

PALESTRAS

EVOLUCIONISMO, EMOÇÕES E TERAPIA COGNITIVA

Benard Rangé (Programa de pós-graduação em psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro).

Palavras-chave: psicologia evolucionista; teoria das emoções; terapia cognitiva.

Muitas teorias das emoções já foram concebidas, destacando-se entre elas a teoria evolucionária de Charles Darwin que vê as emoções como a expressão de um processo adaptativo e parte do processo evolutivo. Além desse houve outras elaborações mais modernas como a de Sylvan Tomkins e Carrol Izard; a de William James; a de Walter Cannon; e as psicanalíticas baseadas na obra de Sigmund Freud. Teorias behavioristas como as de Watson e Skinner, da ativação como as Leeper, Schlosberg e Wenger e mais recentemente as cognitivas como a de Richard Lazarus também representam contribuições significativas. Foi Robert Plutchik que propôs uma teoria psicoevolucionária integrativa das emoções que ressalta os aspectos adaptativos de cada problema da vida com os quais as diversas espécies se deparam. Ele entende que toda emoção faz parte do processo adaptativo e se refere a quatro problemas básicos da existência: (1) territorialidade, ou onde encontrar territórios seguros com alimento, água e parceiros para a procriação; (2) hierarquia, que define a posição de um indivíduo na hierarquia social característica em todas as espécies; (3) identidade, caracterizando o que um indivíduo aceita como igual a ele mesmo (comida, parceiros) e o que ele rejeita (venenos); e (4) temporalidade, que envolve o problema das perdas e da reprodução. Para lidar com cada um desses problemas são desenvolvidas respostas adaptativas como exploração, orientação, proteção, destruição, incorporação, rejeição, reprodução e reintegração. Cada problema de vida com as correspondentes respostas adaptativas vão exigir o desenvolvimento de reações emocionais opostas como antecipação x surpresa, medo x raiva, alegria x tristeza e aceitação x desgosto. Em cada acontecimento há sempre um estímulo, uma avaliação cognitiva, uma reação emocional subjetiva, um comportamento, uma função e, eventualmente, se houver o fortalecimento de padrões de respostas, traços e até transtornos de personalidade. Sem negar diretamente a importância do processo evolutivo nem tampouco os processos emocionais, a terapia cognitiva com sua ênfase nos processos cognitivos subtrai a importância destes dois outros processos complementares. Uma teoria das emoções que ressalte a cadeia de processos funcionais adaptativos ajudaria a compreender um pouco os transtornos de personalidade.

UMA ABORDAGEM COGNITIVA À RESISTÊNCIA EM PSICOTERAPIA

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

Palavras-chave: relação terapêutica; resistência; terapia cognitiva.

A resistência é definida como qualquer reação do cliente que indica oposição, aberta ou encoberta, ao terapeuta, ao processo de aconselhamento ou à agenda de tratamento. A resistência constitui um fenômeno comum no processo psicoterápico. Embora desejando obter alívio de sua ansiedade ou de seus sintomas depressivos, os pacientes costumam estar incertos quanto a desistir de seus padrões duradouros de funcionamento. Além disso, a resistência também serve a um propósito, ao regular o comportamento do terapeuta em direção a uma postura menos diretiva. Assim, a resistência em terapia pode se manifestar como uma reação do paciente: 1) às demandas da terapia (por ex., foco no aqui-e-agora, tarefas de auto-ajuda, reestruturação cognitiva que pode se tornar invalidante, solução de problemas quando a demanda do paciente é ter o seu sofrimento reconhecido etc.); 2) aos esquemas de resistência do paciente (ex., clientes com transtorno de personalidade vêem a terapia como uma ameaça aos seus esquemas e tendem a distorcer as intenções do terapeuta); 3) aos esquemas de resistência do terapeuta (ex., dificuldades do terapeuta para reconhecer sentimentos de medo ou de raiva na interação com o seu paciente, levando-o a hostilizar, rejeitar ou a não se comportar de forma produtiva na terapia). Quando considerada como uma oportunidade para conhecer melhor o paciente ou para identificar a contratransferência do terapeuta, a resistência constitui uma excelente oportunidade de crescimento pessoal e de mudança para a díade. Pretende-se, nesta palestra, discutir o impacto da psicoterapia, tanto no paciente quanto na pessoa do terapeuta, onde a resistência é vista como uma consequência e, ao mesmo tempo, como oportunidade de mudança. Questões sobre as relações entre diretividade *versus* não diretividade e resistência na terapia serão levantadas. Neste sentido, se a abordagem cognitiva se constitui como diretiva, será ela inadequada para tratar da resistência esquemática do paciente? Por outro lado, uma abordagem não diretiva, baseada apenas na escuta empática pode realmente levar à mudança? Serão também apresentadas as consequências resultantes da dificuldade do terapeuta para identificar e lidar com as suas emoções negativas provocadas pelo comportamento do paciente. O reconhecimento das limitações pessoais por parte do profissional de ajuda constitui outro foco importante na abordagem à resistência. Algumas diretrizes sobre o trabalho com a resistência serão apontadas, com o objetivo de facilitar o crescimento para a díade no processo terapêutico. A reestruturação de expectativas irrealistas do terapeuta sobre a terapia e o comportamento do seu paciente; a postura de observador participante do terapeuta e a sua disposição para realizar a confrontação empática são aspectos essenciais na abordagem cognitiva à resistência em psicoterapia.

TEORIAS AVALIATIVAS DA EMOÇÃO

Maurício Canton Bastos (CPAF/RJ)

Palavras-chave: cognição, avaliação, emoção.

As teorias avaliativas da emoção pressupõem que as pessoas (e os animais infra-humanos) estão constantemente avaliando as relações com o ambiente com respeito às suas implicações para o bem-estar pessoal. Uma avaliação é uma interpretação valorativa de um evento e implica considerar a importância do evento para o sujeito, o modo como um evento coloca em jogo metas importantes para o organismo. Nos anos de 1980, a abordagem da avaliação foi disseminada entre diversos pesquisadores trabalhando independentemente e tornou-se a maior perspectiva teórica do estudo da emoção nos dias atuais. A idéia básica é de que a experiência emocional é a experiência da situação conforme interpretada pelo organismo. As emoções que as pessoas experimentam são previsíveis a partir do modo como tais pessoas avaliam as circunstâncias, ou, de modo inverso, as interpretações da situação podem ser inferidas a partir das reações emocionais apresentadas pelas pessoas. Existem algumas diferenças no que os teóricos investigam como principais dimensões de avaliação. Alguns estão primariamente preocupados com as dimensões de causalidade e de agente, outros propõem temas mais abrangentes relacionados a metas universalmente importantes e outros ainda diferem no que consideram dimensões supra-ordenadas e subordinadas. Apesar das diferenças, a idéia da emoção como processo é central para a maior parte dos teóricos da avaliação e implica que a natureza da experiência emocional muda cada vez que uma nova avaliação é adicionada ao processo. Geralmente, a primeira avaliação do processo é a novidade, ou seja, alguma coisa se modifica no ambiente (físico, social ou mental) atraindo a atenção do organismo. Se o organismo considera que a mudança que atraiu sua atenção é relevante para o seu bem-estar, avaliações adicionais devem acontecer. Frequentemente, o próximo passo do processo é a experiência intrínseca de prazer ou desprazer, subjetivamente indistinguível da experiência de atenção. Para além da valência positiva ou negativa da experiência emocional, avaliações consecutivas diferenciam o estado emocional: o que está acontecendo é importante para mim? (avaliação de relevância); eu entendo o que está acontecendo? (avaliação de certeza e previsibilidade); alguma coisa está impedindo ou facilitando o meu progresso em direção a um objetivo? (avaliação de condução a metas); o que causou este estado de coisas? (avaliação de agente); isso pode ser controlado? (avaliação de controlabilidade); por mim? (avaliação de poder); tem uma norma social sendo violada? (avaliação de compatibilidade com as normas sociais); por quem? Por mim? Diferentes combinações de respostas para essas e outras questões (avaliações) caracterizam diferentes emoções. Além disso, a suposição de um processo seqüencial de avaliações não exclui a hipótese do processamento paralelo de informação, mas a extensão na qual esse processo é consciente ou inconsciente (automático) ainda é uma questão a ser respondida pelos pesquisadores. O objetivo deste trabalho será o de apresentar uma visão geral da relação entre diversas emoções e dimensões de avaliação pesquisadas. Além disso, pretendemos apresentar algumas implicações destas descobertas na psicopatologia dos estados emocionais.

A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PROMOVE MUDANÇAS NEUROBIOLÓGICAS?

Patrícia Porto, Paula Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro).

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Transtornos de Ansiedade, neuroimagem.

As intervenções psicológicas podem promover alterações nos pensamentos, sentimentos e comportamentos dos pacientes, no entanto, os mecanismos biológicos relacionados ao tratamento são pouco conhecidos. Com o advento das técnicas de neuroimagem é possível investigar as conseqüências neurobiológicas do tratamento com psicoterapia. A investigação dos correlatos neurobiológicos relacionados à psicoterapia é de grande importância, pois a melhor compreensão dos mecanismos biológicos subjacentes à terapia pode promover melhoras nas intervenções terapêuticas. Elucidar os correlatos neurais da redução de sintomas é um dos objetivos de qualquer estudo relacionado aos mecanismos biológicos da psicoterapia. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) oferece uma perspectiva interessante para a integração com o campo da neurociência, uma vez que, qualquer intervenção está vinculada a um suporte de pesquisa experimental e empírico. A TCC se propõe a tratar de vários Transtornos Mentais utilizando modelos de tratamento com índices elevados de eficácia. A descoberta dos mecanismos de ação da TCC poderá ajudar no aumento da eficácia da terapia, quer através do aperfeiçoamento de novas estratégias terapêuticas, quer através da potencialização com fármacos que facilitem os mecanismos básicos de ação. A compreensão do mecanismo neurobiológico subjacente pode facilitar a predição do tratamento indicado para determinado paciente. Estudos mostram que muitos transtornos mentais estão envolvidos com a incapacidade de controlar o medo. Tal fato sugere que o condicionamento do medo tem importante papel na formação e manutenção especialmente dos transtornos de ansiedade. A pesquisa sobre os circuitos neurais da extinção tem importante implicação clínica. Isto porque os transtornos de ansiedade são em parte caracterizados pela resistência à extinção de reações emocionais aprendidas a estímulos ansiogênicos e aos comportamentos de evitação. Estudos também enfatizam a persistência de emoções negativas nos quadros psiquiátricos, sugerindo dificuldades na regulação de emoções. É possível que a incapacidade de regular cognitivamente emoções também tenha participação no desenvolvimento e manutenção dos transtornos mentais. A literatura avaliando as mudanças neurobiológicas da TCC através de neuroimagem ainda é escassa. No entanto, estes estudos apontam que TCC é capaz de modificar a atividade neural disfuncional relacionada aos sintomas dos transtornos de ansiedade nos pacientes que responderam com sucesso à terapia. Desta forma, a TCC pode promover mudanças neurobiológicas. As estratégias da TCC podem regularizar especialmente os circuitos neurais que se apresentam disfuncionais envolvidos com a regulação de emoções negativas e com a extinção do medo condicionado.

MESAS REDONDAS

“O SUCESSO DE ATENDIMENTOS CLÍNICOS NO SPA (UNESA – RESENDE) SOB A LUZ DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL”.

Coordenadora: Ana Claudia Ornelas (UNESA e UNIFOA)

A EFICÁCIA DA TERAPIA RACIONAL-EMOTIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM PADRÕES RÍGIDOS DE COMPORTAMENTO.

Ana Claudia Ornelas (UNESA e UNIFOA)

Palavras-chave: TREC, autodestruição, eficácia, intervenção.

O presente estudo retrata a eficácia da Terapia Racional-Emotivo Comportamental (TREC) em tratamentos com pacientes resistentes às intervenções clínicas tradicionais. Através das técnicas de psicoeducação e demonstração do modelo cognitivo através análise funcional da relação terapêutica valida a clareza no processo terapêutico, o que possibilita tanto ao paciente quanto ao terapeuta atentar aos fatos de uma forma mais concreta. Existem alguns componentes básicos que devem ser avaliados em um problema, ao definir o que você está vivenciando na sua vida: o ambiente, as reações físicas, os estados de humor, os comportamentos e os pensamentos. Cada um destes componentes está interligado aos demais e devem ser tomados em conjunto, de forma a direcionar áreas de mudança. Dessa forma, deparamos com as crenças que são os pensamentos sobre si mesmo, sobre os outros e sobre o mundo na vida em geral. Na verdade, levamos nossa vida de acordo com as nossas crenças e são elas que estarão por trás dos nossos sucessos e das nossas dificuldades. Portanto, conhecê-las é indispensável no processo de capacitação emocional e auto-conhecimento. A TREC é uma escola de psicoterapia baseada na suposição de que os seres humanos nascem com um potencial para o pensamento racional e correto, assim como para o pensamento irracional e desviante. As pessoas apresentam predisposições para a autopreservação, a felicidade, o pensamento e a verbalização, o amor, a comunhão com os outros, o crescimento e a auto-realização. Apresentam ainda propensão à autodestruição, a evitar comportamentos, à procrastinação, à repetição infundável de erros, superstição, intolerância, perfeccionismo, auto-acusação e fuga da atualização de potenciais para o crescimento. Existem tendências de dentro do ser humano tanto para persistir em padrões de comportamento antigos e disfuncionais, quanto para descobrir uma série de formas de dedicar-se à auto-sabotagem. O terapeuta que trabalha segundo o referencial da TREC atua de modo diferente da maioria dos terapeutas mais convencionais. Sendo essencialmente um processo terapêutico comportamental de natureza cognitiva, diretiva e ativa, minimiza em geral a relação intensa entre terapeuta e cliente. A TREC é um processo educativo, e a tarefa primordial do terapeuta é ensinar ao cliente os meios para compreender-se e modificar-se. Emprega principalmente uma metodologia de ataque rápido, diretiva em alto grau e persuasiva, a qual enfatiza os aspectos cognitivos. Cito como exemplo um caso clínico, onde a paciente apresentando o Transtorno de Ansiedade Generalizada, porém com esquemas de crenças rígidas e disfuncionais que impossibilitava qualquer intervenção clínica. Ao perceber a dificuldade de mudança de comportamento da paciente, introduzi a TREC, o que possibilitou alguns resultados iniciais e favoreceu a adesão da paciente à terapia.

A INTERVENÇÃO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BREVE EM GRUPO NA CLÍNICA-ESCOLA DA UNIVERSIDADE ESTACIO DE SÁ (RESENDE).

Adriana Pires Cardoso, Ana Maria da Cruz Moreira, Ana Cláudia Ornelas (UNESA-Resende/RJ).

Palavras-chave: psicoterapia breve em grupo; cognitivo-comportamental; método psicoterápico.

O presente trabalho teve como objetivos: investigar resultados efetivos da psicoterapia breve em grupo na abordagem cognitivo-comportamental, diminuir a fila de espera do SPA, bem como, proporcionar experiência em atendimento em grupos aos estagiários. Inicialmente, foi feita uma triagem para seleção dos grupos a partir dos dados levantados. Cada grupo recebeu de nove a dez sessões de atendimento. Os encontros aconteceram uma vez por semana por 2 horas. Os grupos apresentaram as seguintes características: eram fechados, com o máximo de 10 participantes, e homogêneos, os componentes apresentavam Transtornos Mentais leves e moderados. Os participantes apresentaram boa integração, pois todos procuravam se ajudar, assim como descreve Writhe & Freeman (2003). Nas primeiras sessões os integrantes se dedicaram a conhecer uns aos outros e a partir do terceiro encontro já havia coesão grupal. Alguns se mantiveram calados nas primeiras sessões, mas assim que se sentiram mais seguros e confiantes no grupo passaram a participar das atividades sugeridas pelas estagiárias. Confirmando a teoria de Writhe & Freeman (2003) que diz que a psicoterapia de grupo é o local onde pacientes e terapeutas buscam juntos identificar as experiências de cada indivíduo, por meio do entendimento mútuo. Os grupos tiveram como temática principal as dificuldades de relacionamento interpessoal, o enfrentamento de situações de medo e ansiedade, as cobranças relacionadas à atuação profissional e familiar e suas limitações. Foram utilizados métodos e técnicas da cognitivo-comportamental, que contribuíram para eficácia do trabalho com os grupos. As técnicas utilizadas foram o ACALME-SE, a psicoeducação, a respiração diafragmática, o relaxamento progressivo e muscular, o registro de pensamentos, a técnica da reatribuição, utilizadas conforme descreve Rangé (2001). A coordenação do grupo funcionou com duas estagiárias, que se revezavam nas funções de terapeuta e co-terapeuta. O trabalho em dupla obteve maior capacidade de *holding* ao grupo, de continente e de empatia. As estagiárias participaram desta experiência durante dois semestres. Através dos encontros de supervisão e da leitura de textos recomendados, as estagiárias foram orientadas quanto ao melhor procedimento com relação aos grupos que atenderam. Foi possível perceber que com o atendimento em grupo realmente pôde-se obter um grau de aproveitamento satisfatório em pouco tempo. O trabalho realizado pareceu ter produzido uma resposta positiva aos clientes atendidos, favorecendo oportunidades para identificar, testar e revisar pensamentos automáticos, modificando crenças distorcidas anteriores. Os resultados foram analisados qualitativamente e indicaram uma melhora geral no relacionamento interpessoal e alívio da ansiedade dos participantes. O presente trabalho confirmou que a psicoterapia breve na abordagem cognitivo-comportamental constitui um eficiente método psicoterápico.

A INTERVENÇÃO DA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA EM UM PACIENTE COM TRANSTORNO DE HUMOR GRAVE

Leandro de Oliveira, Ana Claudia Ornelas (UNESA/Resende).

Palavras-chave: TREC; cognitivo-comportamental; método psicoterápico.

O trabalho apresentou como objetivos investigar resultados efetivos sobre a psicoterapia cognitivo-comportamental num caso clínico de Transtorno de Humor Grave. Geralmente, segundo DSM-IV descreve-se como depressão uma pessoa com características triste, desesperançada, desencoraja ou “na fossa”. Frequentemente apresentam propensão ao choro, irritabilidade, ruminação obsessiva, ansiedade, fobias, preocupação com a saúde física, queixas de dores, dificuldades nos relacionamentos íntimos, dificuldades no funcionamento sexual, podem começar abusar de álcool e outras substâncias. A consequência mais séria deste episódio é a tentativa de suicídio ou o suicídio completado. A etiologia da depressão na visão cognitiva tem como base as estruturas dos esquemas de personalidade, expectativas, crenças e pressupostos como variáveis causais. A proposta de tratamento na visão cognitivo-comportamental é a modificação das estruturas cognitivas distorcidas. Para a garantia do tratamento Kaplan (1997) propõe que o tratamento dos transtornos de humor (neste caso, a depressão especificamente) deve ter os seguintes objetivos: garantir a segurança do paciente, ter uma completa avaliação diagnóstica, um plano de tratamento que aborde não apenas os sintomas imediatos, mas também o bem-estar futuro do paciente. Como cada pessoa deprimida é única, as técnicas de tratamento são flexíveis, sendo aplicadas de acordo com o processo depressivo que a pessoa está enfrentando. As técnicas de tratamento comportamental para depressão são: o aumento das atividades agradáveis e diminuição das desagradáveis; terapia das habilidades sociais; terapia do autocontrole; terapia de solução de problemas. Segundo Beck (2001), o que caracteriza um transtorno é a aberração no modo em que o paciente toma conhecimento da realidade. Em outras palavras, a realidade do paciente é diferente da realidade padrão dos indivíduos normais. É fácil concluir que, como consequência, seu comportamento será anormal e diversos sintomas, dependentes do distúrbio apresentado, acarretarão grande sofrimento ao paciente. Desse modo, como o sistema cognitivo está comprometido, ficará enfatizada a catastrofização do pensamento e do comportamento relativo aos cuidados com si próprio e ao relacionamento com outras pessoas, comprometendo suas atividades em vários campos (compromissos sociais, diversões, emprego, etc.) A aplicação da TREC foi decisiva no tratamento de uma paciente com Transtorno de Humor Grave, quatro tentativas reais de suicídio e embotamento afetivo. Foi realizado trabalho psicoterápico na paciente, a TREC foi aplicada na intervenção e a melhora do quadro clínico da paciente, que encontra-se hoje após quatro meses de tratamento em processo de pré-alta com espaçamento de sessões de 15 em 15 dias. O trabalho realizado confirmou que a TREC na abordagem cognitivo-comportamental se constituiu em um eficiente método psicoterápico.

A INTERVENÇÃO CLÍNICA COGNITIVA NUM CASO DE TRANSTORNO DE HUMOR GRAVE – SPA UNESA (RESENDE).

Valéria Florentino, Ana Claudia Ornelas (UNESA/Resende)

Palavras-chave: *setting*, auto-estima, cognitivo-comportamental.

Encaminhada pelo psiquiatra para atendimento cognitivo-comportamental no SPA (UNESA/Resende) há um ano, a paciente Maria (nome fictício), 34 anos, chegou acompanhada de sua mãe exigindo que a mesma a acompanhasse na sessão. Demonstrando medo e desconfiança de tudo e todos ao seu redor. A sessão foi acontecendo com apenas a mãe verbalizando sobre a filha, pois Maria, permanecia cabisbaixa e chorando o tempo todo com o seu aspecto físico desleixado e profundas olheiras. A mãe relatava a sua preocupação com o estado emocional de Maria, pois ela morava sozinha na cidade e seus pais tinham uma pousada no interior da região, e Maria não estava conseguindo ficar em casa sem a presença dos pais. Estes optaram, portanto, por contratarem uma acompanhante para Maria, que fazia o serviço doméstico durante o dia e pernoitava em sua casa. Inicialmente, foi combinado com Maria e sua mãe que o tratamento só poderia acontecer se a paciente permanecesse sozinha na sessão daqui para frente, o que favoreceria o *setting* terapêutico e possibilitaria a relação terapêutica como fundamental no processo do tratamento. Maria é funcionária pública, tem curso superior, já experimentou vários setores funcionais em seu trabalho, inclusive cargos inferiores ao que se aprovou no concurso. A maior problemática de Maria era a de realizar uma socialização em seu ambiente de trabalho. Tinha como crenças e pensamentos disfuncionais sentimentos de que ninguém gostava dela, somente os pais. Tem irmãos, que sentia que a rejeitavam e uma sobrinha de 1 ano que ficava séria e se afastava quando ela brincava ou se dirigia a ela. Acreditava ser uma pessoa desagradável, pois as pessoas não gostavam de sua companhia. Em seu relato, Maria dizia que há 2 anos atrás sua vida era completamente diferente, tudo mudou quando se separou do marido. O marido quem quis se separar, dizendo que havia encontrado uma outra pessoa e se apaixonado. Maria não relutou e aceitou a separação, algum tempo depois começou a se sentir rejeitada em tudo o que participava e com todas as pessoas ao seu redor. Ficou desconfiada das pessoas e nem as deixava aproximarem-se dela. O tratamento após a avaliação e a formulação do caso foi iniciado com os questionamentos sobre sua postura e aparência, se havia alguma coisa que gostaria de mudar em sua forma de se vestir e se comportar e ela foi voluntariamente modificando a cada sessão, passou a usar roupas mais coloridas, respondia com características mais positivas no decorrer do processo, iniciou a fazer atividades físicas e intelectuais, como cursos de informática, o que a possibilitou a de socializar mais. No trabalho, desenvolveu suas habilidades sociais, se propondo a ajudar aos seus colegas de equipe. O psiquiatra que a acompanhava iniciou a diminuição dos medicamentos e, assim, sua evolução foi acontecendo cada vez mais, sendo liberada nas férias muito mais feliz.

ESTRATÉGIAS CLÍNICAS UTILIZADAS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Coordenador: André Luiz S. Pereira (Programa de Pós-Graduação, Instituto de Psicologia, UFRJ)

ESTRATÉGIAS CLÍNICAS UTILIZADAS NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL: RELAXAMENTO MUSCULAR PROGRESSIVO.

Camila Martiny (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental, ansiedade, relaxamento muscular progressivo.

A ansiedade e o stress são temas recorrentes no cotidiano da maioria das pessoas que moram em cidades grandes. E embora a ansiedade seja muitas vezes avaliada de forma negativa, ela é necessária em nossas vidas, posto que é uma resposta que visa nos proteger, nos preparando para reagir a qualquer tipo de ameaça. Quando nos deparamos com uma situação de stress, o sistema nervoso autônomo simpático é ativado, liberando através das glândulas supra-renais os hormônios epinefrina e norepinefrina na corrente sanguínea. A partir daí, são observadas uma série de mudanças fisiológicas como: aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, elevação da atividade das glândulas sudoríparas, aumento do nível de açúcar no sangue, vaso constricção, entre outros. Em pessoas que estão constantemente sob stress ou ansiosas, se faz necessário a utilização de técnicas na terapia para lidar com tais sintomas. Neste caso iremos nos ater a tratar acerca do relaxamento muscular progressivo, criado pelo fisiologista Edmund Jacobson. Esta é uma técnica que utiliza os movimentos de contração e relaxamento muscular abrangendo uma série de grupos musculares e emprega também a respiração, provocando no organismo um alívio da tensão muscular e uma elevação do sentimento de bem estar. Certas medidas devem ser adotadas para que o relaxamento muscular progressivo seja eficiente. São elas: apresentar a técnica ao paciente de modo que ele a conheça e entenda a importância do exercício para o seu quadro; usar um tom de voz baixo e lento; e o ambiente deve ser agradável, confortável e tranquilo. Após o terapeuta instruir e exercitar a técnica juntamente com o paciente, assegurando-se que este já tem domínio da mesma, o paciente estará apto a praticar o procedimento em sua casa. O relaxamento muscular progressivo se inicia com um exercício de respiração diafragmática, onde o paciente é ensinado a respirar fazendo movimentos de inspiração expandindo o abdômen, e expiração contraindo este. Após a aquisição de uma respiração mais lenta e tranquila, serão iniciados os exercícios envolvendo os grupos musculares. Os braços deverão ser estendidos com as mãos fechadas e os músculos deverão ser tensionados por aproximadamente 5 segundos, e em seguida deverão ser relaxados por aproximadamente 10 a 15 segundos. É importante que o paciente neste momento possa se atentar para os músculos e as sensações de tensão e relaxamento. Este exercício será repetido utilizando pulsos, bíceps, tríceps, pescoço, pálpebras, ombros, maxilar, lábios, pernas, pés, entre outros. Seria de grande valia se o paciente pudesse registrar o grau de relaxamento alcançado em cada sessão. A técnica de relaxamento muscular progressivo propicia uma diminuição dos sintomas de ansiedade, facilitando o manejo dos mesmos por parte do paciente.

TREINO DE INOCULAÇÃO DE ESTRESSE COMO TÉCNICA NO TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

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

Palavras-chave: treino de inoculação de estresse, técnica, terapia cognitiva.

O objetivo do presente trabalho é descrever a aplicabilidade e relevância, dentro do contexto da mesa em que está inserido, o treino de inoculação de estresse (TIE). O TIE é uma técnica que foi introduzida por Kilpatrick e colaboradores nas décadas de 1970/80 a partir do trabalho de Donald Meichenbaum a respeito do treinamento auto-instrucional, quando a terapia comportamental estava integrando à sua prática processos cognitivos. O objetivo da técnica é treinar habilidades relacionadas ao lidar e enfrentar momentos traumáticos ou estressores ocorridos ou que acontecem na vida do indivíduo. É composta por três fases: reconceitualização; aquisição/ ensaio de habilidades e aplicação/ consolidação. A primeira fase consiste no trabalho da relação terapêutica junto ao paciente, fator este de extrema importância em qualquer caso atendido em psicologia clínica, uma vez que aquele sujeito que busca a terapia está passando por alguma espécie de sofrimento e o sentir-se seguro para expor suas questões é de especial interesse para o andamento efetivo do trabalho. Em casos de intervenções em transtorno do estresse pós-traumático, onde o TIE é amplamente utilizado, o cliente emite uma determinada resposta de ansiedade face a algo que relembre o evento traumático que é algo extremamente desagradável de se falar a respeito. Caso a relação terapêutica seja bem desenvolvida, uma boa etapa da terapia estará cumprida, já que a pessoa irá se sentir menos desconfortável ao relatar o trauma. Em seguida são elaboradas habilidades de enfrentamento que irão reestruturar o modo do indivíduo viver o momento presente pós-trauma. Isto envolve reestruturações cognitivas a partir de registros de pensamentos disfuncionais ou questionamentos socráticos; relaxamentos respiratório (diafragmático) e/ou muscular progressivo de Jacobson; treino de auto-eficácia e auto-reforço; técnicas de dramatização (*role-play*) ou imaginação (*imagery*) também podem ser úteis para simular reações de ansiedade e manejá-las durante a terapia. A terceira e última fase consiste em colocar em prática, no cotidiano, tudo o que foi aprendido nas sessões. Assim, o paciente vive suas situações no dia a dia e traz para a terapia o que utilizou e como foi a nova experiência após a adesão da técnica. Sendo bem sucedida esta etapa, o trabalho de prevenção de recaída torna-se possível de ser realizado. O TIE é uma técnica muito utilizada não só no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático, mas também pode ter eficácia em casos de estresse crônico, manejo de raiva e transtorno de ansiedade generalizada, sendo necessário fazer adaptações para cada caso específico. A utilização da técnica tem se mostrado bastante eficaz no tratamento de muitos pacientes e sua difusão e desenvolvimento será de grande valia para o aumento da qualidade dos atendimentos realizados em terapia cognitivo-comportamental.

UTILIZAÇÃO DA REVERSÃO DE HÁBITO COMO ESTRATÉGIA NO TRATAMENTO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE PACIENTE COM TRICOTILOMANIA: UM ESTUDO DE CASO.

Ivna Carqueija do Nascimento Matheus. (DPA/IP/UFRJ – Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: reversão de hábito, tricotilomania, terapia cognitivo-comportamental, caso clínico.

A tricotilomania tem como principal característica o hábito de arrancar os próprios cabelos, de maneira recorrente, resultando em perda capilar perceptível (1). Além disso, os critérios diagnósticos apontam um sentimento de tensão aumentada imediatamente antes do ato de arrancar o cabelo ou ao tentar resistir ao impulso de arrancar (2); satisfação, prazer ou uma sensação de alívio ao arrancar o cabelo (3); não podendo ser explicado por um outro transtorno mental e ou por qualquer condição médica geral (4) e o distúrbio deve causar sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo (5). Uma abordagem para a tricotilomania típica da terapia comportamental é chamada técnica de reversão de hábito. A reversão de hábito é uma técnica que foi desenvolvida por Azrin e Nunn em 1973 para tratamento do que os autores denominaram hábitos nervosos, entre eles a gagueira, os tics, o hábito de roer unhas e a tricotilomania. Esta técnica combina vários elementos, tais como: (1) revisão das inconveniências do hábito, em que o paciente é estimulado a refletir porque o hábito é constrangedor e o que está deixando de fazer por conta dele; (2) automonitoria, em que o paciente anota informações como dia e hora, pensamentos, sentimentos e número de fios arrancados; (3) descrição e a identificação da resposta-alvo, que aumenta a percepção do paciente de cada episódio de arrancar cabelos, identificando os desencadeantes e as seqüências de acontecimentos associados ao comportamento; (4) treino de alerta, para a ocorrência da resposta em situações de risco e (5) treino e prática de respostas motoras competitivas, no qual a pessoa é instruída a usar e manter a resposta competente, isto é utilizar uma ação incompatível com o ato de arrancar fios, como cerrar os punhos ou usar uma bolinha, por períodos breves quando estiverem entrando em situações de alto risco, quando sentirem vontade de arrancar ou mesmo depois que tiverem começado. Além disso, é exercitado um treino de relaxamento respiratório e muscular. A reversão de hábito vem sendo citada na literatura como a estratégia mais bem-sucedida no tratamento da tricotilomania. O objetivo deste trabalho é oferecer um treinamento desta técnica, detalhando cada passo da reversão de hábito com a apresentação de um caso ilustrativo. O caso clínico apresentado é da paciente AMC, 53 anos, atendida na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ. A paciente arrancava o cabelo há mais de 30 anos, geralmente o hábito ocorrendo à noite, quando estava sozinha na sala vendo TV. AMC ficava mais vulnerável quando sentia emoções desagradáveis como ansiedade, tristeza e raiva. Por conta do hábito a paciente evitava atividades sociais, ir à praia ou a piscina, viajar e até mesmo ter um relacionamento afetivo. A tricotilomania tinha repercussões graves na auto-estima da paciente, que escondia o problema de seus familiares e amigos. Após um ano de tratamento a paciente recebeu alta e está há cinco meses sem ter nenhuma recaída, com recuperação significativa da área lesionada e engajada em atividades que anteriormente evitava.

MANEJO DE RAIVA.

Eduarda Larrúbia Franco (Universidade Federal do Rio de Janeiro – RJ).

Palavras-chave: Estratégia clínica, manejo de raiva, terapia cognitivo-comportamental.

É muito comum, nos dias atuais, deparar-se com situações que geram indignação e raiva. Mais comum ainda é encontrar pessoas inflamadas que se deixam dominar pela raiva e sofrem no corpo e na mente suas conseqüências negativas. Tendo em vista a grande dificuldade em lidar com este sentimento e sua grande incidência sobre a população geral, pretende-se, através do presente estudo, apresentar estratégias clínicas para manejo de raiva a serem aplicadas na prática psicoterápica, sob a óptica cognitivo-comportamental. O trabalho de manejo de raiva tem por objetivo: (1) desenvolver a capacidade de controlar demonstrações destrutivas de raiva; (2) reduzir a frequência e a intensidade da resposta fisiológica da raiva; (3) mudar as crenças, suposições e atitudes que desencadeiam a raiva crônica; (4) identificar tensões e necessidades que se encontram abaixo da raiva; (4) desenvolver a capacidade de enfrentar o estresse de maneira eficiente; e (5) proporcionar maior eficácia na satisfação das necessidades. Inicialmente, pode-se perceber que a raiva é composta por dois elementos principais, a saber, o *stress* e os pensamentos-gatilho. O *stress* funciona como combustível da raiva visto que pode criar um estado de forte excitação fisiológica. Basta, portanto, uma pequena fagulha de pensamentos-gatilho (que são certos tipos de pensamentos automáticos) para que a excitação seja descarregada por meio de ataques de raiva. Desse modo, o tratamento cognitivo-comportamental da raiva segue os seguintes passos: (1) psico-educação quanto ao modelo cognitivo e à fisiologia do medo e da ansiedade; (2) explicação a respeito das funções da raiva (proteção frente a uma ameaça física, imposição de limites, defesa dos direitos) bem como sua aceitação; (3) auto-monitoria da raiva (situação, sinais no corpo, pensamentos, comportamento/forma de expressão); (4) discussão dos custos fisiológicos e interpessoais da raiva; (5) desconstrução de mitos (a raiva é determinada bioquimicamente, é instintiva no homem, a frustração leva à agressão, é saudável extravasar); (6) modelo de dois passos para a raiva (*stress* + pensamentos-gatilho); (7) os ciclos da raiva (excitação/*stress* – pensamento-gatilho – raiva ou pensamento-gatilho – excitação/*stress* – raiva); a raiva como escolha para reduzir o *stress*; (7) responsabilidade pessoal; (8) combate aos pensamentos-gatilho (trabalho com RDPD, distorções cognitivas e premissas comumente relacionadas à raiva); (9) cartões de enfrentamento; (10) resolução de problemas; (11) desenvolvimento de estratégias de enfrentamento; (12) controle do *stress*; (13) treino respiratório e relaxamento muscular progressivo; (14) treino em habilidades sociais (comunicação, cadeias aversivas de comportamento); e (15) raiva como defesa (lidando com culpa, mágoa, perda, impotência, frustração, medo etc). De acordo com a prática clínica, pode-se constatar que as estratégias de intervenção aqui apresentadas vêm atendendo satisfatoriamente às metas propostas de aprender a reagir melhor aos sentimentos de raiva assim como reduzir o nível de *stress* e ansiedade. É válido ressaltar a grande importância da elaboração de trabalhos como este, a fim de que sejam divulgadas as estratégias clínicas de tratamento segundo a terapia cognitivo-comportamental para os mais variados transtornos e dificuldades psicológicas.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA: NOVOS OLHARES SOBRE OS PACIENTES LESIONADOS.

Coordenador: Angélica M. Prazeres Lopes (CNA; Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ).

INTRODUÇÃO À REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA.

Manuela Borges (CNA / UFRJ – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Reabilitação neuropsicológica; funções cognitivas; qualidade de vida.

A Reabilitação Neuropsicológica se destina a pessoas que sofrem de lesões no Sistema Nervoso Central (SNC), como pacientes com traumatismo crânio-encefálicos, encefalites, doenças neurodegenerativas, dentre outras. A Reabilitação Neuropsicológica implica na recuperação dos pacientes ao maior nível físico, psicológico e de adaptação social possível. Isso inclui todas as medidas que pretendem reduzir o impacto da incapacidade e condições de desvantagem e permitir que estas pessoas tenham uma melhor qualidade de vida. Como um processo multidisciplinar, os profissionais da área de saúde trabalham junto a familiares e membros da comunidade para *remediar* ou *aliviar* os déficits cognitivos provenientes de um dano no Sistema Nervoso Central. A Reabilitação deve navegar pelos campos da neuropsicologia clínica, análise comportamental, retreino cognitivo e psicoterapia individual e grupal. A reabilitação cognitiva é parte integrante da Reabilitação neuropsicológica e consiste em uma área de pesquisa e atuação clínica dedicada a desenvolver e aplicar recursos objetivando melhorar a capacidade de pacientes, que tenham sofrido lesões no SNC, em processar e usar informações de modo a ter uma vida mais autônoma e satisfatória. O trabalho em reabilitação cognitiva consiste numa atuação multidisciplinar, baseada no conhecimento científico consolidado acerca das relações cérebro-comportamento. A Reabilitação Cognitiva faz *retreino direto* de processos cognitivos para diminuir distúrbios de atenção, linguagem, processamento visual, memória, raciocínio, resolução de problemas e funções executivas. Os exercícios objetivam a *restauração* clínica ou a *compensação* de funções. A reabilitação neuropsicológica engloba, além da reabilitação cognitiva, uma atuação mais ampla, envolvendo a família, os cuidadores e demais profissionais que trabalham em conjunto com cada paciente. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem papel importante na atuação em reabilitação uma vez que a sua base teórica vai ao encontro das bases propostas pela reabilitação neuropsicológica e ainda possibilita que o profissional proponha ao paciente lidar com seus problemas a partir de uma perspectiva direta, objetiva e baseada nos princípios da TCC. Assim, o profissional se baseia na teoria da TCC para guiar suas intervenções, pois trabalha, por exemplo, a partir de uma lista de problemas / metas, utiliza sessões estruturadas e resumo (ao final) como ferramentas extremamente úteis no trabalho com estes pacientes. A psicoeducação sobre o transtorno e suas especificidades também mostra-se parte muito relevante no tratamento destes pacientes, pois orienta tanto a família e os demais cuidadores, como o próprio paciente, traçando expectativas e metas possíveis de serem atingidas. As intervenções como o questionamento socrático, treino em solução de problemas, treino em habilidades sociais, plano de atividades, curtograma, técnicas comportamentais, dentre outras, também mostram-se bastante eficazes no tratamento dos pacientes lesionados.

INTRODUÇÃO À AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA E SEU USO PARA A TERAPIA CONGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Gabriel Coutinho (CNA / UFRJ – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Avaliação neuropsicológica; funções cognitivas; terapia cognitivo-comportamental

O exame neuropsicológico consiste na avaliação das diferentes funções mentais: a concentração, a memória visual, a memória verbal, a capacidade de cálculo, o planejamento, a capacidade de abstração, as habilidades viso-motoras, as funções de linguagem (compreensão oral e leitura, Expressão oral e escrita, etc.), a inteligência, e várias outras. É possível ter o desempenho prejudicado na escola, por exemplo, devido a vários fatores: problemas de concentração, problemas de memória, problemas de leitura, dificuldades com a matemática, etc. O exame neuropsicológico permite determinar que problemas estão causando as dificuldades e sugerir um tratamento. Da mesma forma, um adulto pode ter problemas de memória a ser preciso investigar as causas possíveis. Pode se tratar da primeira manifestação de um envelhecimento cerebral precoce ("arterosclerose"), de uma manifestação de depressão, de um problema neurológico, etc. Nos casos onde já se tem um diagnóstico pode ser necessário determinar qual o grau do comprometimento de determinada função cognitiva. Da mesma forma, idosos que estão apresentando problemas de "esquecimento" podem ser submetidos ao exame neuropsicológico para se determinar o quanto sua memória está diferente do esperado para sua idade. Também é o caso de crianças ou adultos que sofreram um traumatismo craniano e ficaram "diferentes" (acidentes automobilísticos, quedas, traumatismos de parto), pessoas que sofreram acidentes vasculares cerebrais ou que sofreram neurocirurgias, casos de intoxicações graves ou alcoolismo e muitos outros exemplos. Nestes casos o exame neuropsicológico dará um perfil de todas as funções mentais, comprometidas ou não. O Exame Neuropsicológico também é frequentemente utilizado em algumas situações legais, quando há a necessidade de se documentar o estado mental alterado de um indivíduo com vistas à sua interdição ou quando há a necessidade de se documentar o estado mental preservado, para que se possa assegurar a validade de um testamento ou qualquer outro documento legal, por exemplo. O exame ainda serve para documentar problemas adquiridos no trabalho, com vistas a sustentar processos trabalhistas. O Exame Neuropsicológico "coloca à prova" cada uma das regiões do cérebro através de testes que medem a função daquela região específica (memória, etc). Em alguns casos há necessidade de se repetir o exame após algum tempo para se comparar os resultados (para acompanhamento das melhoras com o tratamento ou da evolução de certos sintomas em determinadas doenças). De posse do laudo com os resultados, o médico, o psicólogo, o fonoaudiólogo, ou pedagogo responsável pelo paciente planejarão o tratamento mais adequado. Em alguns casos, o tratamento poderá ser medicamentoso, e outros fonoaudiológico, em outros ainda psicológico ou pedagógico. Em alguns casos o perfil cognitivo obtido com o exame vai possibilitar planejar várias estratégias para melhorar a vida do paciente e diminuir as conseqüências negativas de seu problema no dia-a-dia. Assim, os terapeutas cognitivo-comportamentais podem fazer uso dos dados obtidos na avaliação e planejar atividades baseadas em suas capacidades, por exemplo, como poder ser o caso de pacientes com dificuldades de abstração (uma das funções cognitivas), no uso do questionamento socrático ou na programação diária de pacientes deprimidos ou lesionados.

APLICAÇÃO DA TERAPIA COMPORTAMENTAL NO ÂMBITO DA REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA.

Angélica Prazeres Lopes (CNA / UFRJ – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: terapia comportamental; reabilitação neuropsicológica.

A Terapia Comportamental (TC) é uma abordagem psicoterápica concebida a partir dos princípios de aprendizagem instituídos pela psicologia experimental. Seu objeto de trabalho é o comportamento e seus fatores determinantes, ou seja, a relação entre a ação emitida pelo indivíduo e as condições ambientais. Atualmente a TC é muito utilizada na prática clínica no tratamento de transtornos psiquiátricos, tendo como foco a modificação de comportamentos não-adaptativos ou indesejados, substituindo-os por comportamentos adaptativos que permitam o indivíduo atingir um modo funcional de atuação. São utilizados conhecimentos científicos e técnicas experimentais para ajudar o indivíduo a definir e solucionar problemas presentes em sua vida. O que é aprendido no consultório é aplicado diretamente em situações cotidianas do indivíduo. A Reabilitação Neuropsicológica tem como objetivo melhorar a capacidade de pacientes cérebro-lesados em processar e usar informação de modo a ter uma vida mais autônoma e satisfatória. Partindo de um modelo de organização cerebral são administrados exercícios repetitivos de retreino cognitivo endereçados sistematicamente a processos cognitivos específicos. Esses exercícios são administrados durante todo o período de recuperação espontânea das atividades cerebrais e depois dela, na clínica e fora dela, em contextos naturalísticos do cotidiano. A aplicação de terapia comportamental em reabilitação envolve a redução de modos de comportamento não desejados, e a aquisição de novos comportamentos adaptativos que sejam mais compatíveis com a deficiência e implicações funcionais dela resultantes. As deficiências adquiridas ou degenerativas podem provocar a perda de funções, que irão gerar alguma dificuldade ou até mesmo a incapacidade de desempenho de certos comportamentos que antes eram fonte de reforço positivo. Além disso, essa nova condição cria obstáculos que levam o sujeito a utilizar mecanismos adaptativos, ou seja, na perspectiva comportamental a adaptação a uma deficiência opera pelos mesmos princípios de aprendizagem que controlam todos os outros comportamentos humanos: redução ou extinção de comportamentos não desejados através da remoção de reforços que os mantinham. Esses comportamentos não adaptativos serão substituídos por comportamentos adaptativos mais apropriados à deficiência. A aplicação de técnicas comportamentais em reabilitação pode ser introduzida a partir dos seguintes passos: definição de metas comportamentais concretas e aptidões a aperfeiçoar de forma a que possam ser atingidas, a análise das situações sob as quais os comportamentos indesejados ocorrem, e as conseqüências positivas e negativas da alteração desses comportamentos; reforço de comportamentos que levem ao comportamento final desejado, reforço dos comportamentos desejados e não reforço de todos os comportamentos não compatíveis com a meta desejada, ajuste do plano de intervenção através da constante avaliação da performance do indivíduo; aprendizagem pelo sujeito de técnicas de auto regulação comportamental e auto reforço. Exemplo de algumas técnicas comportamentais com uso adequado e reabilitação: reforçamento positivo, economia de fichas, “time-out”, treino de habilidades sociais, treino de relaxamento, e modelação.

UMA PROPOSTA DE INTERVENÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM PACIENTES COM DEMÊNCIA DE ALZHEIMER.

Flávia Miele (CNA)

Palavras-chave: Reabilitação neuropsicológica; demência; qualidade de vida.

A definição clássica de demência consiste no desenvolvimento de múltiplos déficits, que incluem comprometimento da memória e pelo menos outra alteração cognitiva, como por exemplo: distúrbios de linguagem (expressiva e/ou receptiva), dificuldades de seqüências de movimentos motores, dificuldades de reconhecimento (auditivo, visual ou tátil) ou disfunção executiva. Os déficits cognitivos devem ser suficientemente graves a ponto de comprometer o funcionamento ocupacional ou social e representar um declínio em relação a um nível anterior de funcionamento. A Doença de Alzheimer é uma degeneração progressiva primária e a maior causa de demências atualmente. Mais ainda, com o crescente envelhecimento da população mundial, o estudo desta condição torna-se cada vez mais importante, tendo em vista que a idade é o maior fator de risco para seu desenvolvimento. O início é insidioso, caracterizado inicialmente por discretas dificuldades de memória, que comumente são minimizadas pelos familiares e atribuídas à idade. Embora raro, o diagnóstico precoce é de extrema importância, uma vez que o tratamento tem melhores resultados em estágios iniciais. A Avaliação Neuropsicológica é de fundamental importância não só para o diagnóstico, como também para mensurar a magnitude e extensão dos déficits, auxiliando o delineamento do plano de Reabilitação Neuropsicológica. A Reabilitação Neuropsicológica tem como objetivo a recuperação dos pacientes ao maior nível físico, psicológico e de adaptação social possível. O tratamento é multidisciplinar e varia de acordo com o caso, podendo envolver psicólogos, médicos, familiares, cuidadores, fonoaudiólogos que trabalham em conjunto com familiares para remediar ou aliviar os déficits cognitivos. A psicoeducação sobre a doença e suas especificidades é de extrema importância para cuidadores e familiares entenderem curso e prognóstico, traçando expectativas e metas possíveis de serem atingidas, além de auxiliar na identificação de sinais e sintomas característicos da doença e formas de intervir. Embora as características progressivas da doença dificultem um trabalho visando ao restabelecimento das funções cognitivas comprometidas, desenvolvimento de estratégias compensatórias (mais especificamente mnêmicas e lingüísticas) podem trazer benefícios ao paciente, principalmente em estágios iniciais. Planos de atividades também são altamente recomendados, uma vez que sintomas depressivos e apatia freqüentemente estão presentes. Em estágios mais avançados, torna-se ainda mais importante a participação de cuidadores e familiares, uma vez que o comprometimento de múltiplas funções limita cada vez mais a autonomia do indivíduo. Portanto, as estratégias devem ser desenvolvidas visando maior nível de independência em atividades de vida diária, tais como cozinhar, tomar banho, administração de medicação e cuidados com a saúde em geral.

NOVAS TECNOLOGIAS NOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Coordenador: Professor Doutor Bernard Pimentel Range (Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro).

TREINAMENTO VIA WEB PARA TRATAMENTO DOS TRANSTORNOS DE PÂNICO E AGORAFOBIA

Angélica Gurjão Borba (UFRJ); Bernard Pimentel Range (UFRJ).

Palavras-chave: transtorno de pânico, terapia cognitivo-comportamental, treinamento via WEB.

O presente trabalho pretende desenvolver, implantar e avaliar um treinamento à distância para psicólogos de todo o país no já validado “Protocolo Multicomposto para Tratamento dos Transtornos de Pânico e Agorafobia”. Trata-se de uma pesquisa experimental cujo objetivo principal será verificar a eficácia deste tratamento realizado por psicólogos cognitivo-comportamentais treinados via WEB. O Transtorno de Pânico (TP) é conhecido pela ocorrência de ataques de pânico frequentes e súbitos. Estes ataques podem ser entendidos como reações de ansiedade repletas de sintomas autonômicos crescentes, interpretados pela pessoa como ameaçadores à sua integridade física (morte por ataque cardíaco, desmaio) e ou emocional (loucura, perda de controle etc). Uma experiência de terror com o ataque de pânico pode levar ao temor de novos episódios e até mesmo à fuga ou evitação de situações e lugares em que se supõe que eles possam ocorrer novamente, gerando outra síndrome clínica denominada Agorafobia (AGO). Tanto o TP quanto a AGO revelam-se transtornos de ansiedade bastante incapacitantes acometendo respectivamente cerca de até 2,5% e 12% da população. Por outro lado, inúmeras têm sido as pesquisas realizadas em todo o mundo com o intuito de proporcionar alívio para quem sofre deste mal. Destaca-se a Terapia Cognitivo-Comportamental com uma efetividade de até 90% para tratamentos de até 12 sessões. Dentro deste propósito, foi desenvolvido pelo Professor Dr. Rangé (1998) o referido protocolo de tratamento, composto por dois manuais, um para terapeutas e outro para clientes, visando o alcance de 6 grandes metas através de 8 sessões terapêuticas. Vem sendo utilizado em inúmeras pesquisas, aperfeiçoado e validado pela Equipe de Terapia Cognitivo-Comportamental da Divisão de Psicologia Aplicada (DPA) do Instituto de Psicologia (IP) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Os estagiários são os seus principais executores e para isto recebem apenas um breve treinamento e supervisões clínicas antes, durante e após o tratamento com relação a três etapas: (1) uso de entrevistas estruturadas para avaliação diagnóstica dos Transtornos do Eixo I e do Eixo II; (2) uso do protocolo no tratamento de grupos com pânico; e (3) aplicação de escalas pré e pós-tratamento para avaliação dos sintomas de pânico e agorafobia dos pacientes. Considerando a eficácia e a brevidade deste protocolo e o fato de ser aplicado com tanto sucesso por terapeutas pouco experientes, pensou-se em expandir seus benefícios para aqueles profissionais e clientes com difícil acesso a esta informação. Neste sentido, as novas Tecnologias da Informação e Comunicação favorecem uma formação continuada aproximando saberes e pessoas, mesmo que geograficamente ou temporalmente distanciados. O treinamento via Web será feito através de computador e Internet, voltado para 30 psicólogos com no mínimo dois anos de experiência em TCC, os quais receberão materiais, instruções e supervisões idênticos aos estagiários da DPA, porém adaptados a uma metodologia de ensino e recursos próprios. Paralelamente ao treinamento, cada psicólogo deverá tratar um cliente com transtorno de pânico gratuitamente. A eficácia do estudo será mensurada através do desempenho dos terapeutas no treinamento e dos resultados das escalas pré e pós-tratamento dos seus respectivos clientes.

O USO DO VIDEOFEEDBACK NO TRATAMENTO EM GRUPO PARA FOBIA SOCIAL

Maria Amélia Penido_(UERJ), Carla Giglio (UERJ), Larissa Lessa (UERJ), Bernard Rangé (UERJ), Paula Ventura (UERJ).

Palavras-chave: Fobia Social, Terapia Cognitivo-Comportamental, Videofeedback.

No início da década de 70, muitos artigos de pesquisa e de casos clínicos surgiram atestando os efeitos positivos do vídeo em psicoterapia. Desde essa época vem se aprimorando a pesquisa nessa área. A literatura crescente sugere que, quando o vídeo é usado como uma técnica complementar ao tratamento, os clientes tendem a aumentar a produção de comportamentos desejados e tendem a aprender novas estratégias de enfrentamento com rapidez maior do que somente com a psicoterapia. Indivíduos com fobia social tendem a subestimar seu desempenho em situações sociais. Alguns modelos propostos para ansiedade social têm pontuado a importância da diferença entre a imagem/desempenho que o indivíduo gostaria de representar e a imagem/desempenho que ele se sente capaz de representar diante da ansiedade. Muitas vezes esses indivíduos subestimam seu desempenho nas situações sociais porque utilizam os sinais internos como indicadores para sua auto-avaliação. Uma vez que os sinais internos na situação de ansiedade estão fortemente ativados, cria-se uma representação mental negativa do desempenho. O *videofeedback* vem sendo uma técnica utilizada para a modificação da autopercepção negativa do desempenho que ocorre em indivíduos com fobia social. Essas impressões distorcidas estão fortemente ligadas aos sintomas ansiosos, cognitivos, somáticos e comportamentais da fobia social, sendo assim, se o *videofeedback* pode apontar informações corretas e reais, por extensão, deverá diminuir os sintomas ansiosos citados. É objetivo desse trabalho descrever os resultados de uma pesquisa que investigou o uso do *videofeedback* no tratamento cognitivo-comportamental em grupo para fobia social, especificamente na habilidade social de falar em público. Foram avaliados 14 sujeitos que estavam participando de um tratamento cognitivo-comportamental em grupo para fobia social com 18 sessões. Duas sessões desse tratamento foram dedicadas à habilidade de falar em público, cada sujeito preparou uma apresentação de 5 minutos para ser filmada. O *videofeedback* foi realizado em seguida às apresentações. Instrumentos de avaliação foram aplicados no início da sessão e após o *videofeedback*. Dois avaliadores externos e os colegas de grupo também preencheram avaliações do desempenho de cada sujeito. Para a análise dos dados foi utilizado o pacote estatístico SPSS. O estudo comparou a avaliação dos sujeitos antes e após o *videofeedback* e as avaliações de cada sujeito com o feedback de cada membro do grupo e de dois avaliadores externos.

Apoio Cnpq

TRATAMENTO DE EXPOSIÇÃO A PARTIR DE REALIDADE VIRTUAL

Marcele Regine de Carvalho (Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Antonio Egidio Nardi (Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, RJ)

Palavras-chave: realidade virtual, transtornos ansiosos, exposição.

A introdução de novas tecnologias no campo da saúde mental pode ser uma forma de potencializar a eficácia ou expandir possibilidades de diagnóstico e intervenção de tratamentos tradicionais. No campo da psicoterapia, uma grande inovação que vem atualmente sendo aperfeiçoada devido ao avanço tecnológico é o uso de realidade virtual (RV). A RV é atualmente considerada como a evolução máxima na interação entre homem e sistemas computadorizados. Porém, cabe ressaltar, que a introdução tecnológica não implica em uma nova abordagem teórica da psicoterapia. O objetivo é justamente potencializar os tratamentos já existentes e expandir a utilidade das técnicas já utilizadas. A RV pode ser definida como uma interface tridimensional que coloca o sujeito em condição de troca com ambiente recriado via computador. Os ambientes virtuais, para serem funcionais, devem provocar a sensação de presença. Esta pode ser definida como a sensação de fazer mais parte do ambiente virtual do que do ambiente real em que se está fisicamente presente. A sensação de presença nos ambientes virtuais é potencializada quando há um maior envolvimento sensório-motor na exploração do ambiente e reprodução mais fiel da realidade (aspectos físicos, culturais e cognitivos pertinentes). Um alto grau de presença está relacionado com maior resposta à terapia, melhores resultados do tratamento e efeitos positivos prolongados. Em ambientes virtuais os pacientes podem experimentar alterações fisiológicas, psíquicas e somáticas similares às que sentem em situações da vida real. Sendo assim, a RV pode ser uma ferramenta útil no tratamento de exposição para transtornos ansiosos, já que pode evocar sintomas ansiosos para facilitar a habituação à ansiedade e, conseqüentemente, extinguir respostas de medo, fuga e evitação. Ambientes virtuais específicos para o tratamento de diferentes transtornos ansiosos, contendo situações ou objetos potencialmente ansiogênicos, podem ser construídos e o planejamento gradual para as exposições pode ser realizado a partir de alterações em um menu de ferramentas (que contém as alternativas de modificações que podem ser feitas no ambiente virtual). Esta flexibilidade dos ambientes virtuais garante individualizar o tratamento, adequando-o às necessidades de cada cliente. Além disso, a utilização das exposições a partir de RV pode ser alternativa para superar algumas dificuldades que são encontradas nos tratamentos de exposição ao vivo e exposição imaginária. Verificam-se os bons resultados da RV aplicada ao tratamento de transtornos ansiosos e boa aceitabilidade dos pacientes ao tratamento. No entanto, ainda há muito do potencial da RV a ser explorado. É importante que novos ambientes virtuais sejam criados, assim como protocolos de tratamento, para que investigações controladas a respeito de sua aplicação clínica sejam realizadas.

FOBIA DE DIRIGIR: TRATAMENTO POR REALIDADE VIRTUAL

Rafael Thomaz (Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ),
Marcele Regine de Carvalho (Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB UFRJ, RJ), Antonio
Egidio Nardi (Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB UFRJ, RJ).

Palavras-chave: fobia de dirigir, realidade virtual, exposição.

O estudo visando maior entendimento clínico e nosológico acerca do medo de dirigir tem crescido muito na última década. Tal crescimento é importante, já que este problema pode ter repercussões negativas nos âmbitos pessoal e social. O medo de dirigir é classificado pelo DSM-IV como fobia específica e listado como um possível sintoma agorafóbico. A partir desta classificação é definido como um intenso e persistente medo de dirigir, que aumenta quando o indivíduo fóbico antecipa ou é exposto aos estímulos associados à atividade de dirigir. O medo é reconhecido como excessivo ou injustificado. O indivíduo pode evitar dirigir ou fazê-lo experimentando um alto grau de ansiedade. Porém, achados recentes nem sempre apóiam a classificação do medo de dirigir exclusivamente como fobia específica. A maioria das pesquisas apontam também para outras classificações diagnósticas (mesmo que a partir de sintomatologia sub-clínica), como possível transtorno de estresse pós-traumático (salientado especialmente diante de casos que envolvam acidentes motorizados), transtorno de pânico, agorafobia e, menos frequentemente, fobia social. Como o medo de dirigir tipicamente não diminui com o tempo e pode tornar-se crônico, o tratamento eficaz deste medo é de grande importância. Os transtornos ansiosos, em especial as fobias específicas, têm sido tratados com eficácia pela terapia cognitivo-comportamental. As técnicas de exposição mostram-se úteis na redução ou extinção da resposta de medo, tais como dessensibilização sistemática, exposição imaginária e exposição ao vivo. A partir da dessensibilização sistemática e da exposição imaginária alguns pacientes apresentam dificuldades para evocar mentalmente uma cena ansiogênica. Eles também podem expressar uma forte aversão às situações reais, dificultando as exposições ao vivo. Tendo em vista estas limitações, o uso de realidade virtual para os exercícios de exposição pode servir como uma possível alternativa de tratamento. A terapia com exposição conduz a estruturas de memória novas e mais neutras, as quais se sobrepõem às anteriores que provocavam a ansiedade fóbica. Como a experiência virtual é passível de provocar alterações fisiológicas, psíquicas e somáticas, ela pode também facilitar o processo de habituação. Além disso, situações fóbicas como condições climáticas adversas e da estrada podem tornar-se facilmente acessíveis para exposição. Porém, algumas limitações ainda precisam ser superadas para maior aproveitamento desta tecnologia. Uma delas trata do custo dos equipamentos necessários e da elaboração dos softwares. Entretanto, a exposição virtual para o medo de dirigir já tem apresentado resultados positivos e mostra-se como uma alternativa de tratamento promissora. Estimula-se a elaboração de estudos controlados e longitudinais para confirmação de achados de eficácia e para gerar informações que possam colaborar com o aperfeiçoamento desta forma de tratamento.

ORIENTAÇÃO DE PAIS EM DIFERENTES CONTEXTOS

Coordenadora: Danielle da Cunha Motta (Programa de Pós-graduação em Psicologia Social – UERJ)

A NEUROBIOLOGIA DO TDAH E A SUA INFLUÊNCIA NOS PROCEDIMENTOS DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA ORIENTAÇÃO A PAIS.

Ana Lúcia Novais Carvalho (UERJ)

Palavras-chave: TDAH, orientação a pais, funções executivas.

O presente estudo de revisão bibliográfica tem como objetivo principal levantar os dados sobre a neurobiologia do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) e a influência destes novos conceitos nos procedimentos psicoterápicos, mais especificamente naqueles relacionados à orientação a pais. O TDAH é caracterizado por padrões persistentes de desatenção, hiperatividade e impulsividade. A prevalência deste quadro em crianças em idade escolar é de 2 a 9,5%, sendo o transtorno mental mais comum nesta população. A incidência no sexo masculino é consideravelmente maior, chegando a proporção de 3:1 na infância e 2:1 na idade adulta. Dentre os demais transtornos psiquiátricos, o TDAH é aquele que apresenta o maior índice de hereditariedade. Estudos relatam que pais com TDAH têm até 50% de chances de possuírem filhos com o mesmo quadro. Por muito tempo este diagnóstico clínico foi considerado como característico da infância, tendendo a sua resolução natural com o amadurecimento do sujeito. Atualmente, verificamos que diversos são os estudos que confirmam que as dificuldades como os sintomas do transtorno, como a pobre inibição comportamental e a dificuldade na atenção sustentada, persistem na idade adulta, trazendo graves prejuízos para a vida social, profissional e acadêmica do indivíduo. Outros estudos importantes, que apontam para a relevância da criação de propostas de intervenção para sujeitos com TDAH, são aqueles relacionados a diferentes comorbidades. Indivíduos com TDAH costumam apresentar outros quadros clínicos como os transtornos de ansiedade, da conduta, da personalidade anti-social, transtorno desafiador opositivo e abuso de substâncias. Considerando a importância do tema, compreender as alterações neurofuncionais que ocorrem em indivíduos com o TDAH, levando às manifestações dos sintomas, vem sendo o objetivo de diversos estudos. Uma proposta apresentada é compreender o TDAH como um distúrbio no sistema fronto-estriado. Este sistema é composto por regiões frontais (córtex pré-frontal dorsolateral e orbitofrontal lateral), pelo cíngulo anterior, pela área motora suplementar e estruturas dos núcleos da base associadas. Considerando as atuais abordagens sobre o TDAH, e os seus diferentes subtipos, entra em discussão o papel das funções executivas neste quadro. Considerando que há melhorias nos sintomas de TDAH quando os pais são orientados em habilidades parentais alternativas, descrever o impacto destes novos conhecimentos nos procedimentos psicoterápicos direcionados aos pais e cuidadores destas crianças é um tema relevante.

UM BEBÊ NA CAMA DOS PAIS: QUESTÕES BIOLÓGICAS E CULTURAIS Danielle da Cunha Motta (UERJ)

Palavras-chave: Orientação a pais, modelos parentais, sono dos bebês.

No decorrer da evolução, nos tornamos mais inteligentes e o cérebro aumentou em tamanho. Como o tamanho da pélvis feminina é um fator limitante para o crescimento do crânio, por causa do parto, houve uma diminuição na velocidade de crescimento intra-uterino do cérebro, os bebês passaram a nascer mais cedo e adiou-se este desenvolvimento para depois do nascimento. A consequência prática desta redução na velocidade de desenvolvimento pré-natal é que as crianças nascem completamente impotentes e permanecem assim durante bastante tempo. Em função da extrema dependência dos bebês, a nossa estratégia para uma reprodução efetiva envolve ter uma descendência pequena e investir bastante na criação. Desta maneira, o cuidado parental tornou-se uma necessidade adaptativa e faz parte de uma herança biológica. Porém, embora universal, a maneira como esta programação biológica se manifesta varia em função dos objetivos desenvolvimentais traçados por cada comunidade, em função de suas metas de socialização. Nosso objetivo é investigar como as metas de socialização podem interferir nos padrões de criação. A literatura tem descrito três modelos parentais distintos: o modelo de independência, típico das sociedades ocidentais pós-industriais, em que as relações sociais são mantidas por escolha pessoal, e onde se priorizam metas e necessidades pessoais; o modelo de interdependência, característico dos meios rurais e das sociedades tradicionais, onde as relações sociais se baseiam em papéis e obrigações, e onde sobressaem as metas e os deveres do grupo; e o modelo de autonomia-relacional, que combina elementos dos dois primeiros, comum em grupos de classe média de sociedades tradicionalmente interdependentes, onde é reforçada a educação e a competitividade, mas o relacionamento mantém características como proximidade, hierarquia e obrigação. Uma questão rotineira, que reflete a maneira como as metas de socialização de determinada comunidade influenciam os cuidados parentais é: onde o bebê deve dormir? Embora um olhar evolucionário sobre a fisiologia do sono dos bebês humanos possa sugerir que dormir com os pais pode ser benéfico tanto para as mães quanto para os bebês (facilita o aleitamento, sincroniza e coordena os estágios de sono de ambos e protege o bebê de uma maneira geral), esta prática não costuma ser bem vista, na maioria das sociedades ocidentais. Neste estudo exploratório, foram realizadas entrevistas em profundidade com onze brasileiros, homens e mulheres, com idades entre 24 e 62 anos, para atender o objetivo principal de levantar a sua opinião sobre onde os bebês deveriam dormir e porque. Nove responderam que no berço, no próprio quarto, para promover a independência da criança e proteger a intimidade dos pais e apenas uma respondeu que com os pais, para comodidade da mãe, durante a amamentação, e para o conforto e aconchego do bebê. Uma busca em *sites* de orientação a pais revelou a mesma tendência, compatível com o modelo parental de independência. Incentivar a reflexão sobre crenças e valores implícitos nas práticas parentais pode contribuir para a adoção daquelas que mais contribuam para o bem-estar e para o bom relacionamento entre pais e filhos.

ORIENTAÇÃO DE PAIS PARA O ATENDIMENTO DAS NECESSIDADES CENTRAIS DA INFÂNCIA E PARA FORMAÇÃO DE UMA CRIANÇA RESILIENTE.

Priscila Tenenbaum Tyszler (Clínica Particular, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: resiliência, orientação a pais, infância.

Vasta é a bibliografia sobre as necessidades centrais na infância, porém pouco material científico foi produzido no Brasil para a prática clínica. A necessidade de segurança, previsibilidade, amor, carinho, atenção, aceitação, elogio, empatia, limites realistas e validação de sentimentos e necessidades parece ser de grande importância para a formação de um sujeito emocionalmente saudável. Neste trabalho serão apresentadas instruções para o atendimento destas necessidades, visando a prevenção de transtornos sócio-afetivos. Os primeiros anos de vida são essenciais para o desenvolvimento pessoal, desde os cuidados básicos ao atendimento das necessidades emocionais. As experiências iniciais de vinculação da criança formam um padrão que pode ser repetido por toda vida. Padrões inadequados dão origem aos chamados *esquemas mal adaptativos*. Os comportamentos parentais serão relacionados a cada necessidade. Todo pai sonha em criar uma criança perfeita, sem preocupações e com uma vida feliz. Porém, apesar de todo o esforço, é natural a ocorrência de situações adversas durante a vida humana. Portanto, torna-se imprescindível a formação da resiliência, que é, de forma sucinta, a capacidade de aprender com situações problemáticas e superá-las. Atendendo às necessidades centrais acima descritas, já estaremos provendo à criança uma base para ser resiliente. Serão abordados mitos existentes sobre a criação dos filhos, como as dualidades: oferecer segurança x super-proteção; rotinas x manias; limites x punição; independência x abandono, aceitação e elogio x falta de disciplina. A previsibilidade é essencial para a segurança e tranquilidade do bebê e da criança. Através do estabelecimento de rotinas e atitudes coerentes, os pais ensinam a seus filhos conceitos como causa e consequência e padrões saudáveis de sono e vigília. Amor, carinho e atenção são atitudes parentais essenciais para a formação do sujeito que se ama e se valoriza. Brincadeiras e demonstrações físicas e verbais de afeto ajudam a criança a construir uma visão positiva de si e dos outros. A aceitação e o elogio são fundamentais para a cognição de ser eficiente e capaz, enquanto o oposto disto, a valorização do erro e do negativo, pode contribuir para a formação de crenças de incapacidade diante do mundo. A empatia, essencial para que o sujeito sintase aceito e compreendido, abrange a validação de sentimentos e necessidades e a orientação para a solução de problemas, e contribui para que a criança aprenda a identificar suas próprias emoções e necessidades. É importante que limites sejam estabelecidos o quanto antes, e ainda, que sejam coerentes e orientados pelos próprios princípios e comportamentos dos pais, além de constantes e previsíveis, a fim de serem internalizados. O presente trabalho apresenta uma revisão bibliográfica e se propõe a relacionar as necessidades centrais da criança aos transtornos afetivos mais comuns na infância.

PSICOEDUCAÇÃO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA NOS TRANSTORNOS DISRUPTIVOS DO COMPORTAMENTO

Gustavo Teixeira (Médico Psiquiatra Infantil, Rio de Janeiro)

Palavras-chave: psicoeducação; transtornos disruptivos

O objetivo do trabalho é descrever a importância da psicoeducação na orientação de pais, familiares e professores para prevenção, intervenção precoce e promoção da saúde mental de crianças e adolescentes, exemplificando os transtornos disruptivos do comportamento. O transtorno desafiador opositivo pode ser definido como um padrão persistente de comportamentos negativistas, hostis, desafiadores e desobedientes observados nas interações sociais da criança com adultos e figuras de autoridade de uma forma geral, como pais, tios, avós e professores. As principais características do transtorno desafiador opositivo são perda frequente da paciência, discussões com adultos, desafio, recusa a obedecer solicitações ou regras, perturbação e implicância com as pessoas, podendo responsabilizá-las por seus erros ou mau comportamento. Ele se aborrece com facilidade e comumente se apresenta enraivecido, irritado, ressentido, mostrando-se com rancor e com idéias de vingança. Os sintomas aparecem em vários ambientes, entretanto é na sala de aula e em casa onde estes podem ser melhor observados. Tais sintomas devem causar prejuízo significativo na vida social, acadêmica e ocupacional da criança ou adolescente, e é importante observar que no transtorno desafiador opositivo ainda não há sérias violações de normas sociais ou direitos alheios, como ocorre no transtorno de conduta. O transtorno de conduta é um conjunto de alterações comportamentais apresentado por algumas crianças e adolescentes segundo o qual há conduta agressiva, desafiadora, anti-social em que os direitos básicos alheios, regras e normas sociais são violados. Trata-se de uma condição mais grave quando comparada ao transtorno desafiador opositivo, sendo responsável por frequente encaminhamento aos serviços de psiquiatria infanto-juvenil. Mais prevalente no sexo masculino, acredita-se que aproximadamente 9% dos meninos e 4% das meninas com menos de 18 anos de idade tenham o transtorno, sendo que os meninos apresentam os sintomas mais precocemente, entre os dez e 12 anos de idade e as meninas entre os 14 e 16 anos. A descrição dos transtornos disruptivos, transtorno desafiador opositivo e transtorno de conduta, epidemiologia, etiologias, características clínicas, prevenção e tratamento serão abordados sob o ponto de vista psicopatológico e segundo princípios cognitivo-comportamentais.

AS HABILIDADES SOCIAIS EM DIVERSOS CONTEXTOS DE APLICAÇÃO

Coordenadora: Denise Rodrigues (UNESA/RJ)

SUBSÍDIOS PARA A CONSTRUÇÃO DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS ESPECÍFICO PARA A TERCEIRA IDADE

Rachel Shimba Carneiro (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: treinamento de habilidades sociais, situações sociais, terceira idade.

Estudos atuais apontam que a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que este possa conquistar e manter apoio social e garantir melhor qualidade de vida. Da mesma maneira, as deficiências em habilidades sociais parecem constituir um fator de vulnerabilidade para a baixa qualidade de vida e para a depressão em indivíduos da terceira idade. Embora a literatura aponte a importância das habilidades sociais na terceira idade, são escassas as pesquisas que propõem um programa de treinamento em habilidades sociais específico para terceira idade. Este estudo constitui uma parte de um trabalho mais amplo que pretende avaliar a eficácia de um programa de treinamento em habilidades sociais em idosos. Para a elaboração desse treinamento, é importante, num primeiro momento, verificar as situações sociais nas quais os idosos apresentam deficiências no desempenho das habilidades sociais. O presente estudo teve como objetivo investigar as situações nas quais os idosos apresentam dificuldades de desempenhar de forma socialmente habilidosa para, assim, desenvolver um programa de treinamento de habilidades sociais apropriado para essa população. Após uma revisão bibliográfica do tema em questão foram identificadas 20 situações sociais especificadas a seguir: (1) Fazer Pedido com Conflito de Interesses; (2) Fazer Pedido de Mudança de Comportamento; (3) Recusar Pedidos; (4) Responder a Críticas; (5) Cobrar Dívidas; (6) Lidar com Atitudes Hostis; (7) Expressar Sentimentos Negativos; (8) Defender os Próprios Direitos em Situações nas quais são Oferecidos Serviços Insatisfatórios; (9) Conversar com uma Pessoa que está Revelando um Problema; (10) Discordar do Grupo; (11) Fazer Pergunta a Conhecidos ou Desconhecidos; (12) Declarar Sentimento Amoroso; (13) Discordar de Autoridade; (14) Fazer Apresentações ou Palestras a um Público Conhecido ou Desconhecido; (15) Manter Conversa com Desconhecidos; (16) Apresentar-se a uma Pessoa Desconhecida; (17) Pedir Favores a Desconhecidos; (18) Pedir Desculpas; (19) Receber Elogios; (20) Expressar Opinião Pessoal. Tais situações demandam que os idosos lutem pelos seus próprios direitos através do comportamento assertivo. Assim, parece que os idosos necessitam desenvolver a habilidade assertiva para lidar com situações onde exista conflito de interesses. É importante notar que a falha em enfrentar adequadamente essas situações sociais gera frustração quando o indivíduo se omite e sensação de inadequação quando a pessoa age do modo agressivo. Os conhecimentos gerados a partir desse levantamento podem transformar-se em subsídios para a implantação de Programas de Treinamentos de Habilidades Sociais específicos para terceira idade, contribuindo assim para que os idosos obtenham redes de apoio social e, conseqüentemente, uma maior qualidade de vida.

AS RELAÇÕES ENTRE AS MEDIDAS DE HABILIDADES SOCIAIS DO PROFESSOR DO ENSINO FUNDAMENTAL II E SEU DESEMPENHO SOCIAL EM SALA DE AULA

Regina Maria Meireles, Eliane M.O.Falcone (UERJ)

Palavras-chave: habilidades sociais, desempenho social, professor.

O presente projeto de pesquisa pretende constatar as relações entre as medidas de Habilidades Sociais do Professor e o seu Desempenho Social em Sala de Aula. Existem várias definições de Habilidades Sociais encontradas na literatura. O conceito atual de um comportamento socialmente habilidoso deve incluir capacidade de o indivíduo obter satisfação pessoal e, ao mesmo tempo, de desenvolver e manter relacionamentos mutuamente benéficos e sustentadores. No âmbito da educação, muitos trabalhos mostram a crescente preocupação de pais, diretores de escolas e professores com o desenvolvimento interpessoal dos alunos, devido principalmente ao aumento de conflitos interpessoais e dificuldades de aprendizagem. Neste sentido, é necessário que o professor se dedique a desenvolver comportamentos interpessoais, aprimorando a sua qualidade de educador e cooperando com o desenvolvimento do aluno. Alguns autores sugerem que existe uma relação entre o desenvolvimento das habilidades sociais do professor e do aluno que favorecem um bom relacionamento interpessoal em sala de aula. Diante dessas constatações, torna-se relevante identificar quais as habilidades sociais do professor estão mais relacionadas com o seu desempenho social em sala de aula. Conhecer essas habilidades pode facilitar a realização de programas de treinamento de habilidades sociais do professor, favorecendo um clima educativo para o desenvolvimento adequado dos alunos. A pesquisa será realizada com 10 professores do Ensino Fundamental II (do 6º ao 9º Ano), no Instituto Nossa Senhora Auxiliadora, no Rio de Janeiro. A verificação das relações entre o desempenho social autopercebido do professor e o desempenho social do professor percebido pelos alunos, será realizado através do Questionário do Desempenho Social do Professor (QDSP), que será aplicado em sala de aula, favorecendo a investigação das habilidades sociais do professor em sala de aula e suas relações com o desenvolvimento do aluno. A avaliação das relações entre os níveis de Empatia através do Inventário de Empatia (IE) e de Assertividade através do Inventário de Habilidades Sociais (IHS) do professor e o seu desempenho social em sala de aula favorecendo a realização de Programas de Treinamento de Habilidades Sociais do Professor na Instituição Escolar onde será realizada a Pesquisa, podendo se estender a outras Unidades Escolares pertencentes à Rede Salesiana de Escolas.

A RELAÇÃO ENTRE A PERCEPÇÃO DE EMPATIA E DE ASSERTIVIDADE DO CÔNJUGUE E A SATISFAÇÃO NO CASAMENTO.

Aline Sardinha, Eliane M. O. Falcone e Maria Cristina Ferreira. (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: casamento, satisfação conjugal, habilidades sociais.

O relacionamento conjugal e a satisfação alcançada com o casamento são fatores determinantes na qualidade de vida de um indivíduo e importantes em termos sociais e de saúde mental. No entanto, é necessário mais do que amor para que os casais se apoiem mutuamente e possam viver uma relação feliz e madura. Habilidades sociais podem ser definidas como diferentes classes de comportamentos sociais que são utilizados pelo indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais. São um conjunto de habilidades de interação interpessoal, do qual se destacam a empatia e a assertividade. Parece que o desenvolvimento das relações interpessoais bem sucedidas depende do equilíbrio entre empatia e assertividade. Contudo, não se sabe ainda o quanto o repertório de habilidades sociais de um dos cônjuges interfere na satisfação conjugal de seu companheiro. Assim, o objetivo deste trabalho foi investigar a relação entre a percepção da presença de habilidades sociais no parceiro, notadamente empatia e assertividade, e a satisfação conjugal de um indivíduo. Avaliação das habilidades sociais e da satisfação conjugal neste estudo foi realizada a partir de inventários de auto-informe. A avaliação da satisfação conjugal foi realizada a partir da Escala de Satisfação Conjugal, em que o participante avalia sua própria satisfação com o casamento. Os inventários que mediam habilidades sociais, o Inventário de Habilidades Sociais Conjugais e o Questionário de Empatia Conjugal, foram aplicados de forma que as perguntas se relacionassem ao comportamento do cônjuge e não ao da própria pessoa. Foram medidos os níveis de habilidades sociais e de satisfação conjugal de 50 casais, totalizando 100 participantes. Posteriormente, foi realizada a análise estatística dos dados através do software SPSS. Foi determinada ainda uma nova estrutura fatorial para os instrumentos que mediam habilidades sociais e empatia a partir dos dados obtidos na presente amostra. O método estatístico utilizado para avaliar o impacto das habilidades sociais do cônjuge na satisfação conjugal do indivíduo foi a análise de regressão múltipla. A partir da análise dos dados obtidos, encontrou-se que a empatia do cônjuge é o maior fator correlacionado positivamente com a satisfação conjugal, seguido pela expressão de sentimentos por parte do cônjuge. Observou-se ainda que o número de filhos se correlaciona inversamente com a satisfação com os aspectos estruturais da satisfação conjugal e que as mulheres foram percebidas por seus parceiros como mais empáticas do que os homens. Estes resultados são consistentes com alguns estudos que indicam que quanto mais uma pessoa se sente compreendida e validada e seus sentimentos e necessidades, melhor será a qualidade do relacionamento interpessoal. Ainda, podemos inferir que, na medida em que um cônjuge é capaz de expressar seus sentimentos, seu par terá mais facilidade em atender suas necessidades. Assim, este estudo é relevante no sentido de que, a partir do momento que se sabe quais fatores das habilidades sociais têm maior correlação com a satisfação conjugal, pode-se criar intervenções mais eficientes em termos de treinamento de habilidades sociais que maximizem a satisfação conjugal.

AS HABILIDADES SOCIAIS E OS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Denise Rodrigues (UNESA, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: habilidade social, esquema cognitivo, personalidade.

De acordo com vários pesquisadores da personalidade, esta tem como uma de suas possíveis origens a herança filogenética do indivíduo e sua espécie, ou seja, as estratégias “geneticamente” determinadas que poderiam facilitar a sobrevivência e a reprodução de um indivíduo seriam, presumivelmente, favorecidas pelo processo de seleção natural. Estas estratégias, dependem, entre outros fatores, da avaliação que este indivíduo realiza acerca das demandas de uma situação, a qual precede e desencadeia uma estratégia específica (seja ela adaptativa ou não). Além disto, a maneira pela qual esta avaliação se configura depende também, em parte, de crenças que são relevantes para o indivíduo, e estas estão inseridas em estruturas cognitivas relativamente estáveis, denominadas “esquemas”, cujas funções são selecionar e sintetizar as experiências do indivíduo, desencadear uma excitação afetiva e favorecer o surgimento de um comportamento específico. Estas estruturas decorrem de vários fatores, entre outros, da predisposição genética, da exposição a influências externas, e de eventos específicos significativos para a pessoa. Por seu lado, os comportamentos assim desencadeados representam estratégias interpessoais desenvolvidas a partir da interação entre disposições inatas e influências ambientais, ou seja, elas tiveram suas origens no comportamento geneticamente determinado presente desde o nascimento, mas podem ser acentuadas ou diminuídas pela experiência. Estas estratégias visam atender objetivos biológicos, e promovem a sobrevivência e a reprodução individual, as quais podem se traduzidas em termos como “eficácia reprodutiva” ou “adaptação inclusiva”. Também é freqüente não termos consciência destas estratégias ou dos seus objetivos, porém temos consciência dos estados subjetivos decorrentes das mesmas, como a dor ou o prazer. Assim, comportar-se socialmente de forma adequada pode, por exemplo, implicar num aumento das chances de realização de trocas sociais adaptativas do ponto de vista evolucionista. Sendo assim, as habilidades sociais se tornam imprescindíveis para a formação da personalidade do indivíduo, e também para o surgimento de transtornos próprios da formação da personalidade. Neste sentido, podemos pensar que o desenvolvimento distorcido das habilidades sociais tanto pode ser considerado um precursor como um reforçador dos transtornos de personalidade, uma vez que o desenvolvimento de ambos ocorre concomitantemente e interdependentemente. Com base em tais idéias é que o presente trabalho se insere como um projeto de investigação empírica de curso de doutorado acerca da relação existente entre as habilidades sociais e os transtornos de personalidade.

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA COMO EVENTO TERAPÊUTICO

Coordenadora: Fernanda Coutinho (Consultório particular, Rio de Janeiro, RJ).

DIFERENÇAS CULTURAIS E ATENDIMENTO CLÍNICO: UM TRATAMENTO POSSÍVEL, PORÉM DESAFIADOR.

Suzana Rodrigues (mestranda PUC-Rio, consultório particular, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: diferenças culturais, bulimia, atendimento clínico, emoções do terapeuta.

No atendimento clínico, muitas vezes, o psicólogo enfrenta situações que mexem com suas crenças e emoções. É preciso entendê-las para avançar no tratamento, pois tais emoções podem servir de sinalizador na identificação do modo como aquele cliente o afeta e, conseqüentemente, pode estar afetando os outros a sua volta. Sabemos da importância de aproveitar todo o material trazido para a sessão, no entanto, às vezes nos deixamos levar por algum pré-julgamento. O caso clínico que irei apresentar ficou em atendimento por 2 anos. Era uma adolescente de 14 anos, que sofria de bulimia, mas seus pais não sabiam. Quando sua mãe procurou tratamento a queixa principal era de que a filha andava deprimida e ficando doente demais. Seu médico havia lhe recomendado terapia, pois volta e meia pegava alguma infecção na garganta e acabava perdendo muitas aulas na escola. Ana (nome fictício) era de origem árabe, nascida no Brasil, porém com uma família extremamente tradicional. Não chegava a andar de burca, mas parava para rezar o alcorão e tinha uma formação muito rígida sobre sexualidade. Não podia nem beijar na boca ou aceitar conversar com algum menino na escola. Sofria, mas não sabia nomear seus questionamentos. “Desafiar o pai, nem pensar”, dizia ela. Ana estudava numa escola particular na Barra da Tijuca, bairro de classe média/ alta do Rio de Janeiro. Suas amigas estavam na idade de falar sobre garotos, sonhar, fantasiar. Ana não suportava nem sequer se permitir pensar coisas semelhantes. No entanto, sempre muito vaidosa, chamava atenção dos meninos. E começou a desenvolver bulimia na mesma época em que foi pedida em namoro. Seu tratamento exigiu um enorme cuidado e respeito às diferenças culturais, porém era preciso proporcioná-la a tentativa de uma melhor adaptação ao seu contexto de vida. Ana não conheceu outra realidade, apenas a de morar numa cidade de praia no Brasil. Seu conhecimento religioso era passado por seus pais que faziam questão de manter rituais muçulmanos em casa. Ana passava a sensação de que não vivia inteira em nenhum dos dois mundos e isso a deixava triste e ansiosa. A alimentação passou a ser sua única fonte de controle e depositava na vaidade toda sua capacidade de se sentir amada, ao menos admirada de longe. Ana tinha um “marido prometido”, conhecido de seus pais, que se mudaria para o Brasil na ocasião do casamento e ela tinha muito nojo de pensar como seria conhecê-lo. Seus pais eram completamente fechados à idéia de flexibilizar um pouco sua rigidez cultural, mas precisavam entender que isso estava afetando sua saúde física e mental. Um trabalho cauteloso foi realizado com os pais e ao final de dois anos, época em que se mudaram para São Paulo, eles já podiam perceber que exigiam da filha comportamentos completamente diferentes daqueles compartilhados no país em que nasceu e cresceu. Ana mobilizava em mim crenças e emoções de muita crítica a seus pais, mas ao mesmo tempo eles eram sua referência. Era preciso ter muito embasamento teórico e cultural em cada intervenção realizada.

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA E SEUS IMPASSES

Monique Penna (consultório particular, Rio de Janeiro- RJ)

Palavras-chave: relação terapêutica, o papel do terapeuta, impasses.

O trabalho terapêutico tem como objetivo a mudança de crenças disfuncionais, o que incluem: ênfase no aqui e agora, sessões estruturadas, continuidade entre as sessões, solução de problemas, reestruturação de pensamentos disfuncionais, colaboração com o terapeuta, psicoeducação, papel ativo por parte do terapeuta e do paciente, responsabilidade na identificação e avaliação de metas, além de adesão às tarefas de auto ajuda. A efetividade do tratamento está diretamente ligada à qualidade da relação terapêutica, onde a maneira como o terapeuta interage com o seu paciente influenciará na adesão e sucesso do tratamento. Vale lembrar que algumas características do terapeuta também são indispensáveis para se obter um resultado satisfatório no tratamento, como postura empática, calorosa e compreensiva, aceitação desprovida de julgamentos, autenticidade, autoconfiança e flexibilidade na aplicação de técnicas. A negligência a essa relação entre terapeuta e cliente pode ser vista como um possível fracasso do tratamento. Além disso, alguns autores afirmam que a percepção do cliente sobre a relação terapêutica também está relacionado ao sucesso do tratamento. Ou seja, os clientes que avaliam de forma positiva seus terapeutas no início da terapia, costumam atingir seus objetivos de forma mais efetiva. Além disso, o significado que o paciente atribui ao método terapêutico é de grande valia para a adesão ao tratamento. Porém, determinadas características e comportamentos do terapeuta podem trazer dificuldades em estabelecer ou manter essa relação. Falhas empáticas e o estilo defensivo do terapeuta em lidar com situações difíceis na interação com o paciente, além de identificação com o problema do cliente e diferenças de valores morais, éticos e religiosos podem prejudicar a aliança terapêutica, dificultando o progresso do tratamento. Vale lembrar que os esquemas disfuncionais do paciente podem fazer com que este se comporte de maneira hostil, dependente e manipulador, ativando os esquemas individuais do terapeuta, afetando a contratransferência. Em se tratando dos esquemas dos terapeutas, pode-se dizer que entre os mais comuns encontram-se: perfeccionismo, preocupação com o abandono, necessidade de aprovação, crença de ser superior ou especial. Assim, quando o terapeuta é capaz de identificar suas próprias emoções e entender como o comportamento do paciente afeta os outros e como se desenvolveu seu modo de interação, ele acaba se tornando mais efetivo e nesse sentido, tanto terapeuta quanto paciente acabam se beneficiando com o auto conhecimento, aumentando o vínculo e favorecendo a mudança para ambos.

SUPERANDO A DIFICULDADE DE CRESCER SENDO ADULTO.

Sandro Valle (Consultório Particular – Rio de Janeiro – RJ).

Palavras-chave: auto-estima, orientação para o outro, relação terapêutica.

Facilmente percebe-se na sociedade um encurtamento da infância e um prolongamento, por que não se dizer patológico, da adolescência. Cada vez mais se verifica que, muito cedo, as crianças parecem conhecer e ter experiências que, há alguns anos atrás, seriam inimagináveis; comportando-se como “pequenos adultos”. Em contrapartida, o despreparo emocional e a pouca habilidade social de um número alarmante de famílias têm construído, neste contexto, adultos instáveis e despreparados para enfrentarem as dificuldades do cotidiano. Não raro, tem aparecido na clínica pacientes nesta situação. Eles, freqüentemente, não conseguem manejar o problema e, tampouco, resolvê-lo. Os anos passam e eles continuam dependendo dos pais (ou parentes) para a sua subsistência ou tendo poucos recursos para gerir a própria vida. Parece que isto tem um preço: foco excessivo nos desejos do outro, à custa dos seus próprios, no intuito de serem amados e aprovados. Para ilustrar esta problemática e uma possível intervenção focada na relação terapêutica, utilizou-se um caso clínico, atendido de novembro de 2005 a maio de 2007 em consultório particular no Rio de Janeiro. Com seus cinquenta e alguns anos, José chega ao consultório encaminhado por sua clínica geral, para fazer terapia cognitivo-comportamental. É solteiro, advogado (mas nunca exerceu seu ofício) mora num bairro nobre do Rio de Janeiro com os pais. Tem uma irmã 2 anos mais nova. Seu primeiro namoro só aconteceu por volta dos 30 anos, ocasião em que também, pela primeira vez, masturbou-se e relacionou-se sexualmente com uma mulher. Esta relação durou poucos meses e, desde então, nunca mais se envolveu com alguém. Relata ter tentado, desde sua adolescência, todos os tipos de psicoterapias e medicações, sem obter resultados significativos. Queixa-se dessa sensação de fracasso e despreparo para lidar com o mundo adulto em todos os âmbitos: profissional, familiar, afetivo e social. Além disto, menciona episódios depressivos com ideações suicidas, níveis insuportáveis de ansiedade, TOC (coleccionismo de revistas e livros) que apareceu no final da infância, pouco suporte social, desconforto estomacal e ataques de raiva. Nestas ocasiões, descontrola-se gritando, tencionando todos os músculos e fazendo caretas sem se importar com a avaliação alheia. Como fatos marcantes na história de vida estão a constante atitude invasiva e superprotetora da mãe, a frieza do pai que, segundo sua percepção, sempre o desprezou. O pai dizia que não havia como conversar de “homem para homem”. Sempre percebeu-se preterido em relação à irmã, sendo esta considerada melhor em tudo. A principal intervenção neste caso foi o trabalho focado na relação terapêutica, através da explicação da Terapia do Esquema de Jeffrey Young e do Modelo Cognitivo (Beck). Técnicas de manejo da raiva e assertividade, além do incremento da auto-estima também foram utilizados. Como resultados: alívio dos sintomas de ansiedade (IBA de 49 para 15), extinção dos episódios depressivos e dos ataques de raiva, início de um projeto de troca e venda de livros e revistas usados que, de início, já lhe dava alguma renda, além de ajudá-lo a manejar o TOC. José também relata melhoras discretas na relação com os pais.

A ALIANÇA TERAPÊUTICA, AS CRENÇAS E EMOÇÕES

Fernanda Coutinho (Consultório Particular, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Aliança terapêutica, crenças centrais e auto-conhecimento.

O conceito de aliança terapêutica vem sendo explorado com maior atenção por pesquisadores de diversas orientações teóricas, como um evento terapêutico capaz de modificar significativamente os resultados clínicos. Embora este tenha surgido a partir da literatura psicanalítica, foi a conceituação integrativa quem deu um novo impulso à pesquisa, onde afirmava que o elo entre terapeuta e cliente é afetado diretamente pelo grau de concordância quanto aos objetivos e às tarefas na terapia. Existem crescentes evidências que apontam o sucesso nas tarefas terapêuticas como diretamente ligado à qualidade da relação. Sendo para alguns, um pré-requisito necessário e o veículo principal para mudança. A aliança é vista como uma interação de influência mútua entre terapeuta e cliente, onde o mesmo recebe ajuda de um profissional qualificado que lança mão de técnicas específicas de forma hábil. A relação terapêutica estabelece o terreno não somente para garantir o sucesso das técnicas, mas também para treinar o desenvolvimento de relações interpessoais mais saudáveis. Pesquisas revelam que terapeutas novatos, hábeis em aplicar as técnicas específicas, eram percebidos por seus pacientes como mecânicos, manipulativos e mais interessados nas técnicas do que no cliente. Na verdade, o modo como o terapeuta aplica essas técnicas influencia diretamente a natureza da relação terapeuta-cliente e vice-versa. As fortes evidências de que as relações terapêuticas predizem bons resultados clínicos podem levar a crer que as técnicas terapêuticas são secundárias à relação. Contudo, o que há é uma interdependência entre os fatores técnicos e do relacionamento terapêutico, levando a crer que as técnicas alcançam seus objetivos clínicos dentro de um contexto terapêutico favorável. Na compreensão e conceituação de cada caso, o terapeuta deve tirar proveito de todas as informações disponíveis, o que inclui os sentimentos do psicólogo durante as sessões em relação ao paciente. Na literatura foram encontrados diversos autores sugerindo que a efetividade do tratamento está ligada diretamente à percepção do cliente sobre a relação terapêutica. No entanto, dificuldades na relação terapeuta-cliente são visivelmente percebidas em diversos momentos da terapia, podendo inclusive levar a rupturas na aliança terapêutica. O terapeuta deve estar atento a esses momentos e refletir sobre suas emoções e crenças ativadas pelas reações do cliente, e utilizar como sinalizador no entendimento da forma como o cliente o afeta, e possivelmente afeta aos outros, e como esse modo de interação foi estabelecido. Dessa forma, tanto o cliente quanto o terapeuta irão se beneficiar com o auto-conhecimento, aumentando o vínculo e favorecendo a mudança para ambos.

NEUROPSICOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Coordenadora: Helenice Charchat Fichman (UERJ e consultório privado).

AValiação E REABILITAÇÃO COGNITIVA NO ENVELHECIMENTO.

Fichman-Charchat, Helenice (UERJ, consultório privado, Rio de Janeiro)

Palavras-chave: envelhecimento, neuropsicologia, avaliação, reabilitação.

O comprometimento cognitivo é um marco no processo de envelhecimento. As síndromes demenciais se caracterizam por um declínio de memória associado à déficit de uma ou mais funções neuropsicológicas. Este declínio deve afetar as atividades da vida diária de forma significativa. Existem várias formas de demência, entre elas, a mais freqüente no Brasil e na maior parte dos países em desenvolvimento é a doença de Alzheimer. O presente trabalho tem como finalidade descrever a utilização de uma avaliação neuropsicológica e reabilitação cognitiva no processo de envelhecimento. A avaliação neuropsicológica é um exame clínico que tem como objetivo descrever o funcionamento cognitivo e assim auxiliar no diagnóstico diferencial de tipos de demência, discriminar entre envelhecimento benigno, depressão e demência, além de orientar um programa de reabilitação cognitiva. A avaliação consiste em uma entrevista semi-estruturada, aplicação de escalas e testes padronizados e normatizados, bem como atividades lúdicas para observação livre. A reabilitação cognitiva é uma intervenção clínica que combina estratégias de avaliação e tratamento da neuropsicologia, psicologia cognitiva e psicoterapia cognitivo-comportamental. No processo de envelhecimento, a reabilitação cognitiva é recomendada para idosos com comprometimento cognitivo muito leve até estágios iniciais de síndromes demenciais. A reabilitação no envelhecimento tem como objetivo recuperar as funções comprometidas utilizando estratégias de estimulação cognitiva combinada a estratégias compensatórias que visam ensinar ao paciente e seus familiares um novo repertório comportamental e cognitivo mais adaptado aos déficits detectados. Assim, a reabilitação necessita de uma participação ativa do paciente e seus cuidadores para minimizar os efeitos das seqüelas cognitivas e funcionais no seu cotidiano. Para ilustrar os conceitos fundamentais da avaliação e reabilitação neuropsicológica será apresentado um caso clínico de demência do tipo Alzheimer. O caso clínico que será apresentado será de DS, 75 anos, executivo aposentado. O paciente foi acompanhado durante 4 anos. As avaliações neuropsicológicas seqüenciais mostraram um declínio progressivo da memória episódica anterógrada, memória semântica, atenção seletiva e funções executivas. As habilidades visuo-espaciais, linguagem e memória implícita mantiveram-se preservadas apesar da evolução do quadro demencial (muito leve para moderado). A reabilitação cognitiva utilizou como estratégias de estimulação: treinamento de memória episódica, semântica e nomeação; escrita de textos para treinar organização do pensamento e funções executivas, escrita de autobiografia; leitura de jornal adaptada, entre outros treinamentos. Como estratégias compensatórias foram realizadas reorganizações de rotinas e no ambiente, orientação familiar e de cuidador, treinamento de uso de agenda e anotações, técnicas para melhorar a compreensão da mensagem de terceiros; estratégias para minimizar o efeito de falsas memórias, entre outras.

O IMPACTO DA DISFUNÇÃO EXECUTIVA EM UM IDOSO NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA: UM ESTUDO DE CASO

Camila de Assis Faria, Helenice Charchat, Adriana Benevides (UERJ, Rio de Janeiro/RJ).

Palavras-chave: envelhecimento, funções executivas, atividades da vida diária.

A população idosa e os problemas enfrentados por ela tem sido objeto de estudo de muitos pesquisadores. Tal interesse em estudar idosos se deve ao crescimento acelerado da população mundial com 60 anos ou mais. Estudos apontam o declínio das funções cognitivas como uma das principais características do período de envelhecimento. Em especial, o declínio das funções executivas parece estar mais relacionado ao envelhecimento. Elas são responsáveis por gerenciar os processos mentais e o comportamento humano. A instância capaz de realizar estas funções é chamada de executivo central (EC). O EC é responsável por processar e integrar todas as informações retidas na memória de trabalho, que armazena temporariamente os dados provenientes do meio externo e da memória. Ele é responsável também pela organização e regulação do comportamento voluntário, atuando no planejamento, execução e monitorização deste. Além disso, o EC tem papel importante na atenção voluntária, selecionando respostas mais adaptativas, de acordo com as intenções e experiências do sujeito. Estudos sugerem uma contribuição significativa do funcionamento executivo para a realização das atividades cotidianas instrumentais, como preparar refeições, tomar remédios ou pagar contas. Uma pessoa com disfunção executiva encontrará dificuldades ao realizá-las, pois exigem planejamento e monitorização para que sejam realizadas com sucesso. A dificuldade em realizá-las pode ser causa de dependência em maior ou menor grau. Este trabalho teve como objetivo investigar o impacto da disfunção executiva em idosos, nas tarefas da vida diária. Para isto, foi realizado um estudo de caso, do sexo masculino e 80 anos de idade. Este paciente foi submetido a testes neuropsicológicos e investigações sobre seu desempenho nas atividades instrumentais diárias. Os instrumentos utilizados foram: Escala de Avaliação de Demência (Mattis, 1988), Memória para Figuras (Nitrini *et al.*, 1994), Fluência Verbal (Spreen e Strauss, 1998), Teste de Aprendizagem Auditivo Verbal de Rey (Spreen e Strauss, 1998), Dígitos orais em ordem direta e inversa (Wechsler, 1987), Seqüência visuo-espacial em ordem direta e inversa (Wechsler, 1987), Labirintos, Escala de Inteligência para Adultos de Wechsler – 3ª Edição (WAIS-III) (Wechsler, 1991), Escala de Memória de Wechsler – Revisada (WMS-R) (Wechsler, 1987), Teste de Trilhas (Spreen e Strauss, 1998), Stroop Test – Paradigma Victória (Spreen e Strauss, 1998), Cópia e Recordação da Figura Complexa de Rey (Spreen e Strauss, 1998), Teste de Desempenho Escolar (Stein, 1994), Entrevista Estruturada, Questionário de Atividades Funcionais (Pfeffer, 1982), Escala das Atividades da Vida Diária (Lawton & Brody, 1969) e Escala de Depressão Geriátrica – EDG (Paradela, 2005). O paciente apresentou funcionamento cognitivo global preservado e disfunção executiva, que afetou seu desempenho nas atividades da vida diária. A dificuldade nestas tarefas apareceu na organização e planejamento da rotina, de seus compromissos, e na compreensão do funcionamento de aparelhos eletrônicos como o telefone celular e o caixa eletrônico. Através desta pesquisa, pôde-se entender o impacto possível de uma disfunção executiva na vida de uma pessoa idosa e ressaltar a importância da realização de avaliações neuropsicológicas em idosos, a fim de investigar o funcionamento cognitivo global e localizar problemas cognitivos adquiridos ou agravados com o envelhecimento.

FUNÇÕES EXECUTIVAS NO ENVELHECIMENTO

Conceição Santos Fernandes, Helenice Charchat Fichman, (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: funções executivas; envelhecimento; testes neuropsicológicos.

O presente trabalho busca caracterizar as funções executivas no envelhecimento. O Brasil apresenta grande crescimento populacional de idosos. Logo, torna-se relevante compreender aspectos como condições cognitivas, que podem afetar a qualidade de vida dessa população. Sabe-se do declínio cognitivo que ocorre no processo de envelhecimento. Dentre eles encontra-se o rebaixamento das funções executivas, que pode estar presente em processo não patológico de envelhecimento, nas alterações cognitivas leves e demências. As funções executivas são aquelas que se referem à execução de comportamentos destinados a um objetivo, ou seja, realização de ações voluntárias, independentes, autônomas, organizadas e orientadas para metas específicas. Elas envolvem planejamento, monitorização, iniciativa comportamental, atenção seletiva, controle inibitório, memória de trabalho, flexibilidade cognitiva e capacidade de abstração. Seu correlato anatômico tem sido relacionado com as áreas pré-frontais, visto que distúrbios frontais podem causar disfunção executiva. A avaliação de déficit é feita através de testes neuropsicológicos. Diferentes testes e tarefas mensuram de forma mais acurada cada aspecto da função. Assim, planejamento, monitorização e flexibilidade cognitiva podem ser avaliados pela “Cópia da Figura Complexa de Rey” (solicita-se cópia da figura complexa de Rey em uma folha de papel em branco); “Desenho do cubo de Necker” (solicita-se cópia de um cubo tridimensional); “Construção com cubos” (WAIS-R) (consiste em construir com cubos figuras semelhantes a um modelo); “Labirintos” (o procedimento é encontrar a saída de labirintos, sem retirar o lápis da folha). A iniciativa comportamental pode ser avaliada pela “Fluência Verbal” fonêmica e semântica (verifica-se a produção de palavras começando com uma determinada letra (fonêmica) ou pertencente a uma categoria (semântica) durante um minuto). A memória de trabalho é medida pela “Extensão de dígitos em ordem direta e inversa (WMS-R)” (o examinador lê uma seqüência de números e após o indivíduo deve repeti-la na ordem direta e em outra seqüência de trás para frente); “Span Visuo-Espacial”(ordem direta e inversa) (consiste em reproduzir na ordem direta e inversa a seqüência de movimentos que o examinador executa). Já o controle inibitório, atenção seletiva e flexibilidade cognitiva podem ser avaliados pelo “Stroop” (versão victoriana) (o material do teste consiste de três cartões contendo seis linhas com quatro itens de cores em cada. Na parte 1, o indivíduo deve nomear as cores. Na parte 2, o indivíduo deve nomear novamente as cores, só que agora em forma de palavras comuns, inibindo a leitura e nomeando as cores. Na parte 3, o procedimento foi semelhante ao das partes anteriores, só que as palavras foram os nomes das cores pintadas de cores incongruentes, por exemplo, a palavra "amarelo" escrita com cor vermelha); “Trail-Making” (parte B) (onde 25 números e letras estão distribuídos aleatoriamente em uma folha de papel e devem ser interligados). A capacidade de abstração pode ser avaliada pelo teste de “Semelhanças” (WAIS-III) (consiste na apresentação de pares de palavras na qual o indivíduo deve falar que categoria semântica estas palavras pertencem). O desempenho dos idosos será ilustrado com casos clínicos.

MEMÓRIA E ENVELHECIMENTO

Luciana Brooking Teresa Dias; Helenice Charchat Fichman (UERJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: memória, envelhecimento, neuropsicologia.

Nas últimas décadas, tem sido observado um envelhecimento da população mundial. Entre as doenças que acometem o idoso, as demências são muito frequentes. As demências se caracterizam por um declínio lentamente progressivo da memória associado ao comprometimento de pelo menos uma outra função cognitiva. Este declínio deve afetar de forma significativa as atividades da vida diária. Existem várias doenças que podem causar demência, a mais prevalente é a Doença de Alzheimer. Desta forma, o presente trabalho pretende caracterizar os processos e tipos de memória no envelhecimento, além de identificar quais processos estão mais acometidos nos diferentes tipos de demência, depressão e envelhecimento benigno. A Psicologia Cognitiva divide três processos de memória: codificação (os dados sensoriais são transformados em uma representação mental); armazenamento (mantemos essa representação na memória); recuperação (acessamos e evocamos essa informação). O armazenamento pode ser sensorial (pouca informação em milissegundos); de curto prazo (armazena aproximadamente sete informações em alguns segundos); de longo prazo (armazena informação durante minutos, horas, dias, meses, anos). Em relação aos tipos de memória, elas podem ser subdivididas em explícitas (envolvem um processo consciente) e implícitas (processo pré-consciente). As memórias explícitas são: 1) memória de trabalho (estoque transitório de informações no armazenamento de curto-prazo); 2) episódica (fatos e eventos definidos no tempo e espaço) e 3) semântica (conhecimento geral e conceitos). As memórias implícitas são: 1) habilidades, hábitos e outros processos automáticos; 2) “priming” ou pré-ativação (detectar com maior facilidade estímulos pré-expostos de forma não consciente). Existem diversos testes neuropsicológicos para avaliar memória, entre eles: aprendizagem de figuras concretas (folha com 10 figuras concretas para serem memorizadas durante três apresentações, uma evocação após cinco minutos de intervalo e uma tarefa de reconhecimento), aprendizagem auditivo verbal de Rey (leitura de uma lista de 15 palavras cinco vezes seguida de evocação livre imediata, evocação após lista distratora, após intervalo de vinte minutos e reconhecimento), repetição de dígitos em ordem direta e inversa, repetição de seqüências visuo-espaciais, entre outros. Em relação ao perfil de comprometimento de memória e envelhecimento, observa-se que na depressão e no envelhecimento benigno há uma redução da capacidade de armazenamento e processamento na memória de trabalho. Na doença de Parkinson, um comprometimento da memória implícita do tipo habilidades, hábitos e processos automáticos. Na doença de Alzheimer, observa-se um comprometimento da memória episódica e com o avançar da doença um prejuízo da memória semântica e de trabalho, o processo de codificação de novas informações encontra-se gravemente prejudicado. Nas demências fronto-temporais, um rebaixamento da memória de trabalho e na capacidade de criar estratégias para codificar e evocar novas informações. Estes perfis serão ilustrados com casos clínicos.

INTERVENÇÕES COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS

Coordenadora: Isabela D. Soares (UFRJ)

TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: ESTUDO DE UM CASO NA ABORDAGEM COGNITIVO – COMPORTAMENTAL.

Cíntia Machado de Mesquita (UFRJ), Bernard Range (UFRJ).

Palavras-chave: transtorno de déficit de atenção e hiperatividade, terapia cognitivo-comportamental, caso clínico.

Este é um estudo de caso de uma criança de 10 anos com diagnóstico de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) tipo predominantemente Hiperativo – Impulsivo, atendido na Divisão de Psicologia Aplicada do Instituto de Psicologia da UFRJ, sob supervisão do professor Bernard Rangé. Este transtorno é um dos transtornos psiquiátricos mais comuns em crianças e caracteriza-se por sintomas de desatenção, hiperatividade e impulsividade, apresentando altas taxas de comorbidade. Pode continuar durante a idade adulta e provocar prejuízos acadêmicos, familiares e emocionais. Por este motivo, o diagnóstico e o tratamento adequado são fundamentais. As causas ainda são desconhecidas, entretanto, estudos têm revelado um papel predominante de fatores genéticos e ambientais na etiologia do transtorno. A prevalência é estimada em 3-5% entre as crianças em idade escolar, existindo poucos dados sobre a mesma na adolescência e idade adulta. Entretanto, este dado sofre uma variação que gira em torno de 1% - 20%. O tratamento recomendado envolve uma abordagem múltipla que englobe orientação aos pais e professores, tratamento farmacológico e psicoterápico, além de intervenções psicossociais. Seu diagnóstico é fundamentalmente clínico, baseado em critérios do DSM-IV ou CID-10. O objetivo deste trabalho é demonstrar a eficácia do tratamento através de Terapia Cognitivo Comportamental em um caso que não contou com a utilização de medicamentos psicoestimulantes. No trabalho com este cliente foram utilizados procedimentos clínicos como psicoeducação sobre o TDAH à criança e aos pais, orientação de pais, registro de pensamentos, role-play, sistema de pontos, controle da raiva, técnica de enevoado, treino em resolução de problemas, treino em assertividade, treino de empatia, técnica retrate isto, vantagens e desvantagens, entre outros. No início da terapia, as queixas da mãe de JVSM se referiam aos sintomas hiperativos (agitação, fala em demasia), de desatenção (ter dificuldade de manter a atenção, não seguir instruções e demorar para concluir as tarefas, ter dificuldades de organização, perder materiais com facilidade, ser distraído e esquecido nas atividades diárias) e de impulsividade (intrrometer-se e interromper os outros nas conversas e brincadeiras, ter dificuldade de aguardar a sua vez, dar respostas precipitadas antes das perguntas serem completadas). A professora de JVSM também descreveu sintomas basicamente hiperativos apresentados pela criança. Segundo a mãe, os sintomas foram percebidos aos 4 anos de idade e ocorriam frequentemente tanto em casa quanto na escola causando prejuízo significativo em sua vida social, escolar e familiar. Ao final do tratamento as queixas na escola não foram mais apresentadas, a criança aprendeu a controlar a raiva e não agride mais o irmão e os colegas, aprendeu estratégias de organização que auxiliaram a evitar a perda de objetos importantes, passou a terminar o que começara, os pais aprenderam através da orientação de pais, maneiras mais eficazes de diminuir e controlar comportamentos indesejáveis do filho, além da mudança desejada de diversos comportamentos listados para a realização do sistema de pontos. Podemos concluir com este caso que o tratamento na abordagem de TCC foi eficaz, havendo melhora principalmente na qualidade de vida da família desta criança e os objetivos foram alcançados.

TRANSTORNO DE ANSIEDADE DE SEPARAÇÃO: UMA EXPERIÊNCIA DE TRATAMENTO INFANTIL A PARTIR DA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Pamela Abdon Guimarães Pimentel (UFRJ), Bernard Rangé (UFRJ).

Palavras-chave: transtorno de ansiedade de separação, tratamento cognitivo-comportamental, criança.

O Transtorno de Ansiedade de Separação é geralmente diagnosticado pela primeira vez na infância ou no início da adolescência. Caracteriza-se, essencialmente, por uma ansiedade excessiva quando há necessidade de se afastar de casa ou de figuras importantes de vinculação. Para diagnosticar tal transtorno, é necessário que seu início ocorra antes dos 18 anos, que a ansiedade seja inadequada ao nível de desenvolvimento e persista por, no mínimo, quatro semanas, causando sofrimento intenso e prejuízos significativos em diferentes áreas da vida da criança ou adolescente. Assim, quando está sozinha, ou longe de seus cuidadores, a criança teme que algo ruim possa acontecer ou ainda que possa ser abandonada. Como consequência, pode apresentar um comportamento de apego excessivo aos seus cuidadores, não permitindo o afastamento destes ou telefonando repetidamente para eles a fim de se tranquilizar. Em geral, precisa da companhia da figura de vinculação para dormir e resiste ao sono, uma vez que este pode ser percebido como uma separação ou perda de controle. É possível que haja o relato de pesadelos cujos temas são os temores de separação. Recusa escolar secundária é comum nesses pacientes. Eles podem desejar freqüentar a escola, demonstrar boa adaptação prévia, mas apresentam intenso sofrimento ao necessitarem se afastar de casa ou dos pais. Incidem, em alguns casos, reações fisiológicas quando a separação ocorre ou é prevista, tais como: dor de cabeça, dor abdominal, náusea e vômitos. Em crianças maiores, sintomas como palpitações, tontura e sensação de desmaio, podem ser notados. Desse modo, o transtorno prejudica a autonomia da criança ou do adolescente e provoca um elevado estresse na sua família. Além disso, é bastante comum e, segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV), prevalece em, aproximadamente, 4% das crianças e adolescentes jovens. O presente estudo tem como objetivo apresentar uma intervenção clínica, a partir da abordagem Cognitivo-Comportamental, desenvolvida com uma paciente de 6 anos de idade, diagnosticada com Ansiedade de Separação, na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ, sob a supervisão do Professor Dr. Bernard Rangé. Tal intervenção ocorreu em 8 meses, semanalmente, tendo cada sessão a duração de 50 minutos. As queixas principais relacionavam-se ao fato da paciente dormir somente na cama com os pais, recusar-se a ir à escola e não deixar a mãe sair sozinha. No que se refere ao tratamento, desenvolveu-se, nas sessões iniciais, uma psicoeducação, para que os pais e a criança entendessem o transtorno e a Terapia Cognitivo-Comportamental. Foi importante realizar diversas sessões de orientação aos pais da paciente, uma vez que estes reforçavam o transtorno. Técnicas comportamentais, como Sistema de Pontos, *Time-out* e Treino em Habilidades Sociais, também foram utilizadas. Ademais, foi necessário criar técnicas lúdicas, com brinquedos e desenhos, tendo em vista que a paciente ainda não sabia ler e escrever. Sendo assim, após o atendimento psicológico, foi possível notar uma melhora significativa em seu quadro: a criança não exige mais a companhia freqüente dos pais, dorme sozinha em seu quarto, é assídua na escola, e, quando deseja, dorme na casa de amigas.

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO EM CRIANÇAS: RELATO DE UM CASO CLÍNICO.

Camila Martiny (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ), Bernard Rangé (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: transtorno obsessivo compulsivo, crianças, psicoterapia cognitivo-comportamental.

O transtorno obsessivo compulsivo infantil (TOC), assim como em adultos, caracteriza-se pela presença de obsessões e compulsões. Obsessões são pensamentos ou imagens indesejáveis, recorrentes e intrusivas que causam um aumento no nível de ansiedade em quem as experimenta. Compulsões são comportamentos ou rituais mentais que são utilizados para reduzir o grau de ansiedade ocasionado pelas obsessões. Também podem ser observados os comportamentos de esquiva, onde o indivíduo trataria de evitar situações que poderiam desencadear as obsessões, com o intuito de não entrar em contato com o estímulo ansiogênico. Em crianças, com frequência o aparecimento de comportamentos compulsivos antecede o início das obsessões. Outras características fundamentais para o diagnóstico do TOC são: que tais obsessões e compulsões devem consumir mais de uma hora por dia, interferindo na rotina do indivíduo; ou causando prejuízo em alguma área de sua vida; não sendo decorrentes do uso de substâncias; e, sendo percebidas como irracionais e excessivas. No caso do TOC infantil esta última característica não é levada em consideração. Deve-se atentar para o fato de que comportamentos ritualísticos, repetitivos e supersticiosos são comuns em determinadas fases do desenvolvimento infantil, e não devem ser confundidos com os sintomas do transtorno obsessivo compulsivo. Para o diagnóstico efetivo do TOC, faz-se necessária a ocorrência de prejuízo nas atividades e no desenvolvimento da criança. A prevalência deste transtorno em crianças e adolescentes é de 1 a 2,3%. A partir de tais dados, este trabalho tem como finalidade apresentar o caso de N., 9 anos, sexo feminino, portadora do transtorno obsessivo compulsivo, paciente da Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ sob a supervisão do Prof. Dr. Bernard Rangé. N. foi trazida a DPA por sua mãe, que relatou que a menina possuía obsessões, compulsões e uma série de comportamentos evitativos. N. tinha medo de contaminar-se com substâncias venenosas, de acontecer algo de ruim com a sua mãe, e costumava fazer perguntas para se assegurar de que nada de ruim iria lhe ocorrer. A meta do tratamento foi obter a remissão total dos sintomas obsessivos compulsivos de N. Para isso, foram utilizadas: psicoeducação, orientação aos pais, exposição e prevenção de resposta, modelação, e também se faz necessário mencionar que para o sucesso do tratamento foi fundamental o estabelecimento de uma boa relação terapêutica com a criança. Com a terapia foi atingida a meta estabelecida, e a cliente teve remissão completa dos sintomas.

ORIENTAÇÃO DE PAIS: ESTRATÉGIAS E DESAFIOS SOB O ENFOQUE DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Nívea Maria Machado de Melo, Ana Cristina Barros da Cunha, Bernard Pimentel Rangé.
(Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental; orientação de pais, crianças.

As relações familiares têm influência importante sobre o bem estar físico, psicológico, social e econômico das crianças. Estudos epidemiológicos atuais indicam que fatores de risco familiares influem significativamente no desenvolvimento infantil. Não há preparação dos responsáveis para a adoção de práticas educativas adequadas na criação dos filhos. Estes pais acabam por usar a modelação social (tanto com membros da própria família, quanto com o ambiente cultural) e o ensaio e erro durante a experiência de criar os próprios filhos. Neste contexto, os pais experimentam muitas vezes intensos sentimentos de culpa e inadequação. A punição física é amplamente utilizada, por falta de conhecimento de outras técnicas disciplinares aliada à falta de diálogo familiar. A grande procura por atendimento psicológico para problemas de crianças e jovens torna relevantes intervenções visando diminuir o sofrimento destes, além de prevenir e atenuar prejuízos posteriores, pois também é grande a procura de atendimento psicológico por adultos que claramente iniciaram seus problemas na infância e tiveram manutenção e/ou piora posterior. As intervenções familiares possíveis, sejam preventivas ou terapêuticas, podem ser as mais diversas. Envolve desde a simples orientação aos pais sobre o manejo da criança, baseadas em propostas psicoeducacionais com uso de biblioterapia, por exemplo, quanto, no caso de famílias com fatores de risco adicionais, terapia presencial através de técnicas como a reestruturação cognitiva, treino de habilidades sociais, manipulação dos estados de humor, habilidades de enfrentamento de estresse, assertividade, manejo da raiva, além de outras estratégias para lidar com as cognições, sentimentos e comportamentos dos cuidadores e/ou da criança. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pressupõe que a forma como a pessoa interpreta as situações (pensamentos, cognições) irá influenciar o modo como se sente (sentimentos, emoções) e como age no mundo (comportamentos). A TCC caracteriza-se por utilizar um modelo colaborativo, possuir uma duração mais curta, ser objetiva e estruturada, focar os problemas atuais, encorajar a autodescoberta e a experimentação, buscar aproveitar habilidades subutilizadas e incorporar novas habilidades no repertório do paciente. O presente trabalho objetiva apresentar algumas estratégias da TCC para orientação de pais, tais como: a) utilização constante de reforço dos comportamentos adequados, b) escuta espelhada para ajudar a criança a lidar com os próprios sentimentos, c) técnicas para melhorar a comunicação entre os membros da família, d) trabalho com assertividade, e) contratos, f) sistema de pontos, g) direitos, deveres e regras para toda a família e outras. A TCC também trabalha com a orientação sobre a utilização de punições brandas quando necessário, em lugar da punição física e gritos, tais quais: time-out (castigo), repreensão, ignorar ativamente, retirada de privilégios e outras. Ao longo do trabalho serão apresentados exemplos de casos clínicos atendidos na Divisão de Psicologia Aplicada Prof.^a Isabel Adrados do Instituto de Psicologia da UFRJ, sob supervisão do prof. Bernard Rangé, envolvendo crianças e suas famílias, onde a orientação de pais foi utilizada e alguns desafios foram encontrados.

ATUALIZAÇÕES SOBRE O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: CARACTERÍSTICAS DE UM MESMO ESPECTRO

Coordenadora: Isabela D. Soares (UFRJ)

COLECIONISMO PATOLÓGICO: AVALIAÇÃO CLÍNICA E PSICOMÉTRICA.

Isabela D. Soares (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ); Leonardo F. Fontenelle (Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro [IPUB/UFRJ], Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense [UFF], Rio de Janeiro, RJ); Bernard Range (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo, colecionismo patológico, avaliação.

O colecionismo patológico é definido como aquisição e incapacidade de descartar posses de pouca utilidade ou valor para os outros. No colecionismo patológico, (1) os espaços livres tornam-se desordenados a ponto de impedir o uso e as atividades normais para os quais foram criados e (2) o estresse e a disfunção resultantes da acumulação são clinicamente significativos (com problemas de saúde, conflito com familiares, isolamento social, despejo, incêndio, morte). Neste trabalho, nosso objetivo geral foi o de avaliar o colecionismo patológico do ponto de vista clínico e psicométrico em três estudos. No estudo 1, descrevemos os procedimentos envolvidos na validação da versão brasileira do Inventário de Colecionismo-Revisado (IC-R), um instrumento elaborado com o intuito de mensurar a gravidade do comportamento colecionador em diferentes populações, i.e. pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e indivíduos da comunidade. No estudo 2, avaliamos o impacto do colecionismo patológico e de outros sintomas obsessivo-compulsivos sobre diferentes aspectos da qualidade de vida de pacientes com TOC, segundo o *Short-Form Health Survey-36* (SF-36). No estudo 3, descrevemos a relação entre a empatia, mensurada através do Índice de Reatividade Interpessoal (IRI), o colecionismo patológico e demais sintomas obsessivo-compulsivos em pacientes com TOC. Para alcançar estes objetivos, 65 pacientes com TOC e 70 indivíduos da comunidade foram avaliados com a Entrevista Clínica Estruturada para Diagnóstico DSM-IV (SCID), o IC-R, o SF-36, o IRI, o Inventário Obsessivo-Compulsivo-Revisado (OCI-R), o Inventário de Depressão de Beck (IDB) e o Inventário Ansiedade de Beck (IAB). De acordo com o estudo 1, a versão brasileira do IC-R demonstrou excelente consistência interna, fidedignidade teste reteste e validade convergente, especialmente em pacientes com TOC. Os escores do IC-R correlacionaram-se significativamente com a gravidade de sintomas depressivos e ansiosos comórbidos. No estudo 2, o colecionismo patológico associou-se a um prejuízo significativo dos aspectos sociais da qualidade de vida em pacientes com TOC. No entanto, os sintomas comórbidos, especialmente depressivos, foram os principais determinantes de reduções da qualidade de vida nestes indivíduos. Finalmente, no estudo 3, a gravidade do colecionismo correlacionou-se com a preocupação empática, com a fantasia e o desconforto pessoal em pacientes com TOC. No entanto, somente a fantasia não dependeu da gravidade dos sintomas depressivos e ansiosos comórbidos. Nossos achados sugerem que o colecionismo patológico é um constructo mensurável e que está associado a padrões diferenciados de qualidade de vida e reatividade interpessoal, mas também que a gravidade de sintomas psiquiátricos comórbidos afeta de maneira significativa as variáveis em tela.

ASPECTOS NEUROPSICOLÓGICOS DOS PACIENTES COM TOC COM PREDOMÍNIO DE SINTOMAS DE VERIFICAÇÃO E ASPECTOS COGNITIVOS RELACIONADOS.

Manuela Borges (Centro de Neuropsicologia Aplicada; Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro [IBUP/UFRJ], Rio de Janeiro, RJ); Leonardo F. Fontenelle (Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro [IPUB/UFRJ], Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense [UFF], Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: neuropsicologia; transtorno obsessivo-compulsivo; checagem.

O perfil neuropsicológico dos pacientes com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) tem sido estudado e valorizado, pois revela características importantes sobre a heterogeneidade deste transtorno, fornecendo informações sobre características preditoras de resposta ao tratamento, clarificando funções cognitivas preservadas ou comprometidas, indicando a classe de sintoma e as possíveis funções relativas comprometidas, dentre outras possibilidades. A classe dos verificadores tem sido bastante estudada, revelando achados interessantes e, muitas vezes, contraditórios, pois exemplifica a diversidade na sintomatologia do TOC. Serão apresentadas as possíveis explicações, com base na neuropsicologia e na terapia cognitivo-comportamental, a respeito da origem destes sintomas (verificação). Alguns autores sugerem três possíveis explicações para a checagem compulsiva: primeiro, os checadores podem falhar em codificar ou reter vestígios mnêmicos de ações que eles realizaram (hipótese da memória para ações deficitária); segundo, os checadores podem caracterizar-se por um déficit na monitoração da realidade - o processo no qual uma pessoa determina se uma memória é originada da percepção ou da imaginação (estes pacientes podem ter dificuldade em determinar quando um indício mnêmico deve ser atribuído a uma ação realizada ou a uma ação imaginada, ao invés de ter dificuldade em reter este indício); ou, finalmente, os checadores podem apresentar uma falta de confiança em sua habilidade para discriminar memórias do que foi feito, de memórias do que foi apenas imaginado. Uma hipótese alternativa para o déficit mnêmico verificado em diversas pesquisas seria a de que os pacientes obsessivo-compulsivos apresentariam um déficit mnêmico apenas em relação a estímulos e atividades considerados ameaçadores por eles, explicação que leva em conta aspectos cognitivos significativos (como as distorções cognitivas). A presença de distorções cognitivas e crenças (centrais e intermediárias) extremamente arraigadas fazem o trabalho da terapia cognitiva ser de extrema importância no tratamento destes pacientes, principalmente no que tange ao questionamento socrático, ao teste de realidade (busca de evidências) e ao manejo da ansiedade. Este aspecto da ansiedade é abordado, inicialmente, no tratamento, durante a fase de psicoeducação do transtorno. Para a generalização dos ganhos da terapia, é importante enfatizar com o paciente, seu engajamento e disponibilidade para enfrentar seus medos, com o auxílio do terapeuta (e na ausência dele). A falta de confiança nele próprio e a crença de responsabilidade (aumentada), presentes principalmente nos pacientes com sintomas compulsivos de checagem, devem ser abordadas em terapia para que maiores ganhos sejam alcançados. A hipótese do déficit mnêmico, nos checadores, associado apenas a estímulos considerados ameaçadores, precisa ser trabalhada a partir da visão comportamental (condicionamento) e cognitiva (busca de evidências).

CRENÇAS SOBRE RESPONSABILIDADE E MANUTENÇÃO DO TOC

André Luiz dos Santos Pereira, Bernard Rangé (Programa de Pós-Graduação em Psicologia / UFRJ – RIO DE JANEIRO– RJ)

Palavras-chave: transtorno obsessivo-compulsivo; crença; responsabilidade.

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é um transtorno de ansiedade que exerce uma influência importante na qualidade de vida das pessoas portadoras desta doença. Indivíduos que sofrem de transtorno obsessivo compulsivo experimentam pensamentos, imagens e impulsos que são intrusivos, estressantes e inaceitáveis para os mesmos. Entretanto, estes tipos de pensamentos intrusivos sobre possíveis danos a si mesmos ou a outras pessoas não se restringem aos indivíduos que sofrem de TOC, sendo considerado um fenômeno universal. Os aspectos cognitivos importantes que facilitam o desenvolvimento do transtorno são as interpretações das pessoas sobre o fato de ter estes tipos de pensamentos. Em geral, suas interpretações geram desconforto emocional e favorecem a emissão de comportamentos de neutralização. As crenças sobre responsabilidade exercem papel importante na manutenção do transtorno. Algumas pessoas com TOC acreditam que qualquer influência sobre determinada situação fazem com que sejam responsáveis pelas conseqüências da mesma. Sendo assim, qualquer pensamento intrusivo deve ser bem avaliado, pois caso o pior aconteça, será responsabilidade da pessoa que previu ou pensou sobre aquela hipótese. Uma das dificuldades causadas por este tipo de pensamentos em pessoas com obsessões, é que estas, com freqüência, antevêm uma séria de possíveis problemas, o que as levam a ter que evita-los de alguma forma. Em alguns momentos, não podem nem se permitir não pensar em tais eventos, já que isso significaria deliberadamente não fazer nada para impedir que futuras catástrofes acontecessem, reforçando a idéia de responsabilidade. A decisão de não emitir uma determinada resposta que poderia ter evitado a conseqüência aversiva faz com que a pessoa se sinta um agente ativo, causador daquela conseqüência. Desta maneira, os comportamentos de neutralização (checagem, lavagem etc) funcionarão para diminuir o desconforto causado por tais pensamentos e crenças de responsabilidade, reforçando negativamente todo este processo. Em suma, os pensamentos intrusivos associados às crenças de responsabilidade exercem um papel importante na manutenção do TOC, já que continuamente estas pessoas monitoram o ambiente em busca de possíveis fontes de perigos e diversos pensamentos catastróficos são percebidos. Muitas vezes as conseqüências antecipadas são muito pouco prováveis, porém, o resultado temido é extremamente aversivo para que a pessoa escolha não fazer nada a seu respeito. Desta maneira, são emitidos os comportamentos de segurança, ritualísticos, que para os sujeitos com TOC evitarão que no futuro venham a se sentir responsáveis por qualquer tragédia ou problema grave.

SÍNDROME DE REFERÊNCIA OLFATÓRIA E TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM MESMO ESPECTRO?

Angélica Prazeres Lopes (Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro - IPUB-UFRJ - RIO DE JANEIRO-RJ), Leonardo F. Fontenelle (Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro [IPUB/UFRJ], Instituto de Saúde da Comunidade, Universidade Federal Fluminense [UFF], Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: síndrome de referência olfatória; transtorno obsessivo-compulsivo.

A Síndrome de Referência Olfatória (SRO) foi definida como uma condição psiquiátrica caracterizada por uma preocupação persistente com odores de corpo, tais como cheiros que vem das mãos, pés, áreas genitais e boca (mau hálito), acompanhado por sentimentos de vergonha, embaraço, aflição significativa, comportamentos evitativos e por isolamento social. Alguns pacientes relatam sentir o odor desagradável que sai de seu próprio corpo e que este odor incomoda as outras pessoas a ponto delas fazerem comentários negativos a respeito do cheiro. O nível de insight desses pacientes é pobre, sendo comum uma falta de crítica a respeito dos sintomas. Essas convicções rígidas do portador da SRO podem gerar grandes prejuízos em sua vida social e profissional, principalmente devido ao isolamento. Atualmente, a SRO não está descrita dentre as categorias diagnósticas do DSM-IV. A sintomatologia principal da SRO pode ser vista em outros transtornos como esquizofrenia, transtorno dismórfico corporal, transtorno obsessivo-compulsivo, ansiedade social e Taijin kyofusho (mais típico em culturas asiáticas). Apesar dos sintomas da SRO serem observados em outros transtornos, alguns autores defendem a idéia de definir critérios diagnósticos específicos para SRO, já que esta pode ocorrer isoladamente, sem a manifestação de outros sintomas. Ainda não há um consenso sobre a definição diagnóstica desta síndrome.

A característica mais evidente da SRO é o medo excessivo e irracional de estar exalando algum odor desagradável. Este medo irracional se assemelha muito às obsessões, típicas do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). E a preocupação com o odor e a higiene exagerada leva esses pacientes a apresentarem comportamentos excessivos que visam a eliminação do odor, como tomar vários banhos ao dia, mudar sua roupa e escovar os dentes com maior frequência do que a usual e, por exemplo, a manter um ritual para alimentar-se, além do retraimento social. Tais comportamentos assemelham-se as compulsões e evitações, também características do TOC. Algumas características fenomenológicas e neurobiológicas, tais como resposta a inibidores de recaptção de serotonina (SSRIS), reforçam a idéia de que a SRO é parte do espectro obsessivo-compulsivo e portanto, apresentariam características sobrepostas. Poucos estudos investigaram formas de tratamentos eficazes para a síndrome de referência olfatória. Partindo da idéia de que a SRO faz parte do espectro obsessivo-compulsivo a linha de tratamento psicoterápico mais adequada seria a de abordagem cognitivo-comportamental, onde as metas principais de atuação estariam focadas na modificação das crenças supervalorizadas e no monitoramento dos comportamentos excessivos e evitativos apresentados pelo paciente.

STRESS OCUPACIONAL EM PROFISSIONAIS BRASILEIROS

Coordenadora: Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ)

O ESTRESSE OCUPACIONAL EM PSICÓLOGOS CLÍNICOS BRASILEIROS

Juliana Furtado D'Augustin, Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: stress ocupacional, psicólogos clínicos, orientação teórica.

O estresse tem sido alvo de muitas pesquisas atualmente no mundo inteiro por ser responsável por diversas doenças físicas e psicológicas. No que se refere à profissão, muito se tem encontrado sobre as conseqüências negativas do estresse ocupacional. Sobre o trabalho em psicologia, vários estudos apontam para uma vulnerabilidade maior ao estresse e seus efeitos devido a uma série de fatores relacionados à profissão, entre eles, o contato direto com dificuldades e sofrimento dos pacientes. A partir dessas constatações, foi realizado um estudo para avaliar o nível de estresse e suas fontes mais presentes em psicólogos clínicos brasileiros, de diferentes orientações teóricas. Foi utilizado um questionário sócio-demográfico com informações sobre o sexo, tempo de experiência, orientação teórica e o número de atividades exercidas. Para a avaliação do nível estresse foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Foi também construído um questionário do tipo Likert, de 57 itens, baseado nas fontes de estresse do psicólogo clínico fornecido pela literatura, o Questionário de Situações Clínicas Estressantes (QSCE). Os questionários foram distribuídos em eventos científicos de psicologia ou encaminhados a instituições através de colaboradores. Os dados foram digitados em planilha Excel e avaliados no pacote estatístico SPSS. A amostra foi composta de 69 psicólogos clínicos, de ambos os sexos e faixa etária distintas, divididos entre três grupos de orientações teóricas, Cognitivo-Comportamental, Psicanalista e Humanista, provenientes de sete estados brasileiros. A medida de estresse revelou que, dos 69 participantes, 29 se encontravam na fase de resistência. A comparação do nível de estresse entre as abordagens mostrou uma tendência maior por parte dos psicólogos cognitivo-comportamentais em apresentarem estresse, apesar dessa diferença não ter sido significativa estatisticamente. Em relação às situações estressantes na profissão, a necessidade de uma série de habilidades pessoais no exercício do trabalho, a sobrecarga de trabalho e o sistema de cuidados da saúde mental obtiveram os escores mais altos. Verificou-se também que os psicólogos de abordagem cognitivo-comportamental revelaram situações estressantes com maior freqüência do que os das abordagens psicanalítica e humanista. Embora essa superioridade tenha sido significativa estatisticamente apenas em relação aos humanistas. Os resultados do estudo mostram, de uma maneira geral, que o trabalho do psicólogo clínico é estressante e que a sobrecarga de trabalho, a desorganização do sistema de saúde e as demandas de habilidades pessoais constituem as principais fontes de estresse dessa amostra. No entanto, há aspectos positivos no exercício da profissão como a capacidade em ajudar as pessoas, fornecendo satisfação pessoal. Cabe ao profissional tentar balancear as necessidades da profissão com as necessidades pessoais, procurando desenvolver estratégias de enfrentamento que possam amenizar o impacto de tantas atribulações. É válido ressaltar o tamanho reduzido da amostra, portanto deve-se ter cautela na generalização dos resultados. Entretanto, pôde-se observar o grande impacto dessa profissão, o que indica a necessidade de mais estudos com uma amostra significativa.

STRESS OCUPACIONAL E SUAS IMPLICAÇÕES EM OPERADORES DE TELEMARKETING

Brígida Sá Lima da Silva, Alessandra Aparecida do Nascimento Gomes, Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ).

Palavras-chave: stress ocupacional, operadores de telemarketing, qualidade de vida.

O telemarketing vem sendo considerado um meio eficaz de promoção de vendas e está em expansão, merecendo uma atenção especial quanto às condições de trabalho e conseqüências da atividade para o ser humano. O contato contínuo com o público e as metas a cumprir, exigem controle emocional e habilidades sociais. Tais exigências, somadas a outras específicas da função, podem contribuir como fontes de stress caso o indivíduo não tenha as habilidades requeridas para o desempenho da função ou não tenha estratégias de manejo do stress. O termo Stress Ocupacional se refere a uma resposta do organismo com componentes físicos e emocionais frente às necessidades do trabalho que não estão de acordo com as capacidades, recursos e necessidades do trabalhador. O presente estudo teve como objetivo avaliar o nível de stress e a qualidade de vida de Operadores de Telemarketing de uma microempresa da área de vendas de computadores e suprimentos. Participaram da pesquisa seis Operadores de Telemarketing, com idade variando de 25 a 36 anos, os quais responderam aos seguintes instrumentos: Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário de Qualidade de Vida (IQV) e um Questionário Informativo desenvolvido pelas autoras. De acordo com os resultados levantados, verificou-se que a metade (3) da amostra estava estressada na fase de resistência. Nesta fase o organismo utiliza toda energia adaptativa para se reequilibrar devido ao desgaste relativo à primeira fase do stress (alerta), logo a pessoa apresenta cansaço, dificuldade com a memória, dúvidas quanto a si próprio, diminuição da libido, dentre outros sintomas que podem comprometer o desempenho profissional e a qualidade de vida. Dentre os três não estressados, dois também apresentavam sintomas psicológicos dessa fase. No Inventário de Qualidade de vida verificou-se que os seis participantes apresentaram fracasso na área da saúde e cinco na área profissional. Na área social todos revelaram sucesso e na afetiva dois demonstraram fracasso. Quanto aos estressores relatados as situações mais apontadas foram problemas com o produto, ou seja, falta do produto ou problemas com a entrega dos mesmos, o que, no caso específico, dependia de outra empresa para a qual prestavam serviço. Tal questão revela falta de controle da tarefa. Concluiu-se que, metade da amostra estava estressada na fase de resistência, fase do stress preocupante devido a trazer prejuízos para o desempenho profissional e dessa forma podendo fazer parte de um círculo vicioso, onde os problemas ocupacionais geram stress e este gera mais problemas ocupacionais. O prejuízo na área profissional verificado pelo IQV, parece estar associado a esse círculo vicioso, o que pode estar contribuindo para a alta rotatividade no setor. O fato de todos revelarem fracasso na área da saúde pode relacionar-se ao stress, o que necessitaria investigação mais detalhada. O sucesso na área social demonstra que estão conseguindo preservar essa área e que devem utilizar as relações sociais para buscar equilíbrio. Devido ao pequeno número de profissionais avaliados, sugerem-se novas investigações com maior número de operadores, que incluam a averiguação dos estressores específicos da função.

MÉDICOS DA ATENÇÃO BÁSICA DE PARACAMBI: AVALIAÇÃO DE *STRESS* E CONDIÇÕES DE EMPREGO RELATADAS

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

Palavras-chave: *stress*; estressores; médicos.

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem voltado o olhar para o processo de trabalho dos profissionais de saúde, a fim de que este não promova sofrimento e desgaste, mas sim bem-estar. O presente estudo objetivou investigar a saúde de médicos atuantes na Atenção Básica do município de Paracambi/RJ, tendo o *stress* e as condições de trabalho, relatadas por estes, como eixos de análise. Trata-se de uma pesquisa em andamento, sendo que até o momento avaliou-se 10 médicos, oito (80%) homens e duas (20%) mulheres, de diversas especialidades, que corresponde a 38,5% da população de médicos atuantes nos 17 Postos de Saúde do município de Paracambi/RJ. O trabalho final envolverá a avaliação de todos os 26 profissionais médicos locais. Os 10 participantes foram submetidos ao Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), a um Questionário Informativo e ao Questionário sobre Estresse no Local de Trabalho (QELT), o qual é composto de cinco itens, mas dos quais apenas o item “Condições de Emprego” foi, nesse momento, considerado. A faixa etária dos participantes variou de 30 a 40 anos, sendo seis (60%) casados, dois (20%) solteiros e dois (20%) separados/divorciados. Quanto ao vínculo profissional, 10 eram cooperativados. No que se refere à carga horária na Atenção Básica, cinco (50%) atuavam mais do que 20 horas por semana. Observou-se quatro (40%) médicos estressados na fase de Resistência e seis (60%) sem *stress*. Considerando as condições negativas de emprego relatadas, seis (60%) informaram não poder tirar dias de folga quando desejam e oito (80%) não saber se as qualificações profissionais serão válidas em cinco anos. Já quanto às condições positivas de trabalho relatadas, os 10 (100%) disseram poder determinar quando necessitam de uma pausa, conhecer seus horários de trabalho com mais de um mês de antecedência e sentir-se seguros no trabalho; cinco (50%) relataram poder determinar o horário em que começam e param de trabalhar e oito (80%) ter boas perspectivas para o desenvolvimento na carreira. Conclui-se que o nível de *stress* até agora identificado entre os médicos desse estudo (40%) está um pouco acima da média da população brasileira (35%), conforme estudos realizados. O nível de *stress* desses médicos é preocupante, pois pode interferir negativamente em sua vida pessoal e em seu desempenho profissional. Quanto às condições de trabalho, pode-se supor que os médicos da amostra estudada sentem-se seguros no emprego e possuem certa flexibilidade em relação a seu trabalho, o que não se verifica quanto à escolha das folgas, que pode dever-se à sobrecarga de pacientes atendidos. Não saberem se as qualificações profissionais serão válidas em cinco anos parece relacionado às exigências cada vez maiores na formação médica e à competitividade no mercado de trabalho. As condições negativas de trabalho podem estar influenciando no nível de *stress* encontrado. Espera-se com o estudo em andamento, colaborar para melhorias, tanto relativas à qualidade de vida dos profissionais analisados, quanto ao atendimento aos clientes. O estudo completo, com todos os profissionais, poderá oferecer dados mais amplos e consistentes.

Apoio: Capes

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR: NÍVEL DE *STRESS* E ESTRESSORES OCUPACIONAIS.

Tama Souza Santos, Lucia Emmanoel Novaes Malagris (Universidade Federal do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ).

Palavras-chave: assistência domiciliar, *stress*, estressores ocupacionais.

O *stress* ocupacional cresceu bastante na atualidade, atingindo também os profissionais de saúde. Certamente, no âmbito da assistência domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS) encontram-se fatores específicos que funcionam como estressores. A assistência domiciliar (do inglês, *home care*) consiste em procedimentos hospitalares realizados na casa do paciente, através de equipe interprofissional. Esta modalidade de atenção à saúde procura otimizar o uso dos leitos hospitalares e os custos da atenção, além de focar o atendimento humanizado. O presente estudo visou identificar o nível de *stress* e os estressores ocupacionais dos profissionais de saúde da assistência domiciliar que atuam no SUS, na cidade do Rio de Janeiro. Esta pesquisa é parte de um projeto de mestrado mais amplo que investiga também estratégias de enfrentamento do *stress* ocupacional no grupo estudado. Para a mensuração do nível de *stress* foi utilizado o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL). Os estressores ocupacionais foram levantados através do Questionário de Estressores Ocupacionais, elaborado especificamente para a população em questão. Este instrumento foi feito da seguinte maneira: foi solicitado a oito profissionais da área que listassem livremente as circunstâncias que julgavam estressoras no seu trabalho. A partir destas listas, a pesquisadora organizou os itens que compuseram o instrumento. De 90 participantes, 23 (26%) já passaram pela coleta de dados, o que permite divulgar um resultado parcial. Do grupo consultado, 14 (61%) estavam estressados. Destes, 11 (79%) se encontravam na fase de resistência e 3 (21%) na fase de quase exaustão. Quanto aos estressores ocupacionais, os dois mais votados foram “atuar em áreas de alto risco de violência urbana” (23 votos – 100%) e “falta ou precariedade de meio de transporte” (19 votos – 83%). O primeiro foi considerado como o fator mais estressante de todos por 11 (48%) dos participantes, enquanto 12 (52%) dos participantes julgaram outros fatores como o mais estressantes. Por terem de se locomover até o domicílio do paciente para prestar os serviços de saúde, é compreensível que enfrentar falta ou precariedade de meio de transporte para tal, se configure em um dos estressores ocupacionais mais perturbadores para esta categoria. Além disso, o trabalho realizado essencialmente em percurso pela cidade e de encontro a moradias muitas vezes instaladas em locais com alto índice de violência, faz com que os profissionais experimentem a ameaça à suas vidas, de modo unânime, como o maior estressor ocupacional a que estão expostos. Logo, a escassez de recursos e determinantes sociais parecem contribuir para o *stress* ocupacional dos profissionais de saúde que atuam na assistência domiciliar do SUS. Espera-se que esta pesquisa possa ajudar no desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade de vida dos profissionais e usuários dos serviços de atenção domiciliar.

PRÁTICAS EM TERAPIA DO ESQUEMA.

Coordenadora: Eliane Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

TERAPIA DO ESQUEMA: AMPLIANDO OS LIMITES DA TERAPIA COGNITIVA.

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

A terapia do esquema (TE) surgiu como uma ampliação da terapia cognitiva no tratamento de indivíduos com transtorno de personalidade (TP). Diferencia-se da terapia cognitiva tradicional pelo seu foco nas reações emocionais (memórias emocionais), bem como no papel da relação terapêutica como um agente de mudança, onde, através da confrontação empática e do reparentamento, o terapeuta ajuda o paciente a resgatar as suas necessidades emocionais não atendidas e a perceber a relação entre os seus esquemas e o seu estilo de interação. A TE tem sido apontada como uma alternativa ao tratamento cognitivo comportamental tradicional de pacientes difíceis, os quais costumam não aderir aos procedimentos de reestruturação cognitiva, solução de problemas, tarefas de auto-ajuda etc., utilizados no manejo de emoções negativas, assim como de pensamentos e comportamentos disfuncionais. A focalização na mudança constitui uma ameaça para os indivíduos com TP, que tendem a resistir fortemente aos procedimentos de intervenção, sabotando a terapia de várias formas. A TE parte do princípio de que os indivíduos com transtornos de personalidade possuem esquemas iniciais desadaptativos extremamente rígidos e resistentes à mudança, construídos na infância e fortalecidos no desenvolvimento. Tais esquemas, que tinham uma função adaptativa no início da vida, são mantidos na idade adulta de forma desadaptativa. Para evitá-los, o indivíduo constrói estilos de enfrentamento, os quais se tornam perpetuadores dos esquemas, quais sejam: rendição, evitação e supercompensação do esquema. A T.E. tem como objetivo ajudar o paciente a identificar os seus principais esquemas desadaptativos, bem como os seus estilos de enfrentamento, nas suas experiências atuais, relacionando-os com suas experiências infantis. Tal identificação permite ao paciente compreender melhor as suas reações que o impedem de funcionar de modo saudável em sua vida. Através de procedimentos cognitivos, experienciais e comportamentais, ele conseguirá enfrentar os seus esquemas de forma adaptativa. Serão apresentados, nesse trabalho, os principais fundamentos da T.E., nos quais se incluem as cinco categorias denominadas de domínios do esquema: desconexão e rejeição; autonomia e desempenho prejudicados; limites prejudicados; orientação para o outro e supervigilância e inibição, que abrangem os 18 esquemas iniciais desadaptativos: Abandono / Instabilidade; Desconfiança / Abuso; Privação Emocional; Defectividade / Vergonha; Isolamento social / Alienação; Dependência / Incompetência; Vulnerabilidade a Danos e Doenças; Emaranhamento / Self Subdesenvolvido; Fracasso; Merecimento / Grandiosidade; Autocontrole / Autodisciplina Insuficientes; Subjugação; Auto-Sacrifício; Busca de Aprovação / Busca de Reconhecimento; Negatividade / Pessimismo; Inibição Emocional; Padrões Inflexíveis e Caráter Punitivo). Os 14 modos de esquemas, identificados no atendimento de pacientes com transtorno borderline e narcisista de personalidade, e fundamentais para manejar com a resistência desses pacientes, também serão mencionados. Posteriormente, pretende-se descrever as etapas da avaliação para a identificação dos esquemas relacionados aos problemas do paciente e de sua construção, assim como a conceituação de caso.

A CONCEITUAÇÃO COGNITIVA DE UM CASO CLÍNICO BASEADO NA TERAPIA DO ESQUEMA.

karla Brando Netto (Clínica Particular, Rio de Janeiro, RJ); Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: conceituação, terapia do esquema, transtorno de personalidade paranóide.

O presente trabalho descreve a fase de conceituação cognitiva baseada na Terapia do Esquema. A paciente, uma mulher de 37 anos, divorciada, procurou tratamento psicológico para tratar de sua depressão e intensa ansiedade. Suas queixas iniciais demarcavam dificuldades de relacionamento no trabalho, com sua mãe e seus amigos. Estas dificuldades pareciam associar-se a um tema recorrente: forte crença de ser humilhada ou abusada pelos outros, levando-a a comportar-se de forma defensiva e agressiva, com conseqüente prejuízo social. Durante muito tempo sua maneira de relacionar-se fez com que esta se tornasse cada vez mais isolada. Por achar que as pessoas não eram confiáveis, passou a evitar relações mais próximas. Este comportamento de isolamento também faz parte de um conjunto de estratégias que visam minimizar a vergonha e humilhação, uma vez que a paciente acredita ser inadequada, imperfeita e insuficiente. A intervenção baseou-se inicialmente na terapia cognitiva padrão. Entretanto, diante da dificuldade da paciente em aderir aos procedimentos cognitivos comportamentais, optou-se pelo tratamento baseado na terapia do esquema. Os procedimentos adotados para a conceituação do caso incluíram: entrevistas para a identificação de esquemas relacionados aos seus principais problemas; o Questionário do Esquema de Young; o Questionário de Familiares de Young; técnicas de imagem. Através da técnica de imagem, a paciente era colocada em contato com as suas emoções relacionadas aos seus principais esquemas. Entretanto, em razão de esta resistir fortemente às suas imagens mentais como forma de evitar emoções, os procedimentos experienciais limitaram-se a primeira etapa da técnica, que consiste apenas em imaginar-se em um lugar seguro. A paciente também não conseguiu aderir a esta técnica. A utilização do recurso de fotografia para facilitação da imagem mental também não foi bem sucedida. Diante do insucesso na identificação dos esquemas através das técnicas experienciais, a investigação tomou como base: 1) os dados de seus problemas presentes, em que foram listados os vários contextos interpessoais que geravam intensa emoção; 2) os dados de sua história familiar, em que os seus esquemas eram inferidos a partir de experiências infantis aflitivas; 3) os dados dos questionários. Assim, os Esquemas Iniciais Desadaptativos principais identificados nesta paciente incluíram: Desconfiança / Abuso; Abandono / Instabilidade; Fracasso; Privação Emocional; Defecitividade / Vergonha; Padrões Inflexíveis e Inibição Emocional. A partir desses dados, a paciente foi gradativamente tomando conhecimento dos seus esquemas ativados e de seus estilos de enfrentamento, a partir das experiências aflitivas que eram levadas para o consultório. A leitura de livros explicativos ajudou na compreensão das reações emocionais da paciente. A partir daí foi então possível ajudar a paciente a relacionar os seus esquemas individuais aos problemas atuais de sua vida. A partir da identificação de seus estilos de enfrentamento, bem como das subseqüentes ligações feitas entre os problemas atuais, as emoções, os esquemas ativados e as experiências infantis, a paciente passou a manifestar maior autoconsciência de suas manifestações emocionais negativas, bem como de suas reações disfuncionais frente às outras pessoas.

O TRABALHO COM OS MODOS NA TERAPIA DO ESQUEMA EM UM CASO DE TRANSTORNO BORDERLINE DE PERSONALIDADE

Priscila Tenenbaum Tyszler (Clínica Particular, Rio de Janeiro, RJ); Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Terapia do Esquema; conceituação cognitiva; transtorno borderline de personalidade.

O objetivo deste trabalho é apresentar os procedimentos de avaliação e tratamento, com base na terapia do esquema, bem como na avaliação e mudança dos modos do esquema, em paciente com transtorno de personalidade *borderline*. Uma estudante universitária de 22 anos com quadro depressivo grave e recorrente, abuso de álcool, tentativas de suicídio e comportamentos de automutilação, procurou tratamento após haver tentado suicídio. Através da avaliação de sua história de vida e de seu diagnóstico, verificou-se que o tratamento mais indicado seria a Terapia do Esquema. A terapia foi dividida em quatro etapas. Na primeira, foi feita uma tentativa, sem sucesso, de conceituação de caso e de estratégias cognitivo-comportamentais para a redução da depressão e dos pensamentos suicidas. Na segunda fase foram identificadas origens de seus esquemas, principalmente durante a infância, na relação com figuras importantes. Nesta investigação, verificou-se que a mãe apresenta um quadro de depressão maior e, durante a infância da paciente, requeria muito sua ajuda e seu suporte. Seu pai viajava muito. A ausência dos pais na atenção às suas necessidades primárias sugeriram a existência de um esquema de Abandono. As freqüentes solicitações egocêntricas da mãe indicavam os esquemas de Privação Emocional e de Auto-sacrifício. As técnicas experienciais revelaram memórias traumáticas da paciente, a qual presenciava muitas brigas físicas em casa e temia ser agredida também. Na terceira etapa foram exploradas evidências racionais na compreensão e manutenção do esquema, além da forma de enfrentamento de cada esquema (rendição, compensação e evitação). A paciente vinha apresentando episódios de automutilação e após um episódio grave, no qual a terapeuta foi chamada à sua casa, iniciou-se a quarta etapa do trabalho, que focalizou a identificação dos modos. Este trabalho ajudou a paciente a perceber os motivos pelos quais se automutilava. Ela começou a identificar quando se comportava em cada modo e que prejuízos isso poderia acarretar. Os modos encontrados foram “A Criança Vulnerável”, a “Criança impulsiva”, o “Pai punitivo”, “O protetor distante”. Os recursos de avaliação utilizados para a identificação dos esquemas foram o *Questionário de Historia de Vida* do Lazaros, o *Questionário do Esquema* do Young, *Questionário de Familiares* de Young e técnicas de imagem, entre outros. Os esquemas mais relevantes encontrados foram Auto-Sacrifício, Abandono e Padrões Inflexíveis. As intervenções utilizadas para avaliação e modificação dos esquemas incluíram: técnicas de imagem, reparentamento limitado, reestruturação cognitiva do esquema, cartão do esquema, entre outras. Embora o tratamento ainda esteja em curso, algumas mudanças já foram identificadas, tais como: depressão moderada sem risco de suicídio, manutenção das atividades diárias, expressão adequada das próprias necessidades, redução dos episódios de automutilação e melhora no relacionamento afetivo (começou a namorar).

A TERAPIA DO ESQUEMA EM UM CASO DE UMA PACIENTE EVITATIVA

Gabriela Malamut (Clínica particular, Rio de Janeiro, RJ); Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras chave: terapia do esquema, resistência, conceituação cognitiva.

O trabalho apresenta os procedimentos de avaliação e intervenção de um caso de uma paciente com depressão grave, que iniciou tratamento cognitivo-comportamental tradicional. Inicialmente o trabalho focalizou-se nas técnicas de reestruturação cognitiva dos pensamentos negativos e distorcidos da paciente, além da recuperação das atividades que deixara de executar em função de seu estado de humor comprometido. Com a melhora dos sintomas depressivos (avaliados através do Inventário Beck de depressão e através dos relatos nas sessões), a paciente conseguiu restabelecer sua vida de uma forma mais saudável, embora fosse possível observar que esta ainda precisava de recursos para ser mais funcional em situações interpessoais. Assim, embora inicialmente a paciente tenha se beneficiado significativamente com o trabalho focado em tal abordagem, observou-se que, no decorrer da terapia, ocorreu uma estagnação em relação à melhora desta, em um momento onde alguns de seus padrões comportamentais ainda geravam muitos comprometimentos em sua vida. Após a análise do problema de resistência em progredir na terapia, viu-se a necessidade de iniciar um trabalho que fosse auxiliar na compreensão e melhora dos problemas ainda existentes da paciente, no caso, a terapia do esquema. Esta abordagem visa, entre outras coisas, compreender o desenvolvimento de certos padrões de comportamentos / pensamentos (chamados esquemas) decorrentes de nossas experiências infantis com outros significativos, além de tornar consciente a forma que lidamos com tais esquemas. V., 45 anos, com nível superior completo, casada, procurou terapia após desencadear um quadro depressivo em decorrência do falecimento de sua avó. As principais queixas estavam relacionadas ao fato de não se sentir amada, apoiada e compreendida pelos pais e marido, além de relatar muita dificuldade em se expressar. Queixava-se também de não conseguir pensar em objetivos para a vida e de apresentar dificuldades significativas em engajar-se em atividades que demandavam responsabilidade. Os recursos de avaliação utilizados foram o *Questionário de História de vida* (Lazarus), o *Questionário de Esquemas* (Young), o *Questionário de Familiares* (Young), o *Inventário de Habilidades Sociais* (Del Prette, Z.,A.,P. e Del Prette, A.), o *Inventário de Depressão* de Beck e técnicas de imagem. Os principais esquemas identificados foram os de privação emocional, defectividade e vergonha, abandono e fracasso. Foram utilizadas as técnicas da reestruturação dos esquemas, da cadeira vazia, da carta aos significativos, do cartão dos esquemas, entre outras. Observou-se até então uma melhora na adesão ao tratamento, remissão dos sintomas depressivos, engajamento em atividades, conscientização dos próprios comportamentos e melhora na expressão de sentimentos e pensamentos. Em relação aos seus esquemas, V. consegue enfrenta-los e relata maior conforto e domínio em situações onde percebe que tais esquemas poderiam ser ativados.

FOBIAS ESPECÍFICAS

Coordenador: Rafael Thomaz da Costa (Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

FOBIA ESPECÍFICA – COMO O MEDO PODE TE DOMINAR: UM CASO CLÍNICO.

Fernanda Pereira Salomão (Instituto de Psicologia, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Bernard Pimentel Rangé (Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, UFRJ, RJ).

Palavras-chave: fobia específica, terapia cognitivo-comportamental, caso clínico.

Fobias Específicas são medos intensos, irracionais, restritos a objetos ou situações que não representam perigo imediato. Embora, haja um reconhecimento da irracionalidade do medo é comum que este seja evitado. Medo e Fobia não são iguais, ou seja, sentir medo numa forma adaptativa nos ajuda a encarar ou não as situações que a vida nos impõe. Assim, mesmo sentindo medo a pessoa consegue enfrentar, ela supera a situação. Porém no caso de uma fobia específica, ocorre uma evitação e fuga da situação temida, o que acaba interferindo na vida diária de quem a possui já que se expressa numa forma desadaptativa, incapacitando o portador em determinadas atividades por ele realizado. Assim, diante do objeto ou situação temida, as reações fisiológicas e comportamentais que os fóbicos demonstram impedem que os sintomas desapareçam, justamente porque acabam reforçando o medo. Estas reações são aprendidas, seja por experiências próprias (condicionamento clássico) ou pela observação. O objetivo desse estudo é apresentar um caso clínico de fobia específica de barata que foi atendido da Divisão de Psicologia da UFRJ, supervisionado pelo professor Bernard Rangé. D. é uma mulher de 45 anos, com formação em ensino superior e trabalha na área administrativa de uma empresa privada. Em sua avaliação inicial foi diagnosticada fobia específica, sem comorbidades psiquiátricas e informou que não fazia uso de medicamentos. Relatou que sempre teve muito medo de barata desde sua infância e que este foi aumentando com o passar dos anos. Antes do tratamento D. não conseguia controlar seu medo o que a colocava em situações de risco, pois quando era exposta ao estímulo aversivo (barata viva) sua única reação era a de fugir em direção contrária dela. Numa situação relatada, D. quase foi atropelada porque a barata estava na calçada e pra fugir foi em direção a rua. Além disso, D. não conseguia ficar próxima a nenhum estímulo que lembrasse uma barata de verdade, como por exemplo, imagens, anúncios publicitários chegando ao extremo de não conseguir passar no corredor do supermercado onde produtos para matar insetos e outros estão a mostra. A terapia teve como meta, fazer a paciente entrar em contato com o estímulo aversivo até que o nível de ansiedade ficasse baixo. Assim, a paciente foi aprendendo uma nova forma de controlar o seu medo e na sua vida diária passou a enfrentá-lo. O tratamento decorreu da seguinte forma: primeiro foi feita uma psicoeducação do transtorno, apresentação do modelo cognitivo e da ansiedade, construção de uma hierarquia, exposição imaginária e real, e técnicas de relaxamento (muscular progressivo) e treino respiratório. O grau de desconforto diante das situações aversivas era avaliado a partir da escala SUDs (*Subjective Units of Discomfort* - 0-10). À medida que seguiam as exposições a paciente enfrentava o seu medo e já ao final do tratamento, ela já conseguia ficar próxima de uma barata e até matá-la se necessário. Os resultados deste caso foram satisfatórios, visto que se reduziu de forma significativa a ansiedade e as situações ansiogênicas evitadas. É relevante lembrar que, para o sucesso da terapia houve uma boa relação terapêutica e a participação ativa da paciente, pois sem isso o andamento do tratamento poderia ser dificultado.

FOBIA ESPECÍFICA - QUANDO O MEDO É INCAPACITANTE: UM CASO CLÍNICO.

Kamilla Pacheco Junior. (Instituto de Psicologia, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Bernard Pimentel Rangé (Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, UFRJ, RJ).

Palavras-chave: fobia específica, terapia cognitivo-comportamental, caso clínico.

A fobia específica é um medo persistente e excessivo restrito a um objeto ou situação que não representa uma ameaça iminente de fato. Esse intenso grau de medo resulta no desejo recorrente de evitar a situação fóbica, embora muitas das vezes os pacientes reconheçam que o medo experienciado é irracional. Apesar de ser o medo algo adaptativo, quando vivenciado de forma patológica, torna-se incapacitante e desadaptativo por interferir diretamente nas atividades diárias dos pacientes. Os portadores de fobia simples se não vivenciam ou antecipam a situação fóbica não apresentam sintomas fisiológicos de ansiedade. No entanto, diante do objeto ou situação temida, reagem ao medo, fisiológica, comportamental e subjetivamente, o que impede que os sintomas desapareçam. Embora a causa das fobias não seja conhecida, elas são geralmente vistas como medos aprendidos, adquiridos através de condicionamento direto ou indireto, ou pela transmissão de informações. Por haver uma linha tênue entre o medo adaptativo e a fobia, determinar a frequência das fobias e calculá-la de forma precisa é difícil, mesmo porque muitas pessoas não relatam serem fóbicas. O intuito do presente estudo é apresentar o caso clínico de uma mulher de 28 anos, atendida na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ sob a supervisão do Professor Bernard Range. Diante de uma avaliação detalhada constatou-se que a mesma não tinha comorbidade psiquiátrica ou fazia uso de medicamento. Seu nível de escolaridade era o terceiro grau completo e trabalhava como auxiliar administrativa de uma empresa privada. Desde a adolescência a paciente sofria com uma fobia de lacraias, o que vinha prejudicando sua vida e os sintomas fóbicos tornavam-se cada vez mais desadaptativos; além de estar modelando em seu companheiro o medo de lacraias. A terapia teve como meta ajudar a paciente a entrar em contato de forma gradual e repetidamente com o objeto fóbico e permanecer em contato com este até que o desconforto começasse a ceder. A exposição visava quebrar os círculos viciosos que mantinham os sintomas e os comportamentos evitativos e facilitar o novo aprendizado, pois assim como o medo é aprendido, ele também pode sofrer um contra-condicionamento através de um novo modo de funcionamento frente ao objeto fóbico. Para tanto foram utilizadas as seguintes técnicas: representações gráficas do modelo cognitivo da ansiedade, psicoeducação, hierarquia graduada, testes comportamentais, exposição imaginária e real, esta última com o auxílio de vídeos, relaxamento muscular progressivo, treino respiratório, distração. O grau de desconforto diante das situações ansiogênicas era avaliado pela escala SUDs (*Subjective Units of Discomfort* - 0-10). Os resultados obtidos com o tratamento foram satisfatórios, melhorando a qualidade de vida da paciente por não ter mais que evitar tantas situações por temor de encontrar uma lacraia e não saber como lidar diante desta. Houve melhora em seus relacionamentos interpessoais e o aumento de seu senso de auto-eficácia frente ao objeto anteriormente temido. Importante enfatizar a total aderência da paciente ao tratamento e a aliança terapêutica sólida como fatores determinantes para o sucesso do processo terapêutico.

FOBIAS ESPECÍFICAS DO TIPO SITUACIONAL E AMBIENTAL EM ADULTO (ALTURA E TÚNEIS): UM RELATO DE TRATAMENTO EFETIVO COM TCC.

Nívea Maria Machado de Melo (Instituto de Psicologia, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Bernard Pimentel Rangé (Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, UFRJ, RJ).

Palavras-chave: fobia situacional, terapia cognitivo-comportamental, caso clínico, diagnóstico diferencial.

A fobia específica se caracteriza por: a) medo acentuado e persistente, excessivo ou irracional, pela presença ou antecipação de um objeto ou situação fóbica (*no caso lugares altos e túneis*); b) em adultos a exposição ao estímulo fóbico provoca geralmente uma resposta de ansiedade que pode ser ataque de pânico ligado ou predisposto pela situação; c) o adulto reconhece que o medo é excessivo ou irracional; d) a situação fóbica é evitada ou suportada com intensa ansiedade ou sofrimento; e) a esquiva, antecipação ansiosa ou sofrimento nas situações temidas interferem significativamente na rotina normal, no funcionamento acadêmico ou atividades ou relacionamentos sociais, ou ainda, existe acentuado sofrimento acerca de se ter a fobia (*no caso, a não opção por bom emprego em local alto, a dificuldade na adoção de seu filho por evitar passar na ponte RJ-Niterói, intenso sofrimento ou evitação de visitas sociais ou trabalho em andares altos*); f) a ansiedade, os ataques de pânico ou a esquiva fóbica associados ao objeto ou situação específicos não são mais bem explicados por outro transtorno mental (*no caso, diagnóstico diferencial para pânico e agorafobia*). O início dos sintomas das fobias específicas do tipo situacional tende a ser bimodal, com um pico na infância e outro na metade da faixa dos 20 anos, caso da nossa paciente. Os fatores predisponentes podem ser eventos traumáticos, ataques de pânico na situação futuramente temida, observação de outros sofrendo traumas ou demonstrando temor, transmissões de informações, por exemplo, alertas parentais recorrentes e os objetos ou situações realmente podem ou puderam representar ameaça em algum momento da história humana (*no caso, perda de ente querido por suicídio jogando-se de altura e quase perda de parente por igual causa, além de passar mal durante turbulência em viagem aérea*). Este trabalho objetiva apresentar caso clínico de uma paciente de 45 anos, atendida na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ sob a supervisão do Professor Bernard Rangé, cujo foco principal de tratamento foi a fobia de altura e túneis, embora também tivesse tratado outras questões e mencionado, porém não estabelecido como meta, a fobia de avião originada por evento traumático em viagem anterior. As metas da terapia (passar em túneis, principalmente no Rebouças, estar em lugares altos em ocasiões sociais sem sentir-se mal e conseguir passar na ponte RJ-Niterói para tratar da adoção do filho), foram alcançadas e para tanto se utilizaram as seguintes técnicas: reestruturação cognitiva através de RDPD, psicoeducação, relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática, exposição imaginária e ao vivo, habituação, além de treino em assertividade, reatribuição, treino em resolução de problemas e técnicas específicas para outras questões. O tratamento realizado apresentou resultados satisfatórios, melhorando a qualidade de vida da paciente. Não só conseguiu adotar seu filho, como também transita sem problemas por túneis, pela ponte RJ-Niterói e consegue estar em lugares altos sem apresentar desconforto.

FOBIA DE VOAR: TRATAMENTO POR REALIDADE VIRTUAL.

Rafael Thomaz da Costa (Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Antonio Egidio Nardi (Laboratório de Pânico e Respiração, IPUB, UFRJ, RJ).

Palavras-chave: medo de voar, realidade virtual, exposição.

Fobia de voar é um transtorno de grande incidência e impacto de forma igualitária em toda população. Estima-se que 10-20% da população dos EUA sofram com medo de voar. Entre os que conseguem voar, cerca de 20% faz uso de álcool ou sedativos para lidar com os sintomas decorrentes do medo de voar. Este transtorno impede um número significativo de pessoas de corresponder de forma satisfatória à exigência imposta pela vida moderna de deslocamentos geográficos rápidos. Além disso, as companhias aéreas e forças armadas têm prejuízos financeiros de bilhões de dólares. O medo de voar é classificado pelo DSM-IV como fobia específica e listado como um possível sintoma agorafóbico. É definido como um medo intenso e persistente de voar, o qual aumenta quando o indivíduo fóbico antecipa ou é exposto aos estímulos associados a voar, sendo que este medo é reconhecido como excessivo ou injustificado. O indivíduo pode evitar voar ou fazê-lo experimentando intensa ansiedade ou sofrimento. Estudos recentes mostram que cerca da metade destes indivíduos fóbicos preenchem os critérios para fobia simples, enquanto que a outra metade seriam agorafóbicos, com ou sem transtorno de pânico. Os transtornos ansiosos têm sido tratados com eficácia perante intervenções da terapia cognitivo-comportamental, como dessensibilização sistemática, exposição imaginária e exposição ao vivo, reduzindo de forma significativa ou extinguindo os sintomas fóbicos. Entretanto, alguns pacientes podem apresentar dificuldades para evocar mentalmente uma cena ansiogênica ou expressar uma forte aversão às situações reais, o que dificulta as exposições ao vivo. Tendo em vista estas limitações, o uso de realidade virtual para os exercícios de exposição pode ser como uma viável alternativa de tratamento. A terapia com exposição conduz a estruturas de memória novas e mais neutras, as quais se sobrepõem às anteriores que provocavam a ansiedade fóbica. A partir de um senso de presença o estímulo virtual pode provocar reações fisiológicas, psíquicas e corporais, podendo facilitar o processo de habituação. Assim como a abordagem tradicional, a terapia por realidade virtual baseia-se no princípio da exposição, mas a exposição ao vivo pode ser, em determinadas condições, inviável, perigosa ou até mesmo cara. A realidade virtual tem melhor custo-benefício e pode criar em segundos e em um espaço físico reduzido, com um satisfatório senso de presença, as mais diversas situações ansiogênicas em segundos. O gráfico, os sons e outros estímulos sensoriais criam um “mundo” com o qual o sujeito interage. A partir de escalas, inventários, questionários e exames padronizados pode-se graduar e avaliar a evolução dos sintomas fisiológicos e psicológicos. Estudos controlados apontam para a eficácia da terapia por realidade virtual para fóbicos para voar com ou sem psicoeducação ou terapia cognitivo-comportamental padrão. Apesar de serem necessários mais estudos acerca deste tema, de fato, a realidade virtual é uma possibilidade de intervenção eficaz no tratamento de fóbicos para voar, em especial se combinado com a psicoeducação sobre aviação, o questionamento socrático e o treino em relaxamento/ inoculação do estresse.

TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS: PERSPECTIVAS E INTERVENÇÕES

Coordenadora: Dra. Mônica Portella (Professora PUC-RJ; CPAF-RJ).

ESQUEMAS DISFUNCIONAIS SUBJACENTES AO COMPORTAMENTO NÃO ASSERTIVO

Érica de Lana (CPAF-RJ); Betânia Marques Dutra (CPAF-RJ); Hebe Goldfeld (CPAF-RJ); Jussara de Oliveira Fonsseca (CPAF-RJ); Vanuza Francischetto (CPAF-RJ); Mônica Portella (Professora PUC-RIO; CPAF-RJ) e Luciana Azevedo (Mestranda pela UNIRIO).

Palavras-chave: assertividade, esquemas disfuncionais, terapia do esquema.

Na prática clínica, muitas vezes iremos encontrar clientes que, além de suas demandas iniciais as mais variadas, irão queixar-se de dificuldades no trato social, evidenciando muitas vezes a existência de déficits em habilidades de interação social; mais presentemente, eles irão demonstrar falta de assertividade. Por exemplo, poderão relatar dificuldades em defender os próprios direitos, em dizer não, em fazer pedidos onde há conflitos de interesses, etc. Desta forma, ao longo do tratamento psicoterápico, poderá ser administrado um treinamento em habilidades sociais. No treinamento, o paciente é instruído acerca de seus direitos assertivos, é informado sobre as técnicas verbais e não-verbais e treinado nos comportamentos socialmente habilidosos, através de técnicas de desempenho como o *role-play*. Esta ação será eficaz na medida em que aumenta o repertório de comportamentos tidos como socialmente habilidosos, mas, com alguns pacientes, o treinamento parecerá insuficiente para que o comportamento assertivo efetivamente se estabeleça no seu ambiente natural. Assim, num certo ponto do tratamento, o paciente já treinado pode continuar apresentando dificuldades interpessoais determinadas pela falta de assertividade. Daí deve-se orientar a atuação terapêutica para a investigação acerca da existência de crenças ou esquemas disfuncionais que possam estar tornando o comportamento assertivo difícil e desconfortável para o paciente. Este trabalho tem como objetivo iniciar uma discussão teórica acerca da influência dessas crenças negativas e dos esquemas disfuncionais no comportamento não-assertivo, onde eles seriam tidos como mantenedores das dificuldades de asserção, mesmo quando o treinamento em habilidades sociais foi administrado. Apresenta-se em seguida uma sinopse do que será apresentado na mesa redonda. Sugere-se, a partir de uma revisão da literatura, que os Esquemas pertencentes aos Domínios Autonomia e desempenho prejudicados e Orientação para o outro parecem contribuir para as dificuldades de asserção. Este estudo, tendo como base o modelo cognitivo proposto por Beck em articulação com a teoria dos esquemas apresentada por Young, sugere que as crenças negativas ou disfuncionais sobre si mesmo e sobre o próprio comportamento – e aí se incluem os comportamentos sociais – geram pensamentos automáticos de fracasso e medo, trazendo um conteúdo emocional que acaba por paralisar o comportamento assertivo. Diante disso, surgirá a necessidade de se ir além do treinamento em habilidades de interação social, ou seja, será preciso aprofundar algumas questões em terapia, procurando elucidar o significado tanto das dificuldades como do comportamento assertivo em si. Clarificando as crenças ou esquemas negativos subjacentes, será necessário, também, promover o questionamento dos mesmos. Como resultado dessa discussão, temos que, numa abordagem cognitivo-comportamental, a terapia do esquema pode ser uma boa aliada do treinamento em habilidades sociais nos casos de inaptidão assertiva. Espera-se que esta discussão ainda inicial possa fomentar o interesse de estudiosos e profissionais da área, para que mais pesquisas sobre o tema possam ser realizadas, a fim de ampliar ou de refutar as idéias aqui apresentadas, com o intuito maior de desenvolver a ciência da Psicologia.

FALANDO EM PÚBLICO COM DESENVOLTURA: UMA PROPOSTA DE TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS.

Mônica Portella (Pós-doutoranda PUC-Rio. Professora licenciada da UNESA. – Rio de Janeiro - RJ); Luciana Azevedo (Mestranda pela UNIRIO); Érica de Lana (CPAF-RJ); Betânia Marques Dutra (CPAF-RJ); Hebe Goldfeld (CPAF-RJ); Jussara de Oliveira Fonseca (CPAF-RJ); Vanuza Francisquetto (CPAF-RJ).

Palavras-chave: habilidades sociais, comunicação, falar em público.

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

TRANSTORNO ERÉTIL MASCULINO E TREINAMENTO EM HABILIDADE SOCIAL

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

Palavras-chave: disfunção erétil, treinamento em habilidade social.

Transtorno Erétil Masculino é uma incapacidade persistente ou recorrente de obter ou manter uma ereção adequada até a conclusão da atividade sexual. Indivíduos com este transtorno apresentam acentuado sofrimento ou dificuldade interpessoal. Existem diferentes padrões de disfunção erétil. Neste caso clínico o indivíduo apresentou uma disfunção adquirida, ou seja, desenvolvida depois de um período de funcionamento normal, causando um grande desconforto e medo de se relacionar. O objetivo do presente trabalho foi verificar se a Terapia Cognitiva Comportamental pode ser aplicada como instrumento para uma melhor performance no tratamento da disfunção erétil secundária, ajudando a melhorar também a sua timidez, ansiedade, dificuldades emocionais e habilidades sociais. O paciente era do sexo masculino, com 34 anos, morava com os pais, desempregado (na ocasião), terceiro grau completo. Depois de ter parado de beber a alguns anos, passou a apresentar dificuldades de ereção e controle das emoções, apresentando comportamento agressivo em diversas situações sociais. O paciente relatou ainda dificuldades de conciliar o sono devido a constantes pesadelos. Através da avaliação cognitivo-comportamental também foi constatado que o paciente apresentava traços persecutórios e relutância em interagir com pessoas fora do meio familiar por medo de não saber lidar com situações que envolviam relacionamentos, ficando acentuadamente ansioso diante de situações novas. Foram realizadas vinte e quatro sessões ao longo de seis meses de tratamento, uma sessão por semana, com uma hora de duração. Após o levantamento das queixas, aplicação do questionário de esquemas de Young (forma curta) e Inventário de Habilidades Sociais Del Prette foi feito um plano de tratamento. Foram empregadas durante o tratamento estratégias cognitivo-comportamentais para ajudar a melhorar o contato interpessoal e enfrentamento de situações novas. Desta forma, durante a intervenção terapêutica foram utilizadas estratégias de registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, treinamento em habilidades sociais, planejamento e monitoramento de atividades, role-play e treinamento em soluções de problemas e treinamento de habilidades sexuais conforme respostas positivas a terapia. Destaca-se a importância das tarefas de casa, em especial o registros de pensamentos diários, que ajudaram a aumentar a adesão do paciente ao tratamento e também o treinamento em habilidades sociais, que substancialmente ajudou o paciente a melhorar suas relações interpessoais e possibilitou a realizações das relações sexuais sem desconforto. Conclui-se que através da Terapia Cognitiva Comportamental e o Treinamento em Habilidade Social o paciente apresentou uma melhora significativa de suas queixas, ou seja, da disfunção erétil, timidez, ansiedade e habilidades sociais.

É POSSÍVEL CORRELACIONAR OS ESQUEMAS INICIAIS DESADAPTATIVOS COM OS DIREITOS ASSERTIVOS?

Betânia Marques Dutra (CPAF-RJ); Luciana Azevedo (UNIRIO); Érica de Lana (CPAF-RJ); Hebe Goldfeld (CPAF-RJ); Jussara de Oliveira Fonseca (CAPF-RJ); Vanuza Francischetto (CPAF-RJ) e Mônica Portella (Professora PUC-RJ; CPAF-RJ)

Palavras-chave: esquemas iniciais desadaptativos, direitos assertivos.

Os estudos sobre os esquemas e os direitos assertivos têm se mostrado bastante relevante para a prática clínica. Os esquemas estão relacionados aos níveis mais profundos de cognição, são estáveis e duradouros, se desenvolvem durante a infância, são elaborados ao longo da vida e são disfuncionais em um grau significativo, servindo como modelos para o processamento da experiência posterior. A ativação de determinados esquemas resulta na tendência de o indivíduo se enxergar e interpretar a própria experiência de maneira desfavorável. Os Direitos Humanos Assertivos aqui apresentados propõe a responsabilidade do indivíduo por si mesmo e define os limites práticos do que os outros podem esperar dele através dos direitos de: I. Julgar seu próprio comportamento, pensamentos e emoções, e de assumir a responsabilidade pela iniciação e consequências dos mesmos; II. Não oferecer razões ou desculpas para justificar seu comportamento; III. Julgar se é responsável para encontrar soluções para os problemas alheios; IV. Mudar de opinião; V. Cometer erros – e de ser responsável por eles; VI. Dizer: “Não sei”; VII. Ser independente da boa vontade dos outros, antes de se relacionar com eles; VIII. Ser ilógico nas suas decisões; IX. Dizer: “Eu não compreendo”; X. Dizer: “Não me importo”. Quando esquemas desadaptativos são acionados o indivíduo pode não responder segundo os seus direitos assertivos, e mesmo sendo levado a desenvolver habilidades assertivas continua respondendo não assertivamente. Esta falta de habilidade para exercer os direitos pode ter consequências em diversas áreas da vida do indivíduo, como no âmbito familiar, profissional e social. Assim, estudos relacionados aos esquemas e direitos assertivos podem vir a contribuir para a reestruturação cognitiva e conseqüentemente ao indivíduo responder assertivamente, bem como contribuir para o tratamento de uma variedade de transtornos com sério comprometimento das relações interpessoais tanto no âmbito familiar, profissional e social. Em virtude do exposto, o presente estudo trata-se de um projeto de pesquisa que tem por objetivo avaliar: 1) Se podemos considerar que determinados esquemas seriam explicações para a dificuldade em exercer certos direitos assertivos. 2) Se todas as pessoas que têm dificuldades de exercer seus Direitos Assertivos apresentam esquemas desadaptativos. 3) É possível correlacionar esquemas com os Direitos Assertivos. Para tal serão utilizados os seguintes instrumentos: questionário de esquemas de Young (forma curta) e questionários com os direitos assertivos onde será assinalado o direito assertivo de maior dificuldade para exercer no dia-a-dia. Tem-se como hipótese que determinados direitos assertivos são difíceis de serem exercidos em função de esquemas específicos relacionados a eles. É possível que resultados parciais ou conclusivos sejam expostos no período da apresentação.

AVALIAÇÃO, TRATAMENTO E HABILIDADES SOCIAIS NO ESPECTRO AUTISTA

Coordenador: Maurício Canton Bastos – CPAF-RJ

AVALIAÇÃO E RE-HABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA NA SÍNDROME DE ASPERGER.

Helenice Charchat Fichman (UERJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: neuropsicologia, *Asperger*, avaliação.

As características diagnósticas fundamentais da Síndrome de Asperger consistem em um prejuízo na capacidade de interação social e presença de comportamentos e interesses restritos, repetitivos e estereotipados. O presente trabalho tem como objetivo demonstrar a utilização da avaliação e re-habilitação neuropsicológica como ferramentas auxiliares no diagnóstico e tratamento da Síndrome de Asperger. A avaliação neuropsicológica é um exame clínico que tem como finalidade caracterizar o funcionamento cognitivo e sua interface com a organização cerebral. Na Síndrome de Asperger visa auxiliar no diagnóstico diferencial com outros transtornos neuropsiquiátricos (autismo de alta habilidade, fobia social, depressão, etc); explicar a relação do funcionamento cognitivo-comportamental atual e a história de desenvolvimento psicomotor e de maturação cerebral. A avaliação neuropsicológica consiste na realização de uma entrevista semi-estruturada com os pais, escola e o próprio paciente; aplicação de escalas, atividades lúdicas para observação livre e testes neuropsicológicos padronizados e normatizados. Os resultados são interpretados e é descrito um perfil neuropsicológico que será utilizado para diagnóstico e orientação de um programa de re-habilitação cognitiva. Existem algumas hipóteses que explicam a Síndrome de Asperger como um atraso no desenvolvimento do sistema sensorio-motor que prejudica a capacidade de observação e imitação consciente do ambiente gerando secundariamente uma dificuldade de se colocar e interpretar a posição do outro (teoria da mente). Outra hipótese explicativa é um déficit no sistema cerebral motivacional que envolve a amígdala e hipocampo. Esta teoria argumenta que os pacientes teriam uma menor capacidade de julgar a relevância de estímulos reforçadores, assim o ambiente social seria menos interessante e menos observado. Secundariamente ao déficit de interação social e da comunicação não-verbal, os pacientes apresentariam um atraso na maturação do lobo frontal gerando disfunção executiva, redução da capacidade de processamento na memória de trabalho, pensamento concreto, dificuldade de interpretação de regras sociais, desorganização do discurso oral e escrito, bem como aumento ou redução significativa da latência de iniciação de comportamentos voluntários, atenção hiperseletiva e inflexibilidade do pensamento e atividades. A re-habilitação neuropsicológica é uma intervenção clínica que combina estratégias de avaliação e tratamento da neuropsicologia, psicologia cognitiva e psicoterapia cognitivo-comportamental. Na síndrome de Asperger se utiliza estratégias para estimulação da organização e flexibilidade do pensamento e comportamentos restritos; planejamento e monitorização de comportamentos complexos; observação e interpretação do ambiente social; treinamento de habilidades sociais e de comportamento não verbal. As estratégias compensatórias envolvem reestruturação ambiental; psico-educação para pais e escola; desenvolvimento de um repertório comportamental mais adaptado à realidade que o paciente está inserido; maximizar altas habilidades para minimizar o efeito do déficit cognitivo e de interação social; criar ambientes junto aos pais e escola que facilitem a interface com pares.

CONTRIBUIÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA PARA O TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS.

Maurício Canton Bastos (CPAF-RJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: espectro autista, THS, desenvolvimento.

O espectro autista se refere a uma gama de transtornos de desenvolvimento que se caracterizam pela presença de um conjunto de sintomas que incluem prejuízos na socialização, na atividade imaginativa, nas habilidades de comunicação e características de repetitividade em interesses e comportamentos. Todos os transtornos envolvidos neste espectro envolvem dificuldades em avaliar e compreender a interação social, de modo mais ou menos evidente, dependendo do estágio de desenvolvimento do paciente e do grau de prejuízo intelectual que apresenta. O Treinamento em Habilidades Sociais (THS) é um campo amplo de investigações e procedimentos dentro da psicologia com interface que se estende à educação e à empresa. Uma questão importante no estudo das habilidades sociais é o modo como o tema é tratado: se da perspectiva analítica e estrutural ou da perspectiva do desenvolvimento. Da perspectiva analítica, tenta-se avaliar e analisar as diversas habilidades a partir de um recorte da população de habilidades em um determinado momento num grupo de indivíduos. Da perspectiva evolutiva ou desenvolvimentista, tentamos entender o desenvolvimento de habilidades como um processo construtivo em que umas sevem de andaimes e são modificadas por outras que se desenvolvem a partir delas. O objetivo deste trabalho é levantar observações a respeito do que autores dentro do campo do autismo têm apresentado em relação às características peculiares desta população, e contrapor tais contribuições ao que já se tem sistematizado a respeito do THS. Desta forma, pretendemos abordar pelo menos três fatores essenciais: 1 – o prejuízo na capacidade empática subjacente às dificuldades de compreensão e ajustamento social; 2 – as implicações de uma perspectiva de desenvolvimento para o modo como a capacidade empática é construída; 3 - o processo de construção das habilidades sociais a partir de uma perspectiva de desenvolvimento ajustada ao espectro autista. A capacidade empática representa o resultado de um desenvolvimento bem sucedido da teoria da mente, a partir da qual se é possível considerar o que se passa na mente do outro de modo a regular as próprias ações durante uma interação social. Esta habilidade permite a compreensão do funcionamento subjetivo do outro e o acoplamento bem ajustado na dança que se desenvolve através das interações sociais. Como tal, pressupõe um processo exitoso de diferenciação eu-outro que se desenvolve percorrendo estágios de desenvolvimento que se sucedem de modo construtivo na forma de andaimes que se sustentam. Assim, o desenvolvimento de habilidades sociais na população do espectro autista deve ser formulado de modo a contemplar as peculiaridades do estágio de desenvolvimento em que se encontra o indivíduo e o ritmo maturacional do mesmo, além de aspectos específicos que caracterizam o funcionamento autista.

CONTRIBUIÇÕES DO ESPECTRO AUTISTA PARA O ESTUDO DA EMPATIA.

Patrícia de Souza Barros (UERJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: empatia, autismo, habilidades sociais.

Desde as primeiras definições a respeito do autismo, as peculiaridades na sociabilidade foram tratadas como características essenciais desses indivíduos. Por esse motivo, grande parte dos estudos a respeito do espectro autista tem-se dedicado a investigar as principais características sociais desses indivíduos, bem como desenvolver estratégias que promovam seu aprimoramento. O impacto da inadequação social desses indivíduos inclui isolamento, baixa taxa de comportamentos prossociais, dificuldades na percepção e adequação dos comportamentos às regras sociais, além de comportamentos agressivos e opositivos. Levando em consideração uma visão multidimensional da empatia, o que inclui seus componentes cognitivo, afetivo e comportamental, pode-se sugerir que esta é uma habilidade sustentadora de grande parte das dificuldades enfrentadas por indivíduos com esses transtornos. Por esse motivo, a empatia vem sendo objeto de inúmeros estudos com portadores dessas desordens. Muitos deles buscam contemplar os componentes e mecanismos implícitos nas dificuldades empáticas desses indivíduos. As propostas teóricas sobre Teoria da Mente têm sustentado este componente cognitivo como central nas peculiaridades sociais destes indivíduos. Algumas delas sugerem que existe um atraso neste tipo de desenvolvimento, enquanto outros autores assumem a perspectiva de que essa seja uma inabilidade estável, inerente ao transtorno e permanente ao longo do tempo. Independente da perspectiva assumida, o fato é que grande parte dos dados empíricos têm sustentado que as deficiências em empatia, especialmente em seu componente cognitivo (ou na capacidade de reconhecer e inferir estados mentais alheios – Teoria da Mente), originam limitações importantes ao longo da infância, adolescência e durante a vida adulta. Estes estudos nos permitem concluir sobre a importância dessa habilidade como fundamental para vida social dos indivíduos e a comparação de crianças de desenvolvimento típico com crianças do espectro autista nos ajuda a ilustrar este fato. Como uma capacidade que nos permite a sobrevivência, a empatia (que nos auxilia a teorizar sobre as intenções alheias e agir em favor disso) tornou-se, então, uma habilidade preservada ao longo da evolução. Desse modo, o presente estudo tem por objetivo apresentar detalhadamente as principais dificuldades de crianças e adolescentes com transtornos do espectro autista no âmbito da empatia, apontando os mecanismos subjacentes a estas inabilidades e comparando-os aos indivíduos de desenvolvimento típico. Nesta comparação, discute-se a participação do desenvolvimento da teoria da mente no reconhecimento e na regulação das emoções, além dos processos cognitivos envolvidos na decodificação sócio-emocional e suas peculiaridades em indivíduos autistas. Através da revisão da literatura a respeito da empatia em indivíduos autistas torna-se possível, então, concluir sobre a importância do desenvolvimento desta habilidade na qualidade das interações e, até mesmo, sobre seu papel fundamental para sobrevivência em grupo. Esse estudo permite, ainda, levantar lacunas empíricas sobre o estudo da empatia em indivíduos desse espectro, fazendo desta investigação da literatura mais uma contribuição para o entendimento e a intervenção em habilidades sociais em crianças, adolescentes e adultos com as características do espectro do autismo.

PROPOSTA DE TRATAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS EM UM GRUPO DE JOVENS COM TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO.

Patricia Lorena (CPAF-RJ/UERJ), Maurício Canton Bastos (CPAF-RJ), Cynthia Schincaglia (CPAF-RJ), Patrícia de Souza Barros (UERJ).

Palavras-chave: habilidades sociais, desenvolvimento atípico.

As Habilidades Sociais podem ser desenvolvidas naturalmente durante todo o ciclo vital e em diversos contextos. Tais habilidades dizem respeito a comportamentos necessários a uma relação interpessoal bem-sucedida, conforme parâmetros típicos de cada contexto e cultura. O Treinamento em Habilidades Sociais consiste no ensino direto e sistemático de habilidades interpessoais com o propósito de aperfeiçoar a competência individual e interpessoal em situações sociais. Desta forma, os objetivos do presente trabalho foram: 1) avaliar a eficácia de técnicas de Treinamento em Habilidades Sociais no desenvolvimento e ampliação da interação social; 2) implementar uma proposta de tratamento através de vivências e técnicas de Treinamento em Habilidades Sociais com um grupo de jovens adultos portadores de desenvolvimento atípico de 18 a 34 anos que freqüentam uma instituição particular no RJ. Neste trabalho utilizamos a intervenção em grupo. Os objetivos atenderam os pressupostos de uma intervenção terciária e a forma de aplicação foi unicomponente. A proposta de plano de trabalho baseou-se em desenvolver etapas de avaliação e de intervenção. A avaliação foi realizada em três fases: (a) antes do tratamento (avaliação de necessidades), (b) durante o tratamento (avaliação de processo), (c) depois do tratamento (avaliação de resultados). A primeira fase foi constituída de dez encontros que ocorreram duas vezes por semana com uma hora e trinta minutos de duração. A fase correspondente à intervenção teve dez atendimentos, que ocorreram uma vez por semana com a mesma duração da avaliação. O Plano de Treinamento envolveu as seguintes etapas: Fase psico-educativa - slides com comportamentos adequados / inadequados; Fase de treinamento - role playing, desempenho de papel, vivências; Fase de treinamento semi-estruturado e Prática não-estruturada, conforme os seguintes eixos norteadores: estabelecer regras para convivência em grupo (princípios gerais de respeito mútuo, habilidades básicas, de reconhecimento afetivo e de civilidade), compartilhar experiências pessoais (habilidade de fazer amizades e de autocontrole), solucionar problemas em grupo (propiciar o desenvolvimento da habilidade de resolução de problemas, promovendo a troca de informações e a flexibilidade de pensamentos) e utilizar jogos cooperativos (capacidade assertiva). Ao final da intervenção realizamos uma avaliação do programa de treinamento. Concluímos que através desta proposta de intervenção junto a um grupo de jovens, mesmo diante das peculiaridades apresentadas pelo portador de necessidades especiais, foi possível oportunizar um trabalho em que o indivíduo esteja apto a exercer sua cidadania, adquirindo conhecimento e integrando-se de maneira satisfatória à sociedade, com melhora de sua qualidade de vida através do uso efetivo das Habilidades Sociais. Percebemos também a necessidade de, em próximo projeto, desenvolver o treinamento concomitante dos pais e a orientação diretiva dos professores que acompanham os participantes do grupo.

A PRÁTICA DA TCC NA CLÍNICA

Coordenadora: Márcia Lacerda

ASPECTOS COGNITIVO-AFETIVOS DE UM CASO CLÍNICO DE VAGINISMO

Jaqueline da Rocha Guimarães (UNIFOA; Centro de Saúde Santa Clara – Valença).

Palavras-chave: padrões inflexíveis; vaginismo; anorexia.

O presente trabalho vem expor o processo de intervenção que está sendo realizado com uma paciente de 34 anos, professora, depressiva, apresentando anorexia, tendo como esquema principal padrões inflexíveis, entre outros. Foi encaminhada pela Psiquiatra. Faz uso de antidepressivo. Apresentou efeitos colaterais à medicação no início do tratamento. Chegou ao consultório muito magra, pesando em torno de 37kg, suas calças nº 34 ficavam largas e não conseguia comer. Sua queixa inicial foi irritação vaginal, tipo candidíase, mas sua ginecologista afirma ser de fundo emocional - vaginismo. Tentou iniciar sua vida sexual aos 34 anos, mas não conseguiu por sentir uma dor insuportável; sua perna fica contraída da coxa até a vagina. Fica nervosa, não consegue relaxar. Seus sintomas apareciam todas às vezes que recebia o telefonema do amante – ficava tensa e apreensiva, sua vagina começava a ficar irritada e coçar, muitas vezes chegando a ferir-se. É a filha mais velha de três irmãos. Sua vida é integralmente direcionada ao outro chegando a se anular para satisfazer alguém. Extremamente ansiosa e exigente, não admitindo um erro se quer em sua vida. Faz tudo correndo. Totalmente metódica e uma mudança em seu cotidiano a desestabiliza. A mãe é muito rígida e conservadora. Quando criança não podia sair e nem receber seus amigos em casa – a mãe não admitia. Aceitava tudo que a mãe impunha sem contestar e esta sempre reforçou que casamento é péssimo e os homens não prestam. O pai é mais flexível e companheiro. Manteve relação extraconjugal até uns 5 anos atrás. Sempre foi considerada mais feia e sem jeito que a irmã, no colégio era apelidada de Olívia Palito... Até hoje tem poucos amigos e teve poucos relacionamentos íntimos. Não admitia que um homem mais velho sequer a olhasse, ficava nervosa querendo brigar. Afirma que se sentia com mal-estar, achava-os uns “velhos babões” que a estavam afrontando. Na entrevista inicial deixou bem claro que procurou terapia simplesmente pela irritação na vagina, pois não acredita no tratamento, pois já havia se submetido anteriormente sem muitos resultados, mas tentaria pois estava sofrendo muito com essa “inflamação”. Na segunda sessão apliquei o Inventário de Depressão de Beck, apresentou escore 38 – Depressão Grave. Iniciamos então, sua reestruturação cognitiva. Para casa, passava RPD e discutíamos durante a sessão. Para diminuir a ansiedade utilizamos a agenda e aos poucos conseguiu diminuir seu ritmo. Apliquei o Questionário de Esquemas de Young e começamos trabalhar suas crenças. Em relação ao vaginismo, sugeri as incontinências urinárias e até mesmo a masturbação, conseguindo realizar a primeira. Suas crenças estão se reestruturando de forma eficaz. Com o avanço da terapia e as mudanças ocorridas, está muito engajada e disposta a continuar.

TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE: UMA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Mariana Fernandes de Freitas (UNIFOA)

Palavras-chave: TDAH; tratamento; cognitivo-comportamental.

O presente trabalho descreve um caso clínico de transtorno déficit de atenção e hiperatividade infantil e seu tratamento sob o enfoque da psicoterapia cognitivo-comportamental. O paciente é um menino de 6 anos que está cursando a alfabetização e chega ao consultório encaminhado pela escola, para uma avaliação psicológica. As queixas principais são: dispersividade, inquietação, agitação, dificuldade de sustentar a atenção, irritabilidade e impulsividade. A descrição realizada envolve todo o processo de tratamento, desde as primeiras entrevistas com a criança, os pais e os profissionais da escola até os resultados finais obtidos. O tratamento se baseou em um trabalho multiprofissional. Houve o esforço conjunto da psicoterapeuta, da professora da criança e psicóloga escolar, assim como acompanhamento com um neuropsiquiatra infantil. Esses profissionais, junto com os pais da criança contribuíram também para que uma avaliação do caso, levantamento da hipótese diagnóstica e sua posterior confirmação pudessem ser realizados. Os dados para avaliação foram obtidos através de informações obtidas nas entrevistas, pelo uso de escalas padronizadas como SNAP IV, Escala de Conners e Escala de TDAH da Ana Beatriz Silva, além da observação do comportamento da criança durante as sessões. Após a hipótese diagnóstica ser confirmada foram introduzidas as técnicas e procedimentos de intervenção: orientação aos pais sobre o transtorno, as formas de lidar com ele e quais os objetivos e maneiras de utilizar as técnicas comportamentais em casa e em lugares públicos (quando possível); orientação à professora da criança e à psicóloga escolar sobre o transtorno e as formas de lidar com ele na escola, podendo incluir até mesmo modificações no ambiente; comunicação e troca de informações com a neuropsiquiatra infantil que iniciou um programa de tratamento medicamentoso com Ritalina (metilfenidato) de 10 mg que no início era para ser tomada todos os dias, e com a evolução do tratamento passaria a ser tomada em situações mais específicas, que exigissem mais tempo esforço mental; e psicoterapia com a criança. A psicoterapia consistiu em educar a criança sobre o seu transtorno e as maneiras de lidar com ele. A criança demonstrou desde o início, estar ciente das suas dificuldades, mas demonstrava-se ansiosa quanto aos resultados do tratamento, querendo muito “mudar”, mas com medo de não conseguir. Foram utilizadas técnicas cognitivas e comportamentais, como: reestruturação cognitiva, time-out, economia de fichas, modelagem, modelação, treino em relaxamento e reabilitação da atenção. À medida que resultados positivos foram sendo obtidos e mantidos, as sessões passaram a ser mais espaçadas, até o processo de alta do paciente. Alguns resultados obtidos durante o curso do tratamento que indicam a melhora significativa que a criança apresentou são: maior controle dos seus comportamentos, aprendendo a “pensar antes de agir”; maior capacidade de concentração nas atividades; diminuição das brigas em casa; aquisição do repertório de comportamentos desejáveis do sistema de fichas; maior tolerância às frustrações; maior uso pelos pais e professora de reforço ao invés de punição e aumento do desempenho escolar.

A IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE NUM CASO DE TOC INFANTIL, SOB O PRISMA DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL.

Márcia Maria Lacerda (UNIFOA)

Palavras-chave: ansiedade; obsessivo; modelação.

O presente trabalho se refere à intervenção psicoterapêutica do transtorno obsessivo compulsivo em uma criança sob o prisma da terapia cognitivo comportamental. Paulo (nome fictício), seis anos, residente na cidade de Piraí, foi encaminhado para atendimento psicológico, devido ao comportamento obsessivo de cuspir sem parar e ter medo de engolir a saliva por um período de três meses, visto que achava que uma mosca havia entrado em sua boca e que poderia se sufocar e morrer ao engolir a saliva. Quando alguma coisa caía no chão em sua casa, logo falava assustado que não poderia ser utilizado novamente. Seu comportamento e pensamento eram constantes e persistentes. É filho único e seu pai apresenta mania de limpeza e costumava lhe dar mais informações que poderia absorver sobre doenças e também sobre o funcionamento do corpo em geral. Foram levantadas as seguintes hipóteses: os problemas emocionais e comportamentais surgiram como consequência de um modo distorcido ou disfuncional de perceber os acontecimentos, aumentando sua ansiedade e influenciando no afeto e no comportamento, sendo reforçado pela família, pois, desta forma chamava a atenção de todos. Ele poderia estar modelando seu comportamento através da observação da conduta do pai. Os pais foram orientados a não valorizarem a situação, a agir naturalmente diante da salivação excessiva do filho, a evitar o excesso de informação para a criança e ao pai para diminuir seu ritual de limpeza perto do filho. Num primeiro momento, Paulo identificava os seus sentimentos e suportava a situação, para que acontecessem os exercícios de exposição. Como o seu comportamento estava ligado a uma possível contaminação, o tratamento foi iniciado com a argila, brinquedos de plásticos e água. Sujavam os brinquedos, depois os limpavam, com objetivo de modificar uma crença de que não se pode sujar, verificou através da exposição que a sujeira poderia ser limpa e que nada acontecia quando se sujava. Inicialmente cuspiam no chão, depois começou a cuspir em sua blusa para não chamar a atenção dos amigos e professores, nas sessões iniciais, a terapeuta pedia para colocar sua mão na parte da roupa salivada e sentisse o cheiro, mostrando o quanto estava sendo desagradável seu comportamento. As histórias infantis foram utilizadas com a finalidade de fazer uma reestruturação cognitiva dos eventos temidos. Durante os desenhos livres, representava todos os seus medos e em seguida colocava em cima desses medos tudo o que gostava, visando retirá-lo da situação temida e levá-lo a sentir vontade de realizar suas atividades prediletas, mudando o foco da situação e levando-o a perceber que estava deixando de fazer algumas coisas que gostava devido aos seus medos. Na medida em que vivenciava seus medos e conseguia dentro de um contexto lúdico solucioná-los, seus sintomas foram diminuindo acentuadamente, ganhando autonomia. Durante todo o processo psicoterapêutico ele foi levado ao treinamento em resolução de problemas, começou a achar sempre uma solução quando algo não estava sendo bom, ganhando flexibilidade. Na medida em que os comportamentos desejados ocorriam, estes eram reforçados positivamente, aumentando sua ocorrência. O tratamento foi finalizado no decorrer de doze sessões, os comportamentos disfuncionais desapareceram e Paulo teve alta dos atendimentos.

A ELABORAÇÃO DE DOCUMENTOS PSICOLÓGICOS CONFORME A RESOLUÇÃO 007/2003 DO CFP DE ACORDO COM A ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Carolina de Souza Ferreira (UNIFOA)

Palavras-chave: Documentos; avaliação; linguagem técnica.

O presente estudo aborda a elaboração de documentos decorrentes da avaliação psicológica, regulamentados pela resolução 007/2003 do Conselho Federal de Psicologia (CFP), sob referencial teórico da abordagem cognitivo-comportamental. Segundo esta resolução do CFP, após cuidadosa avaliação, o psicólogo pode emitir diferentes documentos, cada um com finalidades específicas. A Declaração informa a ocorrência de fatos ou situações objetivas relacionados ao atendimento psicológico, com a finalidade de declarar comparecimento, acompanhamento ou informações sobre as condições do atendimento. O Atestado Psicológico certifica uma determinada situação ou estado psíquico, a fim de justificar faltas ou impedimentos, justificar aptidão para atividades ou solicitar dispensa (este documento possui regulamento complementar na resolução 015/96 do CFP). O Relatório Psicológico (Laudo), descreve situações e condições psicológicas conforme seus determinantes históricos, sociais, políticos e culturais. O Parecer Psicológico é uma fundamentação resumida, de resultado conclusivo ou indicativo, a respeito de uma questão focal sobre a qual existem dúvidas. Tanto o Relatório Psicológico quanto o Parecer Psicológico devem ser fundamentados conforme o referencial técnico-filosófico e científico adotado pelo psicólogo. A avaliação psicológica, como processo técnico-científico de investigação e interpretação de fenômenos psicológicos dinâmicos, da relação do indivíduo com o mundo e consigo mesmo, utiliza instrumentos específicos de pesquisa, conforme o referencial teórico seguido pelo psicólogo elaborador em sua prática profissional. Estes instrumentos para serem utilizados, devem ser validados através de pesquisas científicas a respeito de sua adequação, além de serem pertinentes ao que se propõe pesquisar. No referencial cognitivo-comportamental, o psicólogo deve buscar embasar-se em dados de pesquisa científica sobre a formação da identidade e a maturação psicológica (desenvolvimento cognitivo, físico e social) no momento de considerar a elaboração e formulação dos casos. Além disso, também deve fundamentar-se em técnicas e instrumentos de avaliação objetiva dos elementos cognitivos e comportamentais. A avaliação cognitivo-comportamental é uma importante técnica, que permite ao psicólogo identificar os determinantes do comportamento do indivíduo por situações imediatas e pela interpretação que faz delas. É importante destacar que a ênfase desse processo é nos problemas específicos, e não em entidades globais. Nesse processo existem técnicas e instrumentos como a entrevista comportamental, métodos de automonitoração, monitoração por pessoas-chave, observação direta do comportamento, medidas fisiológicas, dentre outras ferramentas, como os inventários, escalas e questionários sobre a história de vida, sobre a personalidade, sobre esquemas cognitivos e sobre sintomatologias específicas (depressão, ansiedade, fobias, etc.). Portanto é de substancial importância que o psicólogo mantenha uma congruência clara e objetiva entre seus métodos de avaliação e tratamento com sua linguagem técnica no momento de elaborar documentos psicológicos, fazendo uso de ferramentas apropriadas de estudo e interpretação, respeitando as normas do CRP e mantendo uma ordem lógica em sua prática.

DEPRESSÃO E COMORBIDADES

Coordenador: Raphael Fischer Peçanha (UFRJ)

ANSIEDADE SOCIAL E DEPRESSÃO MAIOR: UMA INTERVENÇÃO NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Camila Martiny (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: ansiedade social, depressão maior, psicoterapia cognitivo-comportamental.

A ansiedade social, ou fobia social distingue-se por um intenso aumento na ansiedade proveniente da exposição a situações sociais ou da mera expectativa de que estas venham a ocorrer. Eventos como: falar em público, iniciar uma conversa com desconhecido, pedir informação, comer em público ou quaisquer outras interações sociais são causa de grande aflição. Tal resposta emocional se dá devido ao fato do indivíduo ter expectativas catastróficas acerca de sua aceitação social. Conseqüentemente, reações como: sudorese, tremor, rubor facial, palpitações e gagueira se apresentam. Devido ao grande incômodo, as pessoas que vivenciam tais sensações físicas e emocionais passam a ter comportamentos evitativos, como uma forma de não se expor aos estímulos ansiogênicos, porém desenvolvem prejuízos nas relações interpessoais. Estimativas recentes indicam que 14% dos adultos sofrem de Ansiedade Social. O início do quadro ocorre precocemente, e 90% dos pacientes iniciam seu quadro antes dos 25 anos. A Fobia Social pode apresentar comorbidade com uma série de outros transtornos, mas iremos nos limitar a tratar acerca da interação da fobia social e depressão maior, que tem como frequência 29,6% dos casos. A presença da comorbidade sugere mudanças no tratamento e prognóstico do quadro clínico. A Depressão Maior é caracterizada por sentimentos de tristeza, angústia, irritabilidade, desânimo, perda na motivação para as atividades rotineiras, alteração do peso e do sono, isolamento social, desejo de morte e falta de sentido na vida, entre outros. Isso se deve a presença de crenças disfuncionais e esquemas desadaptativos, através dos quais o indivíduo interpreta o Mundo, as pessoas, e a si mesmo de forma negativa. A prevalência do transtorno depressivo varia de 10 a 25% para as mulheres e de 5 a 12% para os homens. Sendo assim, o presente estudo tem como objetivo apresentar o caso de T., 21 anos, professor, com diagnósticos de fobia social e depressão maior leve, paciente da Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ sob a supervisão do Prof. Dr. Bernard Rangé. T. relatou uma lista de sintomas como: tristeza profunda, visão negativa de si, falta de perspectiva, perda de interesse, sentimento de estar sendo ridículo, vergonha de interagir socialmente etc. T. apresentava o quadro de ansiedade social desde a sua infância, porém os sintomas depressivos começaram a surgir gradativamente há cerca de um ano e meio. O paciente ressentia-se por não ter momentos de descanso e lazer devido ao fato de ter se dedicado somente aos estudos. T. vinha de uma família cuja vida social era pobre, seus pais não tinham como hábito sair de casa para participar de eventos. O pai de T. faleceu há dois anos, o que pode ter contribuído, segundo ele, para o aparecimento dos sintomas depressivos. As metas do tratamento foram: melhorar a visão de si, diminuir os sintomas de fobia social e de depressão. Para isso, foram utilizadas as técnicas de questionamento socrático, seta descendente, reestruturação cognitiva, “processo”, curtograma, biblioterapia, role-playing e modelação, treino em assertividade, testes comportamentais e exposição gradual ao vivo. Durante o tratamento T. começou a relatar melhorias, como a diminuição dos sintomas depressivos, o que foi comprovado através dos inventários de Greenberger e Padesky. O paciente recebeu alta em Agosto de 2007, por ter atingido todas as suas metas para o tratamento.

COMORBIDADE ENTRE TRANSTORNO DEPRESSIVO E TRANSTORNO DO PÂNICO: UMA EXPERIÊNCIA CLÍNICA.

Jessye Almeida Cantini (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: transtorno do pânico, transtorno depressivo, terapia cognitivo-comportamental.

O Transtorno Depressivo é considerado uma das queixas mais freqüentes de pacientes que procuram por atendimento psicológico. É caracterizado por sintomas como humor deprimido (tristeza, angústia e desânimo, por exemplo) perda de energia ou interesse, alterações do apetite e do sono (ambos para mais ou para menos), dificuldade de concentração, capacidade de sentir prazer reduzida, diminuição do apetite sexual, agitação ou retardo psicomotor e sentimentos de menos-valia, entre outros. Esse tipo de quadro causa grande sofrimento ao paciente, que pode, inclusive, ter ideias suicidas. Cerca de 15% das pessoas com depressão maior podem se submeter a situações de grande risco. Não raramente, pessoas acometidas por este problema apresentam comorbidades com transtornos de ansiedade. Dentre esses casos, o Transtorno do Pânico (TP) é um dos mais freqüentes, e é caracterizado por ataques de pânico súbitos e recorrentes. Após pelo menos um mês de um dos ataques, o paciente deve sentir preocupações acerca da possibilidade de uma nova ocorrência, assim como medos de “perder o controle”, morrer ou enlouquecer, por exemplo. Os ataques duram cerca de 10 minutos e não são decorrentes de condições fisiológicas específicas ou uso de substâncias. Durante seu curso, o paciente experimenta sintomas ansiogênicos como taquicardia, asfixia, tremores, sudorese, despersonalização e tontura entre outros, além dos medos supracitados. Muitos casos de TP são acompanhados de sintomatologia agorafóbica, ou seja, forte ansiedade perante situações onde o paciente acredite não ter escapatória ou auxílio no caso de um ataque de pânico. Nesses casos, tais situações geralmente são evitadas ou enfrentadas com grande desconforto e medo da ocorrência de um ataque. Muitas pessoas apenas suportam razoavelmente bem tais situações quando acompanhadas por alguém que possa socorrê-las. O presente estudo se refere ao caso clínico de A.C., sexo feminino, 23 anos, universitária, em atendimento há 8 sessões pela equipe de terapia Cognitivo-Comportamental da Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ, sob supervisão do Professor Bernard Rangé. A paciente apresenta sintomas depressivos e ansiogênicos há cerca de 8 meses. Geralmente A.C. sofre ataques de pânico a caminho da faculdade ou quando está sozinha em diferentes situações. Com isso, passou a evitar sair de casa e não obteve êxito acadêmico, o que agravou o quadro depressivo. O tratamento visa a educação da paciente sobre seus transtornos, reestruturação cognitiva, manejo da ansiedade, dessensibilização sistemática e prevenção de recaídas. Para tal, já foram utilizadas as seguintes técnicas: biblioterapia, plano de atividades, questionamento socrático, registro de pensamentos disfuncionais, cartão de enfrentamento, resolução de problemas e estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. Pretende-se trabalhar com construção de hierarquias e exposição situacional, a fim de proporcionar habituação da paciente às situações ansiogênicas. Foram observados progressos quantitativos relativos à redução dos sintomas, já que seus escores nos inventários de ansiedade e de humor (Greenberger e Padesky) inicialmente marcavam 48 e 49 pontos, respectivamente, e na última sessão registraram 11 e 24. Tais dados nos levam a crer que a terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado eficaz no tratamento desta paciente.

COMORBIDADE ENTRE TRANSTORNO DEPRESSIVO E TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: UM ESTUDO DE CASO E TRATAMENTO ATRAVÉS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

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

Palavras-chave: Transtorno do estresse pós-traumático, depressão, comorbidade.

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é um quadro clínico que ocorre após o envolvimento do indivíduo em um incidente traumático. A grande onda de violência urbana que expõe os cidadãos ao risco iminente de seqüestros, assaltos ou até mesmo homicídios é motivo de forte preocupação, mas quando o risco passa a representar um trauma real, o TEPT pode ser desenvolvido. Outros acontecimentos também estão dentro das possibilidades para ocorrência do transtorno como, por exemplo, acidentes em meios de transporte, soterramentos, abuso sexual, torturas etc. Os sintomas do TEPT incluem memórias ligadas ao evento traumático, pesadelos, insônia, dificuldade de concentração, resposta de sobresalto exagerada, irritabilidade, hipervigilância etc. Muitas vezes os pacientes com TEPT não conseguem retomar suas vidas após o trauma, tendo assim, prejuízos em âmbito social, profissional e somático. Isto possibilita o surgimento de um outro transtorno: o depressivo maior, uma vez que a resposta a essas condições estressoras na vida do sujeito incluem humor rebaixado, lentidão psicomotora, falta de apetite e interesse em atividades que antes eram prazerosas, ideias suicidas etc. Desta forma, a comorbidade entre os dois transtornos em questão não é rara. Tendo consciência desta informação, o terapeuta cognitivo-comportamental deve estar atento aos dois quadros, já que a possibilidade de suicídio pode não ser remota. O tratamento para este tipo de comorbidade inclui planos de tratamento ligados aos dois transtornos. No presente trabalho será apresentado um caso de comorbidade envolvendo TEPT e transtorno depressivo maior. O sujeito é do sexo masculino, possui 46 anos de idade e sofreu um incidente traumático há cerca de quinze anos pelo que se estima, uma vez que não há lembrança do tempo exato. O trauma foi um soterramento dentro de sua própria residência no município do Rio de Janeiro. Após o evento, o paciente apresentou critérios diagnósticos para transtorno do estresse pós-traumático tendo passado pela fase caracterizada por estresse agudo. Devido à incapacitação ocasionada pelos sintomas, sua vida sofreu prejuízos nas áreas pessoal e ocupacional. Ele já realizou tratamento psicanalítico por cerca de dez anos sem muita melhora aparente do quadro. Apresenta crises convulsivas que estão intimamente ligadas à lembrança do trauma. O cliente foi encaminhado para a equipe de terapia cognitivo-comportamental pela sua psiquiatra que lhe receitou diazepam, clormazepina e imipramina. O trabalho em TCC iniciou com desenvolvimento da relação terapêutica, para que o paciente sentisse confiança em falar sobre o incidente traumático; foi feito o treino de inoculação do estresse (TIE), trabalho com a caixa de memória e exposições. As intervenções ligadas ao transtorno depressivo estão sendo baseadas em reestruturações cognitivas relacionadas ao próprio paciente, à sua condição atual e futuro. O tratamento ainda está em andamento e algumas melhoras relativas ao humor e controle das crises convulsivas foram observadas. É importante ressaltar que, devido à complexidade do caso, os resultados relativos à redução dos sintomas de TEPT aparecem de forma lenta, ou seja, demandando mais tempo, porém de maneira satisfatória, uma vez que as crises convulsivas estão sendo controladas. Isto, se comparado à trajetória do sujeito em serviços de saúde mental, representa ganho para o paciente.

DEPRESSÃO E TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA: UM ESTUDO DE CASO.

Eduarda Larrúbia Franco (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio De Janeiro, RJ).

Palavras-chave: depressão, transtorno de ansiedade generalizada, terapia cognitivo-comportamental.

A depressão é um dos problemas atuais mais comuns no âmbito da Saúde Mental. Segundo o DSM IV, o Transtorno Depressivo Maior compreende sintomas como: humor deprimido; diminuição do interesse ou prazer; perda/ganho de peso; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga; perda de energia; sentimento de inutilidade/culpa excessiva ou inadequada; dificuldade de concentração e decisão; pensamentos de morte recorrentes. Este quadro clínico cursa frequentemente com comorbidades. Uma delas é o Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), que partilha alguns sintomas e pode favorecer o surgimento e/ou a manutenção da depressão. O TAG caracteriza-se por alto nível de ansiedade relacionado a preocupações excessivas, de difícil controle, com diversos acontecimentos ou atividades. Em geral, possui curso crônico e figura com inquietação, sensação de nervos à flor da pele, fadiga, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e perturbação do sono. Pode-se perceber os altos custos físicos, emocionais e interpessoais destes transtornos, o que justifica o investimento em trabalhos como este a fim de desenvolver meios de tratamento e proporcionar melhor qualidade de vida aos pacientes. Desse modo, pretende-se, através deste estudo, apresentar um caso clínico envolvendo tratamento de depressão e TAG, com base na Terapia Cognitivo-Comportamental. O paciente é um homem de 47 anos, advogado, casado, morador da Zona Sul, atendido na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ sob supervisão de Bernard Rangé. Ele conta que sempre foi muito ansioso e preocupado; determinado, sempre conseguiu converter tudo a seu favor. No entanto, uma grave crise financeira e familiar o desestabilizou e desencadeou o quadro depressivo. Foi preciso abrir mão de muitos luxos de que usufruía para se adequar à nova realidade. Alimenta dentro de si uma grande revolta com o mundo e com a sociedade. Seus sintomas vieram trazendo grandes prejuízos, sobretudo nas áreas profissional e conjugal. O atendimento ainda está em curso e até o presente momento foram realizados: psico-educação quanto ao modelo cognitivo e aos diagnósticos; apresentação da tríade cognitiva da depressão; planejamento de atividades; manejo do tempo; crença 3 de Albert Ellis; discussão sobre real x ideal; resignação; resolução de problemas; cartões de enfrentamento; treino respiratório; relaxamento muscular progressivo; e reestruturação cognitiva. O êxito do tratamento tem sido evidenciado tanto em termos quantitativos como qualitativos. Seus escores nos Inventários Beck de Depressão e Ansiedade reduziram de 25 para 9 e de 22 para 6, respectivamente. Além disso, o paciente tem relatado alívio dos sintomas com melhoras no humor e na produtividade. Ressalta-se a aliança terapêutica e a adesão do paciente ao tratamento como fatores que muito contribuíram para estes resultados. Conclui-se que as estratégias utilizadas vêm apresentando resultados significativos como descritos anteriormente. No entanto, a continuidade do tratamento envolvendo crenças centrais e prevenção de recaída, torna-se fundamental para obtenção de melhores resultados e manutenção dos ganhos até então alcançados. Em resumo, o presente estudo corrobora os achados de inúmeras pesquisas que apontam para a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento dos referidos transtornos. Ressalta-se, portanto, a importância de difundir tal conhecimento no meio acadêmico e profissional da Psicologia.

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: VISÕES COMPLEMENTARES DAS NEUROCIÊNCIAS E DA TCC.

Coordenadora: Patrícia Porto (Mestranda da UFRJ)

O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO PODE AFETAR ESTRUTURAS CEREBRAIS ENVOLVIDAS COM A COGNIÇÃO SOCIAL?

Patrícia Porto, Raquel Gonçalves, Ana Cristina Lages, Ana Lúcia Pedrozo Martins, Carlos Eduardo Nórte, Rachel Bonato, Narahyana Bom de Araújo, Tânia Fagundes Macedo, Paula Rui Ventura (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).

Palavras-chave: transtorno de estresse pós-traumático, terapia cognitivo-comportamental, neuroimagem.

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) é um transtorno de ansiedade precipitado por um trauma. O indivíduo envolvido com uma experiência traumática perde o controle físico e psicológico da situação, experimentando níveis elevados de ansiedade, alterando os padrões normais da neuroquímica e, logo, das cognições, dos afetos e dos comportamentos. A característica central do TEPT é que seu desenvolvimento está ligado a um evento traumático de natureza extrema, associada a uma resposta intensa de medo, desamparo ou horror. Em decorrência ao evento traumático, desenvolvem-se três dimensões de sintomas: o re-experimentar do evento traumático, a evitação de estímulos a ele associados e a presença persistente de sintomas de hiperestimulação autonômica. O TEPT é diagnosticado se esses sintomas persistirem por quatro semanas após a ocorrência do trauma e levarem a um comprometimento social e ocupacional significativo. Assim, o TEPT tem como características centrais: o evento traumático e a tríade psicopatológica acima mencionada. Os sintomas de TEPT podem afetar o processamento da cognição social, em especial, relacionado à capacidade de perdoar e à empatia. Os sintomas podem atenuar a ativação cerebral destas áreas. A capacidade de perdoar e a empatia em sujeitos saudáveis está relacionada à ativação das seguintes áreas: córtex pré-frontal medial esquerdo, giro temporal medial anterior esquerdo, giro frontal inferior esquerdo, giro órbita frontal, giro cingulado posterior/precuneus. A Terapia Cognitivo-Comportamental pode melhorar os sintomas do TEPT e aumentar a atividade cerebral em áreas que estão relacionadas com a cognição social. Especialmente, achados de neuroimagem revelam ativação da área do giro temporal medial esquerdo relacionados ao julgamento de empatia. Já com relação ao julgamento de perdão, a neuroimagem aponta ativação do cingulado posterior/precuneos e giro temporal esquerdo. Possivelmente os sintomas relacionados ao grupo de entorpecimento psíquico poderiam comprometer as habilidades como empatia e perdão. O entorpecimento psíquico é caracterizado por sensação de “anestesia” como forma de escapar do sofrimento gerado pelos sintomas de revivência do trauma. Assim, o indivíduo pode queixar-se de acentuada diminuição do interesse por atividades anteriormente prazerosas, de se sentir afastado de outras pessoas, ou apresentar redução na capacidade de sentir emoções, especialmente aquelas associadas com intimidade, ternura e sexualidade.

CONSTRUÇÃO DE UM PROTOCOLO DE TRATAMENTO PARA O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.

Ana Lúcia Pedrozo, Raquel Gonçalves, Ana Cristina Lages, Carlos Eduardo Nórte, Rachel Bonato, Narahyana Bom de Araújo, Patrícia Porto, Tânia Fagundes Macedo, Paula Rui Ventura (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).

Palavras-chave: transtorno de estresse pós-traumático, terapia cognitivo-comportamental.

O Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) possui um amplo quadro de sintomas físico, emocionais e comportamentais, que, em geral, acaba por trazer prejuízos nos diversos aspectos da vida da pessoa portadora desse transtorno, tais como: profissionais, sociais e familiares, aumentando, com isso, a gravidade do transtorno. Entre as reações comuns ao trauma encontramos: ansiedade, depressão; excitabilidade aumentada; sentimentos de raiva, culpa, vergonha, auto-imagem negativa e evitação de pessoas, lugares e situações que lembram o trauma. Uma das características marcantes do TEPT é recordar o trauma através de pensamentos intrusos, pesadelos e lembranças que levam a pessoa a reviver novamente todo sofrimento psicológico da experiência traumática. Diversos estudos vêm se aprofundando no conhecimento sobre o TEPT. Alguns demonstram que eventos traumáticos ocorrem em número significativo, com vastas conseqüências psicológicas e uma quantidade substancial de vítimas desenvolve esse transtorno. O aumento do índice de criminalidade nos grandes centros contribui com o aumento da prevalência desse transtorno na população dessas localidades. Com base nesses dados, torna-se relevante o desenvolvimento de um tratamento com estratégias mais eficazes, que tragam resultados positivos em curto prazo, e que restitua ao indivíduo sua capacidade de trabalhar, viver em sociedade e de se relacionar intimamente. Pesquisas demonstram a eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento do TEPT. O objetivo do presente estudo é o de descrever o programa de tratamento a ser utilizado no Instituto de Psiquiatria da Faculdade Federal do Rio de Janeiro. Esse programa é baseado no protocolo de tratamento da Dra. Edna Foa e consta de técnicas como: Reestruturação cognitiva; Exposição Imaginária; Exposição In Vivo; Psicoeducação; Treino de Respiração Polarizada, Relaxamento Progressivo. Consta ainda de 16 sessões semanais, com 90 minutos de duração cada e sessões de co-terapia. O foco da terapia é limitado às questões do TEPT e seus sintomas. Estes pacientes possuem um prejuízo funcional e social importante e vêm recebendo tratamento medicamentoso há algum tempo sem, apesar disso, apresentarem melhora significativa no quadro de sintomas. Serão estudadas as alterações psicofisiológicas decorrentes da intervenção psicoterapêutica, bem como as correlações entre os dados obtidos nos estudos de imagem como preditores do sucesso da terapia. A eficácia do protocolo de tratamento será avaliada através dos escores obtidos através da administração do PCL, de questionários como o IDATE, que mede traço-estado de ansiedade, do Inventário Beck de Depressão e o Inventário Beck de ansiedade. Todos serão aplicados antes e depois do tratamento. Ao final, esses dados serão submetidos à análise estatística.

O PAPEL DA CO-TERAPIA EM UM PROTOCOLO DE TRATAMENTO DE TEPT

Narahyana Bom de Araujo, Raquel Gonçalves, Ana Cristina Lages, Ana Lúcia Pedrozo Martins, Carlos Eduardo Nórte, Rachel Bonato, Patrícia Porto, Tânia Fagundes Macedo, Paula Rui Ventura (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).

Palavras-chave: transtorno de estresse pós-traumático, terapia de exposição, co-terapia.

A terapia de exposição é uma estratégia para reduzir a ansiedade através da confrontação com pensamentos, situações, atividades, ou pessoas evitadas. Há duas modalidades: a exposição imaginária, em que ocorre confrontação repetida com recordações traumáticas e a exposição in vivo, onde esta confrontação é realizada em situações reais. Na exposição imaginária, o paciente é instruído a relembrar de modo vívido a memória traumática, incluindo detalhes do evento, emoções e pensamentos associados. A exposição in vivo inclui a confrontação com atividades, situações ou objetos reais de modo seguro, de acordo com uma lista hierárquica de situações evitadas construída pelo paciente com o auxílio do terapeuta. Para o tratamento de diversos transtornos de ansiedade utiliza-se a Exposição Prolongada, que é um programa de terapia de exposição específico formado por quatro componentes principais: 1) a psicoeducação; 2) o treino da respiração; 3) a exposição imaginária, em terapia e como tarefa de casa; e 4) a exposição in vivo, tipicamente conduzida como lição de casa. Muitos estudos têm verificado a eficácia da terapia de exposição na redução da severidade dos sintomas do TEPT, bem como na depressão e ansiedade a ele associadas. Isso ocorre porque através da exposição às recordações e situações relacionadas ao trauma ocorrem uma facilitação do processamento emocional do evento traumático, a habituação às situações temidas, o aprendizado de que lembrar do trauma não é o mesmo que revivê-lo e o aumento do senso de auto-controle. No entanto, alguns trabalhos mostram que muitos pacientes têm dificuldades de aderir à terapia de exposição. Essa hesitação, provavelmente, se deve ao fato de o paciente ter de reviver constantemente a experiência traumática. Além disso, sabe-se que, geralmente, o paciente apresenta dificuldades em fazer a exposição diariamente, sobretudo na lição de casa em que ele a realiza sozinho. Em decorrência disso, adicionamos ao programa terapêutico de tratamento do TEPT que estamos desenvolvendo a co-terapia. Este protocolo está baseado no programa desenvolvido por Edna Foa e o presente trabalho tem por objetivo descrever o papel da co-terapia no tratamento desses pacientes. Sabe-se que o co-terapeuta além de ser uma presença física para ajudar o paciente a se sentir seguro durante as exposições, garante que a terapia está sendo realizada adequadamente de acordo com o protocolo. As técnicas utilizadas na co-terapia são: exposição imaginária, exposição in vivo, treino da respiração e relaxamento muscular progressivo e as situações trabalhadas na co-terapia são determinadas em conjunto com o terapeuta principal.

BASES NEUROBIOLÓGICAS DA EXTINÇÃO

Raquel Gonçalves, Ana Cristina Lages, Ana Lúcia Pedrozo Martins, Carlos Eduardo Nórté, Rachel Bonato, Narahyana Bom de Araújo, Patrícia Porto, Tânia Fagundes Macedo, Paula Rui Ventura (Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro).

Palavras-chave: condicionamento, neurociências, extinção.

A Extinção foi estudada formalmente pela primeira vez pelo psicólogo russo Ivan Pavlov, que em seus experimentos pareou um estímulo neutro a um estímulo incondicionado, transformando assim o estímulo anteriormente neutro em condicionado. Além disso, percebeu que quando há exposição repetida ao estímulo condicionado, sem a presença do estímulo incondicionado, ocorre à extinção da resposta condicionada. Com base nos estudos de Pavlov foi demonstrado que é possível induzir respostas de medo a estímulos que não eram aversivos, através de uma associação entre esses estímulos. A manutenção da resposta do medo se dá através da evitação de estímulos que ativam memórias relacionadas ao estímulo aversivo que foi condicionado. Estudos apontam que a amígdala parece estar diretamente envolvida com o circuito cerebral tanto na aquisição do medo condicionado como na sua expressão, tendo em vista sua ativação quando são apresentados estímulos com caráter emocional aversivo. A ativação desta estrutura pode ser através de uma via rápida que ocorre via tálamo, facilitando a expressão do medo pela conexão com estruturas específicas, como a substância cinzenta periaquedutal. Além dessas estruturas, o hipocampo tem um papel importante nesse processo, pois ao fornecer a memória contextual do medo à amígdala, torna possível a associação da sensação do medo com algum fato ou evento ocorrido. Algumas áreas do córtex pré-frontal, tais como a dorsolateral e a ventromedial estão envolvidas nas funções cognitivas e emocionais respectivamente, tendo, portanto, papel crucial na extinção do medo condicionado. Além delas, estudos indicam que o córtex cingulado anterior e o córtex orbitofrontal também interferem nesse circuito, visto que lesões nessas áreas resultam em resistência à extinção, e conseqüentemente manutenção das respostas do medo condicionado. Para que ocorra a extinção desse medo condicionado, é necessário que haja a ativação do córtex pré-frontal, promovendo além de uma avaliação cognitiva, regulação da emoção do medo através de uma ação inibitória na amígdala, que não emitiria mais alterações fisiológicas necessárias para a sensação do medo. A extinção seria um novo aprendizado que se sobrepõe ao condicionamento, e não um “desaprendizado”. Prova de que o condicionamento não é apagado após a extinção é a possibilidade de que respostas condicionadas extintas sejam recuperadas com a passagem do tempo, mudanças no contexto e com a apresentação repetida do estímulo incondicionado após a extinção. Estudos recentes sugerem que a ínsula, ao participar do processamento interoceptivo, ligando emoções a processos cognitivos e respostas comportamentais, configura junto às estruturas mencionadas um circuito interconectado e coordenado que promove a expressão, manutenção e extinção do medo condicionado. Esclarecer o processo de extinção e como o cérebro media esse processo pode nos levar a um melhor entendimento de terapias para transtornos de ansiedade.

APLICAÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Coordenadora: Dra. Mônica Portella (Professora PUC-RJ; CPAF-RJ).

“EU SEI SER ASSERTIVO, MAS NÃO CONSIGO!”

Érica de Lana (CPAF-RJ); Hebe Goldfeld (CPAF-RJ), Jussara Fonseca (CPAF-RJ); Betania Dutra (CPAF-RJ); Vanuza Francischetto (CPAF-RJ); Luciana Azevedo (CPAF-RJ), Mônica Portella (Professora PUC-RJ, CPAF-RJ).

Palavras-chave: assertividade, esquemas disfuncionais, treinamento em habilidades sociais.

A assertividade é uma habilidade social complexa que habilita o indivíduo a agir segundo seus interesses e na defesa de seus direitos, vontades e opiniões, sem negar os dos outros. A falta de assertividade leva a situações de conflito nas relações interpessoais ou a isolamento social, acompanhados de sentimentos de culpa e acaba muitas vezes por se tornar demanda de psicoterapia. Este trabalho sugere que, em alguns casos, o tratamento deve aliar o treinamento em habilidades interpessoais (THI) e a terapia do esquema. Este estudo tem como objetivos mostrar a aplicação da terapia cognitivo-comportamental (TCC) no tratamento de questões terapêuticas relativas à assertividade e apresentar um caso clínico que ilustra essa proposta. O citado caso refere-se a um paciente, W., de trinta anos, solteiro, estudante, classe média-baixa, atendido na Clínica Social do CPAF-RJ, em encontros semanais com uma hora de duração. W. apresentava um quadro de falta de assertividade generalizada, relatando como suas maiores dificuldades: falar em público, fazer perguntas e negar pedidos. Primeiramente, a terapia focou-se no THI, sendo de ampla utilidade para que o paciente pudesse conhecer os comportamentos assertivos e as técnicas verbais e não-verbais para o seu bom desempenho. W. também foi instruído sobre seus direitos assertivos, o que pareceu trazer grande alívio para o mesmo, e o trabalho de terapia baseou-se em técnicas de desempenho inicialmente no *setting* terapêutico. Embora nessas ocasiões W. apresentasse um bom desempenho, o mesmo não acontecia em seu ambiente natural; o paciente relatava que “simplesmente” não conseguia desempenhar-se de forma assertiva, chegando a afirmar: “eu sei ser assertivo, mas não consigo!”. A partir de então, o trabalho na terapia passou a ser combinado: manteve-se o THI e passou-se a aprofundar a questão da dificuldade encontrada pelo paciente. Neste momento, W. passou a relatar seus pensamentos automáticos nas situações sociais e, na terapia, a aliança terapêutica de cunho colaborativo foi bastante útil para o mapeamento das crenças negativas subjacentes. Sendo aplicado o Questionário de Esquemas de Young (forma curta) e identificados os Esquemas Iniciais Desadaptativos, o próximo passo do tratamento será focado no questionamento das crenças, através de técnicas verbais e não-verbais propostas pelo mesmo autor na Terapia do Esquema. Espera-se que este aprofundamento da terapia seja útil para o treinamento assertivo, com o objetivo de consolidar o desempenho assertivo de W. em seu meio social. Após 08 sessões de psicoterapia, levando em conta que o caso clínico encontra-se em andamento, podemos apresentar como resultados parciais a adesão do paciente ao tratamento, a redução da ansiedade frente à mudança e sua postura de aceitação ante às próprias dificuldades. Concluindo, temos que a TCC é indicada para o tratamento de queixas relativas à falta de assertividade, e levantamos a hipótese de que ela pode ter seus resultados potencializados caso sejam combinados o treinamento em habilidades interpessoais e uma abordagem que objetive aprofundar questões relativas às dificuldades relatadas pelos pacientes. No entanto, não existem estudos sobre essa questão, ficando a sugestão para que se desenvolvam no futuro pesquisas com esse objetivo.

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL - UMA PROPOSTA DE TRATAMENTO PARA CASAIS EM CRISE

Vanuza Francischetto (CPAF-RJ), Érica de Lana (CPAF-RJ); Hebe Goldfeld (CPAF-RJ), Jussara Fonseca (CPAF-RJ); Betania Dutra (CPAF-RJ); Luciana Azevedo (CPAF-RJ), Mônica Portella (Professora PUC-RJ, CPAF-RJ).

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental, casais, crise.

Os problemas de relacionamento de casal estão entre os maiores estresses da vida. O conflito entre os parceiros normalmente é um estado caracterizado por padrões comportamentais disfuncionais repetitivos de intercâmbios mutuamente aversivos, com uma seqüência de exigências, retraimento ou evitação. Entretanto, muitos casais passam por aumentos agudos de conflito e outros problemas que resultam em um estado de crise no qual o funcionamento normal do casal se deteriora, ameaçando o bem-estar e a estabilidade de seu relacionamento. O objetivo do presente trabalho é verificar se a TCC é eficaz no tratamento de casais em crise e apresentar um estudo de caso que ilustra essa proposta. O casal atendido apresentou uma crise, tendo em vista a falta de autoconhecimento, liberdade e intimidade em compartilhar os pensamentos, sentimentos e experiências. O foco principal da intervenção era de alterar as cognições disfuncionais, a maneira inadequada de resolver os problemas e a forma destrutiva de comunicação e escuta. O marido compareceu no consultório sozinho buscando a possibilidade do atendimento ao casal, pois havia saído de casa a um mês, mas gostaria muito de se reconciliar, sabendo que sua esposa pretendia o mesmo. Ele tinha 31 anos, 3º grau completo, professor de educação física. Ela, 29 anos, formada em enfermagem, com mestrado em andamento, trabalhava como plantonista e era chefe no seu setor. Com apenas seis meses o casamento entrou em crise. O casal relatou a falta de entendimento entre ambos, trazendo para o relacionamento a hostilidade, competição, o afastamento e conseqüentemente a ausência do desejo sexual. Foram realizadas vinte e oito sessões ao longo de sete meses de tratamento, uma sessão por semana, com uma hora de duração. Após o levantamento das queixas, a avaliação cognitivo-comportamental através da entrevista conjunta do casal, entrevistas individuais e aplicação do questionário de esquemas de Young (forma curta), foi feito um plano de tratamento. Durante a intervenção terapêutica, utilizamos o acordo colaborativo para facilitar a intervenção terapêutica, a linha do tempo para identificar os estressores, e o levantamento de metas para verificar os objetivos da relação, registro de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, planejamento e monitoramento de atividades, treinamento em assertividade, role-play, treinamento em soluções de problemas e treinamento da comunicação e escuta. Foi verificado no final de intervenção que: 1) A crise conjugal foi superada e o casal voltou a morar junto. 2) O casal traçando novos objetivos para a relação. 3) Aprenderam a solucionar seus problemas e a se comunicar assertivamente. Conclui-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental se mostrou um modelo eficaz para ajudar na solução da crise desse casal e favorecer a construção de metas convergentes.

TÉCNICAS DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL - FERRAMENTAS PRIMORDIAIS NO TRATAMENTO DE PACIENTES OBESOS COM COMPULSÃO ALIMENTAR

Jussara de Oliveira Fonseca (CPAF-RJ), Érica de Lana (CPAF-RJ), Hebe Goldfeld (CPAF-RJ), Betânia Marques Dutra (CPAF-RJ), Vanuza Francischetto (CPAF-RJ); Mônica Portella (Professora PUC -RIO; CPAF-RJ).

Palavras-chave: técnicas, terapia cognitivo-comportamental, obesidade.

A obesidade é doença crônica, progressiva e fatal, objeto de preocupação e tema de vários estudos em saúde pública. Esta doença é caracterizada principalmente, pelo acúmulo excessivo de gordura e pelo desenvolvimento de doenças cardiovasculares, diabetes, hipertensão arterial, esteatose hepática e alguns tipos de câncer. O presente trabalho tem por objetivo mostrar a evolução do caso clínico de um paciente obeso com compulsão alimentar, Paciente Z, do sexo masculino, 38 anos, professor, solteiro, segundo de três irmãos, residia com os pais e um irmão. Submeteu-se a uma cirurgia bariátrica há cerca de três anos, no primeiro ano pós-cirúrgico obteve êxito com uma perda de 40 quilos, após esta perda significativa, Z se percebe novamente com episódios de compulsão alimentar desejando imensamente ingerir latas de leite condensado. Temendo ganho de peso, Z por orientação médica procura tratamento psicoterápico, relata ter feito terapia na adolescência por imposição de seus pais, motivo pelo qual atribui o fracasso do tratamento. Se descreve resistente à terapia por achar algo muito monótono, após entrevista para levantamento da queixa principal, é instruído sobre ao que se refere o modelo cognitivo comportamental, Passada a fase das explicações, ficou estabelecido que as sessões seriam semi- estruturadas. Paciente define as seguintes metas para a terapia, desejo de se conhecer melhor, entender sua compulsão, vontade de se impor diante das pessoas, de se sentir mais à vontade para um relacionamento amoroso, conseguir realizar seus projetos. Iniciamos a utilização do registro de pensamento disfuncional, onde foi detectada sua crença central, se considerava um fracassado, após essa identificação, iniciamos a reestruturação cognitiva trabalhamos no sentido de modificar essa crença através de novos comportamentos frente aos eventos. Foram feitas duas sessões com a presença da família para entendermos a dinâmica familiar, onde alguns pontos foram abordados, agendamos previamente quais seriam, percebemos o quanto seus pais eram superprotetores e intrusivos, nesta família alimentação tinha um papel de muita importância, mãe expressava carinho oferecendo guloseimas aos filhos. Utilizamos a técnica dos cartões de enfrentamento para a compulsão, treino de assertividade com os pais, auto-instrução silenciosa frente à ofertas de guloseimas irresistíveis. Treinamos habilidades sociais, com ênfase em assertividade, foram feitas na sessão role play e dramatização, trabalhamos metas em sua vida pessoal e profissional. Começamos sessões de relaxamento no consultório e fora deste, elaboramos hierarquia de estímulos ansiogênicos, aos poucos começou a se expor, sair mais, elaboramos um planejamento de atividades sócio-culturais de acordo com suas preferências, essa talvez tenha sido a etapa mais demorada e difícil. Resultado, o tratamento durou cerca de um ano, atualmente tem uma namorada, mora sozinho, frequenta academia, faz acompanhamento nutricional, encontra-se bastante engajado não em fazer dietas. Conclui-se que a terapia cognitivo comportamental contribuiu para que o paciente percebesse sua qualidade de vida como um todo, e entendesse a perda de peso como resultado de uma mudança de comportamento.

REABILITANDO FUNÇÕES EXECUTIVAS

Luciana Azevedo Damasceno (UNIRIO); Érica de Lana (CPAF-RJ); Hebe Goldfeld (CPAF-RJ), Jussara Fonseca (CPAF-RJ); Betania Dutra (CPAF-RJ); Vanuza Francischetto (CPAF-RJ) e Mônica Portella (Professora PUC-RJ, CPAF-RJ)

Palavras-chave: neuropsicologia; reabilitação cognitiva; síndrome pré-frontal.

A neuropsicologia é uma ciência dedicada ao estudo das funções cognitivas e comportamentais das lesões e disfunções do cérebro, enfoca principalmente o estudo do comportamento humano baseado no funcionamento cerebral. Propõe métodos novos na investigação do papel de sistemas cerebrais e de atividades mentais complexas. Objetiva um diagnóstico mais exato e precoce das lesões cerebrais locais, possibilitando estabelecer programas de ação terapêutica reeducativa mais efetivas e eficazes. A reabilitação cognitiva visa restabelecer ao paciente o melhor nível de funcionamento possível, acelerando a reorganização das funções cognitivas comprometidas através da utilização de estratégias estimulatórias e compensatórias. A Terapia cognitivo-comportamental por sua vez, oferece instrumentos e conceitos complementares aos conhecimentos da neurociência que facilita alcançar o desafio proposto pela reabilitação. Tendo em vista o crescente interesse nesta atuação o presente trabalho propõe mostrar trabalho realizado por um período de 2 anos em paciente lesionado por uma perfuração bi-lateral no lobo pré-frontal. Sua avaliação confirmou a presença de Síndrome Pré-frontal. O funcionamento pré-frontal é responsável por direcionar e gerenciar habilidades cognitivas, emocionais e comportamentais. Dentre elas, a capacidade de desenvolver e sustentar uma organização mental, capacidade de flexibilizar e resolver situações problemas, selecionar alvos relevantes à tarefa inibindo ações ou estímulos distraidores competitivos e alterar de modo flexível estratégias de tomada de decisão. Este trabalho foi elaborado considerando a estrutura familiar e o funcionamento cotidiano do paciente. As sessões foram semanais com duração de 1 hora e meia na casa do paciente, após o primeiro ano foi possível ao paciente se locomover até o consultório onde ele permaneceu sendo atendido semanalmente desta vez 1 hora. Foram utilizadas referências teóricas provindas das neurociências e da psicologia cognitiva, em especial um conjunto teórico que concebe a mente humana como um processador de informação. A principal ferramenta nos encontros foram instrumentos da terapia cognitivo-comportamental com a seleção de atividades diversificadas para desenvolver as funções executivas em defasagem. Os procedimentos adotados consistiram em: estabelecer adequada relação terapêutica, utilização de jogos, realização de auto-registros, transmissão de princípios psicoeducativos, envolvimento ativo dos familiares no tratamento, seqüência de ações, assertividade na solução de problemas, leituras e interpretação de texto, dramatização de situações, rotina de compromissos e responsabilidades, treinamento de habilidades sociais, além do desenvolvimento de novas estratégias de enfrentamento dos déficits cognitivos. As sessões terapêuticas desenvolveram em torno de determinadas funções cognitivas, mas deve-se lembrar que nenhuma intervenção terapêutica tem como campo de ação um único sítio cerebral. Assim, uma única intervenção deflagra diversas alterações. Foi observada evolução das funções cognitivas que vem melhorando numa crescente, possibilitando ao paciente construções pessoais, como a busca de autonomia aumentando sua qualidade de vida. Este dado também foi confirmado também na reavaliação do exame neuropsicológico. Os resultados sugerem terem sido eficazes as atividades exercidas através da adequação e adaptação dos instrumentos e procedimentos da terapia cognitiva comportamental potencializando a recuperação dos déficits encontrados.

TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO

Coordenadora: Maria Amélia Penido (UFRJ)

TRATAMENTO EM GRUPO PARA DEPRESSÃO: RESULTADOS DE GRUPO E ELABORAÇÃO DE NOVO PROTOCOLO.

Nívea Maria Machado de Melo, Ivna Carqueija do Nascimento Matheus (UFRJ – Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental, grupo, depressão, protocolo.

Depressão é um transtorno do humor, alterando a visão da pessoa a cerca de si mesma, do futuro e do mundo. Segundo o DSMIV, são critérios para um episódio depressivo maior uma mudança do funcionamento da pessoa com a presença, durante 2 semanas ou mais, de pelo menos 5 dos seguintes sintomas: quase todos os dias, a maior parte do dia - (1) humor deprimido; (2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades; (3) insônia ou hipersonia; (4) agitação ou retardo psicomotor; (5) fadiga ou perda de energia; (6) sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; (7) capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão. Além disso, (8) perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta; (9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio. Os sintomas não satisfazem os critérios para um episódio misto, não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral, não são melhor explicados por luto e causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. A depressão traz grandes sofrimentos e prejuízos ao desempenho social e ocupacional. Pesquisas mostram que cerca de 17% da população mundial teve ou terá um episódio de depressão grave. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) tem se mostrado eficaz no tratamento de inúmeros transtornos psiquiátricos. Caracteriza-se por utilizar um modelo colaborativo, possuir uma duração mais limitada, ser objetiva e estruturada, focar os problemas atuais, encorajar a autodescoberta e a experimentação, buscar aproveitar habilidades subutilizadas e incorporar novas habilidades no repertório do paciente. O presente trabalho apresenta uma experiência de tratamento em grupo para depressão na DPA/IP/UFRJ sob a supervisão do prof. Bernard Rangé, com bons resultados. Apresenta também a elaboração de um novo protocolo para tratamento semi-estruturado em grupo deste transtorno do humor, que utiliza: socialização no modelo cognitivo, psicoeducação, trabalho com metas/desejos/projetos de vida, automonitoria, registro de experiências positivas, ativação do paciente, técnicas para lidar com sentimentos disfuncionais tais quais a reestruturação cognitiva através de RDPDs, cartões de enfrentamento, resolução de problemas, resignação, distração, planejamento de atividades prazerosas, experimentos comportamentais, trabalho com as 3 crenças de Ellis, trabalho com assertividade, trabalho com crenças nucleares disfuncionais que inclui setas descendentes, RDPDs do Irismar, conceituações cognitivas em grupo e outras, prevenção de recaídas, técnicas para lidar com a suicidabilidade, caso necessário, e outras técnicas específicas para cada paciente, se preciso. Este novo protocolo já está sendo utilizado com resultados animadores por um outro grupo e dois novos grupos estão prestes a utilizá-lo.

PERDENDO O MEDO DE FALAR EM PÚBLICO: UMA NOVA PROPOSTA EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Valeska Martinho Pereira e Vanessa Cyrilo dos Santos (UFRJ – Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: ansiedade social, grupo, protocolo.

Este trabalho propõe um protocolo de terapia cognitivo-comportamental em grupo para Ansiedade Social Circunscrita a situações de expor-se em público. Conforme visto na literatura atual, o tratamento em grupo é o mais recomendado para este transtorno. Nos grupos realizados na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ, (DPA-UFRJ), foi observado que os quadros de ansiedade social apresentavam-se em diferentes níveis de gravidade, o que dificultava a condução e adesão ao tratamento. O que se pode constatar é que uma das queixas mais comuns entre as pessoas que procuram a DPA da UFRJ, era o medo e/ou ansiedade de falar em público. A fim de atender essa necessidade, foi elaborado um protocolo, baseado na terapia da efetividade social, cujo foco principal fosse essa dificuldade. O protocolo desenvolve-se em dez sessões compostas por: informações referentes ao modelo cognitivo, com explicação dos fundamentos da terapia cognitivo comportamental e também de sua efetividade, informações a respeito do transtorno de ansiedade social generalizada e circunscrita, explicação sobre o mecanismo da ansiedade, Registros Diários de Pensamentos Disfuncionais (RDPDs) a fim de corrigir as distorções cognitivas que contribuem para um aumento da ansiedade nas situações de seminário ou exposição a um público, relaxamento respiratório, discussão das crenças um, dois e três de Ellis, treino em assertividade com uso de cenas, especialmente em relação a receber e/ou fazer elogios e críticas, definição de tipos de discurso: expositivo e persuasivo, exercícios de exposição imaginária a situação de exposição em público e exposições ao vivo a platéia de desconhecidos. O protocolo encontra-se em fase experimental, sendo aplicado em sessões semanais, com duas horas de duração, em oito sujeitos. Para a formação do grupo piloto não foram utilizados critérios de exclusão. Com este protocolo espera-se a reestruturação das crenças disfuncionais a respeito do desempenho durante uma exposição ao público, manejo dos sintomas de ansiedade, desenvolvimento de habilidades assertivas promovendo assim, uma melhoria na qualidade de vida dos clientes.

TRANSTORNO DO PÂNICO: UMA EXPERIÊNCIA DE TRATAMENTO EM GRUPO NA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Jessye Almeida Cantini (UFRJ – Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: transtorno do pânico, tratamento em grupo, terapia cognitivo-comportamental.

O Transtorno do Pânico é um transtorno de ansiedade que se caracteriza por ataques de pânico recorrentes e inesperados, sendo que pelo menos um desses ataques é seguido por, no mínimo, um mês de preocupações acerca de novos ataques e de medos como “perder o controle”, morrer, enlouquecer e ter um ataque cardíaco, por exemplo. Há alterações comportamentais significativas relacionadas aos ataques, que por sua vez não ocorrem devido ao uso de medicamentos ou quaisquer tipos de alterações fisiológicas. Vale ressaltar que os ataques de pânico são caracterizados como um período de aproximadamente 10 minutos em que se experimenta forte temor ou desconforto, havendo a presença de sintomas de ansiedade como, por exemplo, taquicardia, tremores, sudorese, sensação de tontura, despersonalização, medo de morrer, de perder o controle ou de enlouquecer e sensação de falta de ar entre outros. No transtorno do pânico, pode haver ou não a presença de agorafobia, ou seja, ansiedade acerca de situações em lugares onde se julgue não haver escapatória ou onde se acredite não haver como conseguir ajuda em caso de um ataque de pânico. Tais situações são evitadas, geram sofrimento, medo da ocorrência de um novo ataque de pânico ou somente suportadas razoavelmente bem com um acompanhante. O transtorno do pânico atinge cerca de 1,5 a 2% da população, ocorrendo mais em mulheres. Geralmente se inicia entre o fim da adolescência e os 30 anos. A terapia cognitivo-comportamental em grupo tem apresentado resultados eficazes para o tratamento desse transtorno. Dessa forma, o presente estudo visa a apresentação de uma experiência clínica com um grupo de quatro pacientes, formado por três mulheres e um homem, entre 30 e 58 anos, todos de classe média e grau de escolaridade superior, atendidos em sessões semanais com duração de duas horas na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ, sob supervisão do Professor Bernard Rangé. O tratamento consistiu em oito sessões pré-estruturadas, visando a educação dos pacientes sobre o transtorno, reestruturação cognitiva, dessensibilização sistemática e prevenção de recaídas. Para tal, foram utilizadas as seguintes técnicas: biblioterapia, estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E., treino em respiração diafragmática, exposição interoceptiva, registro de pensamentos disfuncionais, discussão da crença 3 de Ellis, cartões de enfrentamento, construção de hierarquias e exposição situacional, visando a habituação dos pacientes às situações ansiogênicas. Para a avaliação dos resultados obtidos, foram aplicados pré-testes no início do tratamento e pós-testes no término do mesmo. Três pacientes do sexo feminino apresentaram redução de comportamentos de esquiva em situações ansiogênicas e diminuição de sintomas de ansiedade e de depressão. Vale ressaltar que o único paciente do sexo masculino não concluiu o tratamento, embora tenha apresentado redução de tais sintomas. Dessa forma, os resultados obtidos corroboraram a eficácia do tratamento em grupo na abordagem cognitivo-comportamental para o transtorno do pânico.

TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO: INTERVENÇÃO EM GRUPO A PARTIR DA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Pamela Abdon Guimarães Pimentel (UFRJ – Rio de Janeiro, RJ).

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

O Transtorno Obsessivo Compulsivo é caracterizado, de acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) da Associação Psiquiátrica Americana, como um transtorno de ansiedade. Os sintomas presentes neste transtorno abrangem alterações dos pensamentos (obsessões), do comportamento (compulsões ou rituais) e das emoções (medo, desconforto, ansiedade, aflição). As obsessões são os pensamentos ou impulsos que invadem e dominam a mente, e, em geral, são experimentados como inadequados, persistentes e repetitivos. As compulsões, ou rituais, são atos mentais ou comportamentos repetitivos e voluntários, realizados a fim de aliviar o desconforto que os pensamentos obsessivos provocam. As causas do TOC são ainda desconhecidas, mas fortes evidências indicam que origem e manutenção envolvem aspectos biológicos, psicológicos e ambientais. Desse modo, atualmente, o tratamento para o TOC pode ocorrer através da utilização de medicamentos, especialmente os antidepressivos inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), e da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Na maioria das vezes, a associação entre os dois tratamentos é o mais indicado. O principal objetivo do presente estudo é apresentar uma intervenção clínica em um grupo de cinco pacientes acometidos pelo TOC, na Divisão de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro, sob supervisão do Professor Dr. Bernard Rangé. Para tal, serão explicitadas as técnicas cognitivo-comportamentais que constituíram o protocolo de tratamento, bem como os resultados obtidos com a intervenção. O grupo era formado por dois homens e três mulheres, entre 22 e 41 anos, com grau de escolaridade variando de Ensino Médio incompleto a Ensino Superior completo. Foram realizadas quatorze sessões, com frequência semanal e duração de uma hora e cinquenta minutos. Dentre os pacientes, apenas um não estava utilizando nenhuma medicação. Inicialmente, foi desenvolvida uma psicoeducação acerca do TOC e da TCC. Cada paciente teve sua hierarquia preenchida cuidadosa e individualmente, com o auxílio das duas terapeutas que conduziram o grupo. As exposições e a prevenção de resposta foram feitas, em sua maioria, com a ajuda de acompanhantes previamente treinados pelas terapeutas, na residência dos pacientes. Isto porque a maioria dos rituais apresentados pelos pacientes do grupo manifestava-se principalmente em suas casas. A automonitoria de rituais foi de grande valia, uma vez que demonstrava que as compulsões diminuía. Em todas as sessões, foram aplicados inventários que visavam a mensurar o grau de ansiedade e depressão que o paciente apresentou na semana anterior. Além disso, escalas que avaliam os sintomas do TOC e a qualidade de vida, Y-BOCS e SF-36, respectivamente, foram aplicadas no início e no fim do tratamento. Cabe ressaltar que uma paciente não completou o tratamento. Desse modo, a partir das escalas de avaliação, bem como do relato dos pacientes, foi possível perceber uma grande diminuição dos sintomas obsessivos e compulsivos. Três pacientes chegaram ao fim da hierarquia, conseguindo controlar todos os rituais que foram trabalhados na terapia. A paciente que não finalizou a hierarquia foi encaminhada para terapia individual, a fim de continuar seu tratamento. Este estudo, portanto, corroborou a idéia de que a TCC é uma importante estratégia de tratamento para o TOC.

TRANSTORNOS ALIMENTARES: DA TEORIA A INTERVENÇÃO

Coordenadora: Neli Bernardo (UERJ)

CASO CLÍNICO: ANOREXIA E BULIMIA UMA LINHA TÊNUE

Neli Bernardo (UERJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: transtorno alimentar, anorexia, bulimia, intervenção psicoterápica.

O resumo de caso clínico relatado a seguir tem como objetivo demonstrar o diagnóstico e evolução da intervenção psicoterápica e possíveis comorbidades num caso de Transtorno Alimentar atípico. A busca pelo tratamento se deu por parte dos pais da paciente tendo como queixa vômitos constantes. A paciente confirma a queixa dos vômitos, relata ansiedade elevada no relacionamento interpessoal, distímia, baixa auto-estima. No relato de sua história, coloca que aos 15 anos fez uso de hormônios devido ao tratamento ginecológico e com isso teve um aumento de peso de 20kg. Aos 16 anos teve seu primeiro namorado e constatou que não poderia namorar estando gorda. Durante uma festa em família se sentiu mal o que a fez vomitar, percebeu com isso como era fácil se livrar de tudo que comia, passando assim a provocá-los com frequência chegando ao auge de 8 vezes num dia, o que trouxe como consequência o sangramento e a dilatação da garganta. Com a prática passou a ter sintomas tais como: desmaios, taquicardia, perda de massa óssea e queda do desempenho escolar. Os pais relataram que a paciente é instável emocionalmente, demonstrando ter maturidade em certos momentos e noutros regredida e infantil. Mantém um ritual para seus vômitos, mas durante as refeições limita-se a ingestão de cebola, alface, orégano, cenoura e melancia. Esse é o seu segundo tratamento psicoterápico, o primeiro permaneceu por 8 meses com uma equipe multidisciplinar envolvendo psicólogo, nutricionista, psiquiatra e endocrinologista, mas relata que não teve empatia pela equipe só sentindo-se próxima da nutricionista. Os pais relataram também que por causa da compulsão alimentar passaram a trancar os armários para que a paciente não tivesse acesso aos alimentos. A paciente com isso passou a sair e fazer o seu ritual gastronômico que culmina com o ato de vomitar no shopping, ela segue um padrão de ingestão de alimentos, com uma certa ordem indo em seguida para o banheiro e passando ali até 2 horas até que todo o conteúdo ingerido seja posto para fora. A mesma relata que com essa atitude sente que põe tudo para fora e se sente aliviada. A intervenção se deu através da diminuição da ansiedade, reeducação alimentar, reestruturação cognitiva com relação à sua auto-imagem, treinamento das habilidades sociais. Atualmente a paciente abandonou o tratamento após relatar que um certo livro revelaria, a qualquer pessoa, como ela funciona pedindo até mesmo que o livro fosse lido pela psicóloga. Demonstrou grandes avanços, juntamente com o acompanhamento nutricional passando a ingerir uma maior quantidade de alimentos. Não manteve contato após se afastar sem se justificar.

CASO CLÍNICO: UM CASO DE TRANSTORNO ALIMENTAR.

Denise Rodrigues (UNESA, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: transtorno alimentar, intervenção psicoterápica, comorbidade.

O resumo de caso clínico que se segue tem como objetivo apresentar uma possível forma de intervenção psicoterápica em um caso com sintomas de Transtorno Alimentar, bem como suscitar algumas questões referentes ao mesmo que podem vir a servir de referência no tratamento de outros pacientes. A paciente em questão buscou tratamento psicoterápico apresentando como queixas: ansiedade em situações sociais, principalmente em relacionamentos sociais, depressão, além de uma progressiva perda de peso. Com relação a sua história, a paciente relatou que tinha 45 anos, nunca tinha tido relacionamento amoroso com nenhum homem, e que morava com os pais, de quem ela cuidava. Ela contou que tinha duas irmãs mais velhas, casadas, que estavam bastante preocupadas com ela, uma vez que acreditavam que ela estava deprimida, perdida e sem perspectivas. A paciente relatou, ainda que tinha concluído curso superior, mas não exercia sua profissão, pois não gostava da mesma. Também não gostava do seu emprego atual, pois não conseguia interagir com seus colegas, já que tinha certeza que eles a consideravam fechada e incompetente. Além disso, sentia-se explorada financeiramente, mas não sabia como fazer para reivindicar melhores condições no trabalho. Durante a fase de avaliação foi verificado que a paciente apresentava muitos medos (como sair sozinha, permanecer em lugares cheios de pessoas, entre outros), fumava cerca de duas caixas de cigarros por dia, peso abaixo daquele considerado adequado à sua idade e altura (IMC de 17), recusa em se alimentar (preferia fumar nos horários das refeições), dificuldade em gerenciar seu dinheiro (gastava mais do que devia, de forma impulsiva e para se premiar quando estava triste). Durante o período de avaliação a paciente foi instruída a buscar tratamento psiquiátrico, o que foi feito. Durante a fase de tratamento, os objetivos estabelecidos foram: diminuição dos níveis de ansiedade, enfrentamento de situações que despertavam sentimentos de vulnerabilidade, aumento do peso até níveis mais aceitáveis, redução do hábito de fumar, reestruturação cognitiva referente à sua auto-imagem, e estímulo ao engajamento em situações sociais. A paciente, posteriormente foi diagnosticada pela psicóloga e pelo psiquiatra como apresentando também Transtorno de Personalidade Dependente. Seu tratamento teve início em 2002 com atendimentos semanais, e no ano de 2005 a paciente passou a fazer atendimentos quinzenais, e posteriormente mensais. Atualmente, ela se encontra em fase de alta tanto do tratamento psicoterápico quanto do psiquiátrico. A única queixa que ainda perdura com intensidade é o hábito de fumar, enquanto que com relação às outras queixas, a paciente apresentou melhoras significativas, segundo seu próprio relato.

OBESIDADE TRATAMENTO ATRAVES DA TCC.

Natália Alves De Melo Lima (Unesa - Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: obesidade, obesidade infantil, tratamento.

A obesidade é uma síndrome multifatorial que consiste em alterações fisiológicas, bioquímicas, metabólicas, anatômicas além de alterações psicológicas e sociais, e aparentemente classificada como uma doença pela OMS (Organização Mundial de Saúde) desde 1997. A obesidade é um distúrbio que ocorre em grandes segmentos da população, especialmente em adultos, mas a obesidade infantil vem apresentando um rápido aumento nas últimas décadas, sendo caracterizada como uma verdadeira epidemia mundial. Esse, distúrbio, uma doença em si mesmo, determina problemas graves de saúde, favorecendo o aparecimento prematuro de doenças tais como diabetes, problemas cardíacos, hipertensão, entre outros. O desenvolvimento da obesidade infantil depende da idade em que ela se inicia e do histórico familiar. Sabe-se que crianças obesas com menos de 3 anos de idade têm pouco risco de se tornarem adultos obesos, exceto se um dos pais ou ambos forem obesos; no entanto, a obesidade entre crianças mais velhas é um indicador importante de obesidade na fase adulta, independentemente do peso dos pais. Tanto para crianças obesas como para as não-obesas com menos de 10 anos de idade, ter um dos pais obeso aumenta em mais 2 vezes o risco de serem obesas na idade adulta. A obesidade funciona como uma defesa, substitui afetos, mascara palavras. As conseqüências são graves. Não é raro, que crianças acima do peso sejam alvo de brincadeiras maldosas por parte dos colegas e recebam apelidos depreciativos. Os ataques podem provocar isolamentos, sentimentos de inferioridade e agressividade. Sentindo-se rejeitada, a criança volta a se refugiar no aparente conforto do alimento. Esses aspectos comprometem em longo prazo a escolaridade, os relacionamentos afetivos e a busca por trabalho. A terapia cognitivo-comportamental utiliza o pensamento como ponto-chave para a modificação de comportamento. Todo pensamento gera um sentimento que, por sua vez, gerará um comportamento. O objetivo do método comportamental é ajudar os pacientes a modificar seus hábitos alimentares, aumentar a freqüência de comportamentos saudáveis, como a atividade física, e ter mais consciência das atividades, ajudando-os, dessa forma, a fazerem escolhas mais saudáveis. A utilização de medicamentos como auxiliares no tratamento do paciente obeso deve ser realizada com cuidado, não sendo em geral o aspecto mais importante das medidas empregadas. Cada medicamento específico, dependendo de sua composição farmacológica, apresenta diversos efeitos colaterais, alguns deles bastante graves como arritmias cardíacas, surtos psicóticos e dependência química. Por essa razão devem ser utilizados apenas em situações especiais de acordo com o julgamento criterioso do médico. A educação nutricional é necessária para a mudança no hábito alimentar. Recomenda-se um plano individualmente balanceado do ponto de vista nutricional e com um déficit energético baseado na estimativa das necessidades de manutenção energética. Objetivo é perda de peso de acordo com a classificação de obesidade, considerando a meta inicial de 6 meses.

CONTRIBUIÇÕES SOBRE A RELAÇÃO TERAPÊUTICA NA PRÁTICA CLÍNICA: ENTRE A VALIDAÇÃO E A MUDANÇA.

Coordenadora: Cristiane Figueiredo Araújo (UERJ)

CONFIANÇA E EMPATIA NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Mariana Fernandes Costa, Cristiane Figueiredo Araújo (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental, relação terapêutica, crenças.

As crenças de um indivíduo exercem importante papel no desenvolvimento de seus sentimentos e comportamentos. O sistema distorcido de crenças pode perpetuar-se em decorrência de várias tendências disfuncionais de raciocínio. Uma delas é atentar seletivamente para informações que reforcem suas crenças, negligenciando ou minimizando os dados que poderiam questioná-las. Para modificar as crenças, ensina-se o paciente a identificar pensamentos que possam conter distorção. Depois é incentivado a analisar evidências que confirmem ou refutem o pensamento distorcido, tornando-o mais funcional. O reconhecimento dos padrões de interação pessoal mal-adaptativos pelo paciente é requisito decisivo para mudança. Dessa forma, o terapeuta mantém uma atitude empática em relação às dificuldades e necessidades do paciente, apresentando a terapia como trabalho colaborativo, onde ambos participam ativamente na detecção de causas das dificuldades e na seleção das estratégias utilizadas. É preciso favorecer uma boa aliança terapêutica que propicia resultados favoráveis, pois o paciente experimenta o terapeuta como pessoa confiável. Baseado nesta confiança, o paciente se dispõe a confrontar suas emoções, conquistando progressiva liberdade para mudar atitudes e comportamentos conflituosos por respostas mais flexíveis e adaptativas que permitam maior satisfação das necessidades. Neste trabalho apresentamos o caso clínico de uma paciente oncológica, 51 anos, casada, possui três filhos, atendida no Serviço de Psicologia Aplicada da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (SPA/UERJ), desde abril/2007. De início foram trazidas questões do cotidiano, principalmente relacionadas aos efeitos colaterais da quimioterapia, e gradativamente foi realizada a conceituação, que facilitou o mapeamento de problemas como: perda do controle sobre a vida, mudanças na auto-imagem, medo da dependência e do abandono, estigmas, tristeza, raiva, isolamento e morte. A progressão ou recidiva da doença são outras preocupações constantes. Além disso, com o tempo a paciente se sentiu mais segura para compartilhar assuntos que considerava mais complexos como o consumo excessivo de bebida alcoólica do marido, a adoção de uma das filhas que desconhece a verdade e o abuso psicológico praticado pela mãe. Desse modo, verificou-se que apresenta crenças nucleares disfuncionais de desamparo, desamor e desvalor, muito generalizadas e cristalizadas, acerca de si mesma, dos outros e do mundo. Foram aplicadas técnicas cognitivas e comportamentais clássicas como reestruturação, experimentos comportamentais para teste das crenças e resolução de problemas. Alguns autores demonstram que privações precoces e experiências traumáticas podem tornar o indivíduo incapaz para ter gratificação suficiente em suas interações e relacionamentos, bem como ter dificuldades em aplicar recursos apropriados no manejo de seu ambiente de acordo com seus desejos e necessidades, podendo desenvolver expectativas irrealistas de si mesmo e dos outros. Assim, será discutido o papel do psicólogo na relação terapêutica e a importância da empatia, formação de vínculo, confiança e manutenção do sigilo para promoção de revelações. Portanto, entende-se que a relação terapêutica é um instrumento fundamental para o sucesso do tratamento, sendo que o terapeuta precisa estar atento às suas próprias dificuldades e habilidades para uma melhor evolução do processo terapêutico.

A RELAÇÃO TERAPÊUTICA E A BUSCA DO EQUILÍBRIO ENTRE VALIDAÇÃO E MUDANÇA: CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS E APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO

Vanessa Dordron de Pinho, Cristiane Figueiredo Araújo (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro).

Palavras-chave: relação terapêutica, transferência e contra-transferência, validação e mudança.

Durante muito tempo a abordagem cognitivo-comportamental negligenciou o estudo da relação terapêutica. Os terapeutas cognitivo-comportamentais investiram muito no aprimoramento de técnicas psicoterápicas e no conhecimento sobre os transtornos psicológicos e deixaram de lado questões relacionadas à resistência, transferência e contratransferência que ocorrem no processo terapêutico. Atualmente, alguns autores têm retomado a importância de abordar as questões da relação terapêutica no processo de mudança, tanto em prol do paciente quanto do próprio terapeuta, pois é impossível negar a influência desses fenômenos. A resistência, para a terapia cognitivo-comportamental, também chamada de falta de adesão ao tratamento, pode ser definida como qualquer ocorrência no comportamento, no pensamento, na emoção e no estilo interpessoal do paciente que interfere em sua capacidade para utilizar o tratamento e adquirir habilidades em lidar com problemas fora da terapia e após a terapia haver terminado. São muitas as formas como um paciente pode resistir à terapia e à mudança, por exemplo: não aderindo às tarefas de casa, faltando ou chegando atrasado às sessões, comportando-se de forma sedutora ou abusiva, terminando prematuramente o tratamento etc. E também são diversos os fatores que podem levar ao desencadeamento da resistência: o modo como o terapeuta interage com seu paciente, o significado que o paciente atribui ao método terapêutico, o uso precoce de determinadas técnicas por parte do terapeuta, esquemas rígidos do paciente, entre outros. No presente trabalho será discutido como a transferência e a contratransferência podem ser usadas como recursos terapêuticos, constituindo-se fenômenos preciosos que indicam como os pacientes se relacionam interpessoalmente na vida real e como os seus comportamentos eliciam determinadas reações nos outros. Para isso, será ilustrado o caso clínico de uma paciente de sexo feminino, com 24 anos de idade, resistente aos procedimentos terapêuticos através de comportamentos como argumentar que seu problema não tem solução e demandar excessiva validação por parte do terapeuta. A partir disto será discutido o papel do terapeuta, que precisa usar de empatia genuína para atender as demandas de validação do paciente, mas ao mesmo tempo restaurar neste o desejo de mudança e a crença de que, por pior que tenham sido as experiências que viveu, sempre é possível melhorar a qualidade de vida a partir da reestruturação de seu modo de perceber sua história. Uma forma de iniciar a mudança, como será apresentada neste trabalho, é trabalhar com a contratransferência, trazendo ao conhecimento do paciente como a sua excessiva necessidade de validação desencadeia reações no terapeuta e nas pessoas com quem lida na vida real, e como as reações eliciadas nos outros servem para perpetuar suas crenças disfuncionais.

RELAÇÃO TERAPÊUTICA COMO RECURSO NA PRÁTICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Conceição Santos Fernandes, Mariana Fernandes Costa, Cristiane Figueiredo Araújo (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: resistência, relação terapêutica, terapia cognitivo-comportamental

Este trabalho pretende apresentar um caso que vem sendo atendido no Serviço de Psicologia Aplicada da Uerj (SPA), dando ênfase aos aspectos de transferência e contratransferência da relação terapêutica. O paciente é um homem de 40 anos, casado, sem filhos, com ensino superior completo e desempregado, que procurou atendimento por encaminhamento de seu psiquiatra com queixa de depressão. Foi feita sua conceituação e foi dado início ao tratamento. Contudo, surgiram dificuldades no trabalho terapêutico, que se expressavam em: poucos resultados significativos, não realização de tarefas, contestação ao terapeuta e sua competência, tentativas de aumentar o tempo de sessão e de ter mais atenção, hostilidade frente às intervenções e aos terapeutas. Suas crenças centrais giravam em torno dos temas de incapacidade, incompetência, fracasso e dependência. Os comportamentos subsequentes mais frequentes eram de evitação de situações de trabalho que poderiam fazê-lo sentir-se mais competente e independente, metas além do que poderia alcançar no momento, e grande exigência por atenção e cuidados das pessoas, isto também podia acontecer por vitimização ou criação de vínculos muito fortes, tendendo a ter comportamentos de passividade, com apenas uma pessoa para receber em troca este cuidado. Quando não conseguia essa atenção ou se sentia de alguma forma frustrado, tornava-se agressivo e distante. Percebia-se, ainda, uma oscilação entre esse extremo e outro, onde havia uma busca por independência, afirmações de que era capaz e de que não precisa da ajuda de ninguém. Todos esses comportamentos eram manifestados na relação com as terapeutas. É esperado que o trabalho com crenças centrais disfuncionais elicie em alguns pacientes sentimentos de insegurança e ansiedade pela possibilidade de mudança de padrões comportamentais de longa duração, que caracterizam em parte sua personalidade. E, muitas vezes, pode-se perceber a repetição, na interação com o terapeuta, de seu padrão de funcionamento interpessoal. Assim, os recursos utilizados com o paciente foram: manter-se atento aos comportamentos e aos padrões relacionais que tentava estabelecer, a fim de entender como ele interagira com outras pessoas; tentar, a partir disso, quebrar esses padrões que vinham sendo reforçados ao longo de sua vida e que mantinham suas crenças, comportando-se de maneira diferente do esperado; focalizar o que o próprio terapeuta sentia na interação com o paciente para compreender as emoções e as reações que o mesmo gerava nas pessoas ao seu redor; utilizar situações do ambiente terapêutico para apontar esses mecanismos ao paciente e as crenças envolvidas. Em paralelo, continuou-se aplicando as técnicas cognitivas e comportamentais clássicas, como a reestruturação, experimentos comportamentais e resolução de problemas. Com isto foi possível manejar com a resistência do paciente ao tratamento, fazer acréscimos em sua conceituação, e mostrar como as conseqüências de comportamentos se relacionavam com suas crenças, promovendo reestruturação. Esta intervenção retrata a importância de alguns aspectos da relação terapêutica, para a promoção da adequada conceituação de caso, com a previsão de obstáculos, estratégias de redução da resistência e adesão ao tratamento, que aliados aos aspectos já conhecidos da terapia cognitiva aumentam as possibilidades de mudança e melhora terapêutica.

NEUROPSICOLOGIA E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Coordenadora: Rita Cristina C. de Medeiros Couto (Pós-doutoranda do Laboratório de Neurofisiologia e Avaliação Neurocomportamental – IBRAG – UERJ)

NEUROBIOLOGIA DA PSICOTERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Ana Lúcia Novais Carvalho (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – RJ).

Palavras-chave: neurociências, lúpus eritematoso sistêmico, psicoterapia cognitivo-comportamental.

O presente trabalho é a exposição de uma pesquisa bibliográfica que teve como objetivo geral compreender a relação entre as doenças auto-imunes, mais especificamente o Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), e os transtornos de ansiedade. Nos objetivos específicos levantamos a prevalência de transtornos ansiosos nesta população; o papel da intervenção psicoterápica nestes pacientes; e a neurobiologia da psicoterapia cognitivo-comportamental. Destacamos, assim, a relevância da realização de uma intervenção psicoterápica adequada, considerando os sintomas ansiosos, em pacientes que apresentam um quadro clínico de doença auto-imune. De acordo com a Sociedade Brasileira de Reumatologia, o lúpus eritematoso sistêmico é uma doença inflamatória crônica, de causa desconhecida e de natureza auto-imune, caracterizada pela presença de diversos auto-anticorpos. O desenvolvimento desta doença está relacionada à predisposição genética e a fatores ambientais. Sobre os transtornos de ansiedade, como o transtorno de pânico, o transtorno de ansiedade generalizada e as fobias específicas, sabemos que estes são os mais frequentes dos transtornos mentais. Sobre os procedimentos psicoterápicos direcionados a esta população, inúmeros são os estudos que apontam para a eficácia da psicoterapia cognitivo-comportamental. Atualmente, amplo é o nosso conhecimento sobre a neurobiologia dos transtornos de ansiedade. Também observamos, graças ao avanço tecnológico na área dos exames de neuroimagem, um aumento dos estudos que contribuem para uma maior compreensão das alterações provocadas pelas intervenções cognitivo-comportamentais no sistema nervoso central em pacientes com este quadro clínico. Sabemos que a amígdala, por exemplo, além de desempenhar um papel central na aquisição e expressão do medo, também está envolvida na extinção deste sentimento. Experimentos realizados em humanos, demonstraram que a atividade amigdalóide se correlaciona com o treinamento de extinção. Outros estudos, no caso realizados em pacientes diagnosticados com depressão e transtorno obsessivo-compulsivo, utilizando a técnica da tomografia por emissão de pósitrons (PET), indicam que modificações cognitivas e comportamentais, desenvolvidas durante o processo psicoterápico, levam a mudanças metabólicas no cérebro destes pacientes. Tais modificações neuroquímicas também são descritas em um estudo onde os participantes apresentavam quadro de fobia específica (aracnofobia). Esta pesquisa utilizou a ressonância nuclear magnética funcional (fRNMf) para avaliar os resultados da intervenção cognitivo-comportamental nestes indivíduos. Assim, foram verificadas alterações no padrão de ativação do córtex pré-frontal dorsolateral e no giro parahipocampal destes sujeitos após a realização de procedimentos psicoterápicos. Tais conhecimentos no campo das neurociências contribuem para a melhoria na qualidade e na eficácia do atendimento a pessoas que apresentam um quadro de transtorno ansioso, seja ele isolado ou associado a uma condição médica específica, como é o caso das doenças auto-imune.

DOENÇA AUTO-IMUNE E NEUROPSICOLOGIA.

Andrea Bandeira de Lima (Laboratório de Neurofisiologia e Avaliação Comportamental/IBRAG – UERJ. Rio de Janeiro - RJ)

Palavras-chave: doença auto-imune, neuropsicologia, estresse.

O objetivo deste trabalho é refletir e compreender as relações entre as doenças auto-imunes e as alterações neuropsicológicas que normalmente fazem parte desses quadros. Para isso, foi feita uma revisão bibliográfica para encontrar esse suporte na literatura, visando, posteriormente, aplicar esses achados em uma pesquisa que os corrobore na prática. Dentro deste objetivo, os aspectos mais relevantes encontrados na literatura da área, foram que nas doenças auto-imunes manifestam-se déficits neuropsicológicos de atenção e, principalmente de memória, além de níveis elevados de estresse e que o hipocampo é a peça-chave para se compreender a relação entre o sistema imune e o sistema nervoso central, na tentativa de compreender a interrelação do sistema imunológico com o cérebro, mediada pelo estresse e a emoção e os déficits neuropsicológicos envolvidos nas doenças auto-imunes. Resultados: Através da revisão bibliográfica, pôde-se compreender que o hipocampo é uma peça-chave para começar a ser compreendida esta interrelação. É uma das áreas cerebrais mais importantes que pode ser afetada pela emoção e pelo estresse. Ele desempenha um papel primordial na aprendizagem e na memória. As alterações de memória formam parte do quadro clínico da psicopatologia relacionada com as alterações dos processos estressantes. O hipocampo tem uma grande concentração de receptores de glucocorticóides que são chamados hormônio do estresse, considerado uma peça – chave para integrar a resposta cognitiva, neuro-hormonal e neuroquímica à emoção e ao estresse. Possui também, receptores mineralocorticóides que contêm uma enzima que metaboliza o cortisol. O hipocampo modula a liberação de glucocorticóides por meio de seu efeito inibitório sobre o eixo HPA. Os altos níveis de glucocorticóides que se apresentam durante os períodos de estresse prolongado, danificam o hipocampo podendo reduzir seu volume e se traduzindo por uma série de alterações de memória. Eles protegem o organismo durante certas situações de estresse, mas em outras, seu efeito pode danificá-lo. A resposta cerebral ao estresse se relaciona intimamente com o sistema imunológico, podendo assim, em determinadas pessoas e em determinados momentos de estresse crônico, levar às doenças auto-imunes através da desregulação desse sistema. Conclusão: Ao compreender o papel do hipocampo, se interrelacionando com o sistema imune e a resposta ao estresse, podemos perceber como as doenças auto-imunes podem gerar déficits de memória mediados pelo estresse crônico, transformando um sistema que foi feito para proteger em um sistema que gera doença e déficit cognitivo a partir da sua desregulação. O cérebro tem a capacidade para criar novas memórias e para se adaptar a certos fenômenos adversos como as doenças. Esta plasticidade é o que permite criar novas conexões e perder outras. O equilíbrio bioquímico do cérebro nos predispõe a reagir de formas variadas aos diversos acontecimentos externos, de acordo com a estrutura biológica disponível. O entendimento das emoções é uma das principais metas da ciência atual que está relacionada com a compreensão do funcionamento entre o mental e o cerebral.

LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO E DISFUNÇÃO COGNITIVA.

Mônica Campioli Brandão (Hospital Barra D'or, Laboratório de Neurofisiologia e Avaliação Comportamental/IBRAG - UERJ - Rio de Janeiro-RJ)

Palavras-chave: Lúpus Eritematoso Sistêmico, disfunção cognitiva, terapia cognitivo-comportamental.

O objetivo deste estudo foi revisar na literatura a relação entre o envolvimento do Sistema Nervoso Central (SNC), disfunção cognitiva e estresse no Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e a possível contribuição da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para esses pacientes. Método: As bases de dados consultados foram o Medline, Lilacs e Cochrane. Foram verificadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados, artigos de revisão e de livros sobre o tema. Resultados: O lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) é uma doença crônica, que afeta múltiplos órgãos e sistemas. O envolvimento do Sistema Nervoso Central tem sido estimado em torno de 50% dos pacientes, porém com uma estimativa variando aproximadamente entre 14-75% de todos os casos. O American College of Rheumatology (ARA) definiu critérios diagnóstico para as Síndromes Neuropsiquiátricas (NPLES) incluindo a presença de disfunção cognitiva como uma síndrome separada. O ARA estabeleceu como critério diagnóstico o comprometimento de um ou mais domínios, sendo eles: atenção simples; atenção complexa; memória (aprendizagem e reconhecimento); processamento visuo-espacial; linguagem (fluência verbal), solução de problemas; velocidade psicomotora e funções executivas compreendendo as áreas de planejamento, organização e sequência. Na literatura a definição de prejuízo cognitivo e o procedimento para identificação e medição varia consideravelmente dentro da literatura no lúpus, apesar dos critérios estabelecidos pelo ARA. Os distúrbios cognitivos no lúpus, sua natureza e gravidade, podem ser variáveis e apresentar flutuações durante o curso da doença. Embora disfunção cognitiva em pacientes com lúpus venha sendo investigada na literatura, o quantitativo (prevalência de prejuízo cognitivo) e qualitativo (modelo de prejuízo cognitivo), destes aspectos da disfunção cognitiva necessitam ainda ser mais pesquisado. O estresse emocional que pode incluir humor deprimido e/ou ansioso afeta de modo significativo a vida desses pacientes, influenciando dessa maneira os aspectos cognitivos. A resposta emocional ao estresse se relaciona intimamente com o sistema imunológico. Um período de estresse prolongado pode reduzir o volume hipocampal, como também, afetar a modulação genética e a imunidade. Em um estudo a TCC mostrou-se eficaz na redução de recaídas depressivas, mas ainda precisa de estudos para avaliar qual a sua eficácia junto aos pacientes de lúpus. Conclusão: É comum o envolvimento do SNC e a presença de disfunção cognitiva associada a este sistema. Os distúrbios cognitivos nesta doença podem ser decorrentes de alterações cerebrais sistêmicas. As áreas cognitivas que foram apontados um maior déficit pelos pacientes de LES encontramos a memória verbal, velocidade psicomotora, memória visuoespacial, habilidades visuoespaciais e que o prejuízo cognitivo poderia ser variado tal como o curso da doença de acordo com estudos realizados longitudinalmente. A depressão e a psicose estão entre as desordens psiquiátricas citadas no LES, porém ainda há controvérsias em relação a sua frequência e patofisiologia no curso da doença. A TCC poderia contribuir para desenvolver nesses pacientes um conhecimento mais abrangente de si mesmo, de forma a ajudar e incentivar no enfrentamento das dificuldades e a persistir nos esforços para modificar reações emocionais e comportamentos que intensificam sofrimento.

FORMAS DE ENCAMINHAMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO

Coordenadora: Juliana Caversan de Barros (Instituto Fluminense de Saúde Mental, Niterói – RJ)

A INFLUÊNCIA DO REPERTÓRIO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DO TERAPEUTA, NA ADESÃO DO PACIENTE AO TRATAMENTO.

Juliana Caversan de Barros (Instituto Fluminense de Saúde Mental, Niterói – RJ)

Palavras-chave: relação terapêutica, adesão ao tratamento, aspectos cognitivo-comportamentais.

A Terapia Cognitivo-Comportamental é uma abordagem psicoterapêutica em muito conhecida pelo seu repertório de estratégias bem sucedidas para o tratamento de inúmeras desordens mentais. Este fato tem fundamento mas, para a TCC, uma de suas principais ferramentas é a relação terapêutica, pois sem ela, nenhuma outra teria como ser eficaz. É objetivo do presente trabalho a exposição e a discussão dos aspectos cognitivo-comportamentais no profissional que podem contribuir para uma melhoria da relação terapêutica e, conseqüentemente, a adesão do paciente ao tratamento. Dentre a totalidade de variáveis, pode-se destacar como fundamentais as habilidades sociais. O profissional de saúde empático consegue, na medida em que possui uma preocupação e uma atenção maiores na escuta das queixas do paciente, colher dados fundamentais para a formulação de uma hipótese diagnóstica correta. Também, ao verbalizar empaticamente, propicia um *setting* terapêutico acolhedor e de confiança. Outro comportamento socialmente habilidoso é a assertividade, a qual, quando é utilizada pelo terapeuta, promove no paciente um sentimento de confiança. Isto se dá pela postura objetiva e afirmativa do profissional, que defende a sua abordagem como a mais adequada e potencialmente eficaz para a melhora do quadro de seu cliente. A modelação, estratégia oriunda da Teoria da Aprendizagem Social, também é de fundamental importância para um tratamento bem sucedido. O terapeuta precisa ser um modelo para seu paciente, ou seja, refletir grande parte da realidade proposta ao indivíduo que lhe pede ajuda. Se a terapia tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida do paciente, motivando-o a um conjunto de mudanças cognitivas e comportamentais, o profissional que não aparente ter qualidade em sua vida, dificilmente contribuirá para a adesão do paciente. Com relação ao conhecimento amplo e aprofundado da abordagem e da adequação de cada recurso a realidades distintas de psicopatologias, este se faz de extrema necessidade para que todos os aspectos supracitados também possam ser atingidos. Tal conhecimento é necessário para que se mantenha o caráter psicoeducativo da TCC, ou seja, a sua proposta de educar o paciente na sua racionalidade e em todo o processo do tratamento. Sabe-se que muitas pessoas possuem crenças distorcidas com relação ao contexto que lida com a mente humana, e muitas delas estão relacionadas ao aspecto mágico que se atribui ao manejo psicológico. Isso se dá pelo desconhecimento de como se dão as mudanças atingidas em psicoterapia. É um recurso da TCC expor ao paciente cada novo passo dado no tratamento. Ela prima por identificar com o paciente quais os problemas, avaliá-los e, caso necessário, modificá-los. Tudo com a participação ativa do mesmo, o qual recebe todas as informações necessárias para a total compreensão dos caminhos necessários para o restabelecimento da sua saúde. Estes são os principais recursos que tornam o tratamento cognitivo-comportamentais um dos mais eficazes para a grande parte dos transtornos mentais.

ADESÃO AO TRATAMENTO PSICOTERÁPICO : VARIÁVEIS DO PACIENTE

Aline da Silva Marques (Instituto Fluminense de Saúde Mental e Universidade Federal Fluminense, Niterói – RJ)

Palavras-chave: variáveis cognitivas, crenças dos pacientes, adesão ao tratamento.

Um fator bastante observado no campo das abordagens terapêuticas é a resistência de muitas pessoas ao tratamento psicológico. Vários podem ser os motivos atribuídos à essa postura : o desconhecimento do processo psicoterapêutico, distorções cognitivas acerca do profissional de saúde mental e o medo de mudanças podem ser alguns deles. Uma vez quebrada essa barreira, a qual muitas vezes se dá quando o indivíduo já encontra-se com prejuízos significativos em sua qualidade de vida, nos deparamos com um novo obstáculo, o da adesão à psicoterapia. Uma questão importante a ser analisada é a da forma como esse paciente chegou ao atendimento. Muitas vezes o mesmo vem indicado por profissionais, tais como psiquiatras, neurologistas, nutricionistas, cardiologistas, dentre outros. A variável indicação é importante no sentido das crenças que as pessoas têm do saber e do poder médico, ou seja, se ele recomendou, isto significa que a terapia é realmente importante. Ou seja, a confiança faz com que ele busque apenas as evidências que confirmem a indicação médica, e conseqüentemente a adesão encontra aí um grande facilitador. Por outro lado, quando o paciente busca o tratamento por conta própria, ele possui muitas dúvidas e incertezas quanto à real eficácia de tal abordagem, com a tendência comum de atribuir uma conotação negativa à mesma. Dessa forma ele automaticamente dá mais atenção às evidências que confirmem suas crenças desadaptativas, o que dificulta a sua motivação para tratar-se. Outra crença envolvida nesse processo é a de que o tratamento medicamentoso é bem mais vantajoso, uma vez que, somente tomando um remédio, encontra-se a cura pra o problema sem que nada mais precise ser feito. Tal crença advém da postura passiva com relação aos tratamentos, a qual é aprendida ao longo da vida. Poucos indivíduos têm consciência de seu papel ativo tanto no desenvolvimento de uma patologia quanto para o seu total restabelecimento. Também desconhecem que mudanças profundas precisam ser feitas para que eles possam manter os ganhos e benefícios adquiridos em qualquer terapêutica. Caso contrário, as melhoras obtidas com a medicação, sem a psicoterapia, perdem-se com o tempo, e a recaída se torna cada vez mais provável. Também a expectativa do paciente com relação à eficácia do tratamento pode ser um aspecto facilitador ou não. Expectativas irrealistas conduzem constantemente à frustração. O mesmo pode ocorrer com a descrença na eficácia do tratamento. O profissional precisa estar atento à este fato para que possa corrigir as idéias desadaptativas tornado-as mais próximas da realidade. É objetivo do presente estudo discutir esses e outros aspectos cognitivos presentes nos pacientes para que intervenções possam ser administradas e contribuïrem para uma maior adesão à psicoterapia.

VARIÁVEIS SÓCIO-CULTURAIS NO PROCESSO DE ENCAMINHAMENTO

Cláudio Lyra Bastos (Instituto Fluminense de Saúde Mental e Hospital Henrique Roxo – Niterói – RJ)

Palavras-chave: variáveis sócio-culturais, relacionamento interpessoal, encaminhamento.

Apesar de aparentemente simples, o processo que orienta o encaminhamento do paciente de um profissional para outro – por exemplo, de um médico para um, psicólogo – envolve diversas etapas ou instâncias numa relação complexa. Para uma melhor compreensão de alguns dos componentes subjetivos que norteiam esse direcionamento e dos métodos envolvidos no processo, mostra-se essencial levar em conta a relevância dos elementos condicionados pela cultura, ou seja, o ambiente cultural, tanto no aspecto amplo, como no aspecto microsocial. Podemos observar que o processo em que se baseiam as referências, indicações ou encaminhamentos para outros profissionais segue tendências diferentes em diferentes ambientes culturais. Em sociedades predominantemente inclinadas ao individualismo, as indicações terapêuticas tendem a ser mais impessoais, mais baseadas em referências objetivas, técnicas ou consensuais. Já em grupos sociais baseados em estruturas mais voltadas para o tradicionalismo ou para relações interpessoais mais hierarquizadas, as indicações ou encaminhamentos para outros profissionais costumam mostrar uma forte tendência para o personalismo, incluindo vinculações quase que exclusivamente calcadas em relações de amizade, coleguismo, interesses, identificações políticas ou mesmo parentesco. Por essa razão, há uma tendência quase que automática para a formação de diversas redes de relações interligadas, que podem ser de grande abrangência – uma cidade ou o país inteiro – ou restringir-se ao micro-ambiente de um simples local de trabalho. Em nosso meio essas redes costumam muitas vezes receber algumas denominações pejorativas, como por exemplo, “panelinhas”. Essa visão negativa ou hostil não é surpreendente, já que a inclusão de determinados elementos implica necessariamente a exclusão de outros. O interessante é que as mesmas pessoas que se queixam dessas redes excludentes tendem a formar outras igualmente excludentes. Dentro do ambiente institucional essas tendências à formação de subgrupos podem chegar a ser perigosas ou mesmo revelarem-se altamente destrutivas, e assim devem ser reconhecidas e trabalhadas imediatamente, tão logo surjam. No entanto, muitas dificuldades emergem no processo. A principal é de natureza cultural e envolve a enorme dificuldade em se impor valores individualistas e igualitários num ambiente fortemente hierarquizado e personalista. Entendemos que uma tarefa como essa não é exequível em nosso meio. A ambigüidade das soluções de compromisso também não resolvem a questão, já que pseudo-soluções ambivalentes levam inevitavelmente à desmoralização da instituição. Assim, propomos que a melhor forma de se lidar com o problema seja o fortalecimento dos vínculos indivíduo-instituição em detrimento dos vínculos intra-institucionais, já que a idéia de uma instituição que medeia as individualidades num ambiente impessoal só se mostra viável num meio cultural individualista-igualitário, onde a impessoalidade viceja sem maiores empecilhos.

POSTER

VISITA DOMICILIAR E O TRATAMENTO DO TOC

Marco Aurélio Mendes (consultório particular – Rio de Janeiro / RJ), Juliana Monsores (consultório particular – Rio de Janeiro / RJ).

Palavras-chave: toc, visita domiciliar, co-terapeuta.

A visita domiciliar é de fundamental importância para revelar discrepâncias entre o relato do paciente e a realidade encontrada, bem como na construção da hierarquia de ansiedade dos comportamentos compulsivos utilizada na dessensibilização e na terapia de exposição e prevenção de respostas. Muitas vezes, a família habitua-se a determinados comportamentos e exigências de maneira que não mais reconhece como alterações, a mudança de hábitos iniciada em função das demandas do portador de TOC. As inconsistências em relação às exigências do portador de TOC podem também gerar um reforço intermitente, tornando os comportamentos compulsivos mais resistentes. O presente resumo tem como base a intervenção psicoterápica no atendimento a uma paciente portadora de TOC em 2007, com a participação de um co-terapeuta nos atendimentos realizados na visita domiciliar. Aos 32 anos, desempregada, mãe de uma criança de dois anos, a paciente já havia tentado terapia por duas vezes com a abordagem comportamental e a psicanálise e, segundo as suas palavras, “sem sucesso”. Durante os quatro encontros iniciais, foi aplicado o *checklist* de obsessões e compulsões da Ybocs, bem como a própria escala Ybocs, na qual teve um escore de 30 pontos. Tinha pensamentos obsessivos de ser contaminada com o vírus da AIDs, não gostando de passar perto de hospitais, mendigos, pegar em notas com manchas (“pode ser sangue”), andar descalça dentro de casa (“os calçados podem trazer sangue da rua”). Pessoa culta e inteligente reconhecia o caráter irracional de suas obsessões, mas não resistia à execução dos comportamentos compulsivos, especialmente das lavagens com álcool. Apesar de ter relatado que havia lavado o filho com álcool uma vez, a preocupação com a limpeza do filho não aparecia de maneira constante nas sessões de terapia. Depois de um período de aproximadamente 90 dias realizando as exposições, algumas obsessões e compulsões ainda se mantinham presentes. Sugerimos então o envio de uma co-terapeuta à sua residência, com o objetivo de verificar o seu comportamento dentro de casa e sua relação com os membros da família. A co-terapeuta observou uma preocupação excessiva em relação à limpeza do filho e o receio de que ele fosse contaminado. A criança acabava ficando restrita a um cercado e não era livre para brincar, ficando triste e irritado. Durante a visita domiciliar conjunta (terapeuta e co-terapeuta) combinamos a introdução de novos temas identificados na visita do co-terapeuta, bem como a própria criança no trabalho de exposição, através da inclusão da mesma em brincadeiras e outras atividades habituais para uma criança de sua idade. Após esta data, relatou melhora substancial nas obsessões e compulsões. Quatro semanas após a visita domiciliar final, o escore da escala Ybocs era de 15 pontos. A paciente conseguiu retornar ao mercado de trabalho.

OS DESAFIOS DE UM TERAPEUTA COGNITIVO: FRAGMENTOS DE CASO CLÍNICO

Flávia Miele (CNA/PUC-Rio); Helene Shinohara (PUC-Rio)

A Terapia Cognitiva (TC) foi desenvolvida por Aaron T. Beck, na Universidade da Pensilvânia no início da década de 60, para modificar os pensamentos e os comportamentos disfuncionais de pacientes deprimidos e, desde então, vem sendo adaptada com sucesso para o tratamento de diversos outros transtornos. Estudos controlados têm demonstrado a eficácia desta abordagem no tratamento do Transtorno Depressivo Maior, Transtorno de Ansiedade Generalizada, Transtorno de Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Fobia Social, Abuso de Substância, Transtornos Alimentares, problemas de casais, entre outros. Na TC, assim como em outros modelos teóricos, os agentes de mudança no processo psicoterápico podem ser divididos em dois grandes grupos: o de técnicas (intervenções do terapeuta e estrutura das sessões) e a relação terapêutica. Em contraste com as psicoterapias mais tradicionais, o terapeuta cognitivo mantém-se continuamente ativo, interagindo com o paciente e busca, de uma variedade de formas, avaliar, questionar e reestruturar pensamentos e sistemas de crenças disfuncionais, com o objetivo de promover mudança emocional e comportamental duradoura. A conceituação de caso é a pedra fundamental da TC, e serve para relacionar as dificuldades do paciente de forma lógica e significativa, explicar porque o indivíduo as desenvolveu e o que as mantém, fornecer previsões sobre seu comportamento em determinadas situações e possibilitar o desenvolvimento de um plano de trabalho. Algumas conceituações de caso, no entanto, parecem especialmente difíceis de serem formuladas e principalmente terapeutas iniciantes podem enfrentar problemas no atendimento destes casos. Para decidir a melhor maneira de tratar estes pacientes que representam um desafio, é importante avaliar se as dificuldades encontradas na terapia estão associadas: (1) a fatores intrínsecos ao tratamento – incluindo o nível de cuidado, o formato da terapia e a frequência das sessões; (2) a fatores externos – incluindo a presença de doenças orgânicas, a toxicidade do ambiente em que vive o paciente ou a necessidade de tratamentos conjuntos; (3) a erros do terapeuta; ou ainda (4) à patologia do paciente. O presente trabalho pretende discorrer sobre estas dificuldades, em todos os âmbitos acima identificados, e ressaltar a importância da supervisão, da discussão de caso em grupo e do estudo continuado para a formação do terapeuta e para o atendimento responsável e cuidadoso dos pacientes que buscam ajuda. Para tal, serão usados exemplos extraídos do processo terapêutico de uma única paciente, atendida em serviço de clínica-escola, a qual preenche critérios diagnósticos para Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Transtorno Borderline de Personalidade e Depressão Maior.

UM ESTUDO SOBRE A ESTIMATIVA DA PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO MUTISMO SELETIVO.

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto_(UFRJ-RJ)

Palavras-chave: mutismo seletivo; prevalência; escolas.

Este trabalho apresenta os resultados de um estudo sobre a estimativa da prevalência do transtorno denominado mutismo seletivo na Cidade do Rio de Janeiro. Trata-se do resultado de uma das partes da tese de doutorado desenvolvido pela autora. O mutismo seletivo é um transtorno infantil que se caracteriza pela recusa da criança em falar em determinados locais, principalmente no ambiente escolar, e na presença de pessoas estranhas ao convívio pessoal, no entanto, ela elege algumas pessoas e locais para se comunicar normalmente sem a manifestação dos sintomas que caracterizam o transtorno. Como critério de seleção para o local de estudo, foi definido que ele seria realizado na Rede Municipal de Ensino da Cidade do Rio de Janeiro e escolas particulares credenciadas à Prefeitura, que oferecessem classes de estudo da educação infantil ao ensino fundamental. A rede Municipal de ensino da cidade do Rio de Janeiro foi escolhida por ser considerada, a maior rede de ensino público da América Latina. Participaram do estudo 55 escolas públicas, subdivididas pelas dez corregedorias regionais de educação e 96 escolas particulares, totalizando 34.244 alunos avaliados nas escolas públicas e 17.843 alunos nas escolas particulares, sendo que 11 escolas particulares não informaram o número de alunos matriculados. Os critérios de inclusão utilizados foram: escolas públicas pertencentes à rede e escolas particulares que oferecessem turmas para ensino de educação infantil e ensino fundamental. Os critérios de exclusão foram: escolas de ensino para educação especial e escolas particulares não credenciadas à Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. A estimativa da prevalência utilizada foi referenciada em estudos estrangeiros, de 1% da população em geral. O método de escolhas da amostra foi o probabilístico aleatório, realizado por sorteio em escolas públicas, e probabilístico por conveniência em escolas particulares. O cálculo do tamanho da amostra e do erro foi baseado numa população normalmente distribuída (Gauss). A margem de erro da pesquisa girou em torno de 0,19% e o nível de confiança foi de 99%, cumprindo-se os critérios estatísticos que viabilizam e normatizam as pesquisas empíricas no Brasil. Foram também utilizados cálculos para dimensionamento da amostras, a fim de se avaliar o intervalo de confiança para o verdadeiro valor estimado da proporção estimada de crianças com mutismo seletivo. Os resultados de estimativa de prevalência em escolas públicas foi 0,061%: 0,067 e 22 crianças preencheram os critérios diagnósticos, em escolas particulares o resultado foi de 0,16%: 0,17% e 32 se enquadraram nos critérios diagnósticos. Embora não tenhamos encontrado uma igualdade de proporções entre as duas amostras, esses resultados são compatíveis com estudos estrangeiros.

ATENDIMENTO À COMUNIDADE EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMO TREINAMENTO EM CLÍNICA - ESCOLA.

Ivna Carqueija do Nascimento Matheus, Larissa da Rocha Lessa, Nívea Melo, Bernard Pimentel Rangé (DPA/IP/UFRJ – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental, clínica-escola, transtornos de ansiedade e do humor.

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) vem se revelando nas últimas décadas como uma das terapias mais eficazes no tratamento de inúmeros transtornos psiquiátricos, especialmente nos transtornos da ansiedade e do humor. Caracteriza-se por utilizar um modelo colaborativo, possuir uma duração mais limitada, ser objetiva e estruturada, focar os problemas atuais, encorajar a autodescoberta e a experimentação, buscar aproveitar habilidades subutilizadas e incorporar novas habilidades no repertório do paciente. O atendimento psicológico em clínica-escola é realizado na Divisão de Psicologia Aplicada Prof.^a Isabel Adrados/IP/UFRJ (DPA/IP/UFRJ). Proporciona um atendimento de qualidade em clínica social à comunidade da região do Grande Rio. Oferece a possibilidade de estagiários serem treinados, sob supervisão, em procedimentos de avaliação, formulação e intervenção psicoterápica para tratamento, nesta abordagem, assim como participação em projetos de pesquisa na área e conseqüente apresentação de resultados em mostras, simpósios, seminários e congressos. O objetivo deste pôster é apresentar o trabalho que vem sendo desenvolvido pela equipe de TCC na DPA, pois pelas características já citadas, esta abordagem é interessante para este tipo de trabalho em clínica-escola, posto que os estagiários atuam em períodos curtos e podem atender uma grande demanda de pacientes, concluindo tratamentos, seja em trabalho individual ou em grupos. A equipe de TCC, desde 1994, atende a diversos transtornos psiquiátricos, especialmente a transtornos da ansiedade - transtorno do pânico e agorafobia, fobia social, fobias específicas, transtorno obsessivo-compulsivo e seu espectro, transtorno da ansiedade generalizada, transtorno do estresse pós-traumático, além de transtornos da ansiedade infantis - e transtornos do humor, como depressão maior, transtorno bipolar e distímia. Além disso, tem sido associada também à mudança de hábitos associados a doenças físicas, seja na promoção da saúde, seja na prevenção, cura ou reabilitação. Atualmente cerca de 17 estagiários, supervisionados semanalmente, atendem em torno de 4 pacientes individuais e podem atender grupos de 4 a 10 pessoas, grupos estes que seguem um protocolo previamente testado. Os grupos realizados atualmente são de transtorno do pânico com ou sem agorafobia, grupos para tratamento da depressão maior, para transtorno obsessivo-compulsivo e para fobia social. Com exceção do grupo de transtorno do pânico, que é conduzido por apenas um estagiário e tem no máximo 5 pacientes, todos os demais são ministrados por dois estagiários trabalhando em conjunto e atendem até 10 pacientes. Entre janeiro e setembro de 2007 foram atendidos grupos de fobia social (2), grupo de depressão (1), grupos de TOC (2) e grupos de pânico (1). Os resultados até então alcançados, o número e tipos de paciente que são atendidos, quais estratégias são utilizadas, e os resultados obtidos até então, serão descritos na apresentação.

RESULTADOS DE UMA AVALIAÇÃO DE NÍVEL DE STRESS E DE QUALIDADE DE VIDA EM FUNCIONÁRIOS HIPERTENSOS DO SETOR PETROLÍFERO

Juliana Caversan de Barros (UFRJ- RJ); Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ- RJ).

Palavras-chave: *Stress* ocupacional, hipertensão arterial e qualidade de vida.

A Hipertensão Arterial Sistêmica é uma das doenças crônico-degenerativas que mais acometem a população. Possui etiologia multifatorial, e a investigação da influência dos fatores de risco no seu surgimento, manutenção e agravamento é fundamental. O stress surge como atuante junto a outros fatores tais como a hereditariedade, a alimentação, o sedentarismo, a obesidade, dentre outros. É sabido que o ambiente de trabalho é um dos campos mais influenciados negativamente pela presença do stress excessivo, o qual pode contribuir para quedas na produtividade. No setor petrolífero também se observa essa realidade, principalmente por ser uma área em intensa expansão hoje em dia. Avaliar o nível de stress e contribuir para o seu manejo é papel do psicólogo dentro das organizações. Objetivou-se, assim, no presente estudo, investigar a presença de stress, e a qualidade de vida dos empregados hipertensos do setor petrolífero. Outra meta foi a compreensão das relações existentes entre as variáveis hipertensão, stress e qualidade de vida. O local escolhido foi o CENPES, o Centro de Pesquisas da Petrobrás. Participaram 50 empregados hipertensos, de ambos os sexos, com idade variando de 27 a 67 anos. Foram utilizados o questionário Biopsicossocial, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISS-L) e Inventário de Qualidade de Vida SF-36, para testarem a hipótese de que os empregados hipertensos do setor petrolífero encontrar-se-iam com um nível de stress elevado e com uma qualidade de vida deficitária. Os resultados demonstraram que a maior parte da amostra encontrava-se com grau elevado de stress (56%), e prejudicada em 2 aspectos da qualidade de vida: o Social e a Saúde Mental. Dos empregados estressados, 68% atribuíram ao trabalho suas principais fontes estressoras, tendo como queixa principal a sobrecarga de trabalho. O fator ambiental Violência Urbana também foi citado como potencialmente estressor. Apesar de relatarem adotar um estilo de vida saudável, com alimentação balanceada e prática de atividade física regular, grande parte (42%) dos indivíduos encontrava-se obesa, sinalizando para um possível desconhecimento com relação à adequação de dietas e exercícios físicos à sua condição. A amostra também foi caracterizada pela grande frequência (84%) de empregados que possuíam antecedentes familiares para a hipertensão. Observaram-se resultados estatisticamente significativos no que se refere à relação de dependência existente entre o fator stress e a qualidade de vida ($p < 0,05$), indicando a relevância do presente estudo. A mesma relação não foi observada entre outros fatores (hereditariedade, alimentação, sedentarismo, obesidade, sono, sexo e estado civil) e a qualidade de vida. Outro aspecto levantado pelo estudo foi a vulnerabilidade psicológica dos participantes, tanto pela grande incidência de funcionários com sintomas psicológicos do stress (71%), quanto por muitos deles ficarem abaixo da média no quesito Saúde Mental do SF-36 (70%). Este último interferiu significativamente em outras áreas da vida desses trabalhadores, dentre elas a Social e a da Saúde Física. Estes resultados evidenciam a importância de se abordar a temática do stress na saúde dos trabalhadores, e de se desenvolver estratégias que visem administrá-lo de forma adequada, melhorando qualidade de vida desses empregados.

UMA REVISÃO DA ATUAL CONCEITUALIZAÇÃO PARA O TRANSTORNO MUTISMO SELETIVO

Ana Cláudia de Azevedo Peixoto (UFRJ-RJ).

Palavras-chave: mutismo seletivo; revisão; características.

Esta apresentação trata de uma das partes do trabalho de pesquisa de tese realizado pela autora e refere-se a um estudo de revisão sobre o transtorno chamado Mutismo Seletivo (MS). O MS refere-se a um transtorno raro, intrigante e ainda pouco conhecido e tem sido associado a uma variedade de sintomas psiquiátricos infantis. Só recentemente, estudos controlados têm trazido uma maior compreensão sobre o termo. O MS se caracteriza pela recusa da criança em falar em determinados locais fora de casa, principalmente na escola, e na presença de pessoas estranhas, embora se comunique e fale normalmente com pessoas que ele(a) elege. Este trabalho pretende esclarecer, a partir de uma revisão sobre o tema, os seguintes aspectos: 1) Os critérios diagnósticos para uma melhor avaliação: o diagnóstico primário para MS recai sobre um sintoma primário, a saber, fracasso persistente em falar nas diversas situações sociais específicas, nas quais existe a expectativa para falar. Para facilitar o diagnóstico, as pesquisas atuais incluem definições adicionais aos critérios indicados pelo DSM-III e DSM-IV, tais como: a criança deve exibir um comportamento de não falar por um período de dois anos, a criança deve apresentar um nível de inteligência média e a criança não consegue modificar seu comportamento de mutismo após tratamentos comuns. 2) O histórico e classificação do transtorno: o primeiro caso de mutismo foi relatado por um médico alemão chamado Kussmaul, em 1877, mas foi o psiquiatra Morris Tramer, em 1934, que utilizou o termo eletivo pela primeira para descrever aquelas crianças que selecionavam lugares e pessoas para não falar. O termo eletivo foi substituído por seletivo, por ocasião da publicação do DSM-IV para enfatizar que o transtorno é seletivamente dependente do contexto social. 4) Os transtornos comórbidos e as prevalências: o MS pode ser encontrado em menos de 1% dos indivíduos vistos em contextos de saúde mental, o transtorno acomete duas vezes mais meninos que meninas, a idade de manifestação pode ocorrer, em média, entre quatro a seis anos, normalmente, no início do período escolar. Uma alta variedade de comorbidades psiquiátricas tem sido encontrada em crianças que manifestam o MS, tais como: transtorno obsessivo-compulsivo, enurese, encoprese e problemas de aprendizagem. Problemas externalizantes são menos comuns que os internalizantes em crianças com MS. 5) As pesquisas na última década indicam uma relação existente entre o MS a uma condição de ansiedade. Em sua grande maioria, as crianças que manifestam o MS apresentam os critérios diagnósticos para fobia social, tal observação tem levado os pesquisadores da área a relacionar o MS a um subtipo de fobia social.

AVALIAÇÃO DO ÍNDICE DE *BURNOUT* EM PROFESSORES DO ENSINO FUNDAMENTAL DA REDE PÚBLICA

Gisele Cristine Tenório de Machado Levy, Francisco de Paula Nunes Sobrinho, Carlos Absalão (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana (PPFH)).

Palavras-chave: síndrome de *Burnout*, posto de trabalho docente, humanização do posto de trabalho.

O objetivo desta pesquisa foi avaliar o índice de *Burnout* em uma amostra aleatória estratificada, constituída de 119 professores do ensino regular, extraída do universo de 1335 professores do Ensino Fundamental, da Rede Pública Municipal, localizada em município de um dos Estados da Região Sudeste. Dos 119 professores selecionados para o estudo, 77 responderam aos instrumentos de coleta de dados, sendo que deste total, 54 deles, ou seja, pouco mais de 70%, apresentavam sintomas de *Burnout*. Trata-se de uma pesquisa descritiva de campo, sendo utilizados, como um dos instrumentos para a coleta de dados, o CBP-R, *Questionário de Burnout para Professores - Revisado* (CBP-R; Moreno, Garrosa e González, 2000a), que avalia os fatores antecedentes (variáveis do contexto organizacional e laboral), como também os fatores consequentes da Síndrome de *Burnout*. O foco das avaliações são as dimensões do desgaste profissional ou *Burnout* - exaustão emocional, despersonalização e falta de realização. São 66 itens auto-aplicáveis, no formato de escala tipo Likert de 5 pontos. Um inventário sócio-demográfico também serviu de instrumento para a coleta de dados. O processamento estatístico dos dados foi realizado com o apoio do Programa Estatístico SPSS versão 10. Foram formuladas cinco hipóteses relativas aos fatores contribuintes para o desenvolvimento da Síndrome de *Burnout* nos professores, sendo que três delas apresentaram resultados significantes, a saber: a) os professores com jornada de trabalho superior a 60 horas semanais apresentam um quadro de *Burnout* (44%); b) a idade do professor é fator determinante para a presença da Síndrome de *Burnout*; quanto mais novo (idade inferior a 51 anos), mais sujeito ao *Burnout* (70%) e c) o sentimento de ameaça experimentado pelo professor, em sala de aula, favorece o desenvolvimento da Síndrome. Com base nos resultados, os autores apontaram alternativas para a humanização sistemática do posto de trabalho docente.

ABANDONO DE TERAPIA EM GRUPO DENTRO DA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Danielle Marques dos Ramos (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: abandono psicoterápico; TCC.

O estudo da dinâmica dos processos de grupo aponta para possíveis fatores curativos nas intervenções psicoterápicas grupais. Apesar disso, fenômenos como o absenteísmo e a desistência do processo psicoterápico se avolumam especialmente nas clínicas-escola e nos atendimentos comunitários e públicos. Desperdício de recursos humanos e materiais, além de efeitos negativos sobre o processo terapêutico grupal impulsionam investigações sobre as causas de tais fenômenos e, com isto, a possível elaboração de medidas que diminuam a probabilidade de absenteísmo e abandono terapêutico. As respostas tradicionais que são geralmente oferecidas, como a inexperiência do psicoterapeuta-estagiário e/ou resistência do paciente, ainda que sejam explicações possíveis mostram-se insuficientes. Ainda são escassos os trabalhos que focalizam os fenômenos de abandono terapêutico em programas de tratamento de enfoque cognitivo-comportamental em grupo. Aliado a este fato, a observação de tal fenômeno no trabalho desenvolvido pelo Departamento de Psicologia Aplicada (DPA) do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro indicou a necessidade de investigar os fatores que estariam promovendo o abandono de grupos terapêuticos nesta instituição. Foi feita uma pesquisa a respeito dos motivos de abandono da terapia em grupo através do contato com esses pacientes desistentes. Esse levantamento foi feito no período de janeiro e fevereiro de 2004, mediante contato telefônico, visando a contatação de pacientes desistentes em relação aos grupos de depressão, transtorno de pânico e transtorno de ansiedade generalizada que não haviam concluído o protocolo de tratamento estabelecido para cada transtorno específico. O contato telefônico constituiu-se de uma entrevista semi-aberta baseada em um questionário de abandono psicoterápico elaborado para a pesquisa. A amostra contou com um total de 27 participantes selecionados dos quais apenas 19 foram localizados e entrevistados. Os participantes caracterizam-se por heterogeneidade demográfica, como idade, sexo, escolaridade, condição sócio-econômica. Os resultados indicaram que 48% relataram incompatibilidade de horário; 20% não se adaptaram à terapia em grupo; 8% indicaram dificuldade econômica e alguma doença clínica impossibilitante; as causas restantes obtiveram um percentil de 4% nas categorias: absenteísmo de colegas; agravamento de sintomas; inexperiência do terapeuta; dificuldade com a orientação teórica. As variáveis ambientais parecem ter um efeito maior no abandono da terapia, parecendo constituir obstáculos externos contra a continuidade do processo psicoterápico. Nesse caso, não parece ser a motivação do indivíduo para a terapia que está impedindo sua presença nas sessões visto que variáveis ambientais representam fatores de difícil manejo. Em relação à variável do terapeuta, apenas 8% dos pacientes indicaram esta como razão para desistência. Esse dado é interessante, pois evidencia que os terapeutas não são percebidos como motivo para abandono psicoterápico nesta população. Aparentemente os terapeutas sustentam credibilidade frente a seus pacientes.

O MODELO COGNITIVO NA PUBLICIDADE

Ana Paula Ferreira (UERJ / RJ).

Palavras-chave: modelo cognitivo, publicidade.

É inegável a importância do papel da publicidade na formação de comportamentos, em especial nos dias atuais. A todo o momento, ela orienta a ação das pessoas, indicando o que estas devem ou não consumir, o modo como devem agir, como se comportar e, até mesmo, o que elas devem ser e pensar. O objetivo do presente trabalho é a identificação de como o modelo cognitivo pode auxiliar nesse processo e atuar na apresentação de produtos para o consumidor, visando influenciar o comportamento deste. Agências de publicidade, cada vez mais, utilizam-se de pressupostos do modelo cognitivo, buscando, deste modo, atingir e atuar nas crenças de seu público alvo, assim como em seus pensamentos e emoções, a fim de alcançar o comportamento esperado, ou seja, o consumo do produto anunciado. Para constatar a veracidade da afirmação acima mencionada, foram observados os informes publicitários de revistas de grande circulação, mais especificamente cinco revistas, destinadas a pessoas de diferentes classes sociais, sexo e faixas etárias. Para cada um destes grupos, foram verificadas certas especificidades: as imagens escolhidas, o padrão da linguagem e o texto produzido, por exemplo, eram próprios para despertar a atenção e o interesse do público alvo. Diferenças a parte, entre todo o material selecionado, verificou-se, de modo extremamente claro, a utilização de pressupostos do modelo cognitivo em cerca de 85% deste, seja com a intenção de estabelecer um novo comportamento, de simplesmente abandonar um antigo ou, ainda, de ambos. Não houve, neste trabalho, a confirmação de que os informes publicitários foram eficientes em atingir o objetivo proposto; a existência desta grande porcentagem, porém, parece indicar que o modelo cognitivo se tornou um grande aliado das agências publicitárias na conquista de um bom mercado consumidor. Considerar esse mecanismo significa possibilitar um posicionamento mais crítico diante dos apelos a que se está constantemente submetido na sociedade moderna, a qual se apresenta cada vez mais consumista e criadora de necessidades ilusórias, facilitando, assim, o reconhecimento do que realmente se precisa ou do que se quer consumir e, principalmente, distanciando-se das falsas promessas e das expectativas oferecidas diante de certos produtos. Tal processo não é fácil, mas se torna bastante necessário quando se verifica que a ética, em muitos casos, infelizmente não se encontra presente na publicidade, quando os poderosos interesses do mercado estão em questão. Certamente, não há aqui a intenção de esgotar assunto tão complexo, mas somente a de estimular uma breve reflexão sobre este.

MEDICAÇÃO, DIAGNÓSTICO PSIQUIÁTRICO E O PSICÓLOGO CLÍNICO: UM RELATO DE CASO

Marco Aurélio Mendes (Consultório Particular / Rio de Janeiro – RJ).

Palavras-chave: TOC, psicose, diagnóstico diferencial.

Dentro da prática psicoterápica, caminhamos para um consenso cada vez maior entre psicólogos clínicos e psiquiatras, de que o tratamento de primeira escolha para diversos transtornos mentais é a medicação associada à psicoterapia. Os medicamentos vêm aumentando sua seletividade, sendo ferramentas importantes na melhora dos sintomas. Por outro lado, o simples consumo de medicamentos sem a associação com a psicoterapia, muitas vezes não leva ao insight nem a uma maior consciência dos conteúdos cognitivos. Na relação entre psiquiatras e psicólogos clínicos, nem sempre é observada uma relação colaborativa. Como em várias outras relações estabelecidas entre os médicos e os demais profissionais de saúde, a visão da medicina aparece como um saber superior, acima dos outros conhecimentos e saberes. Acreditamos que existe a necessidade do psicólogo clínico reafirmar a sua importância como profissional no tratamento dos transtornos mentais sendo capaz de discutir em condições de igualdade com médicos e psiquiatras. Mesmo não sendo um profissional capacitado a prescrever medicação, segundo os critérios brasileiros, o psicólogo deve ser capaz de entender o porquê da prescrição, bem como da indicação e dosagem. Abordaremos neste resumo o caso de um jovem do sexo masculino, 15 anos, com diagnóstico psiquiátrico de distúrbio do déficit de atenção (DDA) e TOC. Apresentava vários tiques motores bem como uma certa inquietude psicomotora. Havia tomado metilfenidato mas, segundo a mãe e ele próprio, não apresentou melhora em sua concentração e atenção, o que levou o psiquiatra a retirar o medicamento. O consumo medicamentoso no início da psicoterapia se resumia a clomipramina, dosagem de 10 mg. Segundo a mãe, já vinha tomando esta dose, há praticamente um ano e sem nenhum sinal de melhora nos rituais. Apesar de apresentar comportamentos obsessivo-compulsivos, o paciente não manifestava incômodo com os rituais e as restrições que estes acarretavam. Dizia que o TOC era “mágico” e que havia trazido muitas coisas positivas, tornando-o mais popular na escola. Recusava-se a preencher qualquer tipo de escala, questionário ou executar procedimentos de exposição. A ausência de crítica em relação aos sintomas indicou que poderia tratar-se de um transtorno psicótico ou de uma superposição de sintomas psicóticos com o TOC. As sessões de terapia sugeriram também que as distrações e lapsos que corroboraram o diagnóstico psiquiátrico do DDA eram na verdade verdadeiros rituais mentais de contagens e listagens. Mesmo que o diagnóstico fosse realmente de TOC, a dosagem da clomipramina indicada pelo psiquiatra não era de acordo com a dosagem sugerida pela revisão da literatura farmacológica para o tratamento. Associando-se estes pontos ao fato do psiquiatra não retornar as ligações do psicólogo para a discussão do assunto, sugerimos que a mãe procurasse um outro profissional da área da psiquiatria, que diagnosticou um transtorno psicótico associado a comportamentos obsessivo-compulsivos, retirando a clomipramina e introduzindo o antipsicótico olanzapina. Este mesmo diagnóstico foi posteriormente corroborado por outro profissional da área da psiquiatria. Ambos os psiquiatras afirmaram a necessidade de se aguardar aproximadamente 20 dias para iniciar uma avaliação da medicação, o que nos impede de apontar qualquer prognóstico no momento.

ATENDIMENTO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO: DADOS PRELIMINARES.

Jessye Almeida Cantini (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: terapia cognitivo-comportamental, atendimento clínico, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro.

Em maio de 2006 foi feito um convênio entre a Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro (UFRRJ) e a Divisão de Psicologia Aplicada da Universidade Federal do Rio de Janeiro (DPA/UFRRJ), visando oferecer atendimento psicológico a alunos devidamente matriculados em cursos de graduação ou pós-graduação da UFRRJ, que apresentem problemas referentes a transtornos de Ansiedade (Transtorno do Pânico, Transtorno da Ansiedade Generalizada, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Fobia Social, Fobias Específicas e Transtorno do Estresse Pós-Traumático) e de Humor (no caso, há a realização de trabalhos com transtorno depressivo e bipolar tipos I e II). O tratamento é realizado individualmente ou em grupos por dois estagiários da DPA/UFRRJ sob a supervisão do Professor Bernard Rangé, segundo a ótica da Terapia Cognitivo-Comportamental. A duração dos tratamentos é de aproximadamente 25 sessões, sendo que segundo critérios estabelecidos, pessoas com encaminhamento médico ou pedagógico têm preferência de atendimento. No decorrer dessa experiência, pudemos encontrar dados relevantes relativos aos cento e quatro alunos entrevistados, como prevalência de sexo, curso, local de residência, cidade de origem (residência familiar) e problemas apresentados. Até a presente data, foi constatado que a maioria dos estudantes é do sexo feminino (75%) e que a hipótese diagnóstica mais freqüente é de Transtorno Depressivo (48,07%), assim como há predomínio de estudantes do curso de Ciências Agrícolas (18,26%), de moradores do Alojamento Estudantil (47,11%) e de famílias que residem no estado do Rio de Janeiro (66,34%). Até a presente data, 48 pacientes foram atendidos, sendo que 10 receberam alta, 5 desistiram e 9 abandonaram o tratamento. No momento há dois grupos de cinco pacientes para tratamento de Depressão, que inclui trabalhar com as seguintes técnicas: biblioterapia, plano de atividades, lista de experiências positivas, reestruturação cognitiva, questionamento socrático, experimentos comportamentais, resolução de problemas, habilidades sociais, trabalho com crenças de Ellis, diagrama de conceituação cognitiva, seta descendente, análise de vantagens e desvantagens, construção de crenças alternativas e análise dos progressos em terapia entre outras. Há também 10 pacientes sendo atendidos individualmente, com problemas variados e cujos planos de tratamento são referentes às suas queixas. Assim, além das técnicas referidas acima, outras podem ser trabalhadas, como dessensibilização sistemática e manejo da ansiedade em casos de transtornos ansiosos, entre outras. Os resultados obtidos até a presente data corroboraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade e de humor, já que cerca de 70% dos 48 pacientes atendidos apresentaram significativa redução de comportamentos de esquiva em situações ansiogênicas e diminuição de sintomas de ansiedade e de depressão.