e, de modo especial, a assertividade é apontada na literatura como deficitária nestes pacientes, sendo o treinamento assertivo bastante recomendado nestes casos. O comportamento assertivo envolve a afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada; que não viole o direito de outras pessoas. A assertividade está relacionada à produção de uma imagem positiva de si mesmo e sentimentos de respeito, enquanto a inassertividade relaciona-se a uma imagem negativa de si e sentimentos de pena, irritação e desprezo. Neste trabalho é realizada uma revisão da literatura existente no campo das HS, com ênfase no comportamento assertivo e sua relação com a depressão, sob o enfoque da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). São explorados os déficits relacionados à assertividade que se verificam no quadro depressivo e apresentadas as estratégias utilizadas no tratamento cognitivo-comportamental que visam o treinamento desta habilidade, tais como a psicoeducação, o ensaio comportamental, o *feedback* corretivo, a dramatização ou *role-play*, e a modelação. Há estudos indicando que comportamentos socialmente habilidosos produzem reforçamento positivo mais frequente do que punição, e a TCC parte também do pressuposto de que os sintomas depressivos surgem e se mantêm quando a capacidade do paciente em conseguir reforços positivos do ambiente está prejudicada. Isto sustenta a aplicação dos treinamentos de HS para pacientes deprimidos, já que a aquisição de um repertório de HS pode representar um grande impacto positivo na qualidade de vida destes indivíduos. Conclui-se que o entendimento dos padrões inadequados de comportamento social é fundamental para que se possa atuar na prevenção e no tratamento destes sintomas em pacientes deprimidos ou acometidos por outro transtorno, bem como na população em geral. Programas de treinamento em HS podem ser aplicados num contexto preventivo ou como intervenção psicoterápica, podendo facilitar e potencializar as relações interpessoais, bastante prejudicadas nos casos de depressão, representando um importante ganho para estes pacientes.

Palavras-chave: habilidades sociais, assertividade, depressão

## **8. HABILIDADES SOCIAIS E ESTRESSE: UM ESTUDO COM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL DE ESCOLAS PÚBLICAS**

Rachel Shimba Carneiro; Ângela da Silva Gomes; Bárbara Ricardo O. Bianchini; Benilde Lobo Teles; Carine do Espírito Santo Barreto; Jaqueline W. Sampaio Pereira; Jorge Mendes; Leila Batista Nunes; Maria Angélica Oliveira Gabriel; Monique Ribeiro de Assis; Pedro Defane; Tatiane Parrine dos Reis; Vera Lúcia P. Nascimento (Centro Universitário Augusto Mota, UNISUAM, Rio de Janeiro, RJ)

A constatação de que as habilidades sociais estão relacionadas a melhor qualidade de vida, a relações interpessoais mais gratificantes, a maior realização pessoal e ao sucesso profissional vem despertando o interesse de especialistas e multiplicando as pesquisas sobre o tema. Além disso, os estudos têm mostrado que deficiências em habilidades sociais podem contribuir para o desenvolvimento do estresse. Entretanto, a inclusão das habilidades sociais como componente necessário para o exercício da cidadania e preparação dos jovens para os desafios deste início de milênio se coloca como uma questão que, apenas recentemente, começa a ser objeto de preocupação na educação brasileira. O presente estudo constitui uma parte de um trabalho mais amplo que pretende aumentar o repertório de habilidades sociais dos professores e diminuir o nível de estresse destes em sala de aula. (Objetivo) Diante de tais considerações, a pesquisa atual teve como objetivo investigar as habilidades sociais e o nível de estresse de 65 professores do Ensino Fundamental atuantes em duas escolas públicas do Rio de Janeiro. (Método) As habilidades sociais foram avaliadas através do Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del Prette) e o estresse a partir do Inventário de Sintomas de Estresse para Adulto de Lipp (ISSL). (Resultados) A partir dos dados obtidos no material especificado acima, pôde-se observar que dos 22 professores que apresentaram estresse: 8 foram identificados com repertório bastante elaborado de habilidades sociais; 4 com bom repertório de habilidades sociais; 2 com repertório médio de habilidades sociais; 3 com repertório abaixo da média de habilidades sociais e 5 com indicação para treinamento em habilidades sociais. Por outro lado, dos 43 professores que não apresentaram estresse: 26 foram identificados com repertório bastante elaborado de habilidades sociais; 5 com bom repertório de habilidades sociais; um com repertório médio de habilidades sociais; 3 com repertório abaixo da média de habilidades sociais e 8 com indicação para treinamento em habilidades sociais. Para avaliar a relação entre habilidades sociais e estresse, foi calculada a correlação total através do teste de correlação linear Pearson. O resultado desse estudo identificou uma correlação estatisticamente significativa entre o escore total da variável habilidade social e o escore total do estresse. (Conclusões) Considerando que as ações preventivas só poderão ter um grande impacto no desenvolvimento das habilidades sociais e na diminuição do estresse dos professores, se forem baseadas nos resultados de rigorosas pesquisas científicas sobre o tema, é possível verificar a importância dos conhecimentos gerados a partir desse levantamento que podem contribuir para que os professores aumentem o repertório de habilidades sociais e diminuam o nível de estresse em sala de aula.

Palavras-chave: Habilidades sociais, Estresse, Professores

UNISUAM; FAPERJ

## 9. EFICÁCIA DA TCC EM SUJEITOS COM TEPT APÓS DESASTRES NATURAIS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Alessandra Pereira Lopes (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Instituto D’Or de Pesquisa e Ensino – IDOR, Neuroclínica, Rio de Janeiro, RJ); Tânia Fagundes Macedo (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ); Evandro Coutinho (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Fundação Oswaldo Cruz – FIOCRUZ); Paula Rui Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ); Ivan Luiz Vasconcellos (Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ).

Em cada ano cerca de 225 milhões de pessoas no mundo são expostas a desastres naturais. Destas até 135 milhões podem desenvolver Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), no primeiro ou segundo ano após a catástrofe. O TEPT é um transtorno de ansiedade que pode ocorrer em pessoas que passaram, vivenciaram ou tiveram notícias de um trauma, inclusive desastres naturais. A pessoa que sofre com este transtorno apresenta sintomas de revivescência, esquiva e hiperestimulação autonômica. A intervenção mais difundida para este tipo de catástrofe é o *debriefing* psicológico, porém estudos apontam que esta abordagem não é eficaz, na prevenção de psicopatologias relacionadas ao trauma e na redução dos sintomas de estresse. Sendo assim, a escassez de estudos que definam o que é eficaz em termos de intervenção pós-trauma em populações afetadas por desastres naturais, motivou este estudo. São considerados como resultados positivos dos tratamentos a redução significativa dos sintomas de TEPT, medida através de escalas. O objetivo do presente estudo é avaliar a eficácia do tratamento psicoterápico baseado em Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) para pessoas que desenvolveram TEPT a partir de desastres naturais, através de uma revisão sistemática. Esta terapia é considerada a primeira escolha para o tratamento de TEPT, por isso foi focado nesta revisão. Foram conduzidas buscas nas bases eletrônicas ISI *Web of Science*, PsycINFO, PUBMED, PILOTS e Scopus incluindo todas as línguas e todos os anos. Foram incluídos estudos que utilizaram TCC, entendendo esta abordagem de maneira ampla, englobando estratégias cognitivas e/ou comportamentais, em estudos randomizados, controlados ou abertos para indivíduos diagnosticados com TEPT, tendo como trauma principal um desastre natural. Foram excluídos artigos de revisão, capítulos de livros, dissertações e teses. Assim como estudos sem medida padronizada de eficácia antes e após a intervenção; estudos de caso; estudos que não tenham um grupo de pacientes que utilize como intervenção apenas a TCC; estudos com modelo animal; e estudos em população sem diagnóstico formal de TEPT, ou seja, que o diagnóstico foi atribuído sem mencionar o uso de entrevistas diagnósticas estruturadas ou inventários clínicos padronizados. Dos 820 estudos encontrados, foram selecionados dez, sendo três randomizados, três controlados e quatro ensaios abertos. A presente revisão constatou a efetividade da TCC para TEPT oriundo de desastres naturais, tais como terremotos e furacões, tendo-se em vista que nove dos dez estudos selecionados apontaram redução significativa dos sintomas de TEPT utilizando técnicas da TCC. Apesar dos estudos apresentarem resultados positivos, para se falar em eficácia desta abordagem neste contexto traumático, faz-se necessária a condução de mais estudos controlados e randomizados, tendo-se em vista a baixa quantidade de estudos encontrados.

Palavras-chave: TEPT; Desastres naturais; TCC

## **10. ADAPTAÇÃO SEMÂNTICA DE PROTOCOLO DE TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA PACIENTES COM TAG NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO: UM RELATO DE CASO**

Roberta Sá Fortes Marques (Residente Multiprofissional em Saúde do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, HUCFF, Rio de Janeiro- RJ); Fernanda Coutinho(Doutoranda em Saúde Mental, Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ – Rio de Janeiro, RJ)

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) tem como principal característica apreocupação invasiva, incontrolável e excessiva e sintomas somáticos relacionados. É uma condição crônica e incapacitante, comum em muitos cenários médicos, causa sofrimento clinicamente significativo e prejuízo em áreas importantes da vida do indivíduo. O prejuízo é associado tanto à área social quanto ocupacional e leva a uma queda na qualidade de vida. É um transtorno de alta prevalência e, após tratamento, apenas metade dos pacientes conseguem funcionar na sua melhor forma, além disso, as taxas de recaída são elevadas, atingindo mais de 50%. Com isso, as formas de tratamento estão frequentemente sendo discutidas e aprimoradas. No que se refere ao tratamento propriamente dito, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) aparece como uma intervenção substancial e com suporte empírico para o TAG. O tratamento clínico tem como foco a preocupação crônica, grave e associada à ansiedade. Além disso, são abordados esquemas mal adaptativos relacionados à ameaça geral (que incluem crenças sobre probabilidade e consequências de ameaças para a segurança física e psicológica), vulnerabilidade pessoal (que incluem crenças sobre desamparo, inadequação e falta de recursos pessoais para lidar com situações ansiogênicas), intolerância à incerteza (que incluem crenças sobre a frequência, consequência, evitação e não aceitação de eventos negativos incertos ou ambíguos) e a metacognição da preocupação (que incluem crenças sobre os efeitos positivos e negativos da preocupação e seu controle). Destarte, foi iniciado um programa de tratamento utilizando o protocolo de intolerância à incerteza do Dugas e colaboradores com pacientes com diagnóstico primário de TAG no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF). Uma característica comum entre os participantes do protocolo de tratamento é o baixo nível socioeconômico, cultural e escolaridade. Para esse perfil de paciente houve a necessidade de adaptara forma como as informações são passadas com o intuito de beneficiá-los e fazer com que a TCC fosse um instrumento de acesso a todos. A partir de um caso clínico atendido no HUCFF irá se pontuar algumas necessidades que, com frequência, surgem no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). O caso ilustrado é o de uma paciente com diagnóstico de TAG comórbido com depressão. V., 65 anos, casada, com dois filhos, moradora de comunidade carente e ensino fundamental incompleto. Devido ao baixo grau de escolaridade da paciente, em alguns momentos, foi necessário rever e adaptar o protocolo de tratamento, incluindo as técnicas selecionadas, o modo de condução da sessão, postura do terapeuta e até mesmo o tempo de duração das sessões. O objetivo deste trabalho é, de forma ilustrativa, propiciar uma discussão e apresentar possíveis soluções para algumas das dificuldades e impasses da prática do psicólogo clínico diante de um cenário comum no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

Palavras-chave: Transtorno de Ansiedade Generalizada, Terapia Cognitivo-Comportamental, Sistema Único de Saúde

## **11. RESULTADOS DE UM ESTUDO PILOTO UTILIZANDO O PROGRAMA MINDFULNESS DE REDUÇÃO DE ESTRESSE (MBSR) PARA INDIVÍDUOS HIV-POSITIVO E COM SINTOMAS DE DEPRESSÃO LEVE A MODERADA**

Vitor Friary (Centro Mindfulness, Rio de Janeiro); Samantha Farag (London Metropolitan University)

A prevalência da depressão em indivíduos HIV-positivos varia amplamente de 5 a 20%, dependendo da população estudada, a fase de infecção por HIV que se encontra, para além de outras complicações, tais como o abuso de substâncias. Fatores que muitas vezes têm um impacto negativo sobre a população HIV e sua qualidade de vida são o estigma relacionado com o HIV, a solidão / diminuição do apoio social, as mudanças neurológicas, saúde em declínio, fadiga, mudanças na aparência (especialmente nos casos de sobreviventes vivem com HIV por muitos anos) e angústia relacionada a questões ligadas a finanças pessoais. Indivíduos HIV-positivos podem ser duas vezes mais propensos a desenvolver transtornos depressivos maiores em comparação com as amostras de pessoas não infectadas. O diagnóstico e tratamento da depressão é importante por causa de sua associação com um reduzido níveis de auto-cuidado e piores resultados de condição saúde em populações HIV. Além disso, estudos relacionam sintomas depressivos com sintomas de infecção por HIV e progressão da doença. Sentimentos de impotência e falta de controle, e desesperança do futuro são comuns na população de HIV, e são muitas vezes manifestada como um aglomerado de sintomas típicos de um diagnóstico de depressão. A prevalência de depressão entre os indivíduos HIV também pode ser atribuído a fatores contínuos de estresse (como por exemplo, um lembrete constante da doença, o estresse diário, efeitos colaterais, visitas regulares às clínicas de HIV) que acompanham a manutenção de um rigoroso regime de tratamento do HIV. Este estudo-piloto investigou a utilidade do Programa Mindfulness de Redução de Estresse (*MBSR*) de 8 semanas em 17 participantes HIV-positivos apresentando sintomas de depressão leve à moderada. Foram utilizados questionários para avaliar os sintomas de depressão (escala HADS) e flexibilidade psicológica (AAQ-II), bem como uma análise qualitativa de como o tratamento afetou a capacidade dessas pessoas em lidar com sintomas de depressão e o diagnóstico de HIV. Os resultados sugerem que houve uma redução significativa dos sintomas de depressão entre pós-tratamento, início de tratamento e fase de espera. Do mesmo modo houve um aumento significativo na flexibilidade psicológica após tratamento. Os resultados desse estudo indicam que o Programa Mindfulness de Redução de Estresse é altamente eficaz no âmbito clínico, oferecendo novas perspectivas terapêuticas no tratamento da depressão para portadores de HIV. Discutem-se os processos cognitivos envolvidos na prática de mindfulness que mediam essas mudanças nos pacientes, e são oferecidas recomendações de como integrar práticas de mindfulness dentro do contexto terapêutico da clínica para atendimento a pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Palavras-chave: HIV, mindfulness, depressão, flexibilidade psicológica

# CONFERÊNCIAS

## **1. TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE E DEFICIÊNCIA EM EMPATIA: UMA REVISÃO TEÓRICO-EMPÍRICA E SUAS IMPLICAÇÕES PARA A CLÍNICA**

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

O objetivo desta conferência é apresentar e discutir, a partir de uma revisão de estudos, como as deficiências em empatia interferem no funcionamento social de indivíduos com transtorno de personalidade. A empatia tem sido considerada como uma habilidade cada vez mais requerida para prover vínculos afetivos seguros, satisfação pessoal e interpessoal, assim como resolução de conflitos. Deficiências nesta habilidade estão relacionadas a conflitos, violência, divórcio, isolamento social e transtornos mentais. Assim, a empatia tem sido um tema amplamente pesquisado em diferentes áreas de estudo. A experiência da empatia envolve componentes cognitivos, afetivos e comportamentais que se articulam para prover a sua manifestação. O componente cognitivo, referido como tomada de perspectiva, envolve inferir acuradamente pensamentos e sentimentos de alguém em determinada situação; o componente afetivo reflete o compartilhamento de sentimentos e o comportamental é identificado pela expressão verbal ou não verbal de entendimento da experiência interna do outro. Dependendo do contexto, a empatia pode ser ativada de forma automática, a partir do reconhecimento dos sentimentos e pensamentos de outra pessoa em experiência de dor física ou emocional. Outra forma mais complexa de ativação da empatia ocorre de forma consciente e intencional. Tal manifestação envolve maior esforço mental e se refere a uma habilidade sociocognitiva mais ampla, com o objetivo de atribuir estados mentais nas outras pessoas. Na interação empática consciente, o indivíduo está envolvido em abrir mão da própria perspectiva para compreender a perspectiva e os sentimentos de alguém, assim como de compartilhar esses sentimentos. As habilidades cognitivas envolvidas na identificação intencional dos pensamentos e sentimentos dos outros reduzem mal entendidos, resolvem conflitos e agressões, aumentam a cooperação e outras respostas pró-sociais. Um aspecto central envolvendo a experiência da empatia se refere ao papel da tomada de perspectiva na regulação das emoções. Quando a empatia é ativada de forma automática, a tomada de perspectiva regula o contágio emocional ou espelhamento envolvido na identificação do sofrimento de alguém, a partir de processos cognitivos que levam a separação mental (distinção entre o “eu” e o “outro”), moderando a experiência emocional a um nível que permite a ação pró-social. A empatia ativada de forma intencional, por sua vez, envolve uma tentativa de inibir a própria perspectiva e o egocentrismo. A partir do esforço consciente para compreender a situação de alguém (tomada de perspectiva), sentimentos de consideração e de compaixão pelo estado do outro serão ativados, inibindo (em situações de conflito) emoções negativas previamente relacionadas à própria perspectiva. Vários estudos têm sugerido que a capacidade de tomar a perspectiva dos outros, principalmente em situações de conflito de interesses, se correlaciona com maior propensão ao perdão, redução da raiva e da agressividade, além de aumentar o vínculo, tornando as relações mais gratificantes. Indivíduos com transtorno de personalidade apresentam dificuldades em tomar a perspectiva dos outros ou a experimentar compaixão, o que contribui para as suas dificuldades em controlar a raiva, ou para maior frequência de experiências de conflito interpessoal. Serão apresentados e discutidos alguns resultados preliminares que confirmam as relações entre deficiências em empatia e transtorno de personalidade. Implicações desses resultados para a promoção de empatia nesta população também serão discutidas.

Palavras-chave: empatia, transtornos de personalidade, programas de intervenção

## **2. PSICOLOGIA DA SAÚDE: É POSSÍVEL MOTIVAR O PACIENTE PARA A MUDANÇA?**

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

Palavras-chave: Psicologia da Saúde; Entrevista Motivacional; Doenças crônicas

Atualmente as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são as mais presentes na população, o que tem levado os profissionais de saúde a repensarem abordagens de intervenção. As DCNT exigem mudanças no estilo de vida e motivar o paciente para as mesmas tem sido um desafio para os profissionais. O fato de os tratamentos costumarem oferecer aos pacientes algo que lhes falta, pode dificultar a adesão e a mudança. Concentrar-se nos recursos do paciente buscando evocar algo que já possui pode facilitar a mudança necessária para o controle da doença. A entrevista motivacional (EM) se constitui em ferramenta que possibilita que o paciente se engaje no tratamento mudando comportamentos que contribuem para a manutenção da doença. Na EM considera-se quatro princípios orientadores: resistência ao desejo de consertar as coisas; entendimento e exploração das motivações do paciente; escuta com empatia e fortalecimento do paciente por meio da esperança e do otimismo. A EM envolve a possibilidade de três estilos de comunicação: acompanhar, direcionar e orientar. O acompanhamento envolve saber escutar de modo que seja possível entender as queixas do paciente e o papel que têm na vida do mesmo. No direcionamento, o profissional tem o controle, o que pode ser útil em situações em que o paciente depende de suas decisões e aconselhamento. Já a orientação envolve ajudar o paciente a resolver por conta própria, oferecendo-lhe alternativas para optar. Todos eles, desde que utilizados apropriadamente, podem contribuir para motivar o paciente para a mudança. Além disso, também é importante considerar as habilidades de comunicação: perguntar, escutar e informar. Perguntar pode ajudar o profissional a compreender o problema apresentado; escutar é um processo ativo que possibilita ao paciente sentir-se valorizado; informar se refere a transmitir ao paciente recomendações, diagnósticos e implicações da doença. O profissional, em geral, tem uma tendência a um tipo de habilidade, mas essas três habilidades podem ser utilizadas nos três estilos de comunicação. Também é importante considerar o contato ocular, tom de voz e linguagem corporal, assim como aspectos ligados ao ambiente físico no qual o paciente está sendo atendido. A prática profissional apropriada envolve, muitas vezes, diversas mudanças nos estilos em uma mesma consulta, revelando flexibilidade do profissional. Um dos fatores que dificultam a mudança de um comportamento que o paciente sabe que pode estar contribuindo para a manutenção da doença é o fato de se sentirem confortáveis com sua rotina e considerarem a mudança como desvantajosa e, às vezes, até mesmo, desagradável. Nesse caso, observa-se uma ambivalência e, caso o profissional use um estilo diretivo, pode, ao contrário do que deseja, eliciar a resistência à mudança. Uma boa prática exige conversar sobre a mudança, processo que envolve seis possibilidades de temas: desejo, capacidade, razões, necessidade, comprometimento e passos dados. A escuta reflexiva, orientação e acompanhamento habilidosos possibilitam que o profissional transmita aceitação e esperança, fatores fundamentais para a mudança. A EM tem a propriedade de ativar a motivação do paciente para a mudança de comportamentos de risco para sua saúde, facilitando a adesão e o controle da DCNT.