

# PALESTRAS

**AS RELAÇÕES ENTRE OS ESTILOS DE APEGO, A RAIVA E A EMPATIA** – Eliane Mary de Oliveira Falcone, Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A partir da história evolutiva a empatia, os estilos de apego e a raiva são biologicamente programados e possuem uma função adaptativa. Entretanto, considerando-se que tanto a empatia e os estilos de apego quanto a experiência da raiva se apresentam nos seres humanos de forma diferenciada, influenciando na qualidade das suas relações, bem como na sua saúde física e mental, tais manifestações também sofrem a influência dos fatores desenvolvimentais e das experiências de vida. Neste sentido, a empatia, o apego e a raiva: a) são predispostos biologicamente; b) possuem função de sobrevivência; c) sua predisposição influencia e é influenciada pelo meio ambiente; d) esta influência é mediada cognitivamente e e) estão relacionados entre si. O vínculo ou apego constitui uma necessidade biologicamente determinada, que tem como objetivo preservar a sobrevivência das espécies. Relações seguras de apego desde o nascimento predizem nos indivíduos maior equilíbrio emocional, bem como relações seguras e estáveis na vida adulta. Por outro lado, a impossibilidade ou a interrupção frequente do apego, tanto em bebês humanos quanto em outros animais, pode constituir a causa de futuros problemas emocionais, assim como de transtornos de personalidade. A experiência da raiva evoluiu para preservar a sobrevivência das espécies, através da autodefesa e da regulação de comportamentos sociais. O processamento cognitivo subjacente à raiva está relacionado a mecanismos primitivos herdados, que foram bem sucedidos no passado evolutivo, uma vez que permitiam uma rápida percepção daquele que era diferente e, portanto, inimigo. Assim, esse processamento rápido e egocêntrico, chamado de “pensamento primário”, embora adaptativo em situações de emergência, torna-se inadequado na vida contemporânea, onde as habilidades de negociação, solução de problemas etc. tendem a ser mais adaptativas. A empatia tem sido relacionada a relações mais gratificantes, a satisfação conjugal e à realização profissional. Por outro lado, deficiências em empatia têm sido encontradas em vários transtornos psicológicos, especialmente os de personalidade. Estudos mostram que os seres vivos são preparados biologicamente para a empatia, recebendo e enviando mensagens emocionais, com o propósito de sobrevivência. Os organismos socialmente mais elevados devem aprender a usar essas capacidades de comunicação, de base inata, em contextos sociais. A empatia também é útil, no sentido evolucionário, para a vinculação afetiva, especialmente entre mãe e filho. Estudos recentes sugerem que: a) estilos seguros de apego estão relacionados a níveis mais elevados de empatia e maior capacidade para manejar com a raiva de forma funcional, além de menos experiências de raiva; b) níveis elevados de tomada de perspectiva e de flexibilidade (componentes cognitivos da empatia) predizem níveis mais baixos de experiências de raiva disfuncional, assim como níveis mais elevados de capacidade para manejar adaptativamente com a raiva; c) o altruísmo pode gerar conseqüências positivas para aquele que ajuda, porém, em níveis extremos, tende a produzir experiência de raiva disfuncional. Essas constatações são importantes para futuros estudos que visem ajudar indivíduos com dificuldades no controle da raiva. Além disso, chama atenção para a importância do papel do componente cognitivo da empatia em contextos em que ocorrem conflitos ou provocações sociais.

Palavras-chave: Estilos de apego; empatia; raiva.

# MESAS REDONDAS

## **1. NOVAS PESQUISAS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PÂNICO.** Coordenadora: Aline Sardinha

### **1.1 SUBTIPOS DO TRANSTORNO DE PÂNICO: COM/SEM AGORAFOBIA, DIURNO/NOTURNO, RESPIRATÓRIO/NÃO RESPIRATÓRIO.** 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, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Transtorno de pânico, subtipos, terapia cognitivo-comportamental

Os critérios diagnósticos do transtorno de pânico com ou sem agorafobia encontram-se atualmente muito bem catalogados, levando-se em consideração a presença ou não de situações de esquiva de locais onde possa ser difícil escapar ou se ter ajuda diante de um ataque de pânico. Estudos farmacoterápicos recentes enfatizam a necessidade de se investigar as características clínicas e nosológicas do pânico noturno/diurno e do pânico respiratório, visto que se pode perceber diferenças no histórico e no prognóstico do paciente pré e pós-tratamento diante de alguns fármacos. A psicoterapia cognitivo-comportamental mostra-se eficaz no tratamento do transtorno de pânico, combinado ou não com o uso de fármacos, mas os estudos sistemáticos/controlados não têm levado em consideração esta variável. Existem diversas formas de se expor o paciente aos sintomas desconfortáveis do ataque de pânico: hiperventilação, abaixar e levantar a cabeça rapidamente, girar em uma cadeira, tencionar determinado grupo muscular, sustentar a respiração com o tórax cheio de ar, esvaziar o tórax e cruzar os braços ao seu redor contraindo os músculos para dentro, correr sem sair do lugar, pensamentos catastróficos etc. Fato que fazer esta diferenciação poderia auxiliar no conhecimento do quadro clínico e direcionar melhor o plano de tratamento, visando à maior eficácia do tratamento. No transtorno de pânico respiratório as pessoas têm sintomas mais voltados à falta de ar, hiperventilação, tonteiras e taquicardias. Os pacientes com pânico respiratório teriam uma hipersensibilidade do sistema nervoso autônomo ao dióxido de carbono, devido às taxas de CO<sub>2</sub> anormalmente baixas nesses pacientes, em função da hiperventilação crônica. A menor resistência ao acúmulo de CO<sub>2</sub> no organismo leva a uma situação de reação em cascata, desencadeando crises de pânico. Os pacientes com pânico respiratório têm maior incidência de transtorno de pânico na família, idade mais elevada para o aparecimento do primeiro ataque de pânico, menos episódios depressivos no passado e elevada incidência do uso de álcool. Alguns estudos apontam para uma correlação entre o pânico noturno e o pânico respiratório. Durante o sono, a elevação da taxa de CO<sub>2</sub> poderia ser um gatilho, um falso alarme de asfíxia que ativaria o ataque de pânico, no qual o indivíduo desperta e sente sintomas severos de falta de ar, sensação de afogamento, dor torácica, palpitações e medo de morrer/perder o controle. Além disso, deve-se ficar atento à elevada prevalência de pânico noturno com transtorno do sono associado à respiração (tal como apnéia). Com relação à agorafobia, estudos concordam com a maior prevalência deste diagnóstico com o pânico diurno, até porque o enfrentamento das situações aversivas se dão, em geral, durante o dia. Fato que o interesse recente da área biomédica em investigar as diferenças fenomenológicas entre os subtipos de transtorno de pânico e os achados interessantes recém publicados estimularam os psicoterapeutas cognitivo-comportamentais a

controlar mais esta variável diante das respostas terapêuticas. Portas se abrem para diversos questionamentos e a possibilidade de intervenções mais eficazes.

**1.2 RESPOSTAS A EXERCÍCIOS DE INDUÇÃO DE SINTOMAS NO TRANSTORNO DO PÂNICO.** Michelle Nigri Levitan, Aline Sardinha, Antonio Egidio Nardi (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Laboratório de Pânico e Respiração, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Transtorno do pânico, indução de sintomas, exposição interoceptiva

Na abordagem cognitivo-comportamental, uma das teorias que explicariam a gênese do transtorno do pânico (TP) é o condicionamento interoceptivo. Devido à natureza traumática do primeiro ataque de pânico, o indivíduo fica hipervigilante a qualquer sinal que pudesse indicar que estas sensações ocorrerão novamente. Interpretações errôneas sobre estas respostas do corpo podem aumentar a ansiedade e induzir um ataque de pânico. Assim, qualquer pequeno aumento de ativação autonômica ficaria associado ao primeiro ataque de pânico e passaria a funcionar como estímulo condicionado para desencadear a resposta do pânico. Com o objetivo de enfraquecer esta associação entre sensações corporais e o ataque de pânico, a técnica de exposição interoceptiva (EI) vem sendo aplicada com bastante sucesso. Neste procedimento, o paciente com TP é exposto gradativamente às sensações típicas do pânico frequentemente evitadas, como tontura, taquicardia e sudorese, através de exercícios específicos. Apesar de se mostrar um procedimento muito eficaz no tratamento do TP, pouco ainda se sabe sobre os processos subjacentes a esta melhora. O presente estudo visou levantar os sintomas mais ativados durante a EI e avaliar os processos que estão envolvidos na diminuição do medo e da sintomatologia do TP nos pacientes que utilizaram esta técnica. Os pacientes estavam medicados ou não. O critério de exclusão adotado foi a participação anterior em tratamento cognitivo-comportamental, devido à EI ser uma técnica frequentemente utilizada na abordagem, e possivelmente já realizada como parte da terapia. Antes do início dos exercícios, os pacientes foram submetidos a uma entrevista diagnóstica estruturada para levantamento de comorbidades psiquiátricas (MINI) e uma ficha sócio-cultural. Os participantes completaram treze exercícios típicos da EI, como girar em torno de si mesmo, correr sem sair do lugar, hiperventilar, entre outros, e três exercícios “controle”, como respirar lentamente, que não tinham poder de evocar sensações. Ao longo do processo, foram avaliadas medidas como o número de sintomas provocados, a intensidade dos sintomas e ansiedade pré-exercício, que foram correlacionados com os dados obtidos da entrevista estruturada e de dados sócio-culturais. A partir de dados preliminares obtidos de uma amostra de quinze pacientes, em sua maior parte do sexo feminino, evidencia-se que todos apresentaram pelo menos um sintoma associado ao exercício, uma correlação negativa entre baixa escolaridade e gravidade do TP, maior sintomatologia do TP associada à presença de agorafobia, além de outras medidas ainda sob avaliação. Os resultados encontrados até agora estão de acordo com a escolha da EI no tratamento do TP. O estudo ainda apresenta algumas limitações, como a não inclusão de um grupo controle, que será útil com fins de comparação das medidas e o pequeno número de participantes, que continuam a ser selecionados, assim como o grupo assintomático.

**1.3 ATAQUES DE PÂNICO SÃO REALMENTE INOFENSIVOS? O DESAFIO DO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DE PÂNICO EM CARDIOPATAS E OS BENEFÍCIOS DO EXERCÍCIO FÍSICO REGULAR.** Aline Sardinha e Antonio Egidio Nardi - Laboratório de Pânico e Respiração do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB).

Palavras-chave: cardiopatia, ansiedade, transtorno de pânico, exercício físico, terapia cognitiva e comportamental

Objetivo: Atualizar o expectador quanto ao status da associação entre transtornos de ansiedade, especialmente Transtorno do Pânico, e cardiopatias. Fundamentação: Estresse e depressão já são considerados fatores de risco para o desenvolvimento e agravamento de doenças cardiovasculares. Entretanto, os transtornos de ansiedade têm sido fortemente associados às cardiopatias nos últimos anos. O transtorno de pânico (TP) em cardiopatas representa um desafio em termos de diagnóstico e tratamento. A dificuldade em diferenciar precisamente um ataque de pânico com sintomas cardiovasculares proeminentes, como dor no peito, taquicardia, falta de ar e dormência nos membros produz enormes gastos com serviços de cardiologia utilizados por pacientes com TP. No momento do tratamento psicoterápico, o terapeuta cognitivo-comportamental não pode afirmar com segurança para seu paciente cardiopata que sofre de TP que seus sintomas não são perigosos, nem submeter seu paciente à exposição interoceptiva no consultório sem considerar os reais riscos cardiovasculares desta intervenção. Além disso, mesmo indivíduos saudáveis com ataques de pânico apresentam um risco aumentado para morte por causas cardíacas, em função de a desregulação autonômica observada nos pacientes com pânico predispor estes indivíduos a doenças cardiovasculares. Por último, há algumas evidências recentes na literatura de que ataques de pânico podem gerar déficits de perfusão sanguínea no miocárdio tanto em cardiopatas estáveis e medicados quanto em indivíduos aparentemente saudáveis. Uma intervenção que parece ser eficaz é a prática supervisionada de exercícios físicos, em função dos seus conhecidos efeitos sobre a ativação autonômica a sua regularização, diminuindo os riscos cardíacos, sobre a regulação do humor e redução da ansiedade. Além disso, recentes evidências na literatura apontam que esta pode ser uma intervenção alternativa à prática da exposição interoceptiva. Conclusões: A literatura atual aponta uma lacuna de conhecimento no tratamento e diagnóstico da comorbidade entre TP e doenças cardiovasculares. São recomendadas terapia cognitivo-comportamental e a prática de exercícios físicos supervisionados como coadjuvantes na intervenção terapêutica.

**1.4 TCC E SUA INFLUÊNCIA NO CIRCUITO CEREBRAL DO MEDO.** Marcele Regine de Carvalho (Laboratório de Pânico e Respiração – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Marcia Rozenthal (UNIRIO, Rio de Janeiro, RJ) e Antonio Egidio Nardi (Laboratório de Pânico e Respiração – Instituto de Psiquiatria da UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental, neurocircuito do medo, transtorno de pânico

O Transtorno de Pânico (TP) é um transtorno de ansiedade multidimensional que envolve a ativação de um complexo circuito cerebral do medo. Avanços em neurociências e em técnicas de neuroimagem clarificaram as vias neuroanatômicas responsáveis por processos relevantes ao medo e à ansiedade em humanos. É proposto que o circuito cerebral relacionado ao TP envolve as vias relacionadas ao medo condicionado. Diferentes áreas cerebrais e suas projeções parecem estar envolvidas neste neurocircuito, como, por exemplo, a amígdala, o hipocampo e o córtex pré-frontal. Como o neurocircuito do medo envolve primordialmente regiões subcorticais, que são responsáveis por mediar e eliciar respostas autonômicas, o propósito do tratamento é manter estas reações automáticas sob controle. É conhecido que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) é eficaz no tratamento do TP. A terapia cognitiva atinge seus objetivos primordialmente por modificar pensamentos disfuncionais sobre sensações corporais. A terapia comportamental usa a exposição como intervenção para provocar habituação e extinção de respostas ansiosas e agorafóbicas. Uma questão instigante para a neurociência é responder como o cérebro funciona após estas intervenções psicoterapêuticas, isto é, quais são as modificações no circuito do medo e que estruturas estão envolvidas nestas novas respostas para os mesmos estímulos. Os objetivos deste estudo, uma revisão sistemática, são citar as principais funções das estruturas neuroanatômicas mais importantes do neurocircuito do medo e levantar hipóteses sobre como a TCC pode influenciar na modulação do mesmo. A busca bibliográfica foi realizada através da base de dados PubMed, usando as palavras-chave: *panic disorder, fear, neurobiology, neuroanatomy, neurocircuitry, neuropsychology*. A busca não se limitou à data de publicação dos artigos. Apenas artigos em inglês foram selecionados. As referências dos artigos selecionados foram utilizadas como fontes para a busca. Foram encontrados diversos estudos sobre diferentes regiões cerebrais que participam do circuito do medo e da ansiedade e as mesmas foram citadas com a descrição de sua funcionalidade no circuito. Os estudos pesquisados demonstraram que a TCC opera nas vias “acima” da amígdala e exerce efeitos inibitórios em uma variedade de respostas aprendidas. A pesquisa sobre os meios pelos quais esta terapia funciona deve se concentrar na investigação do córtex pré-frontal e das principais estruturas que interagem com o mesmo, já que o córtex pré-frontal está envolvido com o processamento de informações e na regulação da extinção da memória de longo prazo. São necessários estudos em neuroimagem que investiguem a fundo esta questão, com metodologia mais uniforme, para que melhor se compreenda o medo e a ansiedade normais e patológicos, visando aperfeiçoar as possibilidades de tratamento.

## **2. A IMPORTÂNCIA DO TREINAMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS NAS DIVERSAS MODALIDADES DA ÁREA.**

Coordenação: Ms. Ana Claudia Ornelas – UNESA/UNIFOA– Campus Resende

### **2.1 O TREINAMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS EM GRUPO DE PESSOAS COM NECESSIDADES EDUCACIONAIS ESPECIAIS**

Juliana Andrade, Ana Claudia Ornelas (UNESA – Resende)

Palavras-chave: pessoas com necessidades educacionais especiais; reforçamento e habilidades sociais.

As Habilidades Sociais (Del Prette, 1999) são fundamentais para uma vida saudável, favorecendo as relações interpessoais em casa, na escola, no trabalho, nas relações afetivas, enfim, em todo o contexto social. Mas, saber usar as habilidades sociais não é uma tarefa fácil. Temos diversos exemplos em nosso cotidiano: saber falar o famoso "não", por exemplo, quando um amigo pede algo emprestado, e nos sentimos constrangido em negar o pedido disfarçando a pouca vontade, cedendo à solicitação e emprestando-o. Essas são dificuldades comuns no dia-a-dia de todas as pessoas. Ressaltamos aqui, nesse trabalho, este também é um problema muito comum em Pessoas com Necessidades Educacionais Especiais (PNEE), que em função do pré-conceito enfrentado, acabam cedendo para tornarem-se pessoas agradáveis e queridas. O que na verdade só reforça um comportamento inadequado. Para avaliar situações como estas realizamos um grupo psicoterapêutico composto de 7 (sete) pacientes no Serviço de Psicologia Aplicada (SPA) na Universidade Estácio da Sá - Campus Resende no período de março a junho de 2008. O grupo era composto apenas por homens na faixa etária de 30 (trinta) a 50 (cinquenta) anos com necessidades educacionais especiais (deficiência intelectual). Foram utilizadas as técnicas de treinamento de habilidades sociais com o uso de dramatizações (Caminha, 2003). Com o objetivo de desenvolver as habilidades interpessoais (iniciar e manter conversações, defender os próprios direitos, expressar sentimentos, criticar e receber críticas, pedir, negar etc) e levar o paciente a criar um repertório novo e mais aceito socialmente. Propiciar interação e autonomia visando à aprendizagem e o desenvolvimento das pessoas com necessidades educacionais especiais. Também é importante lembrar que é através das relações sociais que a inclusão ocorre. Estes pacientes precisam interagir com o meio social para aprender e se desenvolver, ou seja, para serem incluídos efetivamente. Os pacientes tiveram muita dificuldade de compreender o que era a habilidade social, a compreensão somente surgiu quando exemplificamos as situações corriqueiras. Diante disso conseguiram apresentar situações vivenciadas por eles. No momento da técnica da dramatização foi possível notar a necessidade de serem aceitos, diante disso foi possível trabalhar algumas crenças, e por meio da terapia em grupo a aprendizagem foi facilitada por meio da experiência interpessoal, sendo o próprio grupo fonte de reforçamento, através da modelação. Na finalização deste trabalho levantamos algumas questões importantes: Pessoas com ou sem necessidades educacionais especiais têm dificuldades de relações sociais, a maior parte destas dificuldades surge por conta de crenças errôneas que foram reforçadas durante nosso desenvolvimento e por fim é possível aprender e a treinar novas habilidades sociais.



## **2.2 O TREINAMENTO DAS HABILIDADES SOCIAIS EM GRUPO DE PACIENTES COM PADRÕES RÍGIDOS DE COMPORTAMENTO.**

Ana Cláudia Ornelas (UNESA – Resende)

Palavras-chave: meta; reatribuição; habilidades sociais e afeto.

A proposta da psicoterapia em grupo baseada na abordagem cognitivo-comportamental foi iniciada na intervenção clínica com o objetivo de acelerar os processos psicoterapêuticos individuais, os quais estavam estagnados (sem evolução) por algum tempo. Em um primeiro momento, estipulamos um período de 10(dez) sessões para os encontros em grupo que tinham um total de 6(seis) pacientes, ambos realizavam a terapia individual por mais de 1(um) ano. As relações interpessoais desses pacientes estavam muito comprometidas, uns por cederem excessivamente desrespeitando-se e outros por utilizarem tanto a agressividade quanto a impulsividade como emoções de defesas. Partimos do pressuposto conceitual de modelação (Bandura, 1970), cujo efeito comportamental do modelo poderia produzir numa aprendizagem social. A partir do primeiro encontro foi sugerida uma meta no tratamento, o treinamento das habilidades sociais, todos os pacientes aderiram ao foco do processo. Segundo Alberti e Emmons, 1978 a definição de habilidades sociais é “ a conduta que permite a uma pessoa atuar segundo seus interesses mais importantes, defender-se sem ansiedade inapropriada, expressar comodamente sentimentos honestos e exercer os direitos pessoais sem negar os direitos dos demais”. Todas as experiências trazidas pelos pacientes no grupo eram trabalhadas dentro do contexto que aproximasse mais adequadamente das habilidades sociais, com técnicas de reforço positivo do próprio grupo, bem como reatribuição e de cartões sinalizadores de ‘time-out’. O que parecia difícil de modificar em relação aos pensamentos, crenças e sentimentos dos pacientes tornou-se fácil, em função da compreensão de um resultado promissor experimentado dentro e fora do grupo. O vínculo de afeto entre os pacientes do grupo potencializou o andamento terapêutico o que vem a confirmar a hipótese de Bowlby (apud Yalom, 2006), onde o apego é necessário para a sobrevivência e a evolução do ser humano. Ao finalizar o tratamento, o grupo de pacientes demonstrou estar engajado a exercer as habilidades aprendidas em seus ambientes sociais e foram estimulados pela terapeuta a trocarem informações sobre os resultados positivos e negativos do novo comportamento como forma de uma nova aprendizagem a cada dia. Em 10(dez) sessões o grupo trabalhou com as metas e todos conseguiram alcançar resultados positivos dentro daquilo que foi proposto desde o início do tratamento. Os pacientes encontram-se ainda em terapia individual, mas retornarão daqui a 2(dois) meses para um ‘follow-up’ do tratamento de grupo.

### **2.3 AS EFICIENTES ESTRATÉGIAS DE PSICOEDUCAÇÃO E DE INTERVENÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPOS TERAPÊUTICOS.**

Vanessa Luerte, Joselice, Ana Claudia Ornelas (UNESA – Resende)

Palavras-chave: grupo, técnicas, Inventários e estímulo.

A Terapia Cognitivo-Comportamental tem se mostrado inovadora e eficiente em variados casos clínicos. Com o objetivo de atender um maior número de pessoas da fila de espera da Clínica-Escola da Universidade Estácio de Sá, campus de Resende, montamos um trabalho pioneiro na região Sul-Fluminense, o tratamento em grupo para transtornos de ansiedade e do afeto em graus leves, moderados e graves. Pelo segundo ano consecutivo este trabalho de psicoterapia em grupo vem resultando positivamente nos estados emocionais dos pacientes que já chegam ao SPA (Serviço de Psicologia Aplicada) buscando diretamente esse tipo de psicoterapia ou mesmo, com encaminhamentos de médicos de variadas especialidade indicando o tratamento de grupo em Terapia Cognitivo-Comportamental por reconhecimento da eficiência do mesmo. Segundo Lima e Derdyck (2001), todos os aspectos da terapia são explicados aos clientes e também são feitos em conjunto os planejamentos de estratégias terapêuticas, propõem a terapia de grupo como metodologia para pacientes com depressão e ansiedade. Para os autores, a terapia em grupo facilitaria a aprendizagem dos comportamentos e cognições porque o próprio setting terapêutico facilita a aprendizagem interpessoal, sendo o próprio grupo fonte de reforçamento, através da modelação e da instilação de esperança (o progresso do outro é incentivo para si). O estabelecimento de objetivos e avaliações constante dos mesmos feitos em grupo faz com que o sentimento de pertencimento aumente, além da eficácia das metas terapêuticas. A coesão grupal (quando os membros são reforçadores entre si) cria laços afetivos e essa aliança é tão importante quanto aquela entre cliente e terapeuta. Com todo o grupo trabalhamos com técnicas de Relaxamento, Registro de Pensamentos Disfuncionais, Inventário de Frustração de Rozenweigz, Questionário de Qualidade de Vida, Inventário de Ansiedade de Zung, Inventário de Habilidades Sociais (DEL-PRETE) e Inventário de Depressão (Beck) somente para as pacientes depressivas. Em três meses de atendimento os resultados obtidos foram os melhores possíveis, uma paciente depressiva grave já havia parado toda sua medicação, não apresentava sonolência e conseguia falar nitidamente, pois no início não conseguia nem falar direito devido à quantidade de remédios que tomava, duas outras pacientes depressivas já estavam cumprindo metas, tendo estímulo para estudar, caminhar e trabalhar. Uma quarta paciente já estava gerando renda em casa, pois o estímulo veio do grupo e tinha envolvido as crianças na produção das bijouterias, pois era um momento onde todos estavam juntos e ela não implicava mais com ciúmes do marido na internet. Pacientes com dificuldade em se expressar, com baixa auto-estima, começavam a demonstrar interesse com a própria aparência e passaram a se arrumar mais nos encontros semanais do grupo, bem como, sentiam-se melhor com a expressão aberta de seus sentimentos, tentando demonstrar um pouco mais de atenção nas reações interpessoais.

## **2.4 A PRÁTICA CLÍNICA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL FOCADA NA CRIANÇA.** Paula Vivianne Rosa Pinto (UNIFOA)

Palavras-chaves: cognitivo-comportamental; habilidades; retroalimentação e relaxamento.

O presente trabalho descreve um caso clínico onde o foco do trabalho foi o treinamento das habilidades sociais associado com relaxamento com enfoque na terapia cognitivo-comportamental. O tratamento foi iniciado com os pais e a criança para avaliar as preocupações, os problemas apresentados e os resultados que gostariam de obter. O paciente iniciou o tratamento no ano de 2007 com dez anos, encaminhado pela terapeuta familiar que acompanhava todo o grupo parental. A primeira entrevista foi feita com os pais onde relataram uma vida familiar conturbada por problemas financeiros. Descreveram o filho como choroso, despreparado para simples responsabilidades como escolher roupa para usar, com histórico de crise convulsiva, dificuldade de relacionamento social, hábito de piscar os olhos sem parar e imaturidade. É o filho do meio e vivia em brigas constantes com irmãos usando objetos cortantes nesses conflitos. A hipótese de diagnóstico foi de um repertório social empobrecido, comportamento desadaptativo, com intensa ansiedade e baixa auto-estima devido a pensamentos negativos e autocríticos. O tratamento foi iniciado em conjunto com a neuropsiquiatra infantil através de intervenção medicamentosa para as crises convulsivas. A psicoterapia teve como propósito facilitar o auto-entendimento e melhorar o autocontrole pelo desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais mais apropriadas. A formulação do caso envolveu ligação entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos do paciente. Foram utilizadas técnicas de psicoeducação, monitoramento do pensamento, identificação das distorções, role play, modelação e estabelecimento de metas, desta forma, priorizando o desenvolvimento de novas habilidades (ex. relaxamento, controle da raiva, resolução de problemas). O paciente apresentou-se muito disposto e aderente ao tratamento, mas houve pouco envolvimento dos pais, que justificavam trabalhar o dia todo e a noite ter obrigações pessoais. Os resultados obtidos durante alguns meses de tratamento foram significativos. Os pais relataram que o mesmo havia surpreendido devido a maturidade alcançada, melhor controle de seus comportamentos e sentimentos, sabendo verbalizá-los de forma coerente e adequada. O piscar dos olhos era uma reação imitadora do pai que também apresentava este comportamento, que foi cessada. O treino de relaxamento habilitou-o a lidar com as situações de maior excitação de forma apropriada. Após a avaliação dos resultados obtidos foi proposto um tratamento psicoterápico junto com os irmãos visando o fortalecimento e controle do afeto, retroalimentação e reforço de novos comportamentos adquiridos. Já foram realizadas sete sessões com os mesmos, obtendo grande efeito benéfico de desenvolvimento e melhora das habilidades trabalhadas.

### **3. PRÁTICA CLÍNICA DA TCC COM CRIANÇAS.**

Coordenação: Angela Alfano (Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Rio de Janeiro, RJ)

#### **3.1 TRATAMENTO EM GRUPO DO TDAH – PROPOSTA DE PROTOCOLO EM UMA ONG**

Angela Alfano (Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Tratamento em grupo; crianças; Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade

No presente trabalho serão apresentados os dados de literatura referentes a protocolos de tratamento psicoterápico em grupo com crianças portadoras de Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). A partir do embasamento teórico encontrado será exposta uma proposta de protocolo de tratamento para crianças de baixa renda. Por tratar-se de um trabalho realizado em uma organização não-governamental, CIPIA – Centro Integrado de Psiquiatria da Infância e Adolescência, o objetivo é tentar atender a algumas importantes demandas sociais: a existência de poucas instituições que realizam trabalhos deste tipo com a população de menor poder sócio-econômico; a grande demanda de clientes; e a necessidade e a possibilidade de se ajudar um maior número de crianças ao mesmo tempo. Este é o primeiro projeto de atendimento psicoterápico em grupo do referido Transtorno colocado em prática na instituição e consiste de sessões realizadas com as crianças e com seus pais ou responsáveis. Cada grupo é formado por 6 (seis) crianças, com idades entre 7(sete) e 11 (onze) anos, cujo transtorno primário é o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e cuja capacidade intelectual esteja dentro da média esperada para o grupo normativo. A intervenção baseia-se nos fundamentos da análise comportamental aplicada e na teoria da aprendizagem social. A ênfase do trabalho é na capacidade de definir e precisar os comportamentos disfuncionais e ensinar as técnicas operantes que incentivam comportamentos adaptados e eliminam os não adaptativos. Técnicas cognitivas ajudam no autoconhecimento e atuam na auto-estima dessas crianças. Entrevistas iniciais com os pais são realizadas para se confirmar o diagnóstico e para que outros instrumentos como questionários sejam também utilizados. O protocolo propõe sessões iniciais com os pais cujo conteúdo está voltado para técnicas de manejo do comportamento e para a psicoeducação sobre o TDAH e seu tratamento. A seguir são propostas, sessões com as crianças, durante as quais são utilizadas as técnicas básicas da terapia cognitivo-comportamental. Algumas sessões com os responsáveis são conduzidas em paralelo, individualmente, visando ajudar no manejo de comportamentos e dificuldades peculiares a cada membro do grupo. A partir do protocolo padrão e, portanto, genérico de intervenção, os terapeutas realizam ajustes em função dos processos prévios de avaliação e as particularidades de cada criança. Materiais de psicoeducação sobre o transtorno são distribuídos e discutidos com as crianças. Sessões de *follow-up* (após quinze dias, um, três, seis e doze meses), serão realizadas a fim de acompanhar a manutenção dos resultados e, caso seja necessário, atendimentos individuais serão oferecidos, após o término do atendimento em grupo.

### **3.2 DESAFIOS DO ATENDIMENTO DOMICILIAR DE UMA CRIANÇA DO ESPECTRO AUTISTA**

Marcia Lacerda Torres (Clínica Particular, Rio de Janeiro, R.J.)

Palavras-chave: Espectro autista, atendimento domiciliar, terapia comportamental

O presente trabalho visa a exposição e discussão de um caso clínico acompanhado há sete meses. O paciente é uma criança de cinco anos, cursando o Jardim III de uma escola regular na cidade do Rio de Janeiro que, ao ser encaminhada para tratamento psicológico, foi descrita como: sem limites, apresentando manias, problemas na interação social, comportamento desafiador (principalmente com adultos – pais, avós, quem o contraria), agressividade e restrição alimentar. Sua fala é caracterizada pela repetição e por difícil compreensão, porém como o paciente já vem sendo acompanhado por uma fonoaudióloga e possui uma mediadora no ambiente escolar, a queixa principal para a terapia é a questão alimentar. O diagnóstico dado pela neuropediatra foi de transtorno do espectro autista. O autismo é um transtorno do desenvolvimento marcado por prejuízos significativos na interação social, na comunicação e no aspecto comportamental. Seu quadro clínico varia imensamente, pois depende do nível de desenvolvimento do portador. Fala-se então, de espectro autístico, ou seja, diferentes expressões de um mesmo quadro clínico que possui graus variados. O presente caso é de uma criança portadora de um grau mais leve do transtorno. O tratamento é caracterizado pela intervenção no âmbito domiciliar. Sua essência está na abordagem comportamental e na orientação de pais. Nas duas primeiras consultas a mãe foi entrevistada, lhe foi solicitado um breve relato da história de vida de seu filho e o motivo pelo qual acabou procurando um profissional. Não houve intercorrências na gestação e no parto e, à exceção de aspectos de comunicação (contato ocular e fala), os outros marcos do desenvolvimento ocorreram na idade esperada. A periodicidade dos atendimentos é de duas sessões semanais e o treinamento de pais é realizado em paralelo. As intervenções iniciais se deram nos limites dessa criança, na organização da rotina e do brincar. Foi feito um quadro de atividades com fotos suas em diferentes contextos visando justamente a reordenação das ações que se sucedem em seu dia-a-dia (acordar, ir para a escola, almoçar...) Posteriormente começou a ser abordado o aspecto da restrição alimentar. No início as sessões foram estruturadas priorizando o vínculo com o paciente e, apenas mais tarde, as queixas principais foram diretamente abordadas. Paralelamente, exercícios estruturados visando a estimulação das diferentes funções cognitivas foram aplicados. A intervenção é essencialmente apoiada em terapia comportamental. Foram realizados esclarecimentos, orientações e recomendação bibliográfica aos pais em relação aos conceitos teóricos desta abordagem. O atendimento domiciliar possui limitações e potencialidades que serão detalhadamente descritas e discutidas na exposição oral do caso.

### **3.3 AVALIAÇÃO DOS NÍVEIS DE ANSIEDADE EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES MORADORES DA ROCINHA.**

Renata Vianna (Mestranda - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ), J. Landeira-Fernandez (Professor- Pontifícia Universidade Católica, RJ)

Palavras-Chave: Ansiedade- Infância- Predispositores

A ansiedade é uma emoção natural responsável pela defesa e pela preparação do indivíduo para um desafio, provocando uma descarga de adrenalina no corpo. A adrenalina por sua vez provoca uma resposta do tipo luta ou fuga. No entanto, num determinado momento da vida de um indivíduo, a ansiedade pode perder a função protetora e exercer um papel paralisante. Isso acontece em razão de uma predisposição genética e do confronto com determinadas contingências da vida, fazendo com que o organismo comece a identificar ou pensar constantemente nas situações como ameaçadoras a ponto de evitar realizar suas tarefas. Neste momento, ela se torna patológica e alguns cuidados passam a ser necessários (Hall, 2004). O presente trabalho teve como objetivo comparar o nível de ansiedade em crianças e adolescentes moradores da maior comunidade carente do Brasil – Rocinha – com aquelas atendidas no Setor de Psiquiatria Infantil da Santa Casa de Misericórdia - RJ através da Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC). A hipótese testada foi a de que a exposição constante a estressores psicossociais como violência e condições precárias de vida podem servir como uma predisposição para o surgimento de quadros clínicos relacionados à ansiedade no grupo de crianças e adolescentes da Rocinha. Participaram do estudo 25 crianças (12 meninos e 13 meninas) de uma escola do ensino fundamental freqüentada por moradores da Rocinha. Participaram também 30 crianças atendidas no Ambulatório de Psiquiatria da Santa Casa. Destas, 13 (8 meninos e 5 meninas) foram diagnosticadas com Transtornos de Ansiedade ao passo que 17 (13 meninos e 4 meninas) apresentam transtornos externalizantes, tais como Transtorno de Conduta ou Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade. Os três grupos apresentaram uma média de idade de 11 anos. A escala MASC foi respondida individualmente por cada criança auxiliada por um pesquisador. Os resultados foram analisados através de uma análise de variância (ANOVA) de uma via. Comparações par-a-par foram realizadas por meio do teste da diferença mínima significativa de Fisher. Estas análises revelaram que o grupo da Rocinha apresenta níveis de ansiedade comparáveis aos de crianças que preencheram critérios diagnósticos para Transtorno de Ansiedade de acordo com a DSM-IV. Já as crianças que foram diagnosticadas com transtornos externalizantes apresentam escores significativamente menores em relação aos dois grupos. A exposição intensa e constante a violência urbana do tráfico associada às dificuldades enfrentadas por crianças e adolescentes moradores da Rocinha podem estar associados à presença de altos índices de ansiedade.

Bolsista do CNPQ

### **3.4 ADAPTAÇÃO DAS TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA PACIENTES NÃO ADERENTES: “JOGO-TERAPIA” PARA ADOLESCENTES.**

Angélica Prazeres Lopes (Universidade Federal do Rio de Janeiro–UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Terapia cognitivo-comportamental; Jogo-terapia; adaptação de técnicas.

Diferentes teóricos desenvolveram formas de terapia cognitivo-comportamental (TCC) que foram testados a partir de investigações empíricas do modelo conceitual da psicopatologia com a finalidade de testar a eficácia deste tratamento para os transtornos psiquiátricos. A eficácia da TCC foi cientificamente comprovada para o tratamento de diversos transtornos como depressão maior, ansiedade generalizada, pânico, ansiedade social, transtorno obsessivo-compulsivo, entre outros. Além de apresentar melhora para os diversos transtornos psiquiátricos a TCC também é considerada benéfica para problemas conjugais, familiares e transtornos médicos crônicos, como dor na coluna lombar, hipertensão, síndrome da fadiga crônica. A TCC é caracterizada como uma psicoterapia breve, estruturada, orientada ao presente, direcionada a resolver problemas atuais e modificar pensamentos e comportamentos disfuncionais. O modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional seja comum a todos os distúrbios psicológicos e que como estes pensamentos influenciam o humor e o comportamento do indivíduo, uma avaliação realista e a modificação destes pensamentos podem produzir melhora. Atualmente, diversas técnicas cognitivo-comportamentais estão descritas de forma a adequá-las ao tratamento dos transtornos psiquiátricos específicos, de acordo com a manifestação psicopatológica observada. A partir daí, montaram-se protocolos de tratamentos, ou seja, orientações de técnicas conduzidas para a melhora desses transtornos. Um terapeuta cognitivo-comportamental treinado pode reproduzir com certa facilidade essas técnicas, porém, no cotidiano da clínica nos deparamos com pacientes “difíceis”, não aderentes às técnicas, com gravidade e comorbidades relevantes e que apresentam resistência ao tratamento. Nestes casos, as técnicas cognitivo-comportamentais amplamente testadas e comprovadas como eficazes para cerca de 85% dos pacientes, podem não surtir resultado. Além disso, certas limitações clínicas podem dificultar ainda mais a melhora, tais como: a própria complexidade do transtorno; a resistência do paciente por conta do medo irracional; a dificuldade na aderência das técnicas propostas; a baixa resposta à medicação; a reduzida empatia entre terapeuta e paciente e a não generalização dos ganhos. Portanto, é de extrema importância o esforço do terapeuta cognitivo-comportamental em adaptar as técnicas à realidade e às dificuldades apresentadas pelo paciente. O presente trabalho tem como objetivo exemplificar como é possível adaptar as técnicas cognitivo-comportamentais para o tratamento de pacientes “difíceis”, que inicialmente não aderem à forma convencional da TCC. Neste trabalho é demonstrada a criação de um jogo (“*Jogo-terapia*”) com a participação do próprio paciente na construção das regras, características dos jogadores, desafios, pontuação e premiação. O “*Jogo-terapia*” baseia-se na execução das seguintes técnicas: resolução de problemas; tomada de decisão; experimentos comportamentais; questionamento socrático; cartões de enfrentamento; exposição e prevenção de resposta; economia de fichas; treino de habilidades sociais; role-play; relaxamento; autodeclaração positiva etc. (exemplo de tratamento de paciente adolescente com TOC grave, não respondente à medicação e às técnicas tradicionais de exposição e prevenção de resposta, com grande dificuldade em generalizar o aprendizado adquirido na terapia). Este trabalho demonstra a importância da adaptação da TCC às demandas do paciente, que a sistematização e aplicação de protocolos pura e simples algumas vezes não gera resultados satisfatórios e que, portanto, a personalização das técnicas pode aumentar o engajamento no tratamento e promover ganhos.

#### **4. EMPATIA E HABILIDADES DE COMUNICAÇÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE.**

Coordenadora: Cristiane Figueiredo Araújo (UERJ, IEDS-RJ)

##### **4.1 EMPATIA: ATUALIZAÇÃO CONCEITUAL E APRESENTAÇÃO DE UMA MEDIDA BRASILEIRA.** Renato Curty M. da Luz (UERJ)

Palavras Chaves: Empatia, Construção de Inventários, Avaliação Psicológica

Embora alguns autores defendam que a empatia é um fenômeno predominantemente cognitivo enquanto outros afirmem que esta é um processo primordialmente afetivo, com alguns componentes cognitivos, a literatura recente tem considerado a empatia como um construto multidimensional, abrangendo componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Portanto, a empatia corresponde à capacidade de compreender, de forma acurada, bem como de compartilhar ou considerar sentimentos, necessidades e perspectivas de alguém, expressando este entendimento de tal maneira que a outra pessoa se sinta compreendida e validada. O componente comportamental (verbal e não verbal) da empatia torna-se fundamental para que a outra pessoa se sinta verdadeiramente compreendida. Através da expressão empática, é possível inferir a acuidade da percepção do indivíduo que empatiza. Dentre os vários métodos de avaliação da empatia, as medidas de auto-relato têm sido indicadas como mais fáceis de se utilizar, uma vez que podem ser aplicadas em grandes amostras e avaliadas rapidamente. Assim, houve a necessidade de se construir uma medida que englobe o modelo multidimensional da empatia. A versão final do Inventário de Empatia (IE) compôs-se de 40 itens, distribuídos em quatro fatores. Os coeficientes Alfa de Cronbach foram de 0,85 (primeiro fator), 0,78 (segundo fator), 0,75 (terceiro fator) e 0,72 (quarto fator). Dos 40 itens, 17 são reversos, indicando que as respostas a esses itens devem ser invertidas para a obtenção do escore final. As quatro sub-escalas do IE representam as características multidimensionais do construto empatia. Além dos itens referentes à sub-escala de Tomada de Perspectiva (TP), que correspondem ao componente cognitivo da empatia, que se caracteriza por uma capacidade de entender a perspectiva e sentimentos da outra pessoa, os itens da sub-escala de Flexibilidade Interpessoal (FI) se caracteriza por uma elevada capacidade em aceitar perspectivas, crenças e valores diferentes dos seus próprios, além de tolerância à frustração provocada pela atitude do interlocutor. A sub-escala de Sensibilidade Afetiva (SA), por sua vez, representa o componente afetivo da empatia, avaliando, através de seus itens, preocupação ou consideração pelas necessidades dos outros e uma tendência a agir em conformidade com essas necessidades. A sub-escala de Altruísmo (AI), também relacionada ao componente afetivo da empatia, caracteriza-se por uma capacidade de sacrificar temporariamente as próprias necessidades, em benefício de outra pessoa. Então, uma vez que a quantidade de medidas de auto-informe que avaliam o construto empatia é escassa, e que o IE constitui uma medida brasileira, além de seus fatores apresentarem boa consistência interna, recomenda-se a sua utilização em pesquisas acadêmicas que visem avaliar a empatia em diferentes grupos e contextos sociais.



#### **4.2 PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA EMPATIA APLICADO EM GRADUANDOS DE ENFERMAGEM**

Célia Caldeira F. Kestenberg (UERJ), Eliane Mary Oliveira Falcone (UERJ).

Palavras-chave: Empatia, enfermagem, ensino.

O estudo trata da avaliação da eficácia de um programa de desenvolvimento da empatia para graduandos de enfermagem. A competência no cuidado de enfermagem está diretamente relacionada ao domínio dos conhecimentos técnico-científicos específicos da profissão aliados à capacidade de relacionar-se empaticamente com o paciente. Pesquisas demonstram, no entanto, que há uma inconsistência entre o que vem sendo postulado teoricamente e a prática profissional do enfermeiro. Os participantes do estudo serão estudantes da Faculdade de Enfermagem da UERJ onde será desenvolvida a pesquisa. Pesquisa experimental do tipo “antes e depois” com dois grupos sendo um experimental para o qual haverá o treinamento e o de controle. O treinamento ocorrerá em 12 encontros, uma vez por semana com duas horas de duração cada. As estratégias empregadas, dentre outras, serão: (1) exposição oral sobre o comportamento empático de modo geral e como se comportar empaticamente em situações de ajuda e de conflito; (2) diálogo circular para discussão e entendimento sobre os motivos que podem dificultar ouvir e compreender os outros, impedindo a manifestação de empatia; (3) imaginação de cenas envolvendo situações de interação, vivenciadas pelos participantes; (4) cenas de filmes para identificação do comportamento empático ou não empático; (5) desempenho de papéis, nos quais os participantes irão experienciar a manifestação da empatia; (6) diálogo circular para análise e sistematização do conhecimento (7) prática das habilidades aprendidas no contexto relacional dos estudantes. Para investigar a eficácia do programa será avaliada a empatia dos estudantes alocados nos dois grupos, através do Inventário de Empatia e o Instrumento para Avaliação do Comportamento Empático Verbal. O programa também será avaliado pelos participantes do grupo experimental através do Questionário para Avaliação de Treinamento da Empatia. A partir da análise e tratamento dos dados coletados, será feita uma discussão dos resultados através da comparação do grupo experimental com o grupo de controle tendo como referencial teórico o treinamento em habilidades sociais (THS). Espera-se: a) aumentar o conhecimento a respeito das características empáticas das pessoas de modo geral e dos estudantes de enfermagem em particular; b) contribuir para a promoção de programas de desenvolvimento da empatia; d) contribuir para o aprimoramento do currículo do curso de enfermagem da UERJ e de outras instituições.

#### **4.3 AVALIAÇÃO DA EMPATIA EM MÉDICOS DE DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE.**

Cristiane Figueiredo Araújo (UERJ, SES-RJ), Eliane Mary Oliveira Falcone (UERJ), Sandra Fortes (UERJ).

Palavras-chave: Habilidades de comunicação. Empatia. Relação médico-paciente.

O desenvolvimento de habilidades de comunicação em médicos tem sido apontado como uma necessidade e uma competência fundamental para o exercício da medicina. A empatia é uma habilidade interpessoal que pode ser descrita como a capacidade de compreender o ponto de vista e os sentimentos de uma outra pessoa – sem julgá-los – e de comunicar esse entendimento de modo que a pessoa que fala se sinta verdadeiramente compreendida pela pessoa que ouve. Essa habilidade promove um senso de validação na pessoa que fala, especialmente em situações de conflito, reduzindo a probabilidade de rompimento e fortalecendo os vínculos interpessoais. A empatia dos médicos é atribuída à sua educação pessoal, sendo raro o desenvolvimento dessa competência social durante o curso de formação médica. O desconhecimento sobre essa habilidade e sua função no exercício profissional motivou a realização deste estudo sobre a empatia em médicos que atuam em diferentes contextos de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro. Participaram desta pesquisa 75 profissionais, dos quais 25 atuavam no nível da Atenção Básica, composto por equipes de saúde da família e por unidades ambulatoriais; 12 pertenciam a unidades mais especializadas que correspondem ao nível de Média Complexidade e 38 trabalhavam nos ambulatórios de hospitais universitários de Alta Complexidade. Foi aplicado o Inventário de Empatia (I.E.), que avalia os quatro fatores que compõe a habilidade empática: 1) Tomada de Perspectiva: capacidade de compreender o ponto de vista e os sentimentos da outra pessoa; 2) Flexibilidade Interpessoal: capacidade de aceitar perspectivas muito diferentes das próprias; 3) Altruísmo: capacidade de suspender temporariamente as próprias necessidades em função do outro; 4) Sensibilidade Afetiva: sentimento de compaixão e de preocupação com o outro. Os resultados mostraram que o grupo avaliado obteve médias semelhantes às apresentadas nos dados normativos do I.E. nos fatores Tomada de Perspectiva e Flexibilidade Interpessoal, enquanto superou a média no fator Altruísmo e ficou abaixo da média no fator Sensibilidade Afetiva. Esses dados indicam que a amostra de médicos avaliada possui uma capacidade mais acentuada de sacrificar suas próprias necessidades para atender ao outro, ainda que não associada necessariamente a um sentimento de compaixão equivalente. Isto pode estar relacionado com a reduzida importância dada ao aspecto emocional na formação médica. Em relação à avaliação da empatia por contexto de atenção em saúde, não foi encontrada diferença significativa entre os grupos com exceção do fator Tomada de Perspectiva. Neste componente, os médicos do Programa Saúde da Família destacaram-se significativamente do grupo de Média Complexidade, o que parece estar relacionado com a proximidade do profissional com o contexto de vida do paciente e com a educação continuada que recebem através de treinamentos e capacitações onde são valorizadas as habilidades de comunicação desses profissionais. A partir desses resultados propõe-se que o desenvolvimento da empatia seja incluído nos cursos de formação médica e no planejamento das condições de trabalho nos diversos níveis de atenção à saúde.

## **5. HABILIDADES SOCIAIS EM DIFERENTES ETAPAS DO DESENVOLVIMENTO**

Coordenadora: Danielle da Cunha Motta (UERJ)

### **5.1 O PAPEL DOS MECANISMOS DA ATENÇÃO NO COMPORTAMENTO EMPÁTICO.** Ana Lúcia Novais Carvalho (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Rio de Janeiro/RJ).

**Palavras-chave:** atenção; empatia; vias da atenção.

Inúmeros são os estudos em neurociências desenvolvidos para melhor compreender os mecanismos envolvidos no fenômeno da atenção. William James, em 1890, foi um dos pioneiros na definição deste fenômeno, bem como na discussão de sua característica de seletividade de processamento e de seu papel básico para a realização de outras funções mentais superiores. Atualmente são conhecidos os estudos de M. I. Posner e colaboradores que destacam que a atenção, enquanto processo multifacetado, ocorre através de três vias neurais, sendo elas a via da orientação da atenção, a via da atenção executiva, e a via da vigilância ou alerta. Estas vias envolvem estruturas cerebrais diferenciadas e estudos vêm sendo realizados para uma melhor compreensão do seu desenvolvimento, fato que poderá influenciar tanto nas práticas psicoterápicas quanto nas pedagógicas. Considerando que a atenção possui um importante papel na modulação dos sistemas sensoriais, cognitivos e emocionais, uma relevante discussão é referente à compreensão do quanto estas vias são hereditárias. Estudos sobre este tema apontam para outros sobre diferenças individuais na atenção, relacionando estas ao controle emocional e comportamental. Evidenciam-se, desta maneira, experimentos que demonstram, por exemplo, o papel da orientação da atenção no controle do estresse infantil. É comum, por exemplo, que os pais usem a manipulação da orientação da atenção da criança para controlar este estresse, levando-a a desempenhar um comportamento que pode ser caracterizado como uma auto-regulação inicial. Já sobre a via da atenção executiva, mudanças encontradas no seu desenvolvimento coincidem com o relato dos pais sobre controle do temperamento nas crianças. A variável do temperamento relacionada ao desenvolvimento da atenção executiva é denominada de “auto-controle<sup>1</sup>”, que é a habilidade de inibir uma resposta dominante para desempenhar um outra não-dominante. Percebemos, então, que a via da atenção executiva dá base para a habilidade das crianças em regular seus comportamentos através do uso de um “auto-controle”. Dificuldades neste “auto-controle” podem servir de base para que ocorram problemas na socialização e para alguns transtornos mentais da infância e em adultos. Neste momento torna-se relevante a discussão sobre o papel das vias da atenção para a compreensão de comportamentos socialmente habilidosos, como é o caso do comportamento empático. Estudos demonstram que a empatia está fortemente relacionada com o “auto-controle”, considerando que criança com alto nível de “auto-controle” demonstram alta habilidade empática.

---

<sup>1</sup> do inglês effortful control

**5.2 AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE DESENVOLVIMENTO DA EMPATIA PARA CRIANÇAS EM CONTEXTO ESCOLAR.** Danielle da Cunha Motta, Eliane de Oliveira Mary Falcone, Alex Christian Manhães.(Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ)

**Palavras-chave:** empatia, desenvolvimento, escola.

Empatia, a capacidade humana de inferir e compartilhar os pensamentos e os sentimentos das outras pessoas, tem sido considerada uma habilidade fundamental para o desenvolvimento socioemocional e cognitivo das crianças. Ela pode ser definida como uma habilidade social composta por três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. Sendo que o componente cognitivo consiste na capacidade de adotar a perspectiva do outro e inferir seus pensamentos e sentimentos; o componente afetivo se caracteriza por uma predisposição a experimentar compaixão e preocupação com o seu bem-estar; enquanto a habilidade de comunicar o reconhecimento de seus sentimentos e perspectivas, de maneira acurada, caracteriza o componente comportamental. Estudos revelam que boas doses de empatia resultam em efeitos benéficos nas atitudes e no comportamento humano, enquanto déficits em empatia têm efeitos prejudiciais tanto para o convívio social, como para a saúde mental. A disposição das crianças para o desenvolvimento da empatia é inata. Os bebês humanos são inclinados, desde o nascimento, a emitir e a responder a pistas socioemocionais. Algumas destas respostas são consideradas comportamentos pré-empáticos, como o choro de contágio, mas a sofisticação desta habilidade em nossa espécie depende da estimulação social. Ao lado dos pais, a escola ocupa um lugar de destaque na educação infantil, inclusive, no que diz respeito à educação dos valores, do caráter e dos sentimentos. Considerando a importância da empatia para o desenvolvimento infantil, e a influência que a educação escolar pode ter sobre ela, propomos a realização de um programa com o objetivo de potencializar o seu desenvolvimento em crianças, no contexto escolar. O objetivo geral deste estudo é testar a eficácia deste programa. O programa será oferecido a dez professores de ensino fundamental (do primeiro ao sexto ano), de uma escola particular, no Bairro da Praça da Bandeira, no município do Rio de Janeiro, e a seus respectivos alunos, aproximadamente, 150 crianças. Os professores, que serão os agentes do programa, participarão de um treinamento que inclui esclarecimentos sobre o tema, atividades voltadas para o desenvolvimento da empatia pessoal, e sugestões de atividades para serem desenvolvidas com os alunos, em sala de aula, para a promoção e o incentivo do comportamento empático naquele contexto. Na primeira fase da pesquisa, os cinco professores do grupo experimental receberão o treinamento para o desenvolvimento da empatia e orientações para o desenvolvimento de atividades de sala de aula com os alunos, enquanto o grupo placebo participará de um curso sobre capacidades cognitivas, como atenção, memória e função executiva. Neste grupo não serão propostas atividades para serem desenvolvidas em sala de aula, com os alunos. Na segunda fase, o grupo placebo receberá o mesmo treinamento oferecido ao grupo experimental, na primeira fase, vice-versa. A implementação de programas de caráter preventivo para a promoção de competências, através do investimento nos grupos sociais naturais onde as crianças se desenvolvem, como é a escola, tem sido fortemente recomendado por muitos autores, na área da Psicologia e da Educação. Uma vez que a empatia é considerada um fator de proteção que contribui para a formação de resiliência e para a adaptação, esperamos que este projeto de fato contribua para potencializá-la, evitando o surgimento de comportamentos desajustados e protegendo os que se encontram em risco.

**5.3 EMPATIA E SATISFAÇÃO CONJUGAL.** Gabriela Malamut (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

Palavras-chave: empatia; relacionamento conjugal; satisfação conjugal.

A satisfação alcançada no casamento influencia fortemente a qualidade de vida. Por outro lado, conflitos conjugais estão relacionados a problemas de saúde, ao divórcio e a violência. Mesmo com as dificuldades inerentes a qualquer relacionamento conjugal, o matrimônio parece ser ainda um desejo a ser realizado por muitos. Porém, para que o relacionamento seja uma fonte de felicidade e resulte em uma relação satisfatória, os cônjuges precisam investir no desenvolvimento constante de habilidades para que assim possam lidar com as adversidades geradas pela vida a dois. Logo, conduzir e manter um relacionamento dentro de padrões saudáveis e satisfatórios é uma tarefa que demanda flexibilidade ideológica e habilidade de comunicação (saber ouvir e saber se expressar adequadamente). Muitas vezes, quando isto não ocorre, os cônjuges se encontram em uma relação deficitária e disfuncional gerando um desajustamento que resulta em situações de estresse, depressão e crises de ansiedade, podendo assim comprometer a saúde física e mental do indivíduo. Além disto, uma relação disfuncional tem como um de seus efeitos o divórcio que apresenta consequências negativas não somente para o casal, mas também para os filhos, familiares e para a sociedade no geral. Pensando na importância de desenvolver relacionamentos conjugais mais saudáveis, pode-se considerar que a empatia é um dos fatores principais para atingir tal objetivo. Estudos apontam que a capacidade de ouvir e compreender, bem como de demonstrar sensibilidade frente às necessidades dos outros (empatia) constitui um dos fatores importantes para um casamento feliz, na medida em que, ao se sentir ouvido e compreendido, o cônjuge se sente mais seguro e valorizado. Ainda não está claro, no entanto, se o cônjuge que manifesta empatia (empatia manifestada) experimenta tanta satisfação conjugal quanto àquele que a recebe (empatia recebida). Esse estudo se propõe a investigar: a) Níveis elevados de empatia influenciam na satisfação conjugal do cônjuge empático? b) Níveis elevados de empatia obtidos através de uma medida de empatia geral (Inventário de Empatia) afetam positivamente a satisfação conjugal daquele que expressa a empatia? c) Níveis elevados de empatia obtidos através de uma medida de empatia conjugal (Questionário de Empatia Conjugal) afetam positivamente a satisfação conjugal daquele que expressa a empatia? Três medidas de auto-informe serão utilizadas: a Escala de Satisfação Conjugal (Dela Coleta, 1989), o Questionário de Empatia Conjugal (Oliveira, Falcone & Ribas, 2006) e o Inventário de Empatia (Falcone e cols., 2006). Cem indivíduos casados há pelo menos seis anos responderão os questionários. Será avaliada a influência da empatia geral e da empatia conjugal na satisfação no casamento. Espera-se que esse estudo possa contribuir para a construção de programas visando desenvolver empatia em indivíduos casados, facilitando a comunicação e a satisfação no casamento.

#### **5.4 A AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS PARA IDOSOS (T.H.S.I.).**

Rachel Shimba Carneiro, Eliane Mary de O. Falcone. (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro/RJ)

**Palavras-chave:** habilidades sociais, terceira idade e qualidade de vida.

Os estudos atuais apontam que a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, a fim de que este possa garantir melhor qualidade de vida. Tal constatação de que as habilidades sociais estão relacionadas a melhor qualidade de vida vem despertando o interesse de especialistas e multiplicando as pesquisas sobre o tema. As habilidades sociais podem ser definidas como uma classe de respostas sociais que são aprendidas e que compõe o repertório comportamental do indivíduo, possibilitando lidar de modo adequado com as exigências dos diferentes contextos sociais. A partir de um levantamento bibliográfico, foi verificado que embora a literatura mostre uma associação entre habilidades sociais e qualidade de vida na terceira idade, são escassas as pesquisas que focalizam especificamente o repertório de habilidades sociais de idosos e, por conseguinte, existem poucos estudos abordando o tema treinamento de habilidades sociais na terceira idade. O presente estudo tem como objetivo avaliar se os estudantes da Universidade Aberta da Terceira Idade da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UnATI/UERJ) submetidos, a um programa de treinamento em habilidades sociais elaborado especificamente para a terceira idade, apresentarão um maior repertório de habilidades sociais e níveis mais elevados de qualidade de vida do que os idosos que não participarão de tal treinamento. Para a realização dessa pesquisa, serão selecionados 48 estudantes da UnATI/UERJ. O repertório de habilidades sociais dos participantes será avaliado através do Inventário de Habilidades Sociais de Del Prette & Del Prette (2001) e de oito situações de jogos de papéis. Já a qualidade de vida será analisada através do WHOQOL-ABREVIADO de Fleck et al. (2000) e do WHOQOL-OLD de Chachamovich e Fleck (n.d.). Em relação à análise de dados, será usado o teste do qui-quadrado para verificar a existência de diferenças entre o grupo experimental e o grupo controle nas situações de jogos de papéis. Além disso, para verificar a existência ou não de diferenças entre o grupo experimental e o grupo controle em cada fator do IHS, em cada domínio do WHOQOL-ABREVIADO e do WHOQOL-OLD, serão realizadas análises da variância simples (ANOVA) entre as médias dos escores de cada grupo em cada fator. Concluindo, trata-se de um tema em que o material disponível na literatura é escasso, e sobre o qual se observa um número ainda muito restrito de pesquisas empíricas ou publicações científicas de caráter nacional realizadas nessa área de desenvolver as habilidades sociais em idosos.

## **6. EMPATIA: QUESTÕES CONCEITUAIS E AVALIAÇÃO**

Coordenadora: Eliane Mary Oliveira Falcone (UERJ)

### **6.1 ASPECTOS FILOGENÉTICOS, SOCIAIS E NEUROBIOLÓGICOS DA EMPATIA - Vanessa Dordron de Pinho (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ).**

Palavras-chave: empatia, psicologia evolucionista, neurobiologia.

O interesse pelo estudo da empatia é antigo na Psicologia e diversas definições já foram propostas por diferentes estudiosos para esse construto, sendo que alguns privilegiaram mais seus aspectos afetivos, enquanto outros enfatizaram os aspectos cognitivos da empatia. Graças ao interesse de inúmeros pesquisadores pelo tema, tais como psicólogos sociais, psicólogos evolucionistas, psicólogos do desenvolvimento, psicólogos clínicos, etólogos, antropólogos, neurocientistas, entre outros, muitos estudos vêm sendo desenvolvidos sobre a empatia e seu entendimento se expandiu enormemente. Atualmente os teóricos compartilham a compreensão da empatia como um fenômeno multidimensional, composta por fatores afetivos, cognitivos e comportamentais, o que é apoiado por recentes descobertas na área das neurociências. Sabendo-se que a empatia é um tema de interface entre diversas ciências, o objetivo do presente trabalho é apresentar discussões atuais sobre tal fenômeno, enfatizando o estudo sob os enfoques filogenéticos, sociais e biológicos, no que diz respeito aos seus entrelaçamentos. A psicologia evolucionista estuda os mecanismos psicológicos que foram relevantes para a sobrevivência das espécies e que por isso, foram privilegiados pela filogênese, através dos processos de seleção natural. A empatia é um desses mecanismos, dado seu valor adaptativo. Considerando que a maioria dos seres vivos depende da vida em grupo para sobreviver, desde os animais não humanos, passando pelos primatas até chegar aos primatas humanos, a empatia é de grande relevância para que as interações sejam possíveis e satisfatórias. Entretanto, o que ocorre efetivamente no processo de seleção natural, é a seleção de estruturas ou redes neurais que tiveram valor adaptativo para as espécies, e neste ponto encontra-se uma interface entre a psicologia evolucionista e as neurociências. A amígdala apresenta circuitos neurais que formam o substrato fisiológico da empatia e é encontrada em todas as classes de vertebrados. Estas redes neurais estão associadas aos aspectos afetivos da empatia, sendo bases neurobiológicas que amadurecem precocemente na ontogênese, podendo ser claramente observadas em bebês bem novinhos, em primatas e em mamíferos, mas também nos demais vertebrados. A expansão do córtex, principalmente o córtex pré-frontal, é um aspecto mais recente da evolução, especialmente dos primatas humanos, e está associado aos aspectos cognitivos da empatia. Neste ponto, se dá uma interface das três ciências privilegiadas neste estudo. A evolução dessa base cerebral tornou possível um desenvolvimento diferenciado da empatia na espécie humana, em que os processos cognitivos passaram a ser mediadores da empatia emocional, constituindo o que se chama “habilidade empática” e que é um dos campos de estudo da psicologia social.

**6.2 AVALIAÇÃO DAS VALIDADES CONVERGENTE E DISCRIMINANTE DO INVENTÁRIO DE EMPATIA (I.E.).** Conceição Santos Fernandes, Eliane Mary de O. Falcone, Maria Cristina Ferreira, Renato da Luz, Juliana Furtado D'Augustin, Vanessa Dordron de Pinho. (Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

Palavras-Chave: Empatia; validação; instrumento psicométrico.

Empatia é a capacidade de compreender e de expressar compreensão acurada sobre a perspectiva e sentimentos de outra pessoa, além de experimentar compaixão e interesse. Déficits em empatia podem trazer um rebaixamento da qualidade de vida, por estar relacionada com dificuldades interpessoais e alguns transtornos psicológicos. Isto mostra a relevância de um instrumento que avalie essa habilidade. A primeira validação desta escala foi realizada a partir uma amostra, constituída por 713 estudantes de graduação da Universidade Estadual do Rio de Janeiro – Uerj. Foi realizada a análise fatorial exploratória dos itens. Em seguida, aplicou-se a rotação oblíqua Oblimin e uma análise conceitual. Por fim, foram identificados 4 fatores que apresentaram os seguintes coeficientes de confiabilidade: Tomada de perspectiva (.8525), Flexibilidade interpessoal (.7745), Altruísmo (.7496) e Sensibilidade afetiva (.7222). O objetivo desse estudo foi verificar a validade convergente e divergente do instrumento, aumentando assim sua confiabilidade e sensibilidade. A amostra foi constituída de 537 participantes, de nível médio e superior. Para isto foi utilizado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Ficha do participante; Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (S.T.A.X.I.); Inventário de Empatia (IE); Escala de Apego Adulto (EAA). Para análise de dados foi feita a Correlação de Pearson entre as variáveis. A partir de fundamentos teóricos, acredita-se que indivíduos empáticos devem apresentar um estilo de apego seguro e experimentam raiva com menos frequência e intensidade. Foram encontradas relações significativas entre Fator Proximidade da escala de apego e os fatores Tomada de Perspectiva (.089), Altruísmo (.100) e Sensibilidade Afetiva (.117). O fator Confiança se correlacionou positiva e significativamente com Tomada de Perspectiva (.202) e Altruísmo (.144). O Fator Ansiedade se correlacionou de forma negativa e significativa com Altruísmo(-.145). O fator Tomada de Perspectiva se correlacionou de forma negativa e significativa com raiva estado (-.096), raiva traço (-.275), temperamento (-.245), reação (-.186), raiva para dentro (-.186), raiva para fora (-.193)e expressão da raiva (-.352), e de forma positiva com controle da raiva (.325).O fator Flexibilidade Interpessoal se correlacionou de forma negativa e significativa com raiva estado (-.125), raiva traço (-.439), temperamento (-.380), reação (-.330), raiva para fora (-.451) e expressão da raiva (-.372), e de forma positiva com controle da raiva (.314).O fator Sensibilidade Afetiva se correlacionou de forma negativa e significativa com raiva estado (-.105) e expressão da raiva (-.141), e de forma positiva com controle da raiva (.184).Os resultados obtidos validam o IE, no que diz respeito à validação de convergência e de divergência. Outras análises serão realizadas posteriormente.



### **6.3 ASPECTOS COGNITIVOS E AFETIVOS DA EMPATIA.**

Eliane Mary Oliveira Falcone, Layse Costa Pinheiro, Letícia de Souza Silva dos Santos (Universidade do Estado do Rio de Janeiro).

O estudo das habilidades sociais vem ganhando cada vez mais espaço nas pesquisas em psicologia. Dentro destes, a Empatia vem tendo especial destaque, uma vez que esta habilidade está estreitamente relacionada à qualidade das relações interpessoais. Seu conceito ainda causa muitas controvérsias, não havendo consenso entre autores. Alguns defendem que a empatia é um constructo cognitivo, outros como um constructo afetivo, e ainda há os que debatem a possibilidade de serem ambos. O presente trabalho propõe-se a debater estes dois aspectos da empatia, suas definições, relações e aproximações com conceitos de emoções similares como o contágio emocional, a simpatia, e outros. A visão prioritariamente cognitiva do conceito de Empatia a enfatiza como uma habilidade de percepção acurada das situações e das pessoas, sendo de suma importância a capacidade de distinguir entre si mesmo e o outro; a Tomada de Perspectiva, nesta concepção, aparece como importante fonte da empatia, pois representa a flexibilidade mental de adotar o ponto de vista de outra pessoa - o que pode tornar-se especialmente mais trabalhoso numa situação de conflito de interesses. O conceito primordialmente afetivo da Empatia exalta, em algum grau, o altruísmo, pelo fato do empatizador importar-se, naquele momento, mais com a situação do outro do que com própria. Ressalta também a sensibilidade afetiva, o compartilhar afeto, que não seria, neste entendimento, apenas sentir o que o outro está sentindo - o que caracterizaria contágio emocional e não empatia - mas importar-se com o sentimento da outra pessoa, experimentando, mais uma vez, um sentimento mais voltado para o outro do que para si, ocasionando uma compaixão que pode ou não levar ao comportamento de ajuda, em função do que for decidido. O compartilhar afeto seria um desejo pelo bem-estar do outro, preparando para a ação, já que considerando a empatia como uma habilidade de comunicação, o entendimento do que o outro pensa e sente deve ser expressado de alguma forma, e isto pode se dar através da expressão verbal ou não-verbal. Para esclarecer a relação entre os componentes afetivos e cognitivos da Empatia podemos entendê-la através de um modelo de continuum, ocorrendo de maneira automática/espontânea ou fazendo-se presente através de um processo mais elaborado. Por exemplo, ao ver uma pessoa acidentada ocorre uma reação mais automática, onde o componente afetivo se destaca, aproximando-se de emoções pré-empáticas como o contágio emocional e a simpatia. Vale ressaltar que o indivíduo que simpatiza, ao contrário de que empatiza, se mostra mais preocupado com seus próprios sentimentos em resposta aos do outro e, por isso, menos capaz de responder ao outro de acordo com seu estado real. Em contrapartida, um conflito interpessoal exige uma reação mais elaborada, focando o aspecto cognitivo, sendo fundamentais a tomada de perspectiva e a flexibilidade interpessoal. No entanto, perceber a emoção no outro, sofrer por contágio emocional ou mesmo notar emoções sutis já envolve processos cognitivos, uma vez que é necessário que entenda-se o contexto, o significado da situação e o entendimento do outro, fazendo com que o que altere, nos diversos casos, seja o nível do esforço cognitivo exigido. Desta forma não é possível determinar a presença de um único aspecto, podendo-se no máximo, determinar qual é o mais forte em determinada situação. Novas propostas vêm surgindo para uma melhor compreensão do conceito de empatia e deste contexto surge uma concepção que a entende como um constructo multidimensional, englobando três aspectos: o cognitivo, o afetivo e o comportamental.

#### **6.4 CONSIDERAÇÕES SOBRE O CONCEITO DE EMPATIA.**

Eliane Mary Oliveira Falcone (UERJ)

Palavras-chave: Empatia, altruísmo, habilidades sociais

O termo “empatia” originou-se da palavra alemã “*einfühlung*” a qual surgiu da teoria da estética do século XIX, significando uma projeção da emoção de um observador sobre um objeto estético. A palavra foi traduzida para o inglês em 1909 por Titchener, com o nome de “*empathy*”, cujo significado indicava uma manifestação de compartilhamento emocional. O sentido cognitivo dado a empatia surgiu em 1934, quando Mead a definiu como a capacidade de assumir o papel de outra pessoa e de adotar perspectivas alternativas, entendendo as reações emocionais do outro de forma relacionada ao contexto. Desde então, muitos autores se dividiram quanto à ênfase nos componentes da empatia. Para alguns, a empatia seria uma manifestação predominantemente afetiva, com alguns aspectos cognitivos, identificada pelo compartilhamento do afeto através de contágio emocional, ou de sentimentos de compaixão e de consideração pelo estado de alguém. Já outros consideravam a empatia como um fenômeno predominantemente cognitivo, envolvendo processos de autoconsciência e de consciência do outro, os quais são fundamentais para a modulação das emoções envolvidas na preocupação com o outro. Atualmente ambos os componentes são considerados por muitos autores na compreensão da experiência da empatia, indicando que esta deve incluir: a) um componente cognitivo, expresso pela capacidade de inferir com precisão os pensamentos e sentimentos de alguém, requerendo flexibilidade mental, autoconsciência, consciência do outro, auto-regulação, atenção, memória etc.; b) um componente afetivo, caracterizado por uma tendência a experimentar sentimentos de compaixão, simpatia, preocupação ou consideração pelo estado do outro; c) um componente comportamental, identificado pela expressão verbal ou não verbal de entendimento do estado interno da outra pessoa. A empatia tem sido apontada como ativadora de motivação altruísta, levando a maior auto-estima naquele que ajuda e ativando o sistema de recompensa no cérebro. A predominância de cada componente da empatia pode ser também determinada pelo contexto. Assim, o componente afetivo da empatia pode ser mais acentado em situações em que alguém está em visível sofrimento, necessitando de ajuda. Neste caso, sentimentos de compaixão e de motivação para a ajuda podem ser ativados de forma automática, requerendo poucos recursos cognitivos de elaboração para identificação do estado interno do outro. Por outro lado, em situações de conflito ou quando os sinais sociais são mais sutis, os componentes cognitivos serão mais requeridos para identificação de emoções, auto-regulação etc. Tais considerações são sustentadas por alguns estudos, os quais apontam correlações negativas entre níveis elevados de tomada de perspectiva (componente cognitivo da empatia) e a experiência disfuncional da raiva. Além disso, níveis elevados de altruísmo são preditivos de raiva disfuncional. A partir dessas constatações, sugere-se que: a) os componentes cognitivos da empatia são requeridos em grande parte dos contextos interpessoais, principalmente naqueles envolvendo a identificação de sinais sociais sutis, assim como conflitos ou provocações; b) parece existir um ponto no continuum de altruísmo a partir do qual este gera frustração e sentimentos de raiva, em vez de promover gratificação pessoal; c) a experiência da empatia pode ser ativada automaticamente ou através de processamento cognitivo complexo, dependendo do contexto.

## **7. TERAPIA COGNITIVA: TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, CONCEITUAÇÃO E TÉCNICAS.** Coordenadora: Fernanda Coutinho (Consultório particular, Rio de Janeiro, RJ)

### **7.1 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA E SUA APLICAÇÃO EM UM CASO DE ANSIEDADE.** Fernanda Coutinho (Consultório Particular, Rio de Janeiro - RJ)

Palavras-chave: Modelo cognitivo, conceituação cognitiva e eficácia terapêutica.

A terapia cognitiva considera a cognição o componente principal na psicoterapia e nos transtornos psicológicos em geral. A cognição é tida como a função da consciência que envolve os aprendizados extraídos das nossas experiências de vida. O jeito de pensar, sentir e se comportar é próprio de cada indivíduo e resultado desse aprendizado. A terapia cognitiva baseia-se no modelo cognitivo proposto por Beck onde as emoções e os comportamentos são influenciados pela percepção que se tem do evento e não do evento em si. É a forma como interpretamos o evento que determina como nos sentimos e como iremos nos comportar. Os transtornos psicológicos decorrem de uma distorção ou de uma forma disfuncional de perceber os acontecimentos. Essa forma distorcida é que afeta o humor e o comportamento. Os pensamentos não causam os transtornos, mas os modulam e os mantêm. No caso que será apresentado a paciente tem um modo negativo de pensar acerca de si mesmo. O que afeta seus sentimentos e comportamentos perpetuando seu medo de lidar sozinha com situações em que pessoas de sua idade não demonstram temor algum. A terapia cognitiva identifica três níveis de cognição: os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças centrais. Os pensamentos automáticos são os mais acessíveis e passíveis de identificação. No caso da paciente um PA freqüente era “Nunca serei bem sucedida em nada.” As crenças subjacentes não são tão claras e geralmente devemos checá-las a partir de nossas ações. O que ajuda muito é colocá-las como pressuposições. Por exemplo, uma das pressuposições desta paciente era “Eu deveria ser melhor em tudo o que eu faço.” Relacionada a essa crença existia uma segunda: “Se eu não fizer perfeito, logo sou inadequada.” O nível mais profundo da cognição é a crença central. As crenças centrais são afirmações absolutistas a respeito de nós mesmos, dos outros e do mundo. No caso em estudo, uma crença a respeito de si mesma era “Sou inadequada” e no que se refere aos outros: “Os outros são competentes.” Após investigar na paciente: seus problemas atuais e os fatores que possam ter colaborado para a manutenção dos mesmos; as aprendizagens e experiências mais antigas que contribuem para seus problemas atuais; seus pensamentos automáticos, suas crenças intermediárias e centrais o terapeuta deve elaborar a conceituação cognitiva. A conceituação cognitiva é a formulação do caso segundo o modelo cognitivo. O entendimento cognitivo do paciente é o que determinará a eficácia da terapia. Nesta paciente, crescer com um irmão mais velho que se destacava em tudo o que fazia, fez com que seu sentimento de inadequação fosse fortalecido. Seus sucessos nunca eram o bastante e sempre se sentia inadequada. Essa crença era fortalecida pelo seu modo de ver, onde nada teria valor se não sáísse perfeito. Seus pais a confirmava sempre que enaltecia seu irmão mais velho. Para concluir, o objetivo principal da conceituação cognitiva é melhorar o resultado do tratamento, trazendo para o terapeuta uma concepção mais ampla e profunda do paciente, como ocorreu no caso citado.

**7.2 “NÃO SEI VIVER SOZINHA”: QUANDO CARACTERÍSTICAS DO TRANSTORNO DE PERSONALIDADE DEPENDENTE SE MESCLAM ÀS QUESTÕES REAIS DA VIDA NA TERCEIRA IDADE.** Suzana Rodrigues (Consultório Particular em TCC, Rio de Janeiro – RJ).

Palavras Chave: transtorno de personalidade dependente, ansiedade de separação e depressão

Ana já tinha passado por diversos tratamentos de psicoterapia, quando procurou a TCC. Dizia que ainda não havia encontrado uma terapia que realmente lhe proporcionasse melhora. Ainda se sentia muito frágil diante da vida e de suas decisões, e aos 67 anos, ao contrário do que almejava, se sentia muito só e desanimada. Divorciada há 8 anos de um marido que lhe batia e humilhava, ainda sofria pela separação, dizendo que era melhor ter um casamento como aquele, do que ser sozinha como era agora. Alegava que os tratamentos anteriores lhe mostraram que o casamento precisava terminar, mas se culpava muito por ter tomado uma decisão sem saber na época que não estava preparada para as conseqüências de viver só. Mãe de dois filhos, um de 37 anos – que possui uma doença mental grave - e outra de 34 anos – formada em economia e casada – volta e meia sentia-se abandonada ou pouco valorizada por eles. Toda vez que procurava a filha para desabafar e conversar recebia um “corte violento”, como ela mesma se referia. Ficava muito angustiada, pois via na filha a cópia do autoritarismo do pai e não sabia como lidar com isso. Ia ficando cada vez mais boazinha e prestativa para ganhar de volta o amor da filha, que nesse momento do “corte” parecia querer se afastar. Nesses momentos Ana sentia uma enorme ansiedade de separação. No início de seu tratamento, o principal foco das sessões ficou voltado para a relação terapêutica e para suas expectativas quanto à melhora, pois Ana tinha muitas crenças de que a terapia tinha que lhe dar todas as respostas. Essa característica é muito comum em pessoas com transtorno de personalidade dependente, pois se portam de maneira igualmente passiva na terapia. Num primeiro momento, podem parecer de fácil acesso para os terapeutas, mas sua passividade e “não-ação” lhes dão uma sensação de que nada está funcionando. Ana possuía queixas muito fortes de desânimo, falta de vontade e tristeza diante da solidão. O transtorno de personalidade dependente se caracteriza por essa necessidade global e excessiva de receber cuidados, o que leva a um comportamento submisso e temeroso por separações. Uma pessoa com esse perfil tende a se subordinar com facilidade, pois sempre temem ser abandonadas. Com isso reforçam a insegurança, a baixa auto-estima e o senso de incapacidade, formulando idéias sobre si de que não são aptas o suficiente para resolverem seus próprios problemas. Ana não conseguia deixar de testar o amor da filha, provocando situações em que esperava respostas de preocupação por parte dela – com o exemplo máximo de uma tentativa de suicídio-, tendo apenas mais rejeição como reação. A partir do momento em que Ana compreendeu seu funcionamento, através do diagrama cognitivo, percebendo que deveria assumir suas ações e decisões, passou a ser mais ativa na sessão e começou a colocar em prática em sua vida os exercícios de assertividade realizados no consultório. O trabalho de assertividade foi fundamental para que ela aprendesse a construir respeito e limites em suas relações afetivas.

### **7.3 ENTRE A AGRESSIVIDADE E O MEDO: O DILEMA DE UM VALENTE FÓBICO SOCIAL. Sandro Valle (Consultório Particular, Rio de Janeiro – RJ)**

Palavras Chave: Fobia Social, agressividade e medo.

A reação de ansiedade frente a situações sociais (falar, comer em público, marcar um encontro) é normal e adaptativa, uma vez que assegura comportamento adequado. Contudo, quando ela é muito intensa, resistente durante a interação ou exposição repetida, interfere no bom funcionamento social e gera prejuízos nas mais diversas esferas da vida, trata-se de Transtorno de Ansiedade Social ou Fobia Social. As situações sociais ou de desempenho são evitadas ou toleradas com excessivo sofrimento. Este trabalho pretende mostrar uma possível intervenção num caso de fobia social laçando mão da Terapia Cognitivo-Comportamental para atuação na problemática. Para ilustrar este transtorno e seu tratamento, utilizou-se um caso clínico atendido em consultório particular, de Novembro de 2007 até Abril de 2008. José, vinte e poucos anos, pertence à classe média/alta e é acadêmico de medicina. Chega ao consultório encaminhado por um professor de sua universidade que o havia diagnosticado como fóbico social. Filho de pais separados desde a sua infância, José mora com a mãe e um irmão dois anos mais novo. Já havia feito terapia na infância e na adolescência para manejo da agressividade e por apresentar ataques de pânico bem frequentes. Sua história sempre foi marcada por um comportamento agressivo do qual sempre se servia para resolver problemas e conflitos, em especial com o irmão. Suas brigas, não raro, terminavam em emergências hospitalares, tal era o grau de violência. Atualmente decidiu retomar a terapia pois voltou a ter ataques de pânico, principalmente ao ter de apresentar casos clínicos nos hospitais onde faz estágio. José vive um conflito pois avalia-se como um homem corajoso, que não teme pessoa alguma e, no entanto, entra em pânico diante exposições públicas. Num levantamento mais específico dos seus problemas encontrou-se: insatisfação por considerar-se uma pessoa de extremos, resolvendo tudo com agressividade física, sentimentos de revolta e confusão acerca de seu transtorno, o relacionamento difícil e violento com o irmão, ansiedade circunscrita ao campo profissional, estresse pela sobrecarga de estudo e plantões, insônia, fadiga e aumento significativo de peso. Esporadicamente abusa de álcool e maconha para disfarçar seus sintomas e é hipersensível à críticas. Quanto as intervenções terapêuticas, usou-se psicoeducação (modelo cognitivo e da ansiedade, Fobia Social e manejo da raiva), reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento, exposição interoceptiva e graduada, treinamento de habilidades sociais, técnicas de higiene do sono e utilização de agenda. Quanto aos resultados, verificou-se através de auto-relatos e de outros significativos, e da avaliação dos RPD's e de escalas de ansiedade (IBA) que José parece ter flexibilizado a crença de descontrole de seu temperamento e ansiedade. Além disto, ainda sente um pouco de ansiedade frente as apresentações, mas consegue manejá-la sem mais esquivar-se e com quase nenhum desconforto. Emagreceu 10kgs ao longo do tratamento o que melhorou muito sua auto-estima e segurança. Finalmente, parece menos sensível à críticas, mas assertivo e muito menos agressivo.

**7.4 RELATO DE CASO CLÍNICO DE UM ADOLESCENTE VÍTIMA DE ABUSO SEXUAL UTILIZANDO DESENHOS E RPG.** Peixoto, Ana Cláudia de Azevedo (Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro – RJ); Antônio, Cristiano Luis (Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro – RJ)

Palavras-chave: abuso sexual; transtorno de estresse pós-traumático; tratamento cognitivo-comportamental.

Este trabalho visa apresentar um estudo de caso clínico, realizado numa clínica-escola na Cidade do Rio de Janeiro oferecido a um adolescente de 14 anos vítima de abuso sexual na infância que desenvolveu Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Procurou-se investigar, sob o referencial teórico da terapia cognitivo-comportamental o conceito e características do TEPT bem como as técnicas cognitivas e comportamentais mais utilizadas nesse tipo de tratamento, bem como no trauma de abuso sexual. Os sintomas apresentados pelo paciente incluíam: recordações aflitivas recorrentes e intrusivas relacionadas ao evento do abuso, presença de excitação fisiológica e sofrimento psicológico diante dos indícios internos e externos que lembravam aspectos relacionados ao evento traumático, gagueira, esforços no sentido de evitar pensamentos, sentimentos ou conversas associadas ao trauma, dificuldade de expressar afeto, sentimento de futuro abreviado, irritabilidade, dificuldade em concentrar-se na escola, hipervigilância, vergonha, sensação de constante ameaça, prejuízo acentuado em seu funcionamento social e ocupacional (evasão escolar e desobediência em realizar tarefas domésticas). A avaliação e o tratamento cognitivo comportamental foram realizados em 23 sessões e contaram com a participação da mãe e da escola do paciente. Foram utilizadas no tratamento técnicas, tais como: inventários de Beck para avaliar o humor, registro de pensamento disfuncional, relaxamento, seta descendente, treino de habilidades sociais, distração, economia de fichas, role play, narração de histórias (RPG) e desenhos. Essas duas últimas técnicas se mostraram bastante eficaz para auxiliar o paciente a relembrar e narrar o evento traumático, bem como na reestruturação cognitiva e comportamental do paciente. Assim como ocorre nos registros da literatura sobre o tema esse trabalho demonstrou que crianças e adolescentes submetidos à técnica do desenho apresentam menor resistência na revelação da sua história pessoal e ficam mais encorajadas a relatar sua experiência do abuso através de seus desenhos, gradativamente. Elas costumam desenhar e conseqüentemente falam dos aspectos menos ameaçadores do abuso, quando passam a lidar melhor com a ansiedade, começam a desenhar aspectos mais ameaçadores dos maus tratos. Os resultados obtidos ao final do tratamento foram: maior responsabilidade e comprometimento pelo paciente em relação à suas ações, diminuição do comportamento de mentiras em seu cotidiano, maior ajustamento comportamental tanto no ambiente familiar como na escola, melhoras no nível de humor, aumento do nível de participação e concentração nas atividades escolares que possibilitou melhores notas, execução de tarefas domésticas, extinção da gagueira em situações diversas, interação com os colegas na sala de aula, elevação da auto-estima e ao final do trabalho de narração de histórias o paciente abandonou o hábito de jogar RPG no intuito não consciente de reviver sua história traumática por meio da fantasia. A relevância desse trabalho ocorre pelo pequeno número de publicações existentes sobre o tratamento de adolescentes vítimas de abuso sexual utilizando a técnica do desenho bem como a narração de histórias. Esse trabalho demonstrou que um programa de tratamento com esse público, utilizando a abordagem da TCC, pode ser muito eficaz no alívio de sintomas do abuso sexual com TEPT.

## **8. MODELOS DE ATENDIMENTO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.** Coordenadora: Msc. Hebe Goldfeld (CPAF-RJ)

### **8.1 APLICAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM CLÍNICA SOCIAL**

Adriano Gustavo Lopes Miranda (CPAF-RJ e PUC-Rio); Maurício Canton Bastos (CPAF-RJ) e Mônica Portella (PUC-Rio e CPAF-RJ)

Palavras-chave: clínica social e terapia cognitivo-comportamental individual e terapia cognitivo-comportamental em grupo.

A terapia cognitiva que atualmente é umas das psicoterapias mais aplicadas na clínica foi desenvolvida inicialmente por Aaron Beck na década de 60 e constituísse como sendo uma psicoterapia breve, estruturada, com orientação para o presente, com maior foco na resolução de problemas atuais e na modificação dos pensamentos e comportamentos disfuncionais. Sendo que a terapia cognitivo-comportamental é uma das abordagens terapêuticas de maior eficácia na atualidade segundo a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a APA (*American Psychology Association*). Este estudo objetiva apresentar o trabalho estruturado (tanto em grupo e individual) numa clínica social no Rio de Janeiro. Os atendimentos são realizados de forma individual e ou em grupo. Dentro da clínica são atendidos adultos, crianças, adolescentes e idosos tendo como base teórica a terapia cognitivo-comportamental. Estes atendimentos são realizados por estudantes e psicólogos que estão fazendo o curso de capacitação profissional de Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental. O atendimento tem a duração de quatro meses (16 sessões), sendo que as sessões têm duração aproximadamente de 50 minutos. Os alunos do curso de formação em terapia cognitivo-comportamental participam de reuniões de supervisão em grupo com frequência semanal. As reuniões de supervisão têm duração de duas horas/ semana. Os atendimentos em grupo são realizados por um de nossos supervisores (mestres e doutores em psicologia com ampla experiência) e co-terapeutas, aos portadores de transtorno da ansiedade social, timidez, transtorno do pânico, transtorno da ansiedade generalizada, etc. Durante o período de dois anos ( junho de 2005 à dezembro de 2007) foram atendidos mais de 400 pacientes portadores dos problemas mencionados acima, pelos estudantes e psicólogos que desenvolvem trabalhos conosco na clínica social. Atualmente são atendidas 72 pessoas, sendo 52 mulheres e 22 homens. A faixa etária dos clientes varia desde dos sete anos até ou oitenta, sendo a média de idade de trinta e dois anos. Dentre as psicopatologias mais presentes na clínica, se encontram a depressão com 11% de casos, o transtorno de pânico com 8,3% casos e a fobia social com 7% atendimentos. Outras patologias também se encontram presentes nos atendimentos, sendo os casos de TDAH muito comuns nas crianças. Outra queixa presente no consultório, é a relacionada a problemas de relacionamento, que geralmente encontram-se ligados a família, sendo estes 10% dos casos atendidos atualmente na clínica social. Os grupos terapêuticos são de essencial importância com pessoas portadoras de fobia social e timidez. Dentro do estudo pode-se concluir que 55% dos clientes conseguem obter remissão de todas as queixas e sintomas no período de quatro meses (16 sessões) e 45% conseguiram remissão parcial das queixas e sintomas durante o mesmo período. Os casos que obtêm remissão total dos sintomas e queixas obtêm alta. Os que atingem remissão parcial das queixas e ou sintomas podem continuar a serem atendidos pelo próprio ou ser encaminhado para um novo estagiário dentro da instituição. Ao fim deste estudo concluímos que é possível realizar atendimentos estruturados (16 sessões), e que a terapia cognitivo-comportamental em grupo e ou individual é uma modalidade terapêutica de grande eficácia.

## **8.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO**

Gina Maria de Oliveira Sordillo (CPAF-RJ) e Mônica Portella (PUC-Rio e CPAF-RJ)

Palavras chave: Déficit de Atenção; Terapia Cognitivo-Comportamental e Reorganização

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é um transtorno de base neuroquímica, com prevalência na idade escolar, o qual afeta a área órbita frontal do cérebro do indivíduo, comprometendo a sustentação da atenção, o planejamento de tarefas, o freio do comportamento e a memória de trabalho. Suas causas, apesar de ainda não estarem plenamente esclarecidas, podem ser associadas a fatores genéticos e ambientais. Seus básicos são falta de atenção, agitação e impulsividade e é um transtorno que compreende três subtipos: prevalentemente desatento, prevalentemente hiperativo/impulsivo e combinado. O objetivo deste trabalho foi utilizar a Terapia Cognitivo-Comportamental como intervenção terapêutica para levar um paciente portador de TDAH a melhorar seu planejamento de tarefas escolares, aumentar sua motivação para os estudos e situar os pais em como, quanto e quando cobrar do filho resultados positivos nos estudos e colaborar para mantê-los. O paciente com 13 anos, tem diagnóstico de TDAH com predominância em falta de atenção, toma Ritalina 10 mg duas vezes ao dia, está no 9º ano do ensino fundamental de uma escola de alto padrão acadêmico, sem histórico de repetências, suspensões ou expulsões. Mora com os pais, ambos de nível escolar superior, filho único da mãe e 3º filho do pai que já tem dois filhos adultos de outro casamento. Estes pais são extremamente exigentes com os estudos, muito críticos e tem baixo nível de satisfação com os resultados positivos atingidos pelo filho. As queixas principais por eles apresentadas foram dificuldades para anotar os deveres de casa e se organizar na execução dos mesmos, dificuldades no planejamento dos estudos para as provas, comportamento de desinteresse em sala de aula com muitas conversas com os colegas, algumas notas abaixo da média, ficando constantemente em recuperação, desestruturação familiar devido ao comportamento do paciente. Ao da anamnese com os pais, da coleta de dados com o próprio paciente, do questionário escolar e da leitura da avaliação neuropsicológica apresentada foi elaborado um plano de tratamento de 48 sessões com o paciente, 1 vez por semana com uma hora de duração e 12 sessões com os pais, 1 vez por mês com 1 hora e meia de duração. Durante a terapia foram utilizadas técnicas de listagem de problemas, reconhecimento de emoções, formulário de auto-julgamento, auto-instrução, agenda de planejamento de tarefas escolares diárias, sistema de fichas, solução de problemas e questionário de Esquemas de Young (pais) Os resultados das intervenções foram satisfatórios, uma vez que o paciente já é capaz de trazer da escola suas tarefas anotadas e executá-las seguindo a agenda de tarefas diárias, demonstra mais motivação para o estudo das provas devido ao sistema de premiação adotado pelos pais, suas notas aumentaram e diminuíram o nº de matérias em recuperação, a família está mais adaptada às conseqüências do transtorno e aprendendo a fazer exigências dentro dos limites do paciente. Concluiu-se que a Terapia Cognitivo-Comportamental, junto com a medicação foi eficaz na redução da desorganização, falta de planejamento e desestruturação familiar do paciente referenciado, melhorando assim sua qualidade de vida.



### **8.3 OFICINA “MALHAÇÃO DA MEMÓRIA”: UMA APLICAÇÃO DA TCC**

Hebe Goldfeld (UFRJ e CPAF-RJ); Elaine Viola (UFRJ e CPAF-RJ); Luciana Azevedo (CPAF-RJ); Mônica Portella (PUC-Rio e CPAF – RJ).

Palavras chave: Memória; Cognição; Reabilitação; Programa de Otimização Cognitiva (POC).

Vivemos em um mundo onde o conhecimento é a moeda forte. Precisamos nos atualizar, assimilando informações no trabalho, no estudo e na vida doméstica. A memória é o suporte da aprendizagem; devemos exercitá-la em qualquer faixa etária. O CPAF-RJ, sensível a essa necessidade e demanda, incluiu em sua pauta um Programa de Reabilitação e Desenvolvimento da Memória. Utilizando como base teórica o Programa de Otimização Cognitiva – POC, o trabalho da Equipe partiu do questionamento da tradicional formulação que relaciona os problemas de memória como decorrentes do envelhecimento, e que propõe um uso massivo de técnicas de apoio como “tábua de salvação”. Como terapeutas e pesquisadores, consideramos nossa obrigação contrapor, a esse paradigma, uma perspectiva de reabilitação das habilidades de memória e da cognição na qual se apresente a visão científica e contemporânea, sem perder a interlocução fácil, cativante e lúdica com públicos letrados e/ou leigos. O POC fundamenta-se em uma visão da cognição como resultado articulado entre o pensamento lógico, a emoção e a experiência de vida de cada um. Desde esta perspectiva, elaborou-se um plano de encontros interativos, cuja primeira versão foi a Oficina da Memória, desenvolvida nos meses de maio e junho de 2007. Estes encontros se compuseram de parte informativa, parte operativa e parte vivencial, enfocando, de forma simples e concreta, as aplicações dos recursos mentais nas atividades cotidianas e profissionais. Neste contexto, a memória foi apresentada como um processo singular, cujo desempenho se revela diferente em cada indivíduo e de acordo com o momento vivido por cada um. A meta central desta Oficina foi a melhoria da qualidade de vida dos participantes através do incentivo ao desenvolvimento da auto-estima e da auto percepção de características dos seus processos cognitivos particulares, elementos fundamentais para uma gestão eficaz das suas capacidades e limitações mnêmicas. Os objetivos específicos enfocaram o gerenciamento dos fatores fisiológicos, ambientais e o desenvolvimento de estratégias internas e de compensação. Os oito encontros acontecidos, com a duração de três horas cada, dividiram-se em seis principais momentos: a) revisão do tema do encontro anterior e da tarefa de casa (TC) proposta; b) apresentação psicoeducacional do tema do dia; c) vivência dos conceitos através de exercícios ou dinâmicas de grupo; d) breve discussão e conclusão; e) revisão do tema, sob forma de “relembração” grupal; f) proposição de novas TC. Participaram da Oficina cinco mulheres com idades variando de 55 a 72 anos, e com queixas de memória que afetavam sua performance nas atividades profissionais e da vida diária, como: esquecer nomes de pessoas, perder objetos de uso pessoal (óculos, chaves, celular...), dificuldades em memorizar conteúdos e melhorar rendimento acadêmico. A temática dos encontros abrangeu tópicos como: atenção, concentração e funcionamento da memória; memória de curto e longo prazo; fatores que influenciam na melhora ou piora da memória; técnicas internas de memorização (associação e repetição) e técnicas de auxílio externo. As participantes desta primeira Oficina reportaram ter alcançado plenamente os objetivos propostos, o que nos incentivou a elaborar projetos de ampliação e desdobramentos deste trabalho.

#### **8.4 PERFIL PROFISSIONAL: HABILIDADES SOCIAIS DE TERAPEUTAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS**

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

Palavras-chave: relações interpessoais; formação de psicólogos; treinamento em habilidades sociais.

Ainda que os psicólogos utilizem muito das relações interpessoais em seu trabalho, sendo exigidos a desenvolver habilidades sociais (HS) sob pena de insucesso na profissão, várias pesquisas com estudantes de Psicologia de início ou término de curso têm apontado déficits no seu repertório de habilidades de interação social, o que demonstra que o ensino formal de HS tem sido negligenciado na formação de psicólogos, apesar de sua indiscutível relevância, uma vez que a efetividade da atuação profissional depende da qualidade da interação com o cliente. Alguns trabalhos de investigação indicam que: 1) clientes de terapeutas mais habilidosos socialmente atingem resultados melhores em seu tratamento do que clientes de terapeutas com baixos escores nestas habilidades; 2) o treinamento em HS para profissionais desta área é válido; e 3) os próprios profissionais de psicologia reconhecem a importância de um repertório interpessoal elaborado como parte de sua competência profissional, essencialmente quando são norteados por abordagens que valorizam a relação terapêutica (em seus aspectos verbais e não-verbais), como é o caso da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Este estudo exploratório tem por objetivo avaliar o repertório de HS de terapeutas cognitivo-comportamentais. Foi utilizado o *IHS-Del-Prette*, instrumento de auto-relato que apura o escore total em HS e também cinco escores fatoriais (F1: enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2: auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3: conversação e desenvoltura social; F4: auto-exposição a situações novas; e F5: auto-controle da agressividade). Até o momento, vinte e oito concluintes de curso de formação em TCC, convidados a participar da pesquisa, responderam o inventário. Os dados para pesquisa foram coletados em aplicação coletiva. Dos 28 questionários, 08 foram desconsiderados: 06 por instruções no procedimento e 02 por invalidação do questionário (os participantes deixaram de responder a uma questão da escala). Com base no escore geral e nos escores fatoriais encontrados, foram efetuadas análises comparativas com a amostra normativa. Os resultados preliminares indicam que: a) a maioria dos terapeutas avaliados possui escore geral mais alto do que os da amostra normativa; b) a maioria dos avaliados apresentou escores abaixo da média em alguns fatores (especialmente F5), o que indicaria a necessidade de treinamento ou aperfeiçoamento em HS para esta população. O aperfeiçoamento do repertório de HS dos psicólogos contribui para saúde, qualidade de vida e melhoria das relações interpessoais e profissionais dos mesmos. É provável que profissionais treinados venham a desempenhar-se de forma mais efetiva, visto que a maioria de suas atividades depende, em grande parte, da qualidade da interação com o cliente, advinda da competência interpessoal do profissional. Cabe lembrar que este estudo está ainda em fase de conclusão e que não pretende esgotar o tema, mas somente representar uma tentativa de contribuição para a ampliação de dados nesta área. 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.

## 9. DEPRESSÃO AO LONGO DA VIDA

Coordenador: Heitor Pontes Hirata (UFRJ)

### 9.1 TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR: CARACTERIZAÇÃO, MODELOS CONCEITUAIS E PROPOSTA DE TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. EDUARDA LARRÚBIA FRANCO (UFRJ, Rio de Janeiro –RJ), BERNARD PIMENTEL RANGÉ (UFRJ, Rio de Janeiro – RJ).

Palavras-chave: Depressão, modelo conceitual, tratamento.

O Transtorno Depressivo Maior ou Depressão, como é conhecido popularmente, vem sendo cada vez mais diagnosticado e estudado nas últimas décadas. Chegou a ser considerado o “resfriado comum dos transtornos emocionais”, tal foi sua repercussão na população geral. Segundo o DSM IV-TR, o Transtorno Depressivo Maior compreende no mínimo 5 dos sintomas descritos a seguir: humor deprimido na maior parte do dia; acentuada diminuição do interesse ou prazer em quase todas as atividades; perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta; insônia ou hipersonia; agitação ou retardo psicomotor; fadiga ou perda de energia; sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada; capacidade diminuída de pensar, concentrar-se ou decidir; e pensamentos de morte recorrentes. Ainda de acordo com o DSM IV-TR, o risco para o desenvolvimento deste transtorno ao longo da vida varia entre 10 e 25% para mulheres e entre 5 e 12% para homens. Acomete cerca de 3% a 5% da população geral, tendo seu percentual aumentado para populações clínicas. Estima-se que 5% a 10% dos pacientes ambulatoriais e 9% a 16% dos pacientes internados encontram-se depressivos. Compreendendo a amplitude do Transtorno Depressivo Maior na atualidade, o presente trabalho tem por objetivo apresentar os critérios diagnósticos, dados epidemiológicos, comorbidades e alguns modelos explicativos tais como o Modelo Integrador de Lewinsohn et al e o Modelo Cognitivo da Depressão, além de explicitar uma proposta de tratamento cognitivo-comportamental para a Depressão. Sabe-se que este transtorno pode se iniciar em qualquer idade, apesar de ter como idade média de início os 25 anos. Desse modo, o estudo aqui desenvolvido pretende servir como base para as apresentações subseqüentes que dialogarão acerca da Depressão ao longo da vida, tratando das especificidades do adolescente, do adulto e do idoso. Além disso, é freqüente a ocorrência de outros transtornos associados bem como a presença de eventos estressores de vida que se configuram fatores desencadeadores. Isto será evidenciado nos demais trabalhos da mesa, que abordarão a comorbidade com o Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade e a influência de fenômenos como *bullying* escolar e entrada na terceira idade. Como proposta cognitivo-comportamental para o tratamento da depressão serão mencionadas as seguintes estratégias: conceitualização cognitiva; psico-educação quanto ao transtorno e ao modelo cognitivo; reestruturação cognitiva; planejamento de atividades; curtograma; manejo do tempo; crenças 1,2 e 3 de Albert Ellis; resolução de problemas; experimentos comportamentais; cartão de enfrentamento; treino respiratório; relaxamento muscular progressivo; e prevenção de recaída, entre outras. Tendo em vista os danos causados por este transtorno tanto para o indivíduo acometido como para a sociedade, torna-se extremamente importante difundir na comunidade acadêmica o conhecimento teórico e prático acumulado acerca da Depressão e de seu tratamento.

Apoio financeiro: Bolsa PIBEX

**9.2 DEPRESSÃO NA ADOLESCÊNCIA A PARTIR DE UM CASO DE *BULLYING* ESCOLAR: TRATAMENTO ATRAVÉS DO ENFOQUE COGNITIVO-COMPORTAMENTAL. HEITOR PONTES HIRATA (UERJ, Rio de Janeiro –RJ), BERNARD PIMENTEL RANGÉ (UERJ, Rio de Janeiro – RJ), LUCIA EMMANOEL NOVAES MALAGRIS (UERJ, Rio de Janeiro – RJ).**

Palavras-chave: Depressão, adolescência, *bullying*

A adolescência é uma fase de diversas mudanças físicas e psicológicas. As variações relativas a cobranças, atitudes, amizades e desempenho fazem parte desta etapa da vida cheia de conflitos e dúvidas. De algumas décadas até os anos atuais, tem sido estudado com mais consistência o fenômeno *bullying*, que se caracteriza por atos violentos repetitivos e intencionais que causam desequilíbrio de poder. Pesquisa recente realizada pela Associação Brasileira de Proteção à Infância e Adolescência (ABRAPIA), em escolas do município do Rio de Janeiro, revelou que 40,5% dos estudantes de uma amostra com mais de 5.000 crianças e adolescentes estão envolvidos no fenômeno seja como agressor, vítima ou testemunha. Diversos autores estudiosos do tema o correlacionam à depressão durante os anos escolares. Estes dados nos demonstram a importância de se dar atenção a este assunto, assim como tem sido dado foco a pesquisas sobre o *bullying* escolar em outras partes do mundo, seja em contexto escolar ou clínico. O presente trabalho consiste em um caso clínico atendido na Divisão de Psicologia Aplicada Professora Isabel Agrados da Universidade Federal do Rio de Janeiro (DPA/ UFRJ). O paciente é do sexo masculino, tem 14 anos e chegou à DPA com queixas de falta de atenção. Após passar por avaliação neuropsicológica, detectou-se déficit em tal função cognitiva. Terminado o exame, o paciente foi encaminhado ao tratamento cognitivo-comportamental, quando apresentou queixas de depressão, ansiedade e problemas de relacionamento na escola. Feita uma avaliação mais detalhada, chegou-se a um escore de BDI = 21 (moderado) e BAI = 12 (leve). Foi aplicado também o questionário de pesquisa Kidscape, utilizado em pesquisas sobre *bullying* para detecção do fenômeno. O resultado deste último indicou presença de *bullying* escolar. A partir de tais resultados e de queixas trazidas pelo próprio paciente relativas a dificuldades de estudo, foram utilizadas algumas estratégias em terapia. Tais intervenções incluíam: psicoeducação sobre o fenômeno *bullying* para o próprio paciente, responsáveis e escola, reestruturação cognitiva, treinamento assertivo, treinamento de habilidades de comunicação e resolução de problemas. Para as queixas de atenção, foram recomendadas estratégias de estudo e concentração além de plano de atividades com o objetivo de proporcionar maior organização acadêmica. Após 5 meses de terapia e algumas mudanças ocorridas no contexto ambiental e pessoal do paciente, muitas das queixas foram reduzidas. O BDI foi reaplicado e o escore obtido foi 2, enquanto o novo escore do BAI foi igual a 3. As situações de *bullying* deixaram de existir por conta da saída de alguns dos autores da escola, apesar do paciente relatar conseguir realizar comportamento mais assertivo quando há tal necessidade. Depois de sanadas as queixas relativas aos comportamentos violentos, o paciente apresentou também melhora no que se refere à atenção. O presente trabalho contribui, portanto, para reforçar a idéia de que intervenções voltadas a situações de *bullying* em contexto clínico podem beneficiar pacientes adolescentes que sofrem de depressão, ainda que moderada.

**9.3 DEPRESSÃO COMO COMORBIDADE NO TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/ HIPERATIVIDADE EM ADULTO. CÍNTIA MACHADO DE MESQUITA (UFRJ, Rio de Janeiro - RJ), PATRÍCIA RIBEIRO PORTO (UFRJ, Rio de Janeiro – RJ), BERNARD PIMENTEL RANGÉ (UFRJ, Rio de Janeiro -RJ) e PAULA RUI VENTURA (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)**

Palavras - chave: Depressão Maior, TDAH, TCC.

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) possui como características nucleares a desatenção, a hiperatividade e a impulsividade. A maioria dos estudos sobre TDAH é feita com pacientes cursando o ensino fundamental, sendo o número de investigações com pré-escolares, adolescentes e adultos, significativamente menor. O TDAH é uma condição comum e é reconhecido como um importante problema médico-social. Diversos estudos documentaram alta prevalência de comorbidades o que pode influenciar diretamente no tratamento, dificultando-o. A Depressão Maior encontra-se entre os transtornos mais comuns. Nos casos de TDAH com sintomas depressivos, o tratamento inicialmente deve ter como foco reduzi-los. Nosso objetivo é relatar o caso de uma paciente adulta com TDAH subtipo desatento e Depressão Maior, tratada apenas com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Apesar de a primeira linha de tratamento para o TDAH ser a utilização da medicação a cliente não aderiu. Crenças centrais que possuía eram: “Sou incompetente” e “Sou inútil”. Apresentava distorções cognitivas como abstração seletiva, inferência arbitrária, hipergeneralização, desqualificação do positivo, personalização e leitura mental. As medidas pré e pós-tratamento foram: Inventário de Depressão de Beck e *Adult Self-Report Scale* (ASSR). Sucintamente o tratamento consistiu na psicoeducação sobre depressão, a TCC e o modelo cognitivo; planejamento semanal de atividades; Registro de Pensamentos Disfuncionais; Questionamento Socrático; busca de evidências que desconfirmassem suas crenças diariamente; identificação de distorções cognitivas e discussão das Crenças 1, 2 e 3 de Ellis. Outras intervenções foram utilizadas para o TDAH, como por exemplo, a psicoeducação sobre o transtorno e estratégias de organização. O tratamento consistiu em 20 sessões, com frequência semanal, com duração da sessão de 50 minutos, num período de aproximadamente 5 meses. A cliente não mais apresenta Depressão Maior, tendo o BDI sido modificado de 22 pontos (grau moderado) para 9 pontos (grau mínimo). Apresenta menos distorções cognitivas do que no início do tratamento, principalmente em relação à sua competência e houve redução dos sintomas de TDAH. Mesmo com estes ganhos a cliente ainda preenche critérios para o diagnóstico de TDAH, entretanto podemos afirmar que houve melhora em sua qualidade de vida, pois a mesma está ciente de que apresenta dificuldades atencionais que não são “culpa” dela e consegue ver seus erros com menor carga emocional; utiliza-se de algumas estratégias de organização elaboradas juntamente com a terapeuta. Atualmente consegue lidar melhor com as prioridades e manejar seu tempo. Em relação à eficácia da TCC em adultos com TDAH o número de estudos é bem menor e necessita-se que mais estudos controlados sejam feitos sobre este tema. Porém, podemos ressaltar que a TCC tem um papel fundamental na psicoeducação acerca do transtorno, no manejo dos sintomas e do uso da medicação. Sabe-se que, apesar da importância da medicação neste transtorno, são muitos os pacientes que se recusam a tomá-la e que, sendo assim, a TCC tem um papel fundamental na aceitação do transtorno e no desenvolvimento de novas habilidades. Sintomas residuais podem ser amenizados com terapia, assim como sintomas de ansiedade e depressão, comorbidades bastante comuns no TDAH.

**9.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TRATAMENTO DA DEPRESSÃO EM IDOSOS: CARACTERÍSTICAS E ADAPTAÇÕES. NIVEA MARIA MACHADO DE MELO (UFRJ, Rio de Janeiro – RJ) IVNA CARQUEIJA DO NASCIMENTO MATHEUS (UFRJ, Rio de Janeiro –RJ), BERNARD PIMENTEL RANGÉ (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), LUCIA EMMANOEL NOVAES MALAGRIS (UFRJ, Rio de Janeiro – RJ).**

Palavras-chave: depressão, idosos, terapia cognitivo-comportamental.

Está ocorrendo um progressivo envelhecimento populacional em todo o mundo. É cada vez maior a procura dos serviços de saúde mental pela população geriátrica. Os déficits cognitivos e a depressão estão entre os principais problemas que impactam a qualidade de vida dos idosos e fazem aumentar esta procura. A depressão é muitas vezes encarada como um processo natural do envelhecimento, além de poder ser confundida com outras patologias, e, por isso, negligenciada por parte dos profissionais de saúde. Isso se deve parcialmente às dificuldades diagnósticas, uma vez que a depressão em idosos é uma síndrome heterogênea tanto em relação à etiologia quanto à resposta ao tratamento. Além disso, não é facilmente diagnosticada através das escalas e manuais mais utilizados. Existem ainda diversos mitos comuns sobre a psicoterapia com idosos, que precisam ser reestruturados em primeiro lugar pelo terapeuta. O presente trabalho objetiva focar as especificidades, adaptações e estratégias da TCC para o tratamento de idosos depressivos. Segundo Laidlaw et al são características da TCC importantes para o tratamento dos idosos: ser focada no “aqui e agora”; produzir melhoria e prática de habilidades para lidar com estressores individuais; ser estruturada, ajudando assim o idoso a orientar-se por tarefas dentro das sessões; ajudar na automonitoria de flutuações de humor e vulnerabilidades emocionais; ser educativa e orientada a objetivos, entre outros. No modelo cognitivo da depressão os pensamentos negativos contém distorções que afetam o modo de sentir da pessoa e conseqüentemente seu comportamento, sendo importantes na manutenção do quadro clínico. Ao compreender e lidar melhor com suas emoções e pensamentos, a pessoa é capaz de desenvolver uma atitude mais eficiente para lidar com seus problemas, o que minimiza a possibilidade de recaídas futuras. Diversas adaptações às estratégias terapêuticas usuais da TCC serão recomendadas para o tratamento dos idosos depressivos, entre elas: sessões mais curtas; desmistificação da terapia para o paciente desde o início desta; repetição constante das idéias chaves e uso de material adequado para as necessidades do paciente (áudio, impressos em fontes grandes, etc.); envolver a família e os cuidadores no tratamento; aproveitamento das funções saudáveis do idoso; ambiente adequado e acolhedor; técnicas mais práticas no início, com ênfase em comportamentos e atividades com alvos concretos realistas; atividades agradáveis de fazer, tarefas de casa factíveis. Alguns desafios comuns no tratamento da depressão em idosos serão comentados, como por exemplo: o paciente acreditar que sua mudança de humor foi sem razão aparente; o paciente não achar que desafiar os pensamentos disfuncionais esteja fazendo diferença; o abandono da terapia; a frustração com os altos e baixos do humor durante o tratamento; as dificuldades com as tarefas de casa, entre outros, assim como falaremos também das estratégias para solucioná-los. Concluiremos apresentando diversas pesquisas que evidenciam que a TCC é um tratamento bem estabelecido e validado para a depressão em idosos, podendo assim contribuir para a melhoria da qualidade de vida desta população que tem muito potencial para aprender, ensinar, usufruir e contribuir, mesmo não desfrutando de toda independência da juventude.

Apoio financeiro: Bolsa PIBEX

## 10. AMPLIANDO LIMITES - A TCC NA PSICOLOGIA DA SAÚDE

Coordenadora: Livia Chicayban

### 10.1 STRESS E HIPERTENSÃO: CRENÇAS E SENTIMENTOS DE PACIENTES HIPERTENSOS SOBRE A DOENÇA

Livia Chicayban\* (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Anna Carolina Felix de Andrade\*\* (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Gabriela Almeida Leite Lima\*\* (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Lucia Emmanoel Novaes Malagris\*\*\* (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Stress; Hipertensão; Crenças

Pensamentos e emoções desempenham importante papel no *stress*, provocando alterações fisiológicas. Emoções negativas contribuem para os efeitos psicofisiológicos do *stress*, o que, em pessoas predispostas geneticamente à hipertensão, pode influenciar no desenvolvimento e manutenção da doença. Objetivou-se: verificar a presença de stress em hipertensos e avaliar os principais sentimentos e crenças dos pacientes sobre a hipertensão. Foram analisados 47 pacientes hipertensos (17 homens e 30 mulheres) inscritos no Programa de Hipertensão e Diabetes de um Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. A idade dos participantes variou entre 30 e 65 anos (média de  $54 \pm 7,4$  anos). Os pacientes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e os instrumentos de pesquisa utilizados foram: Entrevista Psicológica específica para hipertensos e Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Observou-se que 36 pacientes (77%) estavam estressados, contra 11 (23%) não-estressados. Os sentimentos encontrados, num total de 64 respostas, foram categorizados em: nada especial (15 respostas); tranquilidade (11); conformismo (11); tristeza (8); desesperança (4); contrariedade (3); preocupação (2); intranquilidade (1); raiva (1); insegurança (1); segurança (1); confiança (1); depressão (1); medo (1); anormalidade (1); fracasso (1); morto (1). As crenças a respeito da hipertensão, total de 60 respostas, foram inseridas nas categorias: doença perigosa (29 respostas); doença de fácil controle (15); doença como outra qualquer (3); doença não muito séria (2); doença capaz de matar de uma hora para outra (2); doença séria em que a pessoa aumenta o perigo (1); doença igual a uma bomba, que a qualquer momento pode explodir (1); doença que exige cuidado (1); doença silenciosa (1); doença difícil de controlar, por não poder se emocionar (1); doença de idoso (1); doença incurável (1); doença que Deus deu (1); não pensa nada (1). Das 64 respostas emocionais, 15 (nada especial) podem estar relacionadas ou à alexitimia, característica comumente presente em hipertensos, ou à negação da doença; apenas tranquilidade (11), segurança (1) e confiança (1), parecem respostas emocionais positivas (13). O conformismo (11), tanto pode ser positivo como negativo, dependendo de como o paciente lida com o mesmo. As outras respostas parecem ter caráter emocional negativo (27/42%). Quanto às crenças sobre a doença, algumas delas, mesmo revelando aspecto negativo, podem ser consideradas como realistas; logo, a princípio adaptativas e, outras, que podem parecer positivas, podem ser desadaptativas para a adesão ao tratamento. Logo, no que se refere às crenças sobre a hipertensão, sugere-se que haja um aprofundamento sobre a intensidade da crença e sobre o modo como o hipertenso reage à sua crença, para que o aspecto positivo ou negativo possa ser entendido em cada caso. De todo modo, a crença da hipertensão como doença perigosa (29/45%) prevaleceu, o que pode estar associado a sentimentos de medo e insegurança. De acordo com os resultados encontrados, observam-se crenças e sentimentos que podem contribuir para o alto índice de stress entre os participantes (77%), o que pode estar na base da dificuldade de controle da doença em alguns casos.

\* (Apoio: Bolsa CAPES) Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

\*\* Estudante de Psicologia

\*\*\* Professora do Programa de Pós Graduação em Psicologia (Orientadora)

## **10.2 RAIVA E HIPERTENSÃO: DIFERENÇA ENTRE OS GÊNEROS**

Glória Moxotó\* (UERJ, Rio de Janeiro, RJ), Lucia Emmanoel Novaes Malagris\*\* (UERJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Raiva, Hipertensão, Gênero

Níveis elevados de raiva têm sido relacionados à deterioração da qualidade de vida, incluindo prejuízos nas relações humanas no âmbito conjugal e familiar, no trabalho, na vida social, assim como na área da saúde. Neste último caso, a raiva - junto a fatores como hereditariedade, sedentarismo e nutrição inadequada -, pode estar relacionada à etiologia de diversas patologias crônicas e degenerativas, dentre elas a hipertensão arterial. Esta patologia apresenta grande expressividade epidemiológica em termos de saúde pública, afetando mais de 30 milhões de pessoas no Brasil e sendo simultaneamente responsável por mais de 35% dos óbitos neste país. Dada a magnitude deste problema, torna-se necessário conhecer as relações entre os fatores envolvidos na origem, evolução e agravamento da hipertensão arterial. O presente estudo teve como objetivo comparar a expressão de raiva entre os gêneros de indivíduos hipertensos. Foi estudada uma amostra não clínica composta por 33 hipertensos, sendo 24 mulheres (72,7%) e 9 homens (27,3%) utilizando o STAXI - Inventário de Expressão de raiva como Estado e Traço -, como instrumento de avaliação dos seguintes aspectos da raiva: Estado, Traço, Temperamento, Reação, Raiva para Dentro, Raiva para Fora, Controle e Expressão. Foram encontrados os seguintes resultados: Estado – 3 (34%) abaixo da média, 6 Homens (66%) acima da média; Mulheres 9 (37,5%) acima da média, 15 (62,5%) abaixo da média. Traço – 6 (66%) abaixo da média, 3 Homens (34%) acima da média; Mulheres 18 (75%) abaixo da média, 3 na média (12,5%), 3 (12,5%) acima da média. Temperamento - 3 (34%) abaixo da média, 6 Homens (66%) acima da média; Mulheres 12 (50%) abaixo da média e 12 (50%) acima da média. Reação – 6 (66%) abaixo da média, 3 Homens (34%) acima da média; Mulheres 18 (87,5%) abaixo da média e 3 (12,5%) acima da média. Raiva para Dentro – Homens 3 (34%) abaixo da média, 6 (66%) acima da média; Mulheres 9 (37,5%) abaixo da média e 15 (62,5%) acima da média. Raiva para Fora – 3 (34%) abaixo da média e 6 Homens (66%) acima da média; Mulheres 24 (100%) abaixo da média. Controle – 3 (34%) abaixo da média e 6 Homens (66%) acima da média; Mulheres 3 (12,5%) abaixo da média e 21 (87,5%) acima da média. Expressão - 3 (34%) abaixo da média e 6 Homens (66%) acima da média; Mulheres 12 (50%) abaixo da média e 12 (50%) acima da média. O estilo freqüente de expressar a raiva direcionando-a para fora - em manifestações verbais ou corporais -, ou para dentro, em mágoa, ruminação ou ressentimento, tem sido associado a aumento da reatividade cardiovascular e hipertensão. Os resultados encontrados corroboram a literatura, com homens e mulheres hipertensos apresentando índices de Raiva para Dentro superiores à média. Os homens, no entanto, alcançaram resultados mais altos que as mulheres em Estado, Traço, Temperamento, Reação, Raiva para Fora e Expressão, sugerindo uma possível diferença de socialização que permite aos homens expressar raiva com maior freqüência e intensidade que as mulheres.

\* Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

\*\* Professora do Programa de Pós Graduação em Psicologia (Orientadora)



### **10.3 PACIENTES COM FIBRILAÇÃO ATRIAL (FA): UMA INVESTIGAÇÃO PRELIMINAR**

Maurício Araújo (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ) e Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-Chave: Fibrilação atrial; gênero; idade; comorbidades

A FA é uma arritmia cardíaca supraventricular que provoca comprometimento de aproximadamente 20% da circulação sanguínea, podendo gerar danos a órgãos vitais. Ela está presente entre 0,4% a 1% da população geral e em 8% nas pessoas acima de 80 anos. Segundo a literatura os homens têm duas vezes mais FA do que as mulheres. Os fatores de risco para desenvolvimento da FA são diversos e incluem hipertensão, doenças cardíacas, apnéia do sono e stress. Entre os sintomas da FA estão a palpitação, dispnéia, precordialgia e tontura. Verificou-se na literatura a possível relação da FA com o stress e com o Sistema Nervoso Autônomo (SNA), observando-se que os sintomas da doença são bastante semelhantes aos presentes na fase de alerta do stress. O presente estudo teve como objetivo fazer um levantamento de dados (idade, sexo e comorbidades) de pacientes com FA em duas unidades de uma clínica médica da zona sul e da Barra da Tijuca no Rio de Janeiro que sirva de base para um estudo maior que associe FA, stress e depressão. Foram pesquisados 50 prontuários eletrônicos e os dados foram tabulados e analisados estatisticamente no programa Excel da Microsoft. Os resultados revelaram que 62% (31) dos prontuários eram referentes a pacientes do sexo masculino e 38% (19) do sexo feminino. Quanto à faixa etária, 52% (26) dos prontuários se referiam a pacientes com mais de 70 anos, 40% (20) entre 51 e 70 anos e 8% (4) menos de 51 anos. Quanto às comorbidades, observou-se a mesma porcentagem de prontuários - 6,5% (3) – para as seguintes doenças: acidente vascular encefálico, doença valvar, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), obesidade e alcoolismo. Alterações da tireóide foram encontradas em 10,9% (5) dos prontuários, doença renal em 15,2% (7), diabetes em 23,9% (11) e dislipidemia em 30,4% (14). A hipertensão foi a condição mais relatada, estando presente em 69,6% (32) dos prontuários de pacientes com FA. Observa-se que os resultados encontrados na pesquisa estão muito próximos aos da literatura no que se refere ao gênero e faixa etária. A prevalência da FA é diretamente proporcional à idade e os homens são mais propensos a ter esta condição. Algumas comorbidades como DPOC e alcoolismo apresentaram porcentagens semelhantes a dados da literatura. Outras comorbidades, como doença renal e dislipidemia, mostraram-se com porcentagens maiores no presente estudo em comparação com outros estudos. A porcentagem de hipertensos nesta pesquisa (69,6%) foi maior do que o encontrado em um estudo brasileiro (33,7%). Não foi encontrada menção ao diabetes nos estudos consultados, mas no presente ela mostrou-se significativa tendo sido referida em 23,9% (11) da amostra. O fato da clínica médica onde o estudo foi realizado ser especializada em pacientes com doenças crônicas, especialmente cardíacos/coronariopatas, hipertensos e diabéticos pode ter influenciado a amostra no que se refere às comorbidades.

\* Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

\*\* Professora do Programa de Pós Graduação em Psicologia (Orientadora)

#### **10.4 STRESS E ESTRESSORES ESPECÍFICOS DE MILITARES DO EXÉRCITO BRASILEIRO EM MISSÃO DE PAZ NO HAITI**

Débora Barbosa Gil\* (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Angela Maria Monteiro da Silva\*\* (CEP, Rio de Janeiro, RJ), Lucia Emmanoel Novaes Malagris\*\*\* (UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-Chave: stress; estressores; militares

Após a guerra fria, as operações de paz da Organização das Nações Unidas se tornaram mais perigosas e com maior potencial de escalada de conflito. Isso favoreceu um conjunto de eventos potencialmente estressantes para os militares que participam de operações de paz. Entre os estressores típicos de Força Militar de Paz, pode-se mencionar: manter-se neutro em condições de provocação, testemunhar atrocidades, contato com restos mortais e cadáveres, risco de morte ou ferimento e a miséria da população, entre outros. O presente estudo teve como objetivo avaliar o índice de stress, a fase de stress predominante, os dez estressores mais apontados entre os militares e a intensidade média de stress atribuída aos estressores apontados pelos participantes do I Contingente do Exército Brasileiro em Missão de Paz no Haiti. No retorno do Haiti, durante a desmobilização, 919 militares responderam a um questionário sócio-demográfico, ao Inventário de Estressores de Força Militar de Paz (IEFMP) e ao Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL). Segundo o IEFMP, a intensidade atribuída aos estressores pode variar potencialmente de 0 a 230 e a média dos participantes foi 65,46 ( $\pm$  34,63). Os dez mais intensos estressores em ordem decrescente foram: Condições miseráveis de vida da população local; estar longe da família e amigos; risco pessoal de ferimento e morte durante a missão; estar vulnerável ou sujeito a incidentes e não poder reagir com poder de fogo; dificuldade de comunicação com a população local; contato com cadáver ou restos mortais; falta de poder para mudar as circunstâncias de vida da população local; ficar confinado/isolado na base; problemas com equipamento de trabalho; e poucos recursos (computares e telefones) para se comunicar com a família e amigos. Os resultados também indicaram que a maioria dos participantes (90,9%, N = 835) não apresentava stress clínico. Dentre os estressados (9,1%, N=85), 14,3% estavam na fase de alarme, 82,14% na fase de resistência, 1,19% na fase de quase-exaustão e 2,38% na fase de Exaustão. O baixo nível de stress encontrado pode se relacionar ao fato desses profissionais serem preparados para lidar com adversidades, tornando-se mais resilientes, já que todos passaram por treinamento em condições aproximadas ao que iriam encontrar no Haiti. É possível também que a formação militar os incentive a associar o stress e seus sintomas com fragilidade e, por isso, não os apontaram na avaliação. As hipóteses citadas merecem maior investigação, pois, mostra-se surpreendente que os estressores identificados, apesar de parecerem bastante potentes, não repercutiram em stress na maioria desses militares. Esses achados forneceram subsídios para o suporte psicológico dos participantes e para a preparação da tropa de paz subsequente, pois o fato de não ter sido identificado um alto índice de stress, não elimina a necessidade de programas de prevenção do stress com essa população, considerando as hipóteses acima citadas. Quanto aos estressores apontados, os resultados parecem bastante úteis, pois fornecem subsídios para uma preparação ainda mais efetiva das tropas de paz subsequentes.

\* Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia

\*\* Psicóloga do Exército Brasileiro

\*\*\* Professora do Programa de Pós Graduação em Psicologia- UFRJ (Orientadora)

## **11. ATUALIDADES EM TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL: DA TEORIA À PRÁTICA"**

COORDENADORA: MARIA AMÉLIA PENIDO

### **11.1 ANSIEDADE E DEPRESSÃO NA GESTAÇÃO E NO PUERPÉRIO**

FernandaMartins Pereira (Psicoclínica Cognitiva do RJ / Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: gestação, transtornos puerperais, terapia cognitivo-comportamental

O período da gestação e do puerpério é marcado por várias alterações físicas, psicológicas, hormonais e sociais. Pesquisas mostram que as mulheres nessa fase podem apresentar maior índice de ansiedade e depressão se comparadas a outros momentos de suas vidas. Esse trabalho terá como objetivo descrever os principais transtornos psiquiátricos relatados na literatura científica em gestantes e puérperas, bem como discutir as possibilidades de tratamento psicológico e farmacológico. Para isto, será feita uma revisão de artigos científicos coletados nas bases de dados Medline/Pubmed, Lilacs e Psycinfo. Alguns quadros psiquiátricos podem surgir pela primeira vez ou serem agravados nesse período, como o transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do pânico, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos do humor e esquizofrenia. Os transtornos puerperais (disforia pós-parto, depressão pós-parto e psicose puerperal), em geral, acarretam grande sofrimento à mãe, prejudicando sua saúde física e mental, e aos demais membros da família. No caso específico da depressão pós-parto, existem pesquisas que comprovam seu impacto negativo na interação mãe-bebê e no desenvolvimento emocional da criança. Vários estudos alertam sobre a dificuldade de diagnosticar e tratar mulheres com depressão pós-parto. Um dos motivos é a relutância da mulher em aceitar seu quadro e a buscar tratamento. Em geral, sente-se culpada por não estar em sintonia com a maternidade idealizada pelo meio social como sinônimo de felicidade e plenitude. Outra dificuldade acontece por parte dos profissionais de saúde, em geral obstetras e clínicos, que subdiagnosticam o quadro, não reconhecendo as queixas maternas como sinais de um transtorno psiquiátrico. O exercício da maternidade, principalmente para a primípara, pode significar um excesso de ansiedade frente ao desconhecido. Um conjunto de fatores pode contribuir para o medo de cuidar do próprio filho como o aumento de responsabilidade, a troca do papel de “filha/cuidada” pelo de “mãe/cuidadora”, as mudanças corporais, o impacto na relação conjugal, os gastos financeiros, entre outros. No que se refere ao tratamento, existem algumas opções disponíveis para a gestante e a puérpera, como o uso de psicofármacos, eletroconvulsoterapia e psicoterapia. Em relação a esta última, estudos recentes apontam a eficácia das estratégias cognitivo-comportamentais para o manejo dos sintomas de ansiedade e depressão. A reestruturação de pensamentos disfuncionais relacionados à experiência da maternidade bem como o uso de técnicas comportamentais podem trazer benefícios às mães e seus conjugues. Trata-se de uma importante alternativa de tratamento, principalmente nos casos em que o uso de medicação pode acarretar prejuízos à saúde da mãe e da criança.

## **11.2 RESULTADOS DE UM PROGRAMA DE DOZE SEMANAS DE CAMINHADA SOBRE A QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES COM DEPRESSÃO MAIOR.**

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

**Carlos Américo Alves Pereira (Prof. Adjunto de Psicologia Social-UFRJ)**

Palavras-chaves: exercício físico, depressão, qualidade de vida.

A depressão é uma das doenças mentais mais presentes na população geral. Seus sintomas afetam várias áreas da vida como: trabalho, família, relações sociais e afetivas. A pessoa acometida pela depressão é incapaz de sentir prazer nas atividades, chora ou irrita-se com facilidade, sente-se desmotivada, sem energia e desesperançosa. Diante deste quadro, percebe-se o quanto a qualidade de vida está comprometida.

Ao lado dos tratamentos já reconhecidamente eficazes, como a psicoterapia e medicamentos antidepressivos, o exercício também está sendo prescrito com uma frequência cada vez maior. Esta pesquisa investigou os diversos benefícios que a prática de exercícios físicos pode trazer à qualidade de vida de pacientes que apresentem um quadro depressivo já diagnosticado. O objetivo principal foi verificar se, concomitante aos tratamentos existentes como psicoterapia e tratamento psiquiátrico, o exercício físico constitui-se como uma forma alternativa de tratamento da depressão.

Para isso, foram selecionados seis participantes, do sexo feminino, com idades entre 50 e 64 anos, moradoras do bairro de Copacabana. A proposta era formar um grupo de caminhada, que durou doze semanas (três meses), com a frequência de três vezes por semana e com o acompanhamento de um profissional de Educação Física. A realização dos exercícios teve a duração aproximada de uma hora e foi composto de: alongamento inicial de dez a quinze minutos, trinta a trinta e cinco minutos de caminhada moderada (aproximadamente 5 km/h) e de dez a quinze minutos de alongamento final. Para avaliar os efeitos da caminhada sobre a qualidade de vida das participantes, foram utilizados os seguintes instrumentos antes e depois das doze semanas: Inventário Beck de Depressão (IBD), Lista de Estados de Ânimo Presentes (LEP), Escala dos Afetos Positivos e Negativos (PANAS), WHOQOL-abreviado e a Versão Brasileira do Questionário de Qualidade de Vida (SF-36).

Os resultados mostram que houve diferenças significativas entre o pré e o pós teste em vários itens analisados pelos instrumentos. Através da utilização do teste T de Wilcoxon, conclui-se que, após as doze semanas, houve melhora nos seguintes pontos: redução dos sintomas depressivos, com todas as participantes saindo do nível moderado de depressão e indo para o nível mínimo ou leve; aumento na frequência de afetos positivos; aumento dos estados de ânimo positivos; melhora da mobilidade, da energia, da capacidade de exercer as funções diárias, do estado geral de saúde e da vitalidade.

Diante dos resultados, conclui-se que a caminhada diminuiu o nível de depressão, aumentou a qualidade de vida, possibilitando um prognóstico melhor da doença, mesmo em mulheres clinicamente deprimidas. Fica evidente, portanto, que a prática de exercícios físicos deve estar inserida nos protocolos de tratamento da depressão, atuando ao lado dos tratamentos tradicionais, como mais uma forma de auxílio na redução dos sintomas e melhora da qualidade de vida dos pacientes deprimidos.

### **11.3 A HABILIDADE DE FALAR EM PÚBLICO E O USO DO VIDEOFEEDBACK NO TRATAMENTO EM GRUPO PARA FOBIA SOCIAL Maria Amélia Penido**

(UFRJ/ Psicoclínica Cognitiva Do Rio de Janeiro) Carla Giglio (UFRJ) Larissa Lessa (UFRJ) Paula Ventura (UFRJ) Bernard Rangé (UFRJ)

Fobia Social, Terapia Cognitivo-Comportamental, *Videofeedback*

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 apresentar 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 25 sujeitos que estavam participando de um tratamento cognitivo comportamental em grupo para fobia social com 18 sessões. Duas sessões desse tratamento foram dedicadas á habilidade de falar em público, cada sujeito preparou uma apresentação de 5 minutos para ser filmada. O *videofeedback* foi realizado em seguida ás apresentações. Os instrumentos de avaliação utilizados foram: Escala de Avaliação Global de Desempenho, Escala de Percepção de Sintomas de Ansiedade e Escala de Avaliação de Desempenho da Habilidade de Falar em Público, os 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. Os resultados foram significativamente positivos, ao nível de significância de 5%, na análise dos três instrumentos.

Apoio CNPq

#### **11.4 AUTO-NUTRIR-SE: COMO AS TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PODEM CONTRIBUIR PARA A EFICÁCIA DO TRABALHO DA AUTO-ESTIMA**

**Luciana Rizo (Psicoclínica Cognitiva do Rio de Janeiro – RJ/RJ)**

Palavras-chave: auto-estima, auto-nutrir-se, terapia cognitivo-comportamental

Quando estudamos os tratamentos dos diversos transtornos psicológicos observamos como a auto-estima é importante para a prevenção desses problemas e, principalmente, como a sua deficiência contribui para o desenvolvimento de muitos quadros clínicos que recebemos com demanda de tratamento no consultório. O trabalho com crianças e adolescentes na terapia cognitivo-comportamental vem demonstrando grande eficácia no tratamento de diversos quadros clínicos e, cada vez mais, vem se mostrando necessário o trabalho de fortalecimento da auto-estima a fim de contribuir para a melhora do quadro, prevenir recaídas e, ainda, proteger contra o desenvolvimento de outros transtornos. Este trabalho tem como objetivo mostrar como o atendimento clínico, principalmente de crianças e adolescentes, pode se beneficiar da conjunção das técnicas cognitivo-comportamentais e auto-nutrição da auto-estima. Em terapia cognitivo-comportamental, quando trabalhamos a crença central, guiamos o cliente na construção e/ou reconstrução de um autoconceito saudável que é um componente importante da auto-estima. Sem dúvida, essa é uma colaboração significativa para o fortalecimento da auto-estima. Porém, ainda se faz necessário desenvolver com o cliente um trabalho de auto-nutrição com a intenção de criar melhores condições para um desenvolvimento saudável. Essa tarefa tem como objetivo ajudar as crianças e adolescentes a aceitarem, cuidarem e ativamente nutrirem a si mesmas. Ensinar uma pessoa a auto-nutrir-se, significa ajudá-la a identificar as características pessoais consideradas negativas, o próximo passo é expressar seus pensamentos sobre essas características – o que ajuda ao cliente a liberar a agressividade que, às vezes, acaba sendo direcionada contra si mesmo. Após essa descarga emocional, o cliente ganha auto-suporte que envolve encontrar o componente de nutrição dentro de si. Violet Oaklander, a principal autora do auto-nutrir-se, propõe uma série de técnicas para atingir esse objetivo. São utilizadas atividades lúdicas onde o terapeuta pode conduzir o cliente na descoberta da sua auto-nutrição. A proposta desse trabalho é realizar essas técnicas mantendo o sentido lúdico, porém fazendo com que o próprio cliente, através de questionamento socrático (técnica cognitiva) busque seu caminho na auto-nutrição. Conforme afirmam os autores de psicoterapia cognitivo-comportamental, as conclusões construídas pelos próprios clientes têm uma força maior e, assim, garantem a manutenção da melhora. Portanto, acredita-se que é possível aumentar a eficácia do auto-nutrir-se acrescentando a técnica de questionamento socrático muito utilizada na terapia cognitiva cuja eficácia já foi demonstrada em diversos estudos. Será apresentada a fundamentação teórica das técnicas e realizada uma demonstração da aplicação prática das técnicas de auto-nutrição com a realização de alguns exercícios terapêuticos.

## 12. THS: UM DESAFIO NA INCLUSÃO DE JOVENS COM DEFICIÊNCIA

**Coordenador:** Maurício Canton Bastos (Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental – CPAF-RJ, Rio de Janeiro - RJ)

### 12.1 FATORES COMPLICADORES NO THS COM JOVENS COM NECESSIDADES ESPECIAIS. Maurício Canton Bastos (Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental - CPAF-RJ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro)

Palavras-chave: habilidades sociais; Asperger; Síndrome Frontal

Este trabalho tem como objetivo apresentar dificuldades encontradas no sistema de crenças de dois pacientes (um com Transtorno de Asperger e outro com Síndrome Frontal) que afetam a exposição e o desempenho em situações sociais. Tais dificuldades são secundárias àquelas dos transtornos propriamente ditos, mas interagem com as características cognitivas típicas desses transtornos e complicam de modo grave o desempenho social. Destacamos os déficits cognitivos específicos das síndromes envolvidas em cada paciente, particularmente a inflexibilidade cognitiva, variável importante no desempenho social. Acrescentamos o sistema de crenças característico de cada um dos pacientes e que afeta seu desempenho social. Relacionamos crenças, pensamentos automáticos, reações afetivas e comportamentais de modo a estabelecer uma formulação de caso cognitivo-comportamental. O paciente A tem 21 anos e apresentou desenvolvimento normal até os 18 anos, quando sofreu acidente que resultou em desenvolvimento de síndrome frontal com conseqüências também no desempenho da memória retrógrada e anterógrada, cujos déficits já foram em grande parte compensados. Sua dificuldade atual envolve os relacionamentos sociais, nos quais destacamos a ansiedade frente a pensamentos de inadequação e percepção do outro como em desconforto e estranheza em relação aos comportamentos e falhas do paciente. Além disso, o paciente relata dificuldades em relação à flexibilidade cognitiva necessária ao desempenho no grupo social. O paciente B tem 15 anos e apresenta os diagnósticos de Transtorno de Asperger e TOC. Suas dificuldades atuais envolvem a integração no grupo social, onde destacamos o intenso desejo de fazer amigos associado à forte ansiedade em relação a se sentir diferente e rejeitado pelo grupo. Seus sintomas de TOC envolvem o controle mágico da passagem do tempo através de pequenos rituais mentais e comportamentais, e a verificação compulsiva da dúvida a respeito de estar sendo gostado. O paciente apresenta pensamento dicotômico e leitura de pensamento, além de também revelar problemas de flexibilidade cognitiva na interação social.

A	Crenças Básicas	B
Tenho falhas; Sou inadequado		Sou diferente e rejeitável; Não tenho importância; Não tenho valor



Situações Ativadoras	
Encontros com grupos de não-familiares	Encontros com grupos; Percepção de expressões de desprezo ou bem-estar em grupos de pares



Pensamentos Automáticos	
O que estão pensando? Que assunto vou puxar?	Estou sendo tratado diferente; Estou sendo humilhado; Será que não gostam de mim?



Emoções	
Ansiedade	Raiva; Tristeza; Ansiedade

↓

Estratégias	
Evitação; Perfeccionismo: planejamento minucioso de scripts de conversação;	Compara-se com os demais; Verifica se está sendo rejeitado, faz perguntas sobre se é gostado; confronta as pessoas e tem explosões de protesto

Concluimos que a melhor abordagem para o tratamento desses pacientes deve mesclar o planejamento cuidadoso de intervenções focadas nos déficits característicos dessas síndromes - por meio de instruções, treinamento e tarefas apropriadas para o desenvolvimento de habilidades sociais – com a abordagem cognitivo-comportamental ajustada ao sistema de crenças específico de cada paciente e sua história individual.

**12.2 PROGRAMA DE TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS (THS) EM ADOLESCENTES E JOVENS COM SÍNDROME DE ASPERGER.** Patricia Barros, Maurício Canton Bastos, Aline Melo, Flávia Ribeiro, Flávia Fabbres, Juliana Hiss.(CPAF-RJ /Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro)

Palavras-chave: habilidades sociais; Síndrome de Asperger; adolescentes

Os indivíduos com Síndrome de Asperger se caracterizam pela presença de um conjunto de sintomas que incluem prejuízos na socialização, atividade imaginativa, habilidades de comunicação e, em especial, na capacidade de avaliar e compreender a interação social. O Treinamento de Habilidades Sociais (THS) é um campo amplo de investigações e procedimentos dentro da psicologia, com aplicabilidade em todas as áreas que envolvem problemas no relacionamento humano, inclusive em pessoas com problemas específicos, como o Asperger. Com o objetivo de aprimorar as habilidades sociais nestes indivíduos, foi desenvolvido um programa piloto de treinamento em habilidades sociais que se encontra em andamento e cuja amostra é constituída por um grupo de 7 adolescentes e jovens entre as idades de 13 e 20 anos. Na etapa pré-intervenção, foram avaliados os níveis aproximados de inteligência, de teoria da mente e as habilidades sociais. As sessões de intervenção foram planejadas para desenvolver pontos básicos em habilidades sociais: reconhecimento de emoções e regras sociais, auto-monitoração, auto-controle, flexibilidade cognitiva e comportamental, solução de problemas, além de habilidades de conversação. No desenvolvimento da percepção de regras sociais e do reconhecimento de emoções, o objetivo é ressaltar que os ambientes sociais possuem regras explícitas e implícitas, bem como ampliar os recursos cognitivos, afetivos e comportamentais para a identificação das emoções. Para alcançar tal objetivo é necessário, também, promover a flexibilidade cognitiva, ou seja, desenvolver estratégias que lhes permitam formular mais de uma explicação para as situações às quais são expostos e em função disso, se comportarem de modo mais adequado às diferentes situações do cotidiano. O desenvolvimento da auto-monitoração e do auto-controle tem como função garantir a eficácia das relações sociais, uma vez que é necessário perceber e manejar as próprias emoções, pensamentos e comportamentos a fim de adequá-los à demanda da situação. Para aprimorar as habilidades de conversação, é fundamental utilizar todos os recursos aprendidos a fim de gerar estratégias adequadas de iniciação, manutenção e finalização de conversas, mudanças e variação de assuntos, bem como habilidades de escuta.



Os principais recursos utilizados foram a psicoeducação, mídia visual (tais como vídeos), histórias sociais, vivências e jogos em grupo. O treinamento consta de 16 sessões semanais de aproximadamente 90 minutos. Ao final das sessões de intervenção, os instrumentos pré-intervenção serão reaplicados a fim de verificar a eficácia do tratamento nas diferentes habilidades avaliadas. Tais resultados deverão, então, ser analisados quantitativamente e também qualitativamente, a fim de promover novas estratégias eficazes para o tratamento desta Síndrome.

### **12.3 PROGRAMA DE TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS (THS) EM ADOLESCENTES E JOVENS COM SÍNDROME DE ASPERGER – GRUPO DE PAIS.**

**Aline Melo de Aguiar, Patricia Barros, Maurício Canton Bastos, Flávia Ribeiro, Flávia Fabbres, Juliana Hiss. (CPAF-RJ /Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro)**

Palavras-chave: habilidades sociais; Síndrome de Asperger; pais

Os indivíduos com Síndrome de Asperger se caracterizam pela presença de um conjunto de sintomas que incluem prejuízos na socialização, atividade imaginativa, habilidades de comunicação e na capacidade de avaliar e compreender a interação social. Este programa se insere no vácuo das abordagens de apoio e pesquisa que encontramos na assistência a essa população. O Treinamento em Habilidades Sociais (THS) é um campo amplo de investigações e procedimentos dentro da psicologia, com aplicabilidade em todas as áreas que envolvem problemas no relacionamento humano, inclusive em pessoas com problemas específicos, como o Asperger. Desta forma, através do THS, pretendemos atender aos déficits sociais típicos dessa população, com uma atenção especial a empatia. 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. Este trabalho é feito em dois grupos concomitantes (jovens e pais). O Grupo de Jovens é formado por 7 jovens que têm entre 13 e 20 anos, todos do sexo masculino e que passaram por avaliação neuropsicológica e psiquiátrica. O Grupo de Pais é formado pelos pais, pai ou mãe dos jovens inscritos no programa, todos passaram por entrevista inicial e receberam informações sobre o funcionamento do treinamento e da importância de seu comprometimento para que o filho pudesse ser incluído no grupo. O engajamento dos pais foi ponto decisivo para que o jovem fosse incluído no THS. O trabalho como os pais pretende atender aos seguintes objetivos: 1) Auxiliar o melhor entendimento da situação do filho (psicoeducação); 2) Socializar e criar identificação entre os pais; 3) Estender o treinamento para a vida diária da família. O Programa do Grupo de Pais foi desenvolvido a partir de revisão bibliográfica e no Programa de Qualidade na Interação Familiar da Prof. Dra. Lidia Weber, da Universidade Federal do Paraná. O programa é dividido em eixos temáticos, tais como: noções sobre os princípios da aprendizagem; operacionalização de comportamentos; empatia com os filhos; qualidade da relação com os filhos; entre outros, e, principalmente, psicoeducação sobre Asperger. Os principais recursos utilizados são a psicoeducação, histórias sociais, vivências e jogos em grupo. As sessões de intervenção do Grupo de Jovens foram planejadas para desenvolver pontos básicos em habilidades sociais: reconhecimento de emoções e regras sociais, auto-monitoração, auto-controle, flexibilidade cognitiva e comportamental, solução de problemas, além de habilidades de conversação e os pais funcionam como apoio e reforço após o treinamento de tais habilidades, estendendo, assim, o programa para o dia-a-dia do jovem e da família. O treinamento consta de 16 sessões semanais de aproximadamente 90 minutos, onde os 15 minutos finais são feitos com os dois grupos juntos – Jovens e Pais – para que a tarefa de casa e o que foi aprendido na sessão

sejam repassados aos pais. Ao final do treinamento será feita uma reavaliação onde os resultados deverão ser analisados quantitativamente e também qualitativamente, a fim de promover novas estratégias eficazes para o tratamento desta Síndrome.

#### **12.4 AVALIAÇÃO DAS HABILIDADES SOCIAIS EM JOVENS COM PARALISIA CEREBRAL: UM ESTUDO PILOTO.** Patricia Lorena (UERJ/CPAF-RJ)

Palavras-chave: jovens com paralisia cerebral; comunicação alternativa e ampliada; habilidades sociais.

A comunicação constitui-se um elemento fundamental nas relações interpessoais. Alunos que não possuem habilidades de comunicação eficiente, como uma boa parcela dos que apresentam paralisia cerebral, podem ter seu desenvolvimento acadêmico e social prejudicados, ficando assim, limitado em participar plenamente na sociedade. A pessoa com Paralisia Cerebral possui um atraso de desenvolvimento neuropsicomotor, implicando em alterações ao nível de tônus muscular, qualidade de movimento, percepções e capacidade de apreender e interpretar os estímulos ambientais, e muitas vezes as seqüelas tornam-se agravadas pelas dificuldades que essas pessoas apresentam em explorar o meio e em se comunicar com o mundo externo. Desta forma, os objetivos do presente trabalho foram: 1) avaliar as habilidades sociais de um grupo de jovens com paralisia cerebral sem oralidade; 2) implementar uma proposta de treinamento de habilidades sociais através de recursos da comunicação alternativa com jovens com paralisia cerebral de 18 a 27 anos que freqüentam uma classe especial de uma escola municipal conveniada com a UERJ. A avaliação das habilidades sociais foi composta de quatro instrumentos: observação da sala de aula, inventário com os alunos, entrevista com a professora, questionário com os responsáveis e aplicação do IHSPNO (Inventário de Habilidades Sociais para Pessoas Não-Oralizadas). Os alunos foram filmados no contexto da sala de aula. Os trechos da interação dos alunos com os colegas e a professora foram transcritos e analisados para observar aspectos específicos do comportamento social, utilizando como referência os componentes não-verbais. O questionário aplicado nos responsáveis e a entrevista com a professora avaliam as seguintes habilidades: básicas, auto-controle e expressividade emocional, civilidade, empatia, assertividade e fazer amizades. O IHSPNO é composto por vinte itens de múltipla escolha e descreve situações vivenciadas na escola por pessoas com deficiência. Os itens relatam uma situação problema, para a qual o sujeito tem três alternativas de escolha: uma assertiva, uma passiva e uma agressiva. Este inventário teve como base o Sistema Multimídia de Avaliação de Habilidades Sociais e pretende avaliar os seguintes conjuntos de habilidades: autocontrole e expressividade emocional (4 itens); empatia e civilidade (4 itens); assertividade (4 itens); fazer amizades (3 itens); habilidades sociais acadêmicas (2 itens) e solução de problemas interpessoais (3 itens). A análise dos dados está sendo conduzida utilizando os estudos da Psicometria. Estes estão sendo ordenados a partir de dois parâmetros: maior dificuldade e menor dificuldade. Os dados da avaliação do grupo piloto revelam que o grupo apresenta menor dificuldade na habilidade de reconhecimento afetivo e uma maior dificuldade na assertividade. Concluímos que os dados iniciais servirão de base para desenvolver um projeto com um número significativamente maior de participantes. O desdobramento desses estudos será a elaboração e a implementação de Treinamento em Habilidade Sociais (THS), o qual consiste no ensino direto e sistemático de habilidades interpessoais com o propósito de aperfeiçoar a competência individual e interpessoal em situações sociais, com essa população.

### **13. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DOS TRANSTORNOS ALIMENTARES: DESAFIOS CLÍNICOS**

Coordenadora: Monica Duchesne

#### **13.1 TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA ANOREXIA NERVOSA**

Juliana D'Augustin (GOTA-IEDE/PUC, Rio de Janeiro, RJ), Mônica Duchesne (GOTA-IEDE/IPUB, Rio de Janeiro, RJ), Conceição Fernandes (GOTA-IEDE/PUC, Rio de Janeiro, RJ), Viviane Marinho (GOTA-IEDE/PUC, Rio de Janeiro, RJ)

Palavra-chave: transtornos alimentares, habilidades sociais, terapia cognitivo-comportamental

A Anorexia nervosa é caracterizada por uma grave perturbação do comportamento alimentar, em geral acompanhada de diversas complicações clínicas e psicológicas. O TASOE é diagnosticado quando pelo menos um dos critérios diagnósticos do DSM-IV para anorexia, bulimia ou TCAP não são preenchidos. Embora os Alguns estudos sugerem que a presença de déficits em habilidades sociais podem estar relacionadas ao desenvolvimento ou manutenção dos TA. O objetivo do presente trabalho é descrever um caso clínico, de uma paciente com anorexia nervosa atípica, em atendimento no Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares, cujo tratamento enfocou os sintomas relacionados com o transtorno alimentar e o treinamento de habilidades sociais. A paciente é uma mulher de 31 anos, 2º. grau completo, solteira, com o diagnóstico de transtorno alimentar sem outra especificação (TASOE).. Ela foi levada ao serviço pela mãe, com queixa de perda de peso. Após perder quase 50 kg em seis meses, com o uso de fórmulas para emagrecer, a paciente começou a recuperar o peso quando interrompeu os medicamentos. Com medo de voltar ao peso anterior, ela passou a restringir radicalmente sua alimentação. Apresentava grave distorção da imagem corporal, medo excessivo de engordar, mas não preenchia os critérios para a anorexia nervosa em função de apresentar índice de massa corporal normal e não apresentar amenorréia. Além da restrição alimentar, ela fazia uso excessivo de laxantes e se encontrava em completo isolamento social. O primeiro passo do tratamento foi fornecer informações sobre os TA e explicar as metas da terapia cognitivo-comportamental. Foi dado um foco maior na relação terapêutica no início em função da resistência da paciente. Foram discutidos alguns pontos da vida pessoal dela que a deixavam insatisfeita e como os problemas alimentares agravavam a situação. Para aumentar sua adesão, essas questões foram adicionadas às metas do tratamento. Foi estabelecida a pesagem semanal, apenas no ambulatório. Em seguida, o estabelecimento de um padrão regular de alimentação e a diminuição do uso de laxantes. Em paralelo, técnicas de reestruturação cognitiva eram empregadas. A segunda etapa do tratamento focou as questões interpessoais e a resolução de problemas. Ela estabeleceu metas a alcançar, como voltar a estudar, fazer novas amizades e ser mais assertiva com os familiares, que eram a causa de grande parte das recaídas apresentadas por ela. Foram feitas dramatizações na sessão, onde a paciente ensaiava com a terapeuta o que falar e como se comportar com os familiares, e diante de novas amizades. Também começou a utilizar a técnica de resolução de problemas uma vez que percebeu que o uso do laxante ou a restrição alimentar não resolviam a situação. Atualmente, a paciente pesa 56,6 kg e entrou na faculdade. Segue a dieta e não apresenta mais preocupação com o formato corporal e peso. Cabe ressaltar que todo o atendimento foi feito com um intervalo quinzenal entre as sessões em função da dificuldade financeira dela. O uso dos registros de pensamento, que eram feitos nesse intervalo foram fundamentais para trabalhar as preocupações e crenças distorcidas da paciente. Além disso, o treino em habilidades sociais foi importante tanto na melhora quanto na manutenção dos ganhos obtidos.

### **13.2 TRATAMENTO DA BULIMIA NERVOSA ASSOCIADA À OBESIDADE**

Mônica Duchesne (GOTA – IEDE/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ), Juliana D’Augustin (GOTA-IEDE/PUC, Rio de Janeiro, RJ), Conceição Fernandes (GOTA-IEDE/PUC, Rio de Janeiro, RJ), Viviane Marinho (GOTA-IEDE/PUC, Rio de Janeiro, RJ)

A bulimia nervosa se caracteriza por episódios de compulsão alimentar recorrentes seguidos por comportamentos compensatórios inadequados para evitar o ganho de peso, tais como: indução de vômito, uso inadequado de laxantes e diuréticos, dieta restritiva e/ou exercícios físicos excessivos. Em geral, as pacientes com bulimia nervosa apresentam peso normal. Entretanto, o aumento dos estudos com pacientes com transtornos alimentares permitiu a identificação de quadros de bulimia nervosa em pacientes obesos. O presente trabalho ilustra adaptações do formato-padrão da terapia cognitivo-comportamental para o tratamento de uma paciente obesa com bulimia nervosa. A paciente, do sexo feminino, iniciou o tratamento com 35 anos de idade, era casada e apresentava obesidade e bulimia nervosa. O pai da paciente tinha um alto nível de exigência, fazendo comparações entre os filhos. Ele ressaltava que a irmã magra era a mais esforçada, tirava boas notas e tinha mais facilidade para fazer amigos, quando comparada à paciente. A mãe era obesa, tinha dificuldade para encontrar emprego e sentia-se abandonada pelo pai, uma vez que ele tomou a iniciativa de pedir a separação. Durante as freqüentes brigas do casal, antes e após a separação, o pai culpava a mãe pelo término do relacionamento, por esta “não se cuidar”, ser gorda e pouco esforçada. A paciente apresentou sobrepeso na infância e adolescência, dificuldades interpessoais e isolamento social. Ela desenvolveu a crença de que “Só as pessoas magras são respeitadas e tem o que desejam”. De modo associado, desenvolveu o pressuposto: “Se eu emagrecer serei bonita e meus problemas irão acabar”. Iniciou dieta restritiva, mas apresentou grande dificuldade para controlar a alimentação, passando a induzir vômitos e fazer uso abusivo de diuréticos com o objetivo de perder peso. Começou a pesar-se diariamente. Em função da dificuldade para emagrecer rapidamente, iniciou uso abusivo de inibidores do apetite. Durante um período em que emagreceu iniciou um namoro, o que reforçou a associação entre magreza e sucesso social. O programa de terapia incluiu três estágios. No estágio 1 foram utilizadas técnicas para estabelecer um padrão regular de alimentação, implementar hábitos alimentares saudáveis, aumentar o controle sobre os episódios de compulsão alimentar e diminuir a utilização de métodos compensatórios inadequados para prevenir o ganho de peso. O estágio 2 focalizou a reestruturação do sistema de crenças e o estágio 3 abordou estratégias para prevenção de recaídas. A paciente apresentou remissão dos episódios de compulsão alimentar e dos métodos purgativos, aumento da auto-estima e melhora do relacionamento interpessoal.

**13.3 TRATAMENTO DA BULIMIA NERVOSA ASSOCIADA AO TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO COM HIPERATIVIDADE:** *Conceição Santos Fernandes\**; *Mônica Duchesne\**, *Juliana Furtado D'Augustin\**, *Viviane Rosa Marinho\** (GOTA-IEDE/PUC. Rio de Janeiro, RJ)

**Palavras-Chave:** Bulimia; TDAH; Tratamento.

A bulimia nervosa é um transtorno alimentar que tem como principais características os episódios de compulsão alimentar seguidos de métodos compensatórios, para evitar o ganho de peso. Estes podem ocorrer através de purgação (vômitos, uso de laxantes e diuréticos, por exemplo), caracterizando a bulimia purgativa, ou através de exercícios físicos exagerados e jejuns, o que configura a bulimia nervosa não purgativa. O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é uma das comorbidade que podem ocorrer na bulimia nervosa. De acordo com DSM IV-TR, ele é definido por sintomas de desatenção e/ou hiperatividade/impulsividade por no mínimo 6 meses e estes sintomas devem causar prejuízos funcionais em mais de um local (casa/escola). Alguns estudos relatam que aspectos cognitivos bulimia como abstração, resolução de problemas e atenção prejudicados, são compartilhados com TDAH, podendo ter a mesma base neurofisiológica do TDAH. Entretanto, o que há de mais comum entre eles é a impulsividade. O objetivo deste trabalho é apresentar o tratamento de uma paciente com bulimia nervosa purgativa associada ao TDAH, ressaltando os aspectos cognitivos semelhantes e os tipos de déficits que colaboram para a manutenção do comportamento bulímico. A paciente, 26 nos, casada com ensino superior em curso, buscou atendimento no Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares – GOTA/IEDE para Bulimia nervosa. Seus diagnósticos de bulimia nervosa purgativa e TDAH foram confirmados através do SCID, uma entrevista baseada nos critérios diagnósticos do DSM - IV. Seu peso era de 78,100, com 1,67 de altura. Recebeu tratamento medicamentoso e orientação nutricional, sendo encaminhada para psicoterapia. Além das dificuldades características do transtorno alimentar, ela apresentava: déficit de assertividade (oscilando entre passividade e agressividade), o que provocava problemas interpessoais. Ela também apresentava altos níveis de impulsividade e dificuldades de planejamento de estudos e rotina diária (déficits cognitivos comuns ao TDAH). A partir da conceituação cognitiva as principais crenças identificadas foram: “Sou inferior”, “Sou diferente”, “Engordar é castigo”, levando a comportamentos perfeccionistas e preocupação extrema com ganho de peso. Foi iniciado o tratamento com técnicas comportamentais de controle de estímulos, registro alimentar, identificação de situações propícias para compulsão, além de técnicas para manejo de ansiedade. Com o controle das compulsões, o tratamento foi direcionado para reestruturação cognitiva de distorções e controle da impulsividade, estratégias de planejamento e desenvolvimento de algumas habilidades interpessoais. Atualmente apresenta um peso de 69,100 Kg, e não relata as mesmas preocupações com peso e formato corporal, sendo iniciado o estágio para manutenção e prevenção de recaídas. Dentre as metas traçadas e revistas durante o tratamento, as seguintes foram alcançadas: hábito alimentar saudável, prática de atividade física, reestruturação de pensamentos e crenças e ressignificação de algumas situações, desenvolvimento de autocontrole durante alimentação, organização adequada dos estudos. A paciente ainda tem como meta continuar desenvolvendo habilidades assertivas e de controle de impulsividade.

**13.4 CIRURGIA BARIÁTRICA E O DESENVOLVIMENTO DE TRANSTORNOS ALIMENTARES.** Viviane Rosa Marinho (GOTA-IEDE/PUC, RJ), Mônica Duchesne (GOTA-IEDE/PUC, RJ), Juliana D'Augustin (GOTA-IEDE/PUC, RJ), Conceição Santos Fernandes (GOTA-IEDE/PUC, RJ).

Palavras-chaves: Cirurgia bariátrica; transtornos alimentares; terapia cognitivo-comportamental.

A obesidade tem sido cada vez mais crescente no Brasil. Esta condição clínica inclui vários fatores e, portanto, exige um tratamento multidisciplinar. Ela é classificada de acordo com o Índice de Massa Corporal (IMC), sendo definido como pacientes com obesidade grau III aquele cujo IMC está acima de  $40\text{kg/m}^2$ . Os obesos grau III alcançam resultados insatisfatórios com o tratamento convencional para a obesidade, que incluiriam aspectos nutricionais, uso de medicamentos antiobesidade e exercício físico. Diante desta dificuldade, o tratamento que tem obtido melhores resultados e que tem sido recomendado é a cirurgia bariátrica. Este procedimento auxilia na melhora do padrão de vida dos pacientes na medida em que, com a redução do peso corporal e modificações de hábitos de vida, há a redução da incidência de problemas graves relacionados a obesidade, tais como diabetes, doenças coronarianas, alterações ortopédicas e melhora na agilidade, auto-estima, relacionamento social e reduz a depressão e ansiedade. Mas esta técnica pode trazer também algumas complicações físicas e mentais. Diante da complexidade deste processo cirúrgico, torna-se necessária avaliação e tratamento nos períodos pré e pós-operatório por uma equipe multidisciplinar composta por endocrinologista, nutricionista, cardiologistas, pneumologistas, psiquiatras, psicólogos e cirurgiões. Neste acompanhamento, além de questões clínicas, precisa-se verificar questões sociais, a existência de algum transtorno alimentar ou algum padrão irregular de alimentação, o desenvolvimento de doenças físicas e/ou psíquicas. A cirurgia bariátrica deixa o paciente bastante debilitado na questão nutricional, sendo de extrema importância a ingestão de complementos alimentares orientados pelos médicos e, principalmente, o seguimento de forma correta às orientações realizadas pela equipe de nutrição. O fato do paciente não cumprir corretamente o que foi determinado coloca em risco a sua saúde, que pode ocorrer em função da existência de um transtorno alimentar, portanto, precisa ser constantemente avaliado. Este trabalho tem o objetivo de apresentar um caso clínico, onde uma paciente que realizou a cirurgia bariátrica apresentou um caso de transtorno alimentar não especificado, mas com características restritivas, métodos compensatórios e distúrbios da imagem corporal, semelhantes às encontradas em pacientes com anorexia nervosa e bulimia nervosa. No tratamento psicoterápico, baseado na terapia cognitivo-comportamental, foram utilizadas técnicas de reestruturação cognitiva, análise das distorções cognitivas, técnica do continuum cognitivo, técnica do espelho e uma contínua avaliação dos riscos que o comportamento proporcionava. Com o uso destas técnicas, foi possível obter uma estabilização do peso e embora em alguns momentos a paciente ainda se veja como gorda quando há uma oscilação do peso, ela consegue estabelecer um peso mínimo e percebe que abaixo deste o seu aspecto físico não fica bom e, principalmente, não deixa de se alimentar quando isto ocorre, reduzindo as chances de problemas clínicos oriundos da falta de nutrientes. Como a paciente permanece em acompanhamento, existem fatores que ainda precisam ser trabalhados, como o medo de voltar a engordar. Então, diante do aumento da indicação da cirurgia bariátrica para o tratamento da obesidade Grau III, os profissionais de saúde precisam ficar atentos aos efeitos positivo e negativos desta técnica e da necessidade do acompanhamento pré e pós-operatório realizado por uma equipe multidisciplinar.

## **14. APLICAÇÕES PROFILÁTICAS DA ABORDAGEM COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Coordenadora: Dra. Mônica Portella (PUC-Rio e CPAF-RJ)

### **14.1 PREPARANDO-SE E ENTRANDO NO MERCADO DE TRABALHO E A IMPORTÂNCIA DO TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS.**

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

Palavras-chave: habilidades sociais, preparação, mercado de trabalho.

O cenário atual no campo do trabalho é bem diferenciado de algumas décadas atrás. As empresas vêm ganhando uma nova configuração e os profissionais modernos devem ter um novo perfil quanto a atribuições funcionais e qualificações pessoais, para conquistar uma colocação no mercado de trabalho. Diferentemente do passado, quando se contratava tendo como base apenas a formação acadêmica e os cursos extracurriculares, atualmente se faz necessário identificar um conjunto de habilidades que vão representar um candidato como sendo um talento profissional e isso vai muito além da mera análise de um currículo bem elaborado. O presente trabalho apresenta uma proposta de intervenção calcados no modelo cognitivo-comportamental que visa: 1) Capacitar os participantes a identificar seus talentos, habilidades e recursos interpessoais para participar de dinâmicas de grupo e entrevistas com excelência. 2) Estabelecer e planejar metas profissionais, bem como, instrumentalizar os participantes, a nível comportamental e emocional a alcançarem suas metas profissionais, empregando técnicas como THS, estratégias de comunicação, negociação e controle da ansiedade. 3) Desenvolver auto-confiança, desenvoltura e habilidades sociais a fim de participar de entrevistas e dinâmicas de grupo (processo seletivo). 4) Identificar e eliminar padrões negativos que dificultam o ingresso no mercado de trabalho, bem como a auto-realização profissional. Os grupos serão conduzidos no CPAF-RJ, tendo duração de 21 horas. O número de participantes em cada grupo variará em torno de 20 a 25 pessoas, participarão dos grupos pessoas de ambos os sexos, com diferentes níveis de escolaridade. O programa será desenvolvido através de jogos, simulações, técnicas de sensibilização e dinâmica de grupo. Filmaremos várias entrevistas e dinâmicas, a fim de fornecer *feedback* aos participantes. Os grupos serão conduzidos por dois terapeutas cognitivo-comportamentais, sendo um psicólogo organizacional. Hipotetizamos que, o presente programa ajudará os participantes a administrar a ansiedade e os pensamentos disfuncionais durante o processo seletivo. O entendimento do modelo cognitivo auxiliará a distinguir e lidar com os erros cognitivos e estados emocionais. As estratégias de comunicação, treinamento em habilidades sociais e o treinamento em comunicação aplicado ao processo seletivo, poderá melhorar a performance dos participantes durante o processo seletivo, aumentando as suas chances de serem aprovados. É importante lembrar que esta proposta está ainda em fase de conclusão e como resultado deste trabalho, esperamos que a abordagem cognitivo-comportamental e o treinamento em habilidades sociais possam ser bons aliados às metas profissionais.

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

Mônica Portella (Pós-doutora pela PUC-Rio e CPAF-RJ); Érica de Lana (CPAF-RJ); Betânia Marques Dutra (CPAF-RJ); Hebe Goldfeld (CPAF-RJ); Jussara de Oliveira Fonseca (CAPF-RJ); Vanuza Francisqueto (CPAF-RJ).

Palavras chaves: 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. Concluimos que o treinamento melhorou o desempenho dos participantes ao falar em público e a administrar á ansiedade.



### 14.3 METAS – APLICAÇÕES PROFILÁTICAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

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

Palavras-Chave: metas, profilaxia, terapia cognitivo-comportamental

Na terapia cognitivo-comportamental a formulação de metas ajuda a estabelecer alvos específicos e mensuráveis para a mudança a partir de uma idéia clara do problema, e mantém o tratamento no caminho certo, além de melhorar a motivação do paciente. Na vida é possível utilizar a estratégia de formulação de metas para melhorar e motivar ações em diferentes áreas, tais como: social, profissional, lazer, patrimônio e saúde para a mudança. O presente trabalho discute e apresenta uma metodologia de trabalho empregada para ajudar as pessoas de um modo geral a estabelecerem metas, programar e realiza-las através de treinamentos que conduzimos ao longo dos dois últimos anos. Nossos treinamentos estão calcados no modelo cognitivo-comportamental e visam: 1) Discutir a importância de estabelecer metas de vida; 2) Identificar valores para criação de metas; 3) Formular e alcançar metas de curto prazo, médio e longo prazo; 4) Trabalhar com as crenças limitadoras, descobrir e fortalecer crenças positivas; 5) Identificar erros cognitivos; 6) Solucionar problemas com rapidez e eficácia e; 7) Estabelecer programa para manutenção de ganhos. Os grupos foram conduzidos no CPAF-RJ, tendo duração de 20 horas/aula, com 10 encontros semanais e follow-up mensal durante os três primeiros meses após o término do programa para acompanhamento e avaliação das metas em andamento. O número de participantes em cada grupo variou em torno de 6 a 18 pessoas, sendo em média 13 pessoas por grupo, participaram dos grupos pessoas de ambos os sexos (28,84% do sexo masculino e 71,15% do sexo feminino). Fizeram parte do grupo pessoas com idades variando entre 18 anos e 62 anos. Os temas foram desenvolvidos através de vivências e exercícios (dinâmicas, *role-play*, cartões de enfrentamento, ensaio comportamental, RPD, imagem mental, técnicas de solução de problemas etc.) que tiveram por objetivo fazer com que os participantes aprendessem a utilizar as estratégias de uma maneira prática e participativa. 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 as diferentes áreas da vida. A compreensão do modelo cognitivo ajudou a distinguir e lidar com os erros cognitivos e estados emocionais desde o estabelecimento, planejamento e implementação das metas. As estratégias de resolução de problemas, ensaio comportamental, *role-play*, imagem mental, melhorou a *performance* dos participantes ao implementar suas metas. Essa melhora pode ser constatada por meio da comparação das metas estabelecidas no início do programa e as metas que foram realizadas ao longo do processo. O *follow up*, realizado nos três meses após o treinamento, revelou que os resultados persistiram. Concluímos que o treinamento melhorou o desempenho dos participantes para estabelecer, programar e executar as suas metas.

#### **14.4 APLICAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL À GESTÃO DA SOBRECARGA COGNITIVA EM ATIVIDADES DE TRABALHO**

Elaine Viola (CPAF RJ- UFRJ); Mônica Portella (CPAF RJ- PUC Rio).

Palavras-chave: técnicas cognitivas – análise ergonômica - sobrecarga mental

Nas sociedades atuais, a apropriação das tecnologias de informação e de comunicação pelas organizações exige que os trabalhadores operem com a mediação de elementos cada vez mais complexos, o que põe em destaque os aspectos cognitivos das atividades e aviva o interesse por pesquisas e intervenções neste campo. Frequentemente os procedimentos são executados de acordo a crenças e paradigmas ineficazes, e uma avaliação racional e criativa pode identificar e eliminar estressores que complexificam a atividade. A análise e intervenção ergonômica da atividade exploram as interações das pessoas com as tecnologias, com as normas, com a organização do trabalho, mas carece de incluir, em seu instrumental, um vetor voltado para a interação das pessoas entre si, e mais, das pessoas consigo mesmas, questionando seus esquemas representacionais. É possível que a terapia cognitivo-comportamental ofereça às práticas organizacionais as ferramentas para a promoção do equilíbrio, da flexibilidade e da reestruturação cognitiva na elaboração do planejamento das atividades de trabalho. O objetivo deste trabalho é apresentar uma experiência de campo que ilustra como as intervenções ergonômicas podem beneficiar-se dos princípios e da aplicação da abordagem cognitivo-comportamental para reconhecimento de estressores e para reestruturação da atividade, visando manter a carga mental do trabalho em níveis ergonomicamente adequados. Trata-se da aplicação da “Técnica de Análise Ergonômico – Cognitiva do Trabalho” a um grupo de oito operadores de uma instalação petrolífera, onde se investigaram e trabalharam oportunidades de melhoria no que concerne a fatores de sobrecarga cognitiva, tomada de decisões, comunicação e cooperação, repartição e gerenciamento das tarefas. A aplicação da técnica teve a duração de sete horas, distribuídas em três encontros. O processo percorreu as seguintes etapas: sensibilização e motivação; informação e diálogo focado na Ergonomia; dinâmicas e discussões voltadas aos problemas da atividade; aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais com foco nas transformações desejadas; conclusão e planejamento para continuidade com apoio de multiplicadores. As técnicas utilizadas, em forma adaptada, foram: a) avaliação e transformação de pressupostos, regras e padrões; b) identificação de crenças condicionais; c) consideração das alternativas; d) busca de variações, entre outras. As dinâmicas não se restringiram as análises de postos de trabalho, ou de indivíduos isolados: trabalhou-se no plano interacional, sempre com foco na atividade compartilhada. As pessoas elegeram os temas: procedimentos para passagem de turno; o trabalho em equipe; a divisão do trabalho; concentração de atribuições. Identificaram e avaliaram os fatores de risco a eles associados, e propuseram ações para a transformação, firmando alguns pactos. Mapeou-se o processo de trabalho real, confrontando-o com as prescrições; localizaram-se as variabilidades, regulações e disfuncionamentos, compondo um diagnóstico que resultou em um plano de ação com estimativa de prioridades, compromissos e prazos, alcançando plenamente os objetivos inicialmente propostos. A grande contribuição da intervenção, contudo, foi a melhoria no clima organizacional, a recuperação da crença no sucesso da ação conjunta, e a motivação pessoal orientada a mudanças. Os resultados obtidos foram animadores e constituem mais uma pista de que a terapia cognitivo-comportamental pode ser adaptada para aplicações nas organizações.

## **15. NEUROCIÊNCIA E TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Coordenadora: Patrícia Porto

### **15.1 UM ESTUDO DE REVISÃO SISTEMÁTICA DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL (TCC) E NEUROIMAGEM NOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE.**

Patrícia Porto; Letícia Oliveira (Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ); Eliane Volchan (Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ); Ivan Figueira (Instituto de Psiquiatria-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ); Paula Ventura (Instituto de Psicologia-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ).

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

A investigação dos correlatos neurobiológicos relacionados à psicoterapia é de grande importância, pois a melhor compreensão dos mecanismos cerebrais subjacentes à terapia pode promover melhoras nas intervenções terapêuticas, assim como, ampliar o conhecimento sobre a formação e manutenção dos sintomas. Amparado nos avanços recentes das técnicas de neuroimagem alguns estudos têm se dedicado a esclarecer as mudanças cerebrais associadas à TCC. Este trabalho de revisão sistemática tem como objetivos investigar as mudanças neurobiológicas relacionadas com a TCC em transtornos de ansiedade, verificadas através das técnicas de neuroimagem; e identificar preditores de resposta ao tratamento. Foi realizada uma busca eletrônica em 26 de janeiro de 2007 nas seguintes bases bibliográficas: *Pubmed*, *Psychoinfo* e *Web of Science*. Foram, ainda, realizadas pesquisas a partir das referências dos artigos de revisão sobre este tema. Os estudos encontrados foram avaliados quanto ao seguinte critério de inclusão: estudos que avaliavam mudanças neurobiológicas devido à Terapia Cognitivo-Comportamental através de técnicas de neuroimagem; estudos que envolvessem pacientes adultos com Transtornos de Ansiedade. O critério de exclusão foi: estudos que utilizavam concomitantemente outro tratamento além da Terapia Cognitivo-Comportamental na mesma amostra de pacientes. Foram excluídos também os artigos com Transtornos de Ansiedade subclínico. As medidas de desfecho estudadas foram as mudanças neurobiológicas decorrentes da Terapia Cognitivo-Comportamental, avaliadas através de técnicas de neuroimagem. Foram relacionados todos os estudos que avaliavam mudanças neurobiológicas devido à TCC através de técnicas de neuroimagem. Dez artigos preencheram critérios de seleção desta revisão. Embora o número de estudos que participaram desta revisão seja pequeno eles demonstraram que a TCC é capaz de modificar a atividade neural disfuncional relacionada aos transtornos de ansiedade nos pacientes que responderam ao tratamento. A TCC modificou especialmente os circuitos cerebrais envolvidos com a regulação cognitiva de emoções negativas e com a extinção do medo. É importante ressaltar que o tratamento com TCC abrange técnicas específicas que permitem tanto a extinção do medo condicionado quanto a regulação cognitiva de emoções. Podemos mencionar para ilustrar as técnicas de exposição, distração e reestruturação cognitiva. O único estudo sobre predição de resposta de tratamento encontrado foi de Transtorno Obsessivo-Compulsivo. Este estudo mostrou que a atividade metabólica regional pré-tratamento mais alta no córtex pré-frontal esquerdo estava associada com melhor resposta à Terapia Comportamental. Apesar das limitações metodológicas, os estudos de neuroimagem iniciais revelaram que intervenções com TCC foram capazes de modificar os sistemas neurais disfuncionais relacionados aos transtornos de ansiedade nos pacientes que respondem à terapia.

## **15.2 NEUROBIOLOGIA DA REGULAÇÃO DA EMOÇÃO E TEPT: IMPLICAÇÕES PARA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.**

Izabela Mocaiber\*; Leticia de Oliveira\*\*; Mirtes Garcia Pereira\*\*; Walter Machado-Pinheiro\*\*; Paula Rui Ventura\*; Ivan Figueira\*; Eliane Volchan\* (\*Universidade Federal do Rio de Janeiro, Ilha do Fundão, Rio de Janeiro; \*\*Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro).

**Palavras-chave:** Emoção, Terapia Cognitivo Comportamental, Ressonância Magnética Funcional.

A regulação das emoções tem sido definida como estratégias conscientes e/ ou inconscientes para manter, aumentar, ou diminuir um ou mais componentes da resposta emocional, incluindo os sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas que constroem as emoções. Pode-se dizer que representa uma habilidade fundamental para a interação social, influenciando o comportamento e a expressão emocional. Algumas patologias mentais são parcialmente caracterizadas pela persistência de emoções negativas, onde a incapacidade de regular as emoções parece desempenhar um papel importante no desenvolvimento e manutenção das mesmas. É objetivo deste trabalho revisar os trabalhos científicos sobre as diferentes estratégias de regulação da emoção e os circuitos cerebrais subjacentes, apontando para as possibilidades terapêuticas. Os trabalhos que utilizaram a estratégia de reavaliação cognitiva observaram um padrão de ativação cerebral caracterizado por uma ativação significativa do córtex pré-frontal e uma diminuição da ativação da amígdala, sugerindo que o primeiro poderia estar modulando a atividade da última. Tem sido proposto que os sintomas do transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), especificamente, reflitam uma alta reatividade da amígdala a estímulos relacionados a medo, com uma concomitante falta de inibição promovida pelo córtex pré-frontal. Um recente estudo desenvolvido na Austrália (Williams, L. M. et al., 2006) examinou os efeitos do trauma sobre a atividade da amígdala e do córtex pré-frontal medial em resposta ao medo utilizando a técnica de ressonância magnética funcional. Os resultados mostraram que voluntários traumatizados exibiram uma redução pronunciada na atividade do córtex pré-frontal bilateralmente além de um aumento na atividade da amígdala esquerda, sugerindo que traumas importantes possam alterar o padrão normal de regulação da amígdala e do córtex pré-frontal medial. Trabalhos recentes observaram que mudanças cognitivas e comportamentais mediadas pela psicoterapia parecem levar a alterações na ativação de circuitos cerebrais envolvendo o córtex pré-frontal, e apontam para a possibilidade de modificação de associações neurais observadas em pacientes com transtornos psiquiátricos. De fato, várias patologias mentais, tais como a ansiedade, podem ser parcialmente explicadas por uma facilidade em engajar a atenção nos estímulos ou situações negativas. Dentro da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), além da técnica de reestruturação cognitiva, temos o emprego de várias outras técnicas. Dentre elas a técnica da distração, na qual o indivíduo deve prestar atenção em outros estímulos que não o que esteja causando alguma alteração emocional. Por exemplo, no caso do transtorno do pânico, os pacientes tendem a focalizar muito a atenção nas sensações físicas por eles experimentadas. A focalização da atenção nas sensações somáticas leva a um aumento da ansiedade, com conseqüente aumento das sensações físicas, fazendo com que o paciente focalize ainda mais a atenção nos sintomas. Temos um círculo vicioso que se estabelece. A técnica de distração pode, em alguns momentos, ser empregada no sentido de auxiliar o paciente a focalizar a atenção em outros estímulos, que não as sensações físicas. Conclui-se que os estudos sobre a neurobiologia da regulação da emoção têm implicações potenciais para a compreensão das bases psicopatológicas subjacentes aos transtornos psiquiátricos, orientando desenvolvimentos heurísticos e clínicos.

**Apoio Financeiro:** CAPES, PRONEX-FAPERJ, MCT-CNPq.

**15.3 NEUROIMAGEM E PREDIÇÃO DE RESPOSTA À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL** Liana Catarina Lima Portugal (Universidade Federal Fluminense, Niterói, Rio de Janeiro), Vanessa Rocha-Rego (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ), Isabela Lobo (Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ), Carlos Eduardo Nórte (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ), Mirtes Pereira Fortes (Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ), Letícia de Oliveira (Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ), Ivan Figueira (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ), Eliane Volchan (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ), Paula Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro, RJ).

Palavras chaves: Neuroimagem, Predição, Terapia Cognitivo-Comportamental

A neurociência tem desenvolvido vários métodos para potencializar a compreensão do funcionamento mental de indivíduos saudáveis e com transtornos psiquiátricos. Os avanços recentes nas técnicas de neuroimagem têm ajudado a aumentar o entendimento dos correlatos neurais dos transtornos mentais. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) se propõe a tratar de vários transtornos mentais, sendo assim é de extrema importância identificar preditores cerebrais relacionados com o sucesso da resposta ao tratamento psicológico. Através de uma revisão na literatura, identificamos possíveis preditores neurais associados à redução de sintomas em pacientes com transtornos psiquiátricos submetidos à TCC. A TCC é uma forma de extinção de aprendizado no qual a resposta de medo condicionado é inibida por novos aprendizados de segurança. Sendo assim, algumas estruturas cerebrais relacionadas com a extinção do medo condicionado são a amígdala e o córtex pré-frontal. No campo do transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), o maior volume do córtex cingulado anterior rostral (CCAr) prediz uma melhor resposta a TCC nesses pacientes. Essa estrutura está relacionada com detecção de conflito no domínio afetivo e em recrutar processos cognitivos para resolver o conflito emocional. Acredita-se que o CCAr seja requerido durante a terapia de exposição. Além disso, essa região está relacionada com a atenção focada a estímulos relevantes. A capacidade do paciente em focar sua atenção, principalmente quando é potencialmente ameaçado por distratores emocionais, também contribui para uma melhor resposta a TCC. Em pacientes com transtorno obsessivo compulsivo (TOC) foi encontrado que uma maior atividade no córtex orbitofrontal esquerdo, que são os mais graves, respondem melhor a TCC. Por outro lado, pacientes menos graves respondem melhor a medicação farmacológica. Os resultados deste trabalho sugerem que pacientes com TOC que apresentam características diferentes de atividade cerebral podem responder preferencialmente a um determinado tipo de tratamento. Esses estudos apontam para a importância de se utilizar técnicas de imageamento cerebral em busca de preditores para a seleção das intervenções, aumentando a eficiência dos tratamentos.

#### **15.4 TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO:**

William Berger (Instituto de Psiquiatria-UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: TEPT, farmacologia.

O transtorno do estresse pós-traumático (TEPT) é considerado por alguns autores como a reação mais grave ao estresse. Seus sintomas são divididos em três grupos: revivências, comportamento evitativo/entorpecimento emocional e hiperexcitabilidade, todos devendo estar presentes por pelo menos um mês após o indivíduo passar por um evento traumático em que reagiu com medo, horror ou impotência. Acomete cerca de 7,8% da população norte-americana, e menos de 60% dos pacientes responde ao tratamento farmacológico com as drogas de primeira escolha (inibidores seletivos da recaptação de serotonina – ISRS –), sendo que apenas 20 a 30% apresentam remissão completa do quadro. Mesmo com as duas únicas drogas atualmente aprovadas para o seu tratamento pelo *Food and Drug Administration* (FDA), a paroxetina e a sertralina, as taxas de resposta são próximas de 58 e 53%, respectivamente. Além disso, existe ainda a dificuldade de manejo dos casos de intolerância ou contra indicação ao uso dos ISRS. Devido a isto, existe uma enorme necessidade de pesquisa de terapias farmacológicas alternativas mais eficazes e com mecanismo de ação diferenciado para o tratamento do TEPT. Através de uma revisão da literatura, foram avaliadas as principais alternativas aos ISRS no tratamento do transtorno. Outras classes de antidepressivos apresentaram pouca eficácia nos sintomas do transtorno, com exceção dos IMAOs. Benzodiazepínicos devem, sempre que possível, ser evitados no tratamento do TEPT, pois podem aumentar o tempo do transtorno, quando comparados com o tratamento convencional. As drogas que, até o momento, apresentam maiores evidências científicas (nível B) para serem usadas em associação no tratamento do transtorno são a risperidona e o prazosin. Outras drogas como o valproato de sódio e a lamotrigina também parecem ser eficazes, embora ainda necessitem de um número maior de estudos. Mesmo com o emprego destas alternativas farmacológicas (monoterapia ou associação), o grupo de sintomas que causa maior limitação funcional (comportamento evitativo/entorpecimento emocional), infelizmente também parece ser o mais refratário ao tratamento. Conclui-se então, que o transtorno de estresse pós-traumático é uma doença crônica grave, altamente prevalente e de difícil tratamento. As terapias farmacológicas atuais apresentam uma taxa de resposta insatisfatória e novos estudos necessitam ser realizados a fim de se desenvolver alternativas para o tratamento do transtorno. Os dados disponíveis até o momento nos permitem concluir ainda que a terapia farmacológica isolada não é capaz de tratar adequadamente os sintomas tão heterogêneos que compõe o TEPT, e nem todos os pacientes que chegam aos consultórios (intolerância a medicação, contra-indicações para o uso de ISRS, etc.). Assim, o tratamento ideal deve-se levar em conta o quadro clínico predominante, a presença de comorbidades e ser associado a psicoterapia cognitivo-comportamental.

## **16. TEPT: ASPECTOS PSICOFISIOLÓGICOS E TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Coordenadora: Raquel Gonçalves (UFRJ)

### **16.1 ASPECTOS PSICOFISIOLÓGICOS DO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO**

Raquel Gonçalves, Carlos Eduardo Norte, Ana Lúcia Pedrozo, Ana Cristina Lages, Maria Pia Coimbra, Narahyana Bom de Araujo, Tânia Macedo, Paula Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

**Palavras-chave:** Transtorno de Estresse Pós-traumático, Psicofisiologia, Terapia Cognitivo-comportamental.

**Resumo:** Nas últimas décadas, pesquisadores têm se dedicado a estudar as alterações psicofisiológicas presentes no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O interesse nesses parâmetros deu-se em virtude de mudanças nos critérios diagnósticos ocorridas a partir do DSM-III-R. Nesta edição, foi incorporado o critério de reatividade fisiológica ao TEPT, incentivando, assim, o estudo de bases biológicas do transtorno. Essas pesquisas colaboram para que se obtenham informações mais precisas sobre esta psicopatologia, de modo que surjam possibilidades de tratamento capazes de alterar os aspectos psicofisiológicos a ela relacionados. Além disso, pode contribuir para a comprovação da eficácia de tratamentos que consigam modificar os mecanismos subjacentes ao transtorno. O objetivo deste trabalho é discutir as alterações psicofisiológicas presentes no TEPT. Momentos de estresse são acompanhados de modificações biológicas. Essas alterações costumam ser temporárias, desaparecendo com a cessação do evento estressor. No TEPT, a cronicidade do estresse induzida pelo transtorno provoca alterações crônicas no organismo. Algumas dessas alterações ocorrem no eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA), que passa a ter um padrão de ativação alterado, liberando quantidades incomuns de hormônios, como cortisol e dehidroepiandrosterona (DHEA). A maioria dos estudos sobre o cortisol, hormônio esteróide produzido pelas glândulas adrenais liberado em situações de estresse, indica que ele aparece em níveis aumentados no TEPT. Já o DHEA, também produzido pelas glândulas adrenais, funciona como um fator de proteção do organismo. É apontado como tendo níveis mais altos em indivíduos com TEPT do que na população geral. A variabilidade da frequência cardíaca, que corresponde ao estudo da influência da respiração no sistema cardiovascular, é outra variável psicofisiológica que tem sido estudada no TEPT. Este parâmetro está ligado ao sistema nervoso autônomo, e tem sido apontado como marcador biológico de regulação da emoção. Portanto, indivíduos com TEPT apresentam baixa variabilidade de frequência cardíaca, o que aponta para uma baixa capacidade de regulação da emoção e alta ansiedade. Já uma alta condutância da pele, ligada ao sistema nervoso simpático, correspondente ao sistema de luta-e-fuga do organismo, é frequentemente encontrada em indivíduos com TEPT. A frequência respiratória, por sua vez, é vinculada ao sistema nervoso autônomo e é considerada aumentada nesses indivíduos. A TCC é uma psicoterapia comprovadamente eficaz no tratamento do TEPT. Para testar sua eficácia, muitos estudos lançam mão de métodos que dependem do relato do paciente e de observações clínicas, como métodos psicométricos. Este tipo de procedimento, por conter certo grau de subjetividade, pode não traduzir de forma totalmente confiável a melhora do quadro. Pesquisas recentes vêm demonstrando como a TCC pode alterar parâmetros psicofisiológicos subjacentes ao transtorno. A utilização de métodos laboratoriais é uma maneira mais objetiva, e, portanto, mais confiável de comprovar a eficácia da terapia. A existência de um número reduzido de estudos na área demonstra a necessidade de se conhecer melhor a relação da TCC com esses marcadores.

## **16.2 OS BENEFÍCIOS DA INTRODUÇÃO DA CO-TERAPIA NO TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: UM ESTUDO DE CASO**

Ana Cristina Lages, Raquel Gonçalves, Ana Lúcia Pedrozo, Carlos Eduardo Norte, Maria Pia Coimbra, Narahyana Bom de Araujo, Tânia Macedo, Paula Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

**Palavras-chave:** Transtorno do Estresse Pós-Traumático, Exposição, Co-terapia.

Os sintomas característicos do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) abrangem três dimensões: revivescência; evitação e reatividade fisiológica aumentada. A terapia cognitivo-comportamental é comprovadamente eficaz no tratamento desse transtorno, sendo a exposição imaginária e *in vivo* um de seus ingredientes ativos. Sabe-se que os pacientes apresentam dificuldades em realizar as exposições por ser esta uma técnica bastante ansiogênica. Por isso acrescentamos ao nosso protocolo de tratamento, baseado no protocolo desenvolvido por Dra. Edna Foa, a co-terapia. Pretende-se com a adição das sessões de co-terapia garantir a correta aplicação das técnicas utilizadas e reduzir a possibilidade de desistência do tratamento. O presente estudo tem como objetivo apresentar um estudo de caso que pretende descrever os benefícios da introdução da co-terapia no tratamento de um paciente com TEPT resistente à medicação. Para tal foram utilizadas variáveis psicométricas de auto-relato para avaliar sintomas de TEPT (PCL-C - *PTSD Checklist-Civilian*), depressão (BDI - Inventário Beck de Depressão) e ansiedade (BAI - Inventário Beck de Ansiedade). Os níveis de resiliência foram medidos através da ER-89 (*Ego-Resiliency Scale*). Para quantificar o apoio social e a rede social foram utilizadas a MOS-apoio social (*Medical Outcomes Study's Social Support Scale*). A fim de ilustrar a aplicação da co-terapia, apresentaremos o caso de um paciente de 45 anos, com TEPT, que sofreu assalto à mão armada no local de trabalho. Seus sintomas incluíam evitação de situações e pessoas que lembrassem o evento traumático; irritabilidade; hipervigilância; pesadelos e *flashbacks* relacionados ao assalto; crises de ansiedade ao entrar em elevadores. Após o tratamento medicamentoso, o paciente apresentou resposta parcial nos sintomas de TEPT, sendo considerado resistente à medicação. Iniciou tratamento com TCC, tendo-se mantida inalterada a medicação ao longo de todo o tratamento. O tratamento com TCC foi feito ao longo de 16 sessões semanais, com duração de uma hora e meia cada, e de três sessões de co-terapia por semana. As técnicas utilizadas na co-terapia compreendem exposição imaginária e *in vivo*, treino de respiração e relaxamento muscular progressivo. A avaliação psicométrica foi feita antes e depois da TCC. Os resultados psicométricos indicam redução no escore do PCL-C de 51 para 41; diminuição nos escores de depressão e ansiedade, de 19 para 16 e de 21 para 15, respectivamente; e aumento nos escores de resiliência e apoio social, de 26 para 32 e de 51 para 68, respectivamente. Observaram-se mudanças em cognições mal-adaptativas, redução do comportamento evitativo e, atualmente, o paciente é capaz de utilizar transportes públicos, ir a shoppings, supermercados, casas de parentes, bancos, sem ansiedade. Tem apresentado melhora no relacionamento interpessoal. O presente estudo sugere que a introdução da co-terapia foi de vital importância para a adesão do paciente ao tratamento, favorecendo a redução dos sintomas característicos do TEPT e a potencialização de aspectos positivos da sua personalidade.

**Apoio Financeiro:** FAPERJ.



### **16.3 ALTERAÇÕES PSICOFISIOLÓGICAS PROPICIADAS PELA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: UM ESTUDO DE CASO**

Carlos Eduardo Nórte, Gabriela Guerra Leal de Souza, Ana Carolina Ferraz Mendonça de Souza e Eliane Volchan, Ana Lúcia Pedrozo, Ana Cristina Lages, Maria Pia Coimbra, Narahyana Bom de Araujo, Raquel Gonçalves, Tânia Macedo, Paula Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

**Palavras-chave:** Transtorno de Estresse Pós-traumático, Psicofisiologia, Terapia Cognitivo-comportamental.

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem sido associado com uma desregulação do sistema nervoso autônomo e neuroendócrino. O objetivo do presente trabalho foi o de relatar os efeitos da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) nos parâmetros autonômicos (frequência cardíaca, tônus vagal cardíaco, condutância da pele e frequência respiratória) e neuroendócrinos [cortisol e dehidroepiandrosterona (DHEA)], e psicométricos (afeto negativo, resiliência, suporte social, sintomas de TEPT, depressão e ansiedade). Para tal será feito um relato de caso de um paciente do sexo masculino com idade de 45 anos que preencheu os critérios do DSM-IV, para TEPT após ter sido assaltado à mão armada no banco em que trabalhava. Seus sintomas incluíam comportamentos evitativos em relação a situações e pessoas que lembrassem o evento traumático, pesadelos e *flashbacks* relacionados ao assalto, hipervigilância, crises de ansiedade e irritabilidade. Ao longo de 32 meses de tratamento com inibidores seletivos da recaptção de serotonina, o paciente apresentou resistência ao tratamento farmacológico tendo obtido leve melhora dos sintomas descritos. Seus parâmetros fisiológicos e psicométricos foram medidos antes e depois da TCC. Os resultados indicam mudanças em cognições mal-adaptativas de vulnerabilidade, tais como, "Estou sempre em risco, algo ruim poderia acontecer a qualquer momento comigo", "Eu sempre suspeito das pessoas" e "O mundo é perigoso". Estas foram substituídas por cognições mais adaptativas e realistas. Houve redução do comportamento evitativo e, atualmente, o paciente é capaz de utilizar transportes públicos, ir a shoppings, supermercados, casas de parentes, bancos, sem ansiedade. Tem apresentado melhora no seu relacionamento interpessoal e relata estar mais tolerante com as pessoas. Os resultados também indicam que a TCC diminuiu a frequência cardíaca, frequência respiratória, condutância da pele, e os níveis de cortisol. Houve, por sua vez, aumento do tônus vagal cardíaco e dos níveis de DHEA. Igualmente, a TCC promoveu redução nos sintomas de TEPT, depressão, ansiedade e nos escores de afeto negativo, além de aumento nos escores de resiliência e suporte social. Além disso, o presente estudo sugere que o tratamento cognitivo-comportamental pode ser considerado não apenas um redutor de aspectos negativos, mas também como tendo importante papel na potencialização de aspectos positivos correlacionados com a saúde física e mental. Esses resultados sugerem que o tratamento com TCC se correlacionou com uma normalização do sistema nervoso autônomo e neuroendócrino, sugerindo que a terapia atuou não apenas nos aspectos cognitivos e comportamentais, mas também nos marcadores neurobiológicos do transtorno e na própria avaliação subjetiva do paciente.

#### **16.4 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO.**

Ana Lúcia Pedrozo, Ana Cristina Lages, Raquel Gonçalves, Carlos Eduardo Norte, Maria Pia Coimbra, Narahyana Bom de Araujo, Tânia Macedo, Paula Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ).

**Palavras-chave:** Transtorno de Estresse Pós-traumático, Terapia cognitivo-comportamental.

A partir do aumento do índice de criminalidade nos grandes centros observa-se o aumento da prevalência do Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) na população dessas localidades. O TEPT é um transtorno psiquiátrico que se desenvolve após a ocorrência de um trauma. Possui amplo quadro de sintomas físicos, emocionais e comportamentais, tais como: 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 intrusivos, pesadelos e lembranças, que levam a pessoa a reviver todo sofrimento psicológico da experiência traumática. O referido transtorno acarreta prejuízos nos diversos aspectos da vida da pessoa, tais como: profissionais, sociais e familiares. Muitas vezes os pacientes utilizam medicamentos por anos, mas continuam a apresentar sintomas significativos e disfuncionais, como a evitação, entorpecimento emocional e hiperativação. Torna-se, portanto, essencial o desenvolvimento de tratamentos com estratégias mais eficazes, que tragam resultados positivos em curto prazo, e que restituam 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 trabalho é descrever o programa de tratamento que está sendo utilizado no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB). Esse programa é baseado no protocolo de tratamento da Dra. Edna Foa, autora reconhecida no campo do tratamento do TEPT com TCC, e consta de técnicas tais como: reestruturação cognitiva, exposição imaginária, exposição *in vivo*, psicoeducação, treino de técnicas de manejo de ansiedade, como respiração diafragmática e relaxamento muscular progressivo. Consta 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. Os pacientes que estão sendo tratados apresentam prejuízo funcional e social importantes e vêm recebendo tratamento medicamentoso há algum tempo sem apresentar melhora significativa dos sintomas. A eficácia do protocolo de tratamento está sendo avaliada pelos escores obtidos através da administração de questionários tais como o *checklist* para o TEPT (PCL), o Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), Escala de Afeto Positivos e Negativos (PANAS), Escala de Apoio Social do *Medical Outcome Study* (MOS) e a Escala de Resiliência EGO (ER – 89). Todos estão sendo administrados antes, durante e depois do tratamento. Ao final, esses dados serão submetidos à análise estatística para avaliar o impacto da TCC nos sintomas acima descritos.

# POSTER

## **1. INFARTO AGUDO DO MIOCÁRDIO: APLICAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA REABILITAÇÃO CARDÍACA.**

Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Universidade Federal Fluminense – UFF – Niterói/ RJ)

Palavras chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Cardiologia; Psicologia da Saúde.

Quando ocorre a oclusão da luz de uma artéria coronária, geralmente devido à formação de um trombo sobre placa aterosclerótica rota ou fissurada, acontece uma interrupção abrupta do fluxo sanguíneo, provocando uma necrose isquêmica do miocárdio. O Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) é essa necrose isquêmica do músculo cardíaco. O quadro clínico manifesta-se como dor precordial em aperto, com irradiação para membro superior esquerdo, mandíbula, pescoço e dorso. Pode surgir acompanhado de náuseas, vômito, sudorese e palidez. Os programas de reabilitação cardíaca têm como finalidade permitir que os pacientes cardiopatas que passaram por IAM retomem sua vida produtiva o mais breve possível, a despeito de possíveis limitações decorrentes do processo patológico. É comprovado o benefício da reabilitação cardíaca nesses pacientes, reduzindo os índices de mortalidade. Por meio da formulação cognitiva, observamos que alguns pacientes, após IAM, conforme proposto por White, podem desenvolver pensamentos de que suas vidas “jamais serão as mesmas”, o que é reforçado quando começam a receber orientações da equipe de saúde quanto à necessidade de mudanças em seu estilo de vida para controle dos fatores de risco (tabagismo, etilismo, dislipidemia, diabetes melito, hipertensão arterial sistêmica, hipertrigliceridemia, HDL baixo, sedentarismo, obesidade e depressão). Podem, então, acreditar que “nunca mais aproveitarão a vida”, e com isso aumentam a possibilidade de abertura de quadros depressivos. Por outro lado, o aumento de sintomas depressivos aliado às mudanças que devem ser, de fato, implementadas em seu cotidiano reforçam a crença de que, realmente, “não aproveitarão mais a vida”. A presença de superproteção familiar pode aumentar ainda mais esse círculo disfuncional. Realizado atendimento através da terapia cognitivo-comportamental (TCC) de pacientes que passaram por IAM visando eliminar crenças disfuncionais, reduzir a ansiedade e a depressão. Buscamos também facilitar a adesão ao tratamento médico, reduzindo possíveis comportamentos de risco. Promoção da melhoria da qualidade de vida dos pacientes. É criado um espaço para trabalhar medos, ansiedades e questões referentes ao adoecimento e ao tratamento. As dúvidas dos pacientes são esclarecidas, se necessário, com a ajuda de outros profissionais da equipe de saúde. Utilizada técnica de Entrevista Motivacional para favorecer a mudança de comportamentos de risco. Uso de questionamento socrático para o trabalho com os pensamentos automáticos, eliminando disfunções cognitivas. Utilizadas, também, técnicas de resolução de problemas como complemento do processo. Trabalho paralelo com os familiares, buscando favorecer a autonomia do paciente. O uso da TCC mostrou-se efetivo no acompanhamento psicológico de pacientes pós IAM e seus familiares, interrompendo o ciclo disfuncional acima citado, promovendo maior implicação do paciente em seu tratamento e facilitando a relação entre pacientes e familiares após a alta hospitalar.

## **2. DEMÊNCIA VASCULAR: UMA INTERFACE ENTRE A NEUROPSICOLOGIA E A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Alexandre Magno Frota Monteiro (Dignus, Rio de Janeiro, RJ), Luís Flávio Chaves Anunciação (Dignus, Rio de Janeiro, RJ), Rodrigo Cordeiro Barreto (Dignus, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: demência, neuropsicologia, reabilitação cognitiva.

Este estudo de caso indicia a importância da interface entre Neuropsicologia e Terapia Cognitivo-Comportamental visando a reabilitação cognitiva de idosos com síndrome demencial. O diagnóstico de síndrome demencial é feito quando há comprometimento, suficiente para interferir nas atividades diárias do paciente, da memória e de mais de uma outra área cognitiva. A demência vascular progride em etapas, ou seja, há um declínio cognitivo percebido nitidamente pelo paciente ou pela família. A cliente deste estudo é uma senhora de 64 anos, com curso superior incompleto, natural do Rio de Janeiro, divorciada, vítima de 7 AVC's. É pensionista de seu pai que era militar. Separou-se do marido ainda grávida do único filho, que atualmente tem 34 anos. Relata ter tido uma infância muito feliz na França e nos Estados Unidos. Não sabe relatar a última viagem que fez nem de viagens feitas dentro do Brasil, relatando somente viagens ao exterior. Possui conhecimentos de inglês e francês, sendo capaz de compreender e responder frases curtas quando interrogada. Há cerca de um ano e meio sofreu um acidente de carro quando estava ao volante. O filho a interditou judicialmente logo após o acidente, pois, de acordo com os médicos, ela apresentava diagnóstico de Alzheimer. Atualmente está internada em uma clínica geriátrica. Relata que aquele não é o seu lugar, mas diz gostar muito da casa, pois todos a tratam muito bem. Por vezes apresenta comportamento agressivo para com os funcionários e os outros hóspedes da casa. Apresenta dificuldade de marcha e equilíbrio. Por vezes esquece-se dos nomes de atores e pessoas importantes, o que a aflige muito. Possui a crença de que se a equipe de psicologia a avaliar e der um parecer favorável ela recuperará seus bens materiais na justiça e retomará sua vida novamente de forma independente. Queixa-se de sempre ter sustentado os outros e atualmente viver de mesada para comprar pequenas coisas, como lanches, visto que todas as suas necessidades estão atendidas pela casa geriátrica que reside atualmente. A avaliação neuropsicológica mostrou "características" de demência vascular. Os resultados apontam sintomas de depressão na área afetiva (reatividade emocional diminuída, anedonia, isolamento social e tristeza) e cognitiva (dificuldade de concentração, ideação de desesperança, de culpa e de inutilidade). O tratamento foi direcionado à: 1) orientação auto e alopsíquicas; 2) não memorização de dados novos, como nomes de pessoas; 3) habilidades sociais; 4) crença de que tem condições de viver de forma independente e sem cuidados fora da instituição em que vive atualmente. Como resultados obtivemos o aprendizado de estratégias compensatórias, onde tudo o que lhe era falado e ela julgava ter relevância era anotado em um bloco de anotações, o qual era revisto diariamente; diminuição do comportamento agressivo; melhora da orientação e do armazenamento de novas informações; e a aceitação de que apresenta dificuldades físicas e cognitivas e de que no momento carece de cuidados especializados.

### **3. A EFICÁCIA DO TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO SEM COMORBIDADES.**

Barbirato,F.; Bronstein,G.; Castro,A.; Marmulzstejn,L.; Zubcich,L.; Gester,A.P.; Caetano, F.; Votre,M.; Souto,O.; Braga,P.; França, V.L. (Setor de Neuropsiquiatria Infanto-juvenil da Santa Casa da Misericórdia -R.J)

Palavras chaves: cognitivo-comportamental- TOC- Infância

O presente trabalho baseia-se no programa de March & Mulle (1998) para o tratamento de crianças e adolescentes com TOC usando a Terapia Cognitivo-Comportamental. Embora vários estudos mostrem a eficácia da abordagem cognitivo-comportamental no tratamento do TOC em adultos, existem poucos trabalhos realizados no Brasil com crianças e adolescentes, havendo ainda certas lacunas no conhecimento específico do tema. Os critérios para inclusão na pesquisa são crianças / adolescentes de 9 a 14 anos, submetidas inicialmente a avaliação clínica de um psiquiatra da infância e adolescência do staff do Setor, apresentando sintomas de TOC sem comorbidades, nível cognitivo preservado e não estar tomando medicação específica para TOC. O plano de intervenção compõe-se de 24 sessões, individuais e de orientação familiar, adaptadas às especificidades da população e peculiaridades institucionais. O instrumento utilizado para a coleta de dados psicológicos dos participantes é a escala Yale-Brown de obsessões e compulsões - versão para crianças (Y-BOCS-VC). O programa de tratamento constitui-se de psicoeducação, para o paciente e a família, treinamento cognitivo, exposição graduada e prevenção de resposta. Foram elaborados pela equipe e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Santa Casa da Misericórdia, materiais de apoio para psicoeducação, adesão e motivação ao processo terapêutico. Desta forma, este trabalho tem o objetivo de contribuir para a promoção da saúde mental, com a sua divulgação entre os profissionais, os portadores do TOC, seus familiares e a população em geral.

#### **4. ATENDIMENTO COGNITIVO COMPORTAMENTAL DE UM CASO DE TRANSTORNO BIPOLAR DE HUMOR**

Ana Caroline Saldanha Martins e Mônica Portella (CPAFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Transtorno bipolar de humor, escala subjetiva de humor, treinamento em habilidades sociais.

O transtorno bipolar é um transtorno de humor, que durante muito tempo foi conhecido como psicose maníaca depressiva, entendendo-se depois que se tratava de um transtorno de humor que algumas vezes apresentava sintomas psicóticos. Esse transtorno consiste em fases de euforia, e de depressão, sendo separadas por uma fase chamada de remissão ou eutimia, que é uma fase assintomática. O objetivo desse estudo é mostrar um caso de transtorno bipolar utilizando a terapia cognitivo comportamental. A paciente em questão tem 58 anos e já apresentava os sintomas da doença há aproximadamente 30 anos, mas só foi diagnosticada há aproximadamente 20 anos, após uma internação causada por uma briga de família após um de seus comportamentos agressivos. Tem histórico de alcoolismo e uso de cigarros, mas atualmente bebe somente em festas, muitas vezes parando de tomar remédios, escondido da família, para beber. Já se tratava com psiquiatra, mas não conseguia psicoterapia, pois não gostava de nenhum psicólogo, que procurava. Fatores estressores causam as crises, como o casamento dos filhos, que causou depressão, a morte da mãe, do marido e o adoecimento do segundo marido, que causaram euforia. Quando procurou tratamento por vontade própria seu pai tinha falecido há um mês, mas não entrou em crise, estava somente em fase de luto. Quando em crise eufórica, se arruma demasiadamente, fala muito rápido, demanda atenção, quer trabalhar, largar a família, mente e chega a roubar, quando deprimida não tem vontade de fazer nada, fica na cama tem muito desânimo, fala pouco e mais devagar e chora com frequência. A maioria de suas crises é mista, ela tem sintomas de euforia, mas logo depois se dá conta sente-se culpada e, chora muito ficando deprimida. Em conversa com a família, pode-se perceber que eles têm dificuldades em encontrar a mãe na doença, sem saber o que é sintoma e o que é a personalidade dela, sendo algumas vezes agressivos. Trabalhos de psicoeducação com ela e com a família foram feitos, para que todos pudessem entender quando a crise estava começando, com ela fiz uma escala subjetiva de humor para que ela desse uma nota de zero a dez para o seu humor positivo e negativo durante o dia – de manhã, de tarde e de noite. A paciente já está em tratamento há dois anos, tendo sido internada três vezes, por causa de crises de euforia, mas mesmo assim a família percebe que ela tem tido uma melhora significativa, pois antes ela tinha mais crises mais intensas. Foi feito um trabalho com o objetivo de ensiná-la a identificar sintomas para prevenir quando uma crise começasse, e ela conseguiu fazer esse trabalho. Foi realizado treinamento em habilidades sociais, em especial o treinamento com assertividade, a paciente realizou uma série de deveres de casa com o objetivo de treinar essa e outras habilidades sociais. Concluímos que existem muitas dificuldades no tratamento do transtorno bipolar de humor, mas a terapia cognitiva comportamental tem se mostrado uma das mais eficazes para o tratamento desse transtorno.

## **5. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL E NEUROPSICOLOGIA: POSSIBILIDADES DE INTERVENÇÃO PSICOTERÁPIA EM CASO DE LESÃO NEUROLÓGICA.**

Carolinne Farias Amorim (Universidade Federal Fluminense- UFF – Niterói/ RJ)

Cristine Fares Maia (Universidade Federal Fluminense – UFF – Niterói/ RJ)

Adriana Cardoso de Oliveira e Silva (Universidade Federal Fluminense – UFF – Niterói/ RJ)

Palavras chave: Terapia cognitivo-comportamental; neuropsicologia, reabilitação cognitiva

A terapia cognitivo-comportamental tem estendido seus limites envolvendo hoje, além dos transtornos psiquiátricos do eixo I e II do DSM-IV-TR, diversos campos e populações específicas. Atualmente observamos o progresso desse enfoque também na área de reabilitação neurológica, atuando através, principalmente do que é chamado de reabilitação cognitiva, que se refere aos tratamentos planejados para ajudar no processo de recuperação das capacidades do sujeito que tenham sido comprometidas, principalmente nas áreas intelectual, da linguagem e da memória. De acordo com as dificuldades específicas do paciente, são selecionadas as técnicas que melhor se adequem a demanda apresentada. Esse trabalho apresenta um estudo de caso clínico de paciente masculino, quarenta e três anos de idade e escolaridade de nível superior completo. Foi realizado procedimento de avaliação psicológica, incluindo também a análise da documentação médica referente a seu quadro clínico e exames complementares. Posteriormente, foi iniciado procedimento terapêutico, no enfoque da terapia cognitivo-comportamental, com o paciente. Foram consideradas, além das necessidades encontradas na avaliação, médica e psicológica, também suas queixas diretas. Em seu quadro clínico, o paciente apresenta a ocorrência de Hemangioma Caveroso, com ausência de malignidade, detectado pela primeira vez há pouco mais de vinte anos, através de exame de corte histológico do cérebro intraparenquimatoso esquerdo, e acompanhado ao longo dos anos seguintes. Realizadas, ao todo, três intervenções cirúrgicas. Apresenta déficit cognitivo e de atenção, disfasia sensitivo motora e alexia, monoplegia braquial direita espástica, monoparesia crural direita. Laudo pericial de afastamento definitivo do trabalho devido à incapacidade de locomoção, leitura e escrita. Encontra-se em reabilitação com fisioterapia, fonoaudiologia e Terapia Ocupacional. No atendimento Psicológico foi realizada avaliação psicodiagnóstica para levantamento das reais necessidades do paciente, em apoio aos laudos médicos. Apesar de ser detectada na avaliação dificuldade de articulação das palavras e, às vezes, necessidade do paciente de repetir a mesma fala, o mesmo consegue compreender o que lhe é dito e expressar-se verbalmente de forma satisfatória para compreensão. Considera-se uma “pessoa normal”, incomodando-se com que considera “excesso de cuidados” por parte de seus familiares, que o “tratam como incapaz”. Diante do quadro exposto, foram selecionadas técnicas cognitivas e comportamentais que se adequassem à demanda de trabalho apresentada. Algumas técnicas tiveram que ser levemente alteradas de forma a se adaptarem as limitações do paciente, sem, no entanto, modificar suas características básicas. Apesar do processo terapêutico ainda estar em fase inicial, o paciente tem apresentado boa resposta, mostra-se bastante motivado e demonstra boa adesão ao tratamento. A terapia cognitivo-comportamental devido ao seu modelo de intervenção focal, direto e estruturado, apresenta boas possibilidades de trabalho sendo, no entanto, necessário o desenvolvimento de futuras pesquisas na área, envolvendo um número representativo de sujeitos, para que os procedimentos possam ser generalizados e aplicados a uma população ampla.



## **6. UMA PROPOSTA DE PROGRAMA DE REDUÇÃO DE STRESS ASSOCIANDO INTERVENÇÃO NA SITUAÇÃO DE TRABALHO E NAS COGNIÇÕES**

Elaine Viola (CPAF RJ - UFRJ); Mário Vidal (UFRJ); Mônica Portella (CPAF RJ – PUC Rio).

Palavras chave: *stress* ocupacional; análise ergonômica da atividade; técnicas cognitivo-comportamentais; programa de redução do *stress*

O *stress* é tema de interesse no campo organizacional e psicoterapêutico. Estatísticas do DIEESE apontam que 53,7% dos trabalhadores evidenciam sintomas de *stress*, sendo que 67,3% relacionam - no ao ritmo de trabalho. Os resultados das pesquisas de Lipp apontam as crenças irracionais como fonte principal de *stress* emocional e confirmam que a reestruturação cognitiva contribui significativamente para sua redução e controle. O modelo cognitivo – comportamental tem se revelado eficiente na proposição de estratégias para a reestruturação cognitiva das percepções e crenças auto limitadoras que formam a base do processo de *stress*. Como o *stress* é resultante da conjugação de processos internos e estressores externos, é importante investigar e tratar também as situações de trabalho, através de técnicas consagradas pelas ciências organizacionais. Os modelos psicossociais de gestão geralmente consideram como agentes estressores: fatores intrínsecos ao trabalho; papel do indivíduo na organização; relacionamento interpessoal; carreira e realização; a estrutura e o clima organizacional; e interface casa/ trabalho. Salientam que o impacto das fontes de pressão varia conforme suas características, mas não colocam em evidência estes processos. Na expectativa de obter uma articulação sinérgica entre as abordagens psicológicas e psicossociais, apresenta-se a proposta de uma associação da análise ergonômica da atividade à sistemática das técnicas cognitivo - comportamentais: o Programa *No Stress*, cujo objetivo é provocar e apoiar as mudanças comportamentais, cognitivas e afetivas que possibilitem uma melhor relação com a atividade de trabalho (impactando o desempenho), com os demais profissionais (impactando o clima organizacional), e consigo mesmo (melhorando a saúde e o bem estar). Com foco no equilíbrio emocional, a meta é capacitar e incentivar as pessoas e equipes a avaliarem e analisarem, de uma forma racional e criativa, as situações de trabalho e as limitações e capacidades individuais e do grupo, através de técnicas cognitivo – comportamentais, focadas em: a) estimular o questionamento das representações e percepções das situações, das pessoas, e de si; b) desenvolver o senso de auto eficácia, auto estima e assertividade, indispensáveis à boa avaliação e administração do fluxo de solicitações; c) administrar as preocupações e o humor; d) ensinar a controlar os processos autógenos através do pensamento, da respiração, da imagem mental. O *No Stress* inicia com uma investigação diagnóstica estruturada a partir da metodologia ergonômica. Valida os resultados com os envolvidos e compõe, de forma participativa, um projeto de intervenção onde constam metas, indicadores e prazos, amplamente consensuados. O Programa se desenvolve em um mínimo doze horas, percorrendo a pauta: a) apresentação do tema; b) trabalho vivencial; c) elaboração de propostas para a aplicação na atividade de trabalho; d) proposição de tarefa ao grupo. Paralelamente acontece a formação de multiplicadores, os quais monitorarão os resultados e garantirão a continuidade do processo, mesmo após a conclusão do programa. O principal diferencial de *No Stress* é a expectativa da transformação positiva sustentável por tratar o *stress* ocupacional como fenômeno que emerge da interação profissional das pessoas, destas com a organização do trabalho, e com as tecnologias de produção.

## **7. TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE UM CASO DE TOC, EM CLÍNICA-ESCOLA.**

Leila de Oliveira Ciqueira, Bárbara Rosário Velloso de Carvalho, Helene Shinohara (Pontifícia Universidade Católica, PUC-Rio. RJ).

Palavras-chaves: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Tratamento; Ansiedade.

O Transtorno Obsessivo Compulsivo é um dos transtornos da ansiedade. Sua manifestação ocorre sob forma de alterações do comportamento (rituais ou compulsões, repetições e evitações), dos pensamentos (obsessões como dúvidas, preocupações excessivas) e das emoções (medo, desconforto, aflição, culpa). A principal característica do TOC são obsessões e/ou compulsões graves o suficiente para consumir um tempo considerável e/ou interferir de forma significativa na rotina da pessoa. As obsessões são pensamentos ou impulsos que invadem a mente de forma repetitiva e persistente. Geralmente, são acompanhadas de medo, angústias, culpa ou desprazer. As compulsões ou rituais são comportamentos ou atos involuntários e repetitivos, executados devido às obsessões ou às regras que devem ser seguidas rigidamente. Tais comportamentos geram um alívio momentâneo da ansiedade gerada pelas obsessões. O presente trabalho relata o tratamento de E. G. M de 39 anos de idade, que procurou o SPA da PUC-Rio. Queixava-se de brigas com a filha, e conflitos frequentes com o marido, ora por eles não fazerem o que ela pedia, ora por eles fazerem o que ela detestava. Estava muito deprimida, pois não conseguia receber ninguém em sua casa e, nas raras vezes em que recebia visitas, fazia faxina geral na casa, pois a visita poderia ter trazido contaminação para sua família. Não deixava os filhos brincarem no quintal ou trazerem colequinhas em casa. Sentia-se muito cansada física e mentalmente. O Diagrama de Conceituação Cognitiva da paciente ressalta crenças centrais negativas sobre si e sobre os outros, e crenças intermediárias rígidas e disfuncionais a respeito da ansiedade e das alternativas para suas dificuldades. As estratégias compulsivas, de isolamento social e de dedicação integral à família ajudam-na a lidar com as crenças, apesar de limitá-la consideravelmente. No total foram feitas 28 sessões individuais semanais. Atualmente, E.G.M relata se sentir feliz, livre das preocupações, do perfeccionismo, e da mania de limpeza excessiva. Ampliou seus relacionamentos sociais, em função de que agora pode receber visitas e amigos. Melhorou o relacionamento familiar, os conflitos que tinha com a filha e marido acabaram. As restrições que fazia a eles não existem mais. Atualmente tem mais tempo para descansar, cuidar da saúde, viajar e passear com a família. E.G.M conta também com muito entusiasmo que está envolvida com a ASTOC-Rio, participando e palestrando sobre sua experiência de ex-portadora do TOC.

## **8. A EFICÁCIA DOS TESTES NEUROPSICOLÓGICOS DE MEMÓRIA EM ILETRADOS**

Curio, M.K.; Goldani, A.; Jacone, H.; Portilho, M.; Silva, A.; Werneck, C.; Rodrigues, D.; Silva, H.; Rimolo, I.; Queiroz, L.; Azevedo, R. (Laboratório de Ensino e Práticas Experimentais, Universidade Estácio de Sá, Campus Friburgo-RJ)

A população de idosos no nosso país aumentou de forma significativa nos últimos anos, paralelamente a isto todas as demandas associadas a esta fase de desenvolvimento emergem e precisam ser atendidas. As doenças degenerativas estão dentro deste rol e para serem melhor encaminhadas precisam de um processo de avaliação e intervenção que sejam eficazes. Daí a Neuropsicologia aparecer nos últimos anos como área exponencial da Psicologia. Em Neuropsicologia existem inúmeros testes com fins de investigar uma grande quantidade de habilidades e competências inerentes aos seres humanos, muitos deles ainda não padronizados e, portanto, necessitando serem pesquisados a fim de chegarem o mais próximo possível do nível de eficácia esperado. Uma das questões controversas neste âmbito é “os testes aplicados em sujeitos letrados apresentará a mesma eficácia quando aplicados em sujeitos iletrados, uma vez que estes dois grupos aparentemente possuem algumas diferenças no funcionamento cognitivo?”. Os objetivos são verificar a eficácia (sensibilidade) dos testes neuropsicológicos de memória na avaliação de adultos iletrados e não demenciados; verificar se o iletramento é uma variável que interfere nos resultados dos referidos testes; verificar se os sujeitos iletrados apresentam maior propensão aos problemas de memória. As hipóteses são, o iletramento não interfere no desempenho dos sujeitos adultos nos testes neuropsicológicos de memória, os testes é que não são suficientemente sensíveis para detectar as diferenças de funcionamento entre sujeitos letrados e iletrados. O método a ser utilizado definiu-se da seguinte forma: num primeiro momento serão organizados dois grupos denominados experimental e controle. Serão selecionados adultos de ambos os sexos, iletrados e residentes na zona urbana e zona rural (grupo experimental) e letrados (grupo controle) para entrevista inicial, a fim de investigar aspectos orgânicos, psicológicos e sociais relacionados à leitura e escrita. Aplicar o Mini Exame do Estado Mental para verificar se há indicadores de demência segundo o DSM IV. Posteriormente aplicar os seguintes testes (somente naqueles que forem selecionados após a entrevista e o mini exame do estado mental): Figura Complexa de Rey, RAVLT (lista de Rey, memória auditiva) e dígitos da Escala Weschler (ordem direta e inversa). No que diz respeito aos resultados a pesquisa está em desenvolvimento, posteriormente os resultados serão analisados a partir de modelo estatístico não paramétrico. Até o momento (julho de 2008) foram entrevistados e submetidos ao mini-exame do estado mental: Experimental masculino urbano: 9 pessoas, Experimental masculino rural: 2 pessoas, Experimental feminino urbano: 8 pessoas, Experimental feminino rural: 6 pessoas. Controle masculino urbano: 3 pessoas, Controle masculino rural: 3 pessoas, Controle feminino urbano: 2 pessoas, Controle feminino rural: 5 pessoas. Perfazendo um total de 38 pessoas. Foram submetidos ao RAVLT, Figura Complexa de Rey e Dígitos (ordem direta e inversa), Controle masculino rural: 1 pessoa, Controle feminino rural: 4 pessoas perfazendo um total de 6 pessoas.

**Palavras chave:** Testes neuropsicológicos, memória, iletrados.

**Apoio financeiro:** UNESA

## **9. ABUSO SEXUAL INFANTIL INTRAFAMILIAR**

Mônica Junqueira Karkow (Clínica Particular, São Leopoldo, RS).

Cristiane Lima Roa (Clínica Particular, São Paulo, SP).

Palavras chave: abuso sexual infantil intrafamiliar; disfunção sexual; memória.

A violência intrafamiliar afeta profundamente o desenvolvimento emocional das crianças, podendo ser praticada por um membro da família ou por alguém próximo à mesma. O abuso sexual infantil intrafamiliar é parte freqüente desta violência, sendo de extensa gravidade e complexidade social. Entende-se por abuso sexual qualquer forma de crime contra a liberdade sexual em que o agressor utilize fraude, chantagem emocional ou violência física para intimidar sua vítima. Azambuja (2007) explica que, dentre as várias manifestações da violência feita contra a criança, a sexual intrafamiliar apresenta maiores empecilhos de manejo, sendo responsável por marcas no campo psíquico, físico e social que podem estar presentes em toda a sua vida, fazendo-se necessária a participação de profissionais de diversas áreas do conhecimento na procura de opções para abrandar os danos. A interação multidisciplinar é fundamental nestes casos, pois as seqüelas da violência sexual abrangem aspectos orgânicos e psicossociais (com ênfase no desenvolvimento sexual infantil). O atendimento médico e psicológico é de extrema necessidade junto ao serviço social e judiciário. O abuso sexual infantil repercute no âmbito social e na constituição psicológica do indivíduo atuando como um fator de predisposição relevante para surgimento de sintomas de Transtorno de Estresse Pós Traumático e Disfunção Sexual. Os sintomas apresentados pelo indivíduo que sofreu o Abuso Sexual Infantil tem uma estreita relação com os aspectos da memória devido à evocação recorrente da situação traumática. Abordagens Neurobiológicas descrevem que situações estressoras têm efeitos deletérios em estruturas dimórficas do SNC alterando níveis hormonais que repercutirão na identidade e no comportamento sexual, porém cabe salientar que este é apenas um dos aspectos que atuam no continuum da sexualidade humana (Purves et al, 2005). Da mesma forma, o aprendizado e a experiência exercem grande influência no processo da sexualidade. Deste modo, as intervenções da terapia cognitiva podem produzir resultados exitosos em casos de Abuso Sexual na Infância, pois “fornece uma base teórica firme da qual retiramos tanto técnicas de pesquisa quanto de tratamento. (...). A complexidade do comportamento sexual em nossa cultura faz o foco cognitivo germinar para a área da sexualidade humana.”(Sbrocco e Barlow, 2004, p.383) As disfunções sexuais, de acordo com Kaplan (1974, p.243-244) "são desordens psicossomáticas que tornam impossível para o indivíduo ter coito e/ou gozar de prazer durante este. Os componentes tanto vasocongestivos como do orgasmo da resposta sexual podem estar inibidos, juntos ou em separado". Kaplan (1974) diz que várias autoridades consideram que uma primeira experiência sexual negativa exerce uma valiosa influência na gênese das disfunções sexuais. Na prática clínica, destaca-se a participação do psicólogo e do ginecologista que, na anamnese, poderão identificar as dificuldades da ordem da sexualidade e, se necessário, encaminhá-los a uma terapia sexual. Os profissionais devem compreender a severidade do fato e acreditar que a vítima de abuso sexual intrafamiliar poderá viver a sua sexualidade de forma saudável e prazerosa, até porque Masters e Johnson (1970) mostraram que a sexualidade é uma habilidade que pode ser aprendida.

## **10. O PAPEL DA CO-TERAPIA EM UM PROTOCOLO DE TRATAMENTO DO TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: UM ESTUDO DE CASO**

*Autor: Narahyana Bom de Araujo\* e co-autores: Ana Cristina Lages Corrêa\*, Carlos Eduardo Nórte, Raquel Menezes Gonçalves, Tânia Fagundes Macedo, Maria Pia Coimbra, Ana Lúcia Pedrozo, Carla Marques, Ivan Figueira, Paula Rui Ventura (Universidade Federal do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro, RJ).*

*Palavras chaves: Terapia Cognitivo Comportamental, Transtorno do Estresse Pós-Traumático, co-terapia*

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) é desenvolvido após exposição direta, testemunho ou conhecimento de um evento traumático, em que sintomas de revivência, evitação e hiperatividade autonômica estão presentes. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) apresenta eficácia comprovada no tratamento do TEPT, sendo considerada como primeiro tratamento de escolha. Dentre as técnicas comportamentais utilizadas no tratamento do TEPT, a exposição é o único tratamento com eficácia comprovada. Apesar dessas evidências favoráveis, a literatura vem apontando taxas elevadas de desistência nos tratamentos que utilizam a terapia de exposição. Somado a isto, a experiência clínica mostra que, frequentemente, o paciente apresenta dificuldades em realizar as exposições, assim como as técnicas de relaxamento de forma regular sem a presença do terapeuta. Baseado nesses dados, o objetivo desse estudo é relatar o estudo de caso de uma paciente de 50 anos diagnosticada com TEPT após um assalto em sua residência para ilustrar o efeito da introdução de sessões de co-terapia em um protocolo de tratamento para o TEPT de orientação cognitivo-comportamental baseado em Foa. Devido à intolerância à medicação prescrita para o controle dos sintomas, iniciaram-se sessões semanais de terapia com 90 minutos de duração, intercaladas com sessões de co-terapia três vezes por semana, tendo o tratamento quatro meses de duração. A co-terapia foi realizada por estudante de graduação devidamente treinada na aplicação das técnicas utilizadas, bem como capacitada na teoria da terapia cognitivo comportamental. Pretende-se com o acréscimo das sessões de co-terapia garantir a adesão ao tratamento, identificar e manejar obstáculos à implementação das técnicas, treinar o paciente na realização dos exercícios de relaxamento e facilitar o engajamento nas exposições imaginária e in vivo. Para avaliar a eficácia do protocolo foram aplicadas antes e após o tratamento inventários para mensurar sintomas de depressão (Inventário Beck de Depressão - BDI), ansiedade (Inventário Beck de ansiedade - BAI) e sintomas de TEPT (PTSD Checklist – civilian version- PCL-C). Ao longo do tratamento foi observada melhora do quadro, verificada no relato da paciente e na pontuação dos inventários. No BDI, houve queda de 8 pontos, passando de depressão leve a moderada para a pontuação limite para a presença de depressão. No BAI, houve queda de 35 pontos, denotando a passagem de ansiedade clinicamente significativa para baixo nível de ansiedade. No PCL-C, houve diminuição de 24 para 17 pontos. Foi observado que o acréscimo da co-terapia se mostrou de extrema importância para o sucesso do tratamento, garantindo a correta aplicação das técnicas utilizadas e reduzindo a possibilidade de desistência do mesmo. Trata-se, no entanto, de um estudo de caso com as limitações inerentes ao emprego dessa metodologia.

\*Bolsista pela FAPERJ  
Apoio Financeiro CNPq

## **11. GRUPO DE PESSOAS COM FOBIA ESPECÍFICA DE DIRIGIR: UMA PARCEIRA ENTRE PSICOLOGIA E CENTRO DE FORMAÇÃO DE CONDUTORES DE CAMPO GRANDE/MS.**

Patrícia da Cunha Montaña (Campo Grande - MS)

**Introdução:** Em meio às inúmeras enfermidades que vitimam a hodierna sociedade, os Transtornos de Ansiedade, apresentam-se disseminados, com um forte caráter debilitante e acarretando acentuado sofrimento psíquico o que, por conseguinte, gera prejuízos na vida socioafetiva das pessoas. Estima-se que 25% da população estarão sujeitos a um dos Transtornos de Ansiedade ao longo da vida Apesar da atual sociedade estar sempre apressada, de ter um trânsito caótico, com vias inadequadas, mal-sinalizadas, juntamente com a má-formação de alguns condutores (as) e o desrespeito às Leis de Trânsito, o principal fator para que a pessoa desenvolva o medo de dirigir é o psicológico. Assim, o medo de dirigir obviamente interfere na rotina diária da pessoa, especialmente por dificultar ou impossibilitar o seu direito de ir e vir, acarretando prejuízos em vários setores de sua vida, principalmente no tempo gasto em seus deslocamentos. A Terapia Cognitivo-Comportamental é o modelo não-farmacológico mais estudado e indicado para este Transtorno de Ansiedade. No entanto ainda são insuficientes estudos e pesquisas com enfoque na Terapia do Comportamento Emotivo-Racional. **Objetivo Geral:** Verificar a efetividade da Terapia do Comportamento Emotivo-Racional de grupo em pessoas com Fobia de Específica de Dirigir. **Objetivo Específico:** Apontar algumas técnicas para o manejo da Fobia de Específica de Dirigir. **Metodologia:** As sessões foram realizadas no Consultório Particular, na cidade de Campo Grande, no Estado de Mato Grosso do Sul, com periodicidade semanal e tendo cada sessão a duração de 01h30min. Participaram deste grupo 15 pessoas com Fobia de Específica de Dirigir, sendo 14 do sexo feminino e 1 do sexo masculino, de diferentes idades e classes socioeconômicas, encaminhadas para atendimento em Psicoterapia em grupo, por um Centro de Formação de Condutores de Campo Grande-MS. **Materiais e Instrumentos:** Roteiro de entrevista inicial – adolescente/adulto; Construção das principais metas individuais e grupais; caneta esferográfica e folhas A4 para o Registro ABC; Treino de Respiração leve e profunda; Relaxamento físico; Técnica de Exposição; Folha para Registro de Exercícios de Hierarquia; Kit Beck de Depressão e Ansiedade. **Resultados:** Foram realizados 16 encontros. Dos 15 participantes, 11 alcançaram a meta de dirigir em trânsito intenso sem medo e ansiedade e 03 dirigem em trânsito intenso, mas ainda apresentavam ligeiro desconforto. Uma integrante foi encaminhada à terapia individual por ter relatado outras fobias. **Conclusão:** Os resultados obtidos demonstraram que a TCER é efetiva no tratamento da Fobia Específica de Dirigir, possibilitando uma significativa melhora em um curto espaço de tempo, tendo também medidas de prevenção à recaída. Desta forma, os objetivos propostos neste trabalho foram atingidos. Contudo, mais pesquisas e estudos devem ser realizados, especialmente referentes a TCER. Este foi apenas um estudo, dos muitos já existentes na área das Terapias Cognitivas e espera-se que possa contribuir aos muitos que ainda virão.

Palavras-chave: Fobia Específica; Terapia Cognitivo-Comportamental; Terapia em Grupo.

## 12. PREVALÊNCIA DO ESTRESSE EM UNIVERSITÁRIOS DE PSICOLOGIA

Sílvia Verônica Pacanaro

(Psicóloga. Mestre em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco/Itatiba. Pesquisadora do Departamento de Pesquisas e Produção de Testes da Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.).

Milena de Oliveira Rossetti

(Psicóloga. Pesquisadora do Departamento de Pesquisa e Produção de Testes da Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.).

Irene F. Almeida de Sá Leme

(Psicóloga com especialização em Recursos Humanos pela Fundação Getúlio Vargas – FGV/SP. Docente das disciplinas Psicologia e Ética e pesquisadora do Departamento de Pesquisa e Produção de Testes da Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.).

Ivan Sant' Ana Rabelo

(Psicólogo. Mestre em Avaliação Psicológica pela Universidade São Francisco/Itatiba. Pesquisador do Departamento de Pesquisas e Produção de Testes da Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda.).

Ingo Bernd Guntert

(Psicólogo. Diretor da Casa do Psicólogo Livraria e Editora Ltda e do Departamento de Pesquisa e Produção de Testes.).

**Palavras Chaves:** testes psicológicos, níveis de estresse, estresse em universitários.

O termo estresse pode ser definido como toda reação do organismo que ocorre quando surge a necessidade de uma grande adaptação a um evento estressor. O estresse pode relacionar-se a componentes psicológicos, físicos, mentais e hormonais, tornando-se prejudicial se houver exposição prolongada ao evento ou por uma predisposição do indivíduo a determinadas doenças. O estresse pode se apresentar por meio de fases. A primeira fase é chamada de *alerta*, e os sintomas presentes dizem respeito ao preparo do corpo e da mente para a preservação da vida. Caso o estresse persista, inicia-se a fase de *resistência* originando uma sensação de desgaste e cansaço, e no caso dele persistir, o organismo exaure sua reserva de energia adaptativa e a fase de *exaustão* se manifesta, permitindo que apareçam doenças graves. Uma quarta fase foi identificada pela autora do instrumento utilizado nesta pesquisa, chamada de *quase-exaustão*, que encontra-se entre as fases de resistência e exaustão, e caracteriza-se por uma forte sensação de esgotamento. O estresse é estudado em diversos contextos, inclusive com estudantes universitários. Fatores acadêmicos influenciam no aumento de estresse, tais como falta de tempo para cumprir as atividades, apresentação de seminários em sala de aula, realização de exames bimestrais e semestrais frequentes, estágios, entre outros. Diante desta realidade, este trabalho teve por objetivo avaliar a prevalência do estresse entre os universitários por meio do Inventário de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), bem como investigar a relação entre o estresse e gênero. Participaram da pesquisa 228 estudantes do Estado de São Paulo, com idade variando de 17 a 63 anos, sendo 65 (28,6%) do sexo masculino e 160 (70,5%) do feminino. O instrumento foi aplicado em estudantes do 1º ao 5º semestre do curso de Psicologia de duas instituições de ensino superior particulares do Estado de São Paulo. Os resultados demonstraram que 86 (37,7%) não obtiveram estresse, enquanto que 141 (62,3%) permaneceram em alguma fase do estresse, sendo 2 (0,9%) na fase de alerta, 113 (49,6%) na fase de resistência, 21 (9,2%) na de quase-exaustão e 6 (2,6%) na de exaustão. Dos participantes que obtiveram estresse, 34 (75,2%) eram do sexo masculino e 106 (24,1%) do feminino. Para o sexo masculino 2 (5,9%) ficaram na fase de alerta e 32 (94,1%) na de resistência. No sexo feminino 79 (74,5%) permaneceram na fase de resistência, 21 (19,8%) na de quase-exaustão e 6 (5,7%) na de exaustão. Com relação à sintomatologia, 26 (81,3%) homens e 51 (64,6%) mulheres apresentaram prevalência de estresse em sintomas psicológicos. Verificou-se uma diferença significativa na média entre gêneros por meio do

*teste t*, de Student, de comparação entre médias. Pode-se concluir que mais de 50% da amostra apresentaram níveis elevados de estresse com maior prevalência na fase de resistência. Estes dados merecem ser investigados, visto que se não houver uma intervenção adequada nestas fases podem surgir sérias conseqüências para o indivíduo com prejuízos para atividades acadêmicas e profissionais. Novos estudos dessa natureza devem ser realizados com universitários, devido às conseqüências geradas pelo estresse excessivo, a fim de propor estratégias de intervenção e controle do estresse.



**13. A HIPNOSE COMO RECURSO AUXILIAR NO TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS: UM CASO CLÍNICO SOBRE A DIFICULDADE DE DIZER “NÃO” ASSOCIADA A SINTOMAS PSICOSSOMÁTICOS – Vanessa Dordron de Pinho (IBHA - Instituto Brasileiro de Hipnose Aplicada, Rio de Janeiro, RJ).**

Palavras-chave: hipnose clínica, habilidade em dizer “não”, treinamento de habilidades sociais.

A hipnose é um recurso terapêutico da prática clínica atualmente reconhecida por três Conselhos Federais: de Odontologia (Lei nº 5.081/1966), de Medicina (Parecer nº 42/1999) e de Psicologia (resolução CFP nº 013/00). O Conselho Federal de Psicologia aprovou e regulamentou em 20 de dezembro de 2000 o uso da hipnose como recurso auxiliar de trabalho do psicólogo. O psicoterapeuta que utiliza as ferramentas da hipnose para intervir em problemas emocionais, cognitivos, comportamentais, psicossomáticos entre outros, é chamado de hipnoterapeuta. O hipnoterapeuta clínico pode utilizar o recurso hipnótico como técnica auxiliar independentemente de sua abordagem terapêutica. A hipnose é considerada uma facilitadora do processo terapêutico por reduzir a resistência do sistema de crenças do paciente e conseqüentemente, acelerar o contato com conteúdos emocionais não conscientes. Em outras palavras, reduz a interferência cortical e ativa regiões mais primitivas do sistema límbico, permitindo uma reestruturação efetiva das crenças mais centrais do indivíduo. Atualmente, uma nova designação está se desenvolvendo entre terapeutas cognitivos: a hipnose cognitiva. No presente trabalho será apresentado o caso clínico de uma paciente de sexo feminino, de 51 anos de idade, que buscou ajuda terapêutica por apresentar problemas no funcionamento pulmonar. Segundo avaliação de diversos especialistas, não havia causa orgânica que explicasse sua sobrecarga pulmonar, acreditando que este sintoma seria psicogênico, mesmo ela tendo chegado ao ponto de apresentar apenas 10% da função pulmonar e ter entrado em coma. A paciente toma medicamentos para manter uma boa função de seus pulmões e revelou ainda apresentar falta de ar e cansaço em situações nas quais não consegue dizer “não” a favores pedidos pelos outros (e se sente uma “boba” depois), quando consegue dizer “não” (e se sente culpada depois) ou quando faz coisas que não está a fim de fazer, dizendo “não” para si própria (e se sente arrependida depois). A paciente definiu que sua meta terapêutica seria aprender a dizer “não” aos outros para deixar de sobrecarregar seu pulmão e aprender a dizer “sim” para si mesma. O objetivo deste trabalho é apresentar a associação da terapia cognitivo-comportamental às técnicas da hipnose clínica e ilustrar como a hipnoterapia foi utilizada neste caso clínico, auxiliando efetivamente o treinamento de habilidades sociais da paciente e o tratamento de seus sintomas psicossomáticos. Os objetivos terapêuticos foram alcançados com sucesso e o tratamento completo foi composto de treze sessões semanais de 1 hora. Após um mês da finalização dos atendimentos, a paciente acredita que os resultados alcançados se mantêm.