



ANAIS

Universidade do Estado do Rio de Janeiro

17/09/2010

Realização:

Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro – ATC-Rio

Instituto de Psicologia/UERJ

PALESTRA

1. EVOLUÇÃO DO CONCEITO DE ESQUEMA NA TEORIA COGNITIVA DA PERSONALIDADE

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

Palavras-chave: Esquema, Personalidade, Estratégias Evolutivas

O conceito de esquema na teoria da terapia cognitiva se desenvolve e amplia à medida que novos fenômenos vão sendo estudados. Isso não é algo que deva surpreender, pois a terapia cognitiva pretende integrar, de forma contínua, contribuições e descobertas que sejam fundamentadas pelos princípios da pesquisa científica. O objetivo deste trabalho é refletir sobre a influência que o estudo da personalidade gerou no desenvolvimento do conceito de esquema. A ampliação da terapia cognitiva ao tratamento dos transtornos da personalidade criou demandas para a teoria do esquema até então aplicada aos transtornos do Eixo I. Pretendemos aqui refletir sobre essas demandas, ou seja, de que modo a abordagem da personalidade levanta questões que nos obrigam a pensar de modo mais ampliado e, conseqüentemente, nos impelem a aprimorar conceitos e incluir novas contribuições teóricas ao modelo vigente. Iniciamos a apresentação destacando o conceito de esquema na forma como Beck e autores reconhecidos desenvolvem ao longo de seus trabalhos. Vemos, desde o início, a influência marcante do paradigma de processamento de informação delimitando o conceito a partir de seu caráter cognitivo, ou seja, designando uma estrutura de conhecimentos construída ao longo da vida, com a propriedade de gerir os processos interpretativos de nossa experiência. Em seguida, observamos textos importantes daqueles autores, que ampliavam o conceito de esquema à medida que a terapia cognitiva evoluía em direção aos transtornos da personalidade. Termos como esquema afetivo, esquema motivacional, esquema instrumental e esquema de controle passaram a coexistir relacionados ao esquema cognitivo, de modo a caracterizar a personalidade como uma organização estável de estruturas (esquemas) integradas. Nossa discussão prossegue com o destaque de uma série de desafios que o estudo da personalidade coloca em evidência e que ajudam a entender porque se tornou necessária a evolução do conceito de esquema. Neste tópico, incluímos o próprio conceito de personalidade, como um padrão cognitivo, afetivo e motivacional, que permanece estável ao longo da vida. Esse padrão revela uma estrutura difícil de ser desmembrada em sistemas isolados com processamento linear, onde se possa definir a primazia de qualquer um deles. Somando-se a esta questão, observamos a contribuição da teoria evolutiva a respeito do papel das estratégias evolutivas e sua relação com a produção de crenças. Finalizamos nossa apresentação com a conclusão de que as interações cognitivo-afetivas recursivas que caracterizam a estabilidade da personalidade apontam para um conceito de esquema que se beneficia bastante das contribuições do modelo de sistemas dinâmicos aplicado ao desenvolvimento da personalidade.

2. CRIANÇA BIPOLAR? CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Maria Alice Castro (Santa Casa de Misericórdia/RJ)

Palavras-chave: Criança, bipolar, terapia cognitivo-comportamental

O transtorno Bipolar na Infância afeta não apenas a criança como também a família, o funcionamento escolar e o relacionamento interpessoal. Devido ao recente interesse e à pesquisa sobre transtorno bipolar em crianças, hoje é aceito pela maioria dos profissionais da área da saúde que o transtorno pode afetar pessoas em qualquer idade. A intervenção precoce, efetiva de um tratamento psicoterápico, será fundamental para proteger e melhorar a trajetória do desenvolvimento infantil. A presente palestra tem como objetivo apresentar algumas características clínicas do transtorno em crianças e adolescentes e uma proposta com base na abordagem Cognitivo-comportamental em uma intervenção individual com orientação familiar. Esse procedimento desenvolve orientação ao paciente e à família sobre o transtorno bipolar, identificação das dificuldades associadas à doença, assim como ensino de métodos para monitorar a ocorrência, a gravidade e o curso dos sintomas. Pretende-se, de início, através da Psicoeducação, proporcionar a adesão à medicação, dando a criança e aos seus familiares informações sobre a natureza e o tratamento do transtorno bipolar, provendo ensinamentos teóricos e práticos para que possam compreender e lidar melhor com o transtorno. O modelo cognitivo é apresentado à criança de maneira que possa identificar e analisar as mudanças cognitivas que ocorrem nos episódios de depressão e nos episódios de elevação do humor. Na intervenção, consideram-se como os sintomas podem encobrir atributos positivos da personalidade da criança e ressalta-se a importância de fortalecer a auto-estima, que pode ajudar a diminuir a oscilação do afeto em relação aos eventos da vida. Após a compreensão de que os pensamentos, sentimentos e os comportamentos das pessoas estão conectados, cada um influenciando o outro, pode-se construir o Kit de ferramentas, capacitando as crianças a reunir várias atividades criativas, sociais e físicas, possibilitando a lidar com dificuldades emocionais ou situações-problemas. Com adolescentes, considera-se a necessidade da promoção de mudança de hábito de sono e desenvolver a habilidade para redução de estresse. São discutidos os problemas interpessoais e ensinadas técnicas para que sejam mais bem manejadas, como solução de problemas e treino de habilidades sociais. Verifica-se também a necessidade de ensinar métodos para monitorar a ocorrência, a gravidade e o curso dos sintomas, facilitando a aceitação e a cooperação no tratamento. Além disso, se busca estimular a aceitação da doença, diminuindo o trauma e o estigma associado ao transtorno. Observa-se que técnicas que ajudam a criança e os responsáveis a enfrentar fatores estressantes que estejam interferindo no tratamento promovem a prevenção de recaída. A Orientação à família pretende desenvolver habilidades de comunicação, ensinando a expressar sentimentos positivos e escuta ativa, diminuindo os níveis críticos e de conflito, criando, dessa maneira, o suporte familiar que a criança ou adolescente precisa. Desse modo, a terapia cognitivo-comportamental é uma terapia breve e estruturada, orientada para a solução de problemas, que envolve a colaboração ativa entre o paciente e o terapeuta para atingir objetivos estabelecidos.

MESA-REDONDA

1. O IMPACTO DA RESILIÊNCIA NA PSICOTERAPIA

Coordenadora: Paula Ventura (IPUB/UFRJ)

1.1 RESILIÊNCIA – O QUE É E COMO PODEMOS ESTUDÁ-LA?

Liliane Vilete (IPUB/UFRJ)

Palavras-chave: resiliência, saúde mental, revisão.

Resiliência, termo proveniente da física para descrever a capacidade de um material não se deformar ou quebrar ao sofrer uma pressão, encontra na Psicologia e Psiquiatria diversas definições a partir da metáfora de reação positiva a um estressor. O aprofundamento no tema leva à observação de que algumas dessas definições se contradizem trazendo à tona uma falta de consenso na literatura. O objetivo do presente trabalho é apresentar um panorama sobre a definição do construto, a partir da revisão de artigos relevantes e mais citados na literatura. É feita uma descrição da evolução histórica do conceito de resiliência e a comparação de suas diferentes definições e operacionalizações. Desde a coorte em Kauai conduzida por Werner e Smith - que destacou a superação de graves adversidades por crianças e que inaugurou a idéia, já ultrapassada, de uma possível “invulnerabilidade constitucional” - o conceito de resiliência evoluiu na Psicopatologia do Desenvolvimento ganhando maior complexidade. A partir de Rutter, passou a ser descrito como um processo dinâmico, relativo e resultado de interações entre fatores constitucionais e ambientais. Segundo Masten, para identificar o processo de resiliência dois julgamentos são necessários: que tenha havido uma ameaça significativa ao indivíduo e que a qualidade da adaptação seja boa. Assim, indivíduos não devem ser considerados resilientes se nunca tiverem sofrido uma ameaça significativa. Na Traumatologia, o conceito começou a ser estudado por Bonanno, que a considera uma trajetória de resistência a um evento traumático. Já nos estudos translacionais conduzidos por Yehuda, a resiliência poderia ser entendida também como recuperação. Em Inglês, vemos dois termos relacionados ao construto, com grafias distintas – “*resiliency*” e “*resilience*”. O primeiro, freqüentemente, é utilizado para se referir aos fatores (protetores) relacionados à resiliência, como um traço de personalidade do indivíduo que favorece a superação; já “*resilience*” costuma descrever o processo que leva à adaptação/superação de uma adversidade. Luthar *et al* acreditam que essa confusão entre “traço” e “processo” pode derivar, pelo menos em parte, da influência da literatura que versa sobre o construto “*ego-resiliency*”. Esse conceito se refere a uma característica pessoal do indivíduo, que refletiria uma resistência do caráter e uma flexibilidade de funcionamento na resposta a várias circunstâncias ambientais, com uma capacidade dinâmica de modificar o nível individual de autocontrole em resposta às demandas e ofertas situacionais. Algumas escalas que medem fatores relacionados à resiliência vêm sendo utilizadas. A maioria destes instrumentos tem enfoque sobre características individuais que podem estar relacionadas a um maior potencial de resiliência, como estilos de enfrentamento (*coping*), auto-estima e emoções positivas. Outras escalas incluem também dimensões ambientais, como de coerência familiar e de apoio social. Concluimos que, embora haja uma falta de consenso na definição do construto, a comparação de suas diferentes operacionalizações contribui para uma maior clareza sobre esse tema de crescente interesse na literatura.

1.2 OS INDIVÍDUOS PODEM TORNAR-SE RESILIENTES? PROMOÇÃO DE RESILIÊNCIA BASEADA EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Tânia Macedo, Raquel Gonçalves, Helga Rodrigues, Ana Lúcia Pedrozo, Maria Pia Coimbra, Alessandra Lopes, Liliane Vilete, Ivan Figueira, Paula Ventura. (IPUB/UFRJ)

Palavras-chave: Resiliência, terapia cognitivo-comportamental, prevenção.

Certos indivíduos, após passarem por situações adversas e extremamente difíceis, conseguem superar as conseqüências destas, muitas vezes saindo mais fortalecidos e preparados para enfrentar novas dificuldades. Na prática clínica, também observamos a capacidade de superação e mudança dos pacientes, que frequentemente conseguem vencer os sintomas e viver de modo mais saudável, interpretando a situação adversa de forma mais adaptativa ou resolvendo os problemas identificados. Para analisar este fenômeno, recorreremos ao conceito de resiliência. A resiliência significa a superação (ou adaptação, para alguns autores) diante de uma dificuldade considerada como um risco, e a possibilidade de construção de novos caminhos de vida e de um processo de subjetivação a partir do enfrentamento de situações estressantes e/ou traumáticas. A descoberta de como os indivíduos superam a adversidade colaborou na identificação das possibilidades de agirmos preventivamente. A partir dessa constatação, podemos nos perguntar se haveria uma forma de promover a resiliência nos indivíduos, aumentando desse modo a sua capacidade de superação de adversidades e prevenindo psicopatologias. Sabe-se que, clinicamente, alguns “fatores protetores” podem ser acessíveis à manipulação externa mostrando-se assim um foco potencial para futuros tratamentos e intervenções. Assim, os objetivos podem incorporar a promoção da prevenção ou melhora dos sintomas e não somente a diminuição desses após o diagnóstico de algum transtorno. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) baseia o seu tratamento na avaliação, identificação e reestruturação de pensamentos e crenças disfuncionais, focando também na resolução de problemas e no treinamento de estratégias de enfrentamento mais adaptativas. Com base nessas considerações, o objetivo do presente estudo é identificar as técnicas utilizadas em protocolos de resiliência baseados em TCC, avaliando a eficácia desta como estratégia de promoção da resiliência. Para tanto, realizamos buscas eletrônicas nas bases ISI e PubMed. Os seguintes termos foram usados: *resilienc**, *coping*, *subjective well-being*, *positive psychology*, *strengths*, *happiness*, *health promotion*, *positive adaptation*, *flexibility*, *post-traumatic growth*, *stress-related growth*, *positive emotion*, *behavi* therapy*, *cognitive therapy*, *cognitive behavio* therapy*, *CBT*, *cognitive reest**, *protocol*, *program*, *treatment*, *promotion*. Foram incluídos “articles” e “notes” e excluídos artigos de revisão e dissertações. Estudos que não utilizaram técnicas de TCC e que não descreviam protocolos de promoção da resiliência foram excluídos. Nossa busca identificou 1417 publicações, sendo que após revisão, 9 compõem a nossa amostra final. Todos os programas de resiliência pesquisados, os resultados apontaram para ganhos dos indivíduos participantes ao final do tratamento. As técnicas cognitivo-comportamentais foram um ponto em comum, embora com diferenças em relação às técnicas utilizadas, ênfase na promoção de determinados “fatores” de proteção e duração do programa de promoção da resiliência. Os protocolos incluíram a psicoeducação sobre o tema a ser trabalhado, no caso, a resiliência. A reestruturação cognitiva foi a base de todos os protocolos. Outras técnicas utilizadas foram a resolução de problemas e o estabelecimento de metas. O treinamento de habilidades sociais, técnicas de relaxamento, técnicas de manejo do stress e métodos para o aumento da auto-estima apareceram como importantes técnicas no processo de promoção de resiliência.

1.3 O PAPEL DA RESILIÊNCIA NO TRATAMENTO DE UM CASO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS TRAUMÁTICO.

Raquel Gonçalves, Maria Pia Coimbra, Tânia Macedo, Helga Rodrigues, Ana Lúcia Pedrozo, Alessandra Lopes, Mariana da Luz, William Berger, Paula Ventura (IPUB/UFRJ)

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

O transtorno de estresse pós-traumático acomete vítimas, testemunhas ou pessoas que tomam conhecimento de algum evento traumático envolvendo morte, sério ferimento ou grave ameaça à vida. Esses indivíduos apresentam sintomas de revivescência do evento, hiperestimulação autonômica e evitação de estímulos relacionados ao trauma. A resiliência é definida como a capacidade do indivíduo lidar com problemas, superar obstáculos ou resistir à pressão de situações adversas. S., sexo feminino, 46 anos, separada, natural do RJ, ensino fundamental completo, foi atendida pela equipe de Terapia cognitivo-comportamental (TCC) do laboratório de transtornos relacionados ao estresse do IPUB/UFRJ após 3 anos da ocorrência de um evento traumático. Trabalhava como cobradora de ônibus quando sofreu um grave acidente. A partir de então, começou a apresentar *flashbacks*, pesadelos relacionados ao trauma, dificuldade de concentração, irritabilidade, hiperestimulação autonômica, entorpecimento emocional e evitações que incluíam andar de ônibus, dirigir carro, notícias sobre acidentes, contato com pessoas do trabalho, família e amigos, sair de casa, principalmente em dias de chuva, som de ambulância. S., que era descrita como altamente resiliente por pessoas de sua convivência, passou por alguns tratamentos sem obter sucesso. Ao iniciar tratamento com TCC, apresentava crenças como “Sou uma pessoa fraca”, “Nada dá certo na minha vida”, “Se o acidente aconteceu, significa que acontecerá novamente”. Apesar disso, mostrou-se colaborativa, assídua e disposta a tentar mais um tratamento. Durante a terapia, houve grande dificuldade na realização das exposições, visto que S. apresentava sintomas dissociativos diante de qualquer estímulo relacionado ao trauma e mostrava alta ansiedade inclusive para fazer a hierarquia de exposições ao vivo. Contudo, seguia determinada a passar pelo processo de exposição. Após 16 semanas de tratamento, de acordo com o *Post traumatic stress disorder checklist* (PCL-C), a paciente passou a ser classificada como improvável caso de TEPT, o que foi evidenciado pela pontuação do inventário que caiu de 52 para 27 pontos. Houve diminuição significativa dos sintomas apresentados, o que estimulou a paciente a voltar a exercer atividades laborais, a retomar o contato com sua antiga rede social e a não mais evitar situações que a lembrassem o evento traumático. Sua resiliência aumentou após o tratamento, de acordo com as pontuações na Escala de resiliência (ER89) administrada antes, após o tratamento e um mês após o término deste (37-42-44, respectivamente). Pode-se perceber, neste caso, que a resiliência da paciente em questão foi de grande importância no tratamento, particularmente no período de exposição. O aumento da resiliência durante o período do tratamento, que se manteve no período de *follow up*, sugere que a TCC é capaz de estimular a capacidade individual de se recuperar de situações adversas, inclusive se elas ocorrem em situações extremas, como no caso acima descrito.

2. DESAFIOS NA ABORDAGEM CLÍNICA DO TDAH ADULTO

Coordenadora: Priscila Tenenbaum Tyszler (UERJ)

2.1 “EU TAMBÉM SOU MUITO DISTRAÍDO”: DESAFIOS DA PRÁTICA CLÍNICA PARA O DIAGNÓSTICO DO TDAH ADULTO.

Angélica Prazeres (IPUB-UFRJ/ CNA-Centro de Neuropsicologia Aplicada/ ANDE-Núcleo de Ansiedade e Depressão – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-Chave: Diagnóstico Diferencial, TDAH, Adultos.

O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) ocorre em uma faixa de 1 5% dos adultos, mas seus níveis de reconhecimento e tratamento estão abaixo disso. Com seu quadro de sintomas característicos, que inclui hiperatividade, impulsividade e dificuldades em concentrar a atenção, o TDAH adulto pode ser tão prejudicial quanto o é nas crianças. O TDAH na infância e na idade adulta é um transtorno neurobiológico válido, ou seja, pesquisas com tratamentos psicofarmacológicos, estudos genético, incluindo os de adoção, estudos de família, pesquisas de neuroimagem e neuroquímica e pesquisa em genética molecular sustentam a ideia de que o TDAH, como diagnóstico, cumpre as diretrizes dos padrões de validade. Os sintomas centrais na idade adulta são voltados para prejuízos na atenção, inibição e auto-regulação. Esses prejuízos geram limitações ao funcionamento resultando em desempenho acadêmico e profissional insatisfatório (por exemplo, problemas de organização e planejamento, entediamento com facilidade, dificuldade de manter a atenção à leitura e no trabalho burocrático, protelação, má administração do tempo, tomada de decisão impulsiva), habilidades interpessoais reduzidas (podendo apresentar problemas com amigos, dificuldades de cumprir compromissos, pouca capacidade de escuta, dificuldades com relações íntimas) e outros problemas com o comportamento adaptativo (baixo nível de instrução em relação à capacidade, má administração das finanças, problemas para organizar a própria casa, rotina caótica). Alguns desses sintomas podem se aplicar a quase todas as pessoas em determinados momentos de vida, como por exemplo grande parte das pessoas provavelmente já passou por fases onde se distraía facilmente ou até tem problemas constantes para se organizar. Além disso, outros transtornos psiquiátricos levam à desatenção ou a impulsividade como consequência. Exemplos clássicos, visto comumente na prática clínica, são os de indivíduos ansiosos ou estressados com uma rotina de trabalho e/ou estudo exaustiva ou até mesmo um paciente deprimido sem motivação para realizar suas atividades diárias relatam sintomas de desatenção significativos, esquecimentos frequentes, dificuldade para se concentrar e desorganização em relação a sua rotina e consequentes problemas de relacionamento com chefe, cônjuges, familiares e amigos. Portanto é importante que haja uma diretriz clara para avaliação desses sintomas que podem ser genéricos e não necessariamente pela existência de um distúrbio primário como o TDAH. Para tal, existem critérios diagnósticos bem definidos (DSM-IV-TR) nos quais devem haver evidências clínicas claras de prejuízo significativo ao funcionamento social, acadêmico ou ocupacional causados por conta dos sintomas de desatenção e hiperatividade e estes não podem ocorrer exclusivamente no decorrer de um transtorno de desenvolvimento generalizado, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e não podem ser melhor explicados por outro transtorno mental. Este trabalho tem como objetivo evidenciar estratégias de avaliação clínica para o TDAH adulto afim de promover uma diretriz de investigação de diagnósticos diferenciais e assim pontuar estratégias cognitivo-comportamentais mais eficazes para cada paciente.

2.2 TRATAMENTO DO TDAH – INTEGRANDO O TRATAMENTO PSICOTERÁPICO COM A PSICOFARMACOLOGIA.

Rafael Ferreira Garcia (IPUB-UFRJ/ ANDE – Nucleo de Ansiedade e Depressão – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-Chave: Tratamento, TDAH, Farmacologia.

O tratamento farmacológico do TDAH é fundamental para a melhora não apenas dos sintomas de desatenção e hiperatividade, como também para a melhoria de funções executivas necessárias para o sucesso da terapia cognitivo-comportamental. De fato, nenhuma forma de psicoterapia demonstrou eficácia isolada do tratamento farmacológico para o transtorno. Por outro lado, embora as medicações utilizadas atuem nos sintomas nucleares de desatenção e hiperatividade, elas não são capazes primariamente de criar hábitos ou modificar o padrão de comportamentos desadaptativos característicos dos pacientes com TDAH. Uma abordagem integrada envolvendo farmacoterapia e terapia cognitivo-comportamental, com o conhecimento por parte do terapeuta das bases farmacodinâmicas e farmacocinéticas das principais medicações utilizadas, é fundamental, portanto para o sucesso terapêutico de cada paciente. Diversas medicações podem ser utilizadas no tratamento do TDAH, entre elas psicoestimulantes, agonistas alfa-2 adrenérgicos, e alguns antidepressivos. As medicações estimulantes do sistema nervoso central são as mais efetivas – são capazes de promover uma melhora significativa em mais de 80% dos pacientes -- e amplamente utilizadas, são geralmente bem toleradas pelos pacientes, e apresentam bom padrão de efeitos colaterais. Diversas formulações estão disponíveis no mercado, embora no Brasil apenas o metilfenidato seja autorizado para esta indicação. Formulações de liberação imediata, fásica e prolongada estão disponíveis, com diferenças não apenas no tempo de ação, como também no perfil de efeitos colaterais - e portanto na tolerabilidade. Uma parcela pequena, porém significativa dos pacientes com TDAH não toleram ou tem o uso de psicoestimulantes contra-indicado, nestes casos, as medicações de segunda linha devem ser utilizadas, tendo em mente de antemão que estas apresentam uma efetividade menor, e um espectro diferente de efeitos colaterais. Embora a escolha da medicação seja muito importante para o sucesso do tratamento farmacológico do TDAH, é fundamental que o paciente utilize a medicação da maneira correta, evitando ao máximo falhas de tomada e atraso das doses. Diversas estratégias comportamentais são eficazes para minimizar falhas habituais, porém o sucesso dessas intervenções depende da identificação correta do motivo do paciente não tomar a medicação, pois embora grande parte dos pacientes simplesmente esqueça e pule as doses, frequentemente os pacientes postergam, evitam, ou mesmo têm crenças distorcidas sobre o uso da medicação. A abordagem específica de cada mecanismo deve ser realizada nestes casos. Esta apresentação tem como objetivo revisar a farmacologia das principais medicações utilizadas no manejo do TDAH e revisar as intervenções terapêuticas principais relacionadas ao tratamento medicamentoso, seus efeitos colaterais e aos diversos motivos relacionados à má adesão terapêutica.

2.3 ESTRATÉGIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA O TDAH ADULTO.

Priscila Tenenbaum Tyszler (UERJ)

Palavras Chaves: TDAH Adulto, Terapia Cognitivo-Comportamental.

Muitos pacientes com problemas em concluir metas, manter-se em um emprego, concluir a universidade e algumas funções sociais são posteriormente diagnosticados na clínica cognitivo comportamental, com TDAH. A prevalência do TDAH adulto é de 1% a 5% da população americana e, 30 a 80% das crianças com tal diagnóstico tem sintomas que persistem na idade adulta. Ainda que medicados, estes adultos apresentam sintomas prevalentes, tais como procrastinação, desorganização, inclusive financeira, dificuldade no uso de agendas, e relação interpessoal. Sendo o TDAH um déficit nas funções executivas, englobando dificuldade em: (1) estabelecer objetivos, (2) planejar, organizar e prever ações para atingir objetivos, (3) controlar impulsos para atingir intencionalmente os objetivos, e (4) auto-monitorar-se e autorregular-se, muitas das estratégias cognitivo-comportamentais podem ser adaptadas para compensar estes sintomas. O Objetivo do presente trabalho é relatar o levantamento feito das estratégias compensatórias presentes na literatura para lidar com estes sintomas persistentes a medicação. As estratégias compensatórias englobam (1) psicoeducação, (2) organização e planejamento, (3) lidar com a distratibilidade, (4) reestruturação cognitiva, (5) procrastinação, (6) solução de problema e tomada de decisão, (7) manejo da raiva e treino assertivo e (8) habilidades de comunicação. O Uso de textos sobre TDAH para a psicoeducação é útil, porém eles devem ser curtos e discutidos devido a resistência a leitura que alguns pacientes podem apresentar. O Uso de gráficos e desenhos pode auxiliar. O treino do uso de agenda de papel facilita organização e planejamento. Estratégias tecnológicas e alarmes devem ser utilizados apenas por sujeitos já habituados com as ferramentas e discutidos caso a caso. O auto-monitoramento é o mesmo utilizado habitualmente por terapeutas cognitivos comportamentais, contendo registro de hora, atividade e motivação para ação ou grau de engajamento. Uma das ferramentas para lidar com a distratibilidade é o uso de uma lista de pensamentos distratores e adiar a ação distratora mantendo-se na atividade principal. O controle do ambiente também deve ser debatido com o paciente. No caso da reestruturação cognitiva, muitas vezes pensamentos positivos como “terei tempo de sobra para realizar depois” pode ser uma armadilha para pacientes com esta sintomatologia e devem ser investigados e reestruturados tanto quanto os negativos como “nunca consigo o que quero”. O treino de solução de problemas e tomada de decisão é bem conhecido na literatura da TCC. Sobre as habilidades sociais, algumas pesquisas vêm sendo realizadas nesta área. Alguns pacientes apresentam queixas sociais seja pela dificuldade em mostrar-se interessado em um assunto, interromper conversas, ser agressivo devido a dificuldade de controle do impulso ou pouco empático pelo esquecimento de datas ou temas importantes para o cônjuge ou amigo íntimo. Portanto algumas estratégias de habilidades sociais também serão aqui adaptadas para esta população. Serão apresentadas estratégias citadas na literatura do TDAH e como podemos utilizar recursos conhecidos para o tratamento de ansiedade ou depressão para o manejo dos sintomas de TDAH.

2.4 “QUER DIZER QUE EU NÃO SOU BURRO OU PREGUIÇOSO?” O IMPACTO DO TDAH NA FORMAÇÃO DE CRENÇAS CENTRAIS DESADAPTATIVAS.

Aline Sardinha (IPUB-UFRJ, Consultório Particular/RJ)

Palavras-Chave: Crenças Centrais, TDAH, Ansiedade, Depressão

Na última década, a literatura científica internacional registrou inúmeros avanços no conhecimento acerca do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em adultos. Diversos tratamentos medicamentosos e estratégias psicoterápicas de orientação cognitivo-comportamental foram desenvolvidos e aplicados com sucesso, promovendo melhor qualidade de vida e redução do impacto dos sintomas do TDAH no funcionamento dos indivíduos acometidos. A fronteira do conhecimento, contudo, reside, atualmente, no impacto da presença de TDAH ao longo do desenvolvimento no tocante à formação das crenças centrais dos pacientes. Em função do comprometimento das funções executivas decorrentes do transtorno, portadores de TDAH costumam apresentar dificuldades e déficits funcionais em diversos aspectos da vida, notadamente, as atividades profissionais, os relacionamentos interpessoais e o manejo de situações cotidianas que exijam atenção, organização, planejamento, concentração, controle de impulsos e monitoração. Assim, ao longo de sua vida, o paciente com TDAH provavelmente estará exposto a inúmeras situações de desempenho insatisfatório, que podem favorecer a construção de uma visão de si como alguém pouco capaz de dar conta das demandas do ambiente e de desempenhar satisfatoriamente em diversos contextos. Outros pacientes relatam ainda perceber seu desempenho claramente abaixo de sua capacidade intelectual percebida, o que pode ser interpretado como um indício de que sua saúde mental ou sua capacidade de adaptação ao ambiente estejam prejudicadas. É recorrente ainda, observar na clínica o quanto alguns indivíduos com TDAH podem apresentar crenças desfavoráveis sobre o mundo ou os relacionamentos interpessoais, uma vez que as dificuldades executivas decorrentes do TDAH costumam ter um impacto negativo sobre as pessoas que se relacionam com o paciente e sobre a capacidade do paciente de alcançar resultados satisfatórios em seus projetos. Crenças centrais desadaptativas como estas estão intimamente relacionadas ao desenvolvimento de sintomas de ansiedade, especialmente ansiedade relacionada a desempenho, e depressão. Dessa forma, muitos pacientes têm o TDAH diagnosticado após procurarem atendimento em função de sintomas depressivos ou ansiosos. Serão apresentados neste trabalho alguns exemplos clínicos ilustrativos. Apesar de existirem medicamentos e técnicas cognitivo-comportamentais comprovadamente eficazes tanto para o TDAH quanto para ansiedade e depressão, é fundamental para o clínico cognitivo-comportamental compreender a interrelação presente entre as condições objetivas em que o desenvolvimento do paciente ocorreu e o modo como foram codificadas pelo indivíduo, de modo a poder embasar suas intervenções clínicas em uma conceituação cognitiva mais abrangente, englobando o sistema de crenças dos pacientes e sua relação com os padrões comportamentais e sintomas observados. Nesse sentido, passa a ser função do terapeuta cognitivo-comportamental não apenas auxiliar os pacientes com estratégias para o manejo dos sintomas, mas também ajudá-lo a resignificar sua experiência de vida à luz da psicoeducação sobre o TDAH, permitindo a reestruturação das crenças desadaptativas que embasam os sintomas psicológicos e os padrões comportamentais a serem modificados.

Bolsista Doutorado CAPES e INCT-TM (CNPq)

3. TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO: APLICAÇÕES E DESAFIOS.

Coordenador: Bernard Pimentel Rangé (UFRJ)

3.1 OS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS PARA ATENDIMENTO EM GRUPO SOB O ENFOQUE DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Priscilla Lourenço Leite & Bernard Pimentel Range (UFRJ).

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Intervenção, Grupo.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma modalidade terapêutica que já demonstrou ser efetiva em diversos estudos realizados acerca de seus pressupostos teóricos e resultados encontrados no tratamento de determinados transtornos psiquiátricos. Tradicionalmente, a TCC tem sido praticada em formato individual, no entanto, são inúmeros os motivos para exploração desta abordagem para tratamento em grupo, tais como: eficácia do tratamento, custo-efetividade, maior número de pacientes atendidos, entre outros. A TCC em grupo surgiu no final da década de 70, para tratamento da depressão. Atualmente, existem protocolos estruturados para diversos transtornos, tais como: pânico, transtornos alimentares, transtornos do humor, dependência química, entre outros e até mesmo para os transtornos de personalidade como o transtorno borderline. A eficácia da abordagem da TCC grupal com base no custo benefício e efetividade indicam que, cada vez mais, novos transtornos poderão ser tratados em grupo. Alguns autores ponderam que para cada transtorno far-se-á a utilização de determinada técnica, ou um conjunto de técnicas que viabilizem o manejo terapêutico, possibilitando maior eficácia do tratamento. O processo grupal pode ser definido como as interações interpessoais entre os membros do grupo e entre membros e terapeutas, onde o grupo funciona como um veículo de mudança guiado pelas interações entre os membros. No que concerne o atendimento em grupo da TCC, os grupos são estruturados, uma vez que focalizam atividades predeterminadas para a sessão condizentes com as estratégias do modelo cognitivo-comportamental. O objetivo do presente trabalho é investigar através de uma breve revisão de literatura, as bases históricas e teóricas da modalidade da TCC sob enfoque do atendimento em grupo. Para isso, analisaremos os principais conceitos fundamentais para realização e aplicação da TCC no formato grupo, tais como: instilação de esperança, universalidade, compartilhamento de informações, altruísmo, capitulação corretiva do grupo familiar primário e do aprendizado interpessoal, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, inclusão e coesão grupal, abertura e remoção do foco em si mesmo, etc. Devemos ainda, estudar o processo grupal e as habilidades do terapeuta assim como pressupostos e estruturas necessárias para a aplicação da TCC no viés grupal, como o modelo defendido por Burlingame que define a estrutura do contexto grupal, as características do paciente e a liderança como fatores preponderantes para o funcionamento do trabalho.

A TCC em grupo tem sua eficácia comprovada em diversos estudos. No entanto, é preciso que técnicas acima descritas sejam submetidas a maiores investigações científicas, tornando possível o desenvolvimento no campo da TCC grupal, assim como o processo terapêutico em si.

3.2 ADEQUAÇÃO DO PROTOCOLO UNIFICADO PARA O TRATAMENTO TRANSDIAGNÓSTICO EM GRUPO DOS TRANSTORNOS EMOCIONAIS

Ingrid Amorosino & Bernard Pimentel Rangé (UFRJ).

Palavras-chave: Protocolo Unificado. Tratamento Transdiagnóstico em Grupo, Terapia Cognitivo-Comportamental, Comorbidade.

A ocorrência de dois (ou mais) transtornos num mesmo indivíduo é descrita na literatura psiquiátrica e psicológica pelo termo comorbidade. Diferentes modelos foram propostos para explicar por que alguns transtornos co-ocorrem em índices maiores do que se esperaria ao acaso, mas eles não dissiparam as controvérsias. A maioria das pesquisas de eficácia de tratamento exclui pacientes com níveis significativos de comorbidade, porém, na prática clínica nos deparamos frequentemente com altas taxas de quadros comórbidos. Estes configuram-se como mais difíceis de ser tratados do que os contextos em que está presente apenas um transtorno. Apesar das evidências existentes da eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) com diferentes transtornos, quando mais de um transtorno é diagnosticado, evidencia-se certa não-especificidade da resposta ao tratamento e observa-se que muitos dos pacientes não respondem as intervenções tão bem quanto se gostaria. Também, há vários protocolos de tratamento para cada transtorno, por isso, faz-se necessária muita formação para conseguir integrá-los em uma prática clínica. Após anos de pesquisas, Barlow e seus colaboradores do *Center for Anxiety and Related Disorders*, da *Boston University Boston* Univeralty propuseram que, ao invés das diferenças, fossem refinados e integrados em um único protocolo, os aspectos comuns ao tratamento psicológico dos transtornos emocionais. Esta abordagem de tratamento promove a experiência de qualquer emoção, pois o seu foco está na mudança das respostas comportamentais a uma série de emoções e sinais emocionais. Assim, é realizada uma análise funcional, ao invés da dependência de categorias diagnósticas para o planejamento do tratamento; por isso, os sintomas relacionados aos diagnósticos simultâneos (e/ou associados) podem ser discutidos e até focados no tratamento. Os princípios de mudança do Protocolo Unificado (PU) resumem-se ao longo de seus sete módulos em: (a) alterar avaliações equivocadas de eventos importantes baseados em emoções (b) impedir a evitação de gatilhos negativos, internos ou externos, emocionalmente carregados e (c) modificar os comportamentos movidos pelas emoções. Geralmente, o PU é utilizado pelos autores no formato individual, mas já foi - em menor proporção - aplicado com sucesso em grupo, o que torna útil considerar a adaptação deste protocolo ao formato de atendimento em grupo e sua adequação ao contexto sócio-cultural brasileiro. Questões relacionadas ao formato de atendimento em grupo com pacientes com mais de um diagnóstico presente simultaneamente serão discutidas.

3.3 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA PACIENTES COM TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA.

Fernanda Coutinho & Bernard Pimentel Rangé (UFRJ).

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

No que se refere à formação de um grupo terapêutico na terapia cognitivo-comportamental (TCC) é importante estar atento a seleção dos pacientes e as características do terapeuta, ambos são fatores cruciais para o sucesso terapêutico. Na seleção dos pacientes é necessário, primeiramente, um diagnóstico preciso, pois isso ajuda na formação de grupos mais homogêneos. Outro fator a ser avaliado é a adequabilidade do paciente ao modelo da TCC em grupo. Além disso, se deve checar as expectativas do paciente em relação a um grupo terapêutico. Fatores demográficos também devem ser levados em consideração, o que inclui a idade, cultura, linguagem, gênero e classe social. A regra para lidar com essa questão irá variar de acordo com o tipo de grupo de atendimento que se deseja formar. Quanto ao terapeuta, o mesmo deve estar bem treinado no atendimento com base na TCC individual, além de já ter passado por uma experiência prévia da TCC em grupo. O que significa já ter passado por uma ou mais experiências atuando como co-terapeuta de grupos de tratamento nesta abordagem. Algumas características interpessoais do terapeuta são sugeridas para aqueles que vão trabalhar em grupo. Por fim, é esperado que haja dois terapeutas atuando em sintonia. O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é um transtorno de alta prevalência que atingirá 5,7% da população mundial em algum momento da vida. A TCC vem se mostrando uma abordagem bastante efetiva no tratamento do TAG e por ser um transtorno de alta prevalência, as formas de tratamento em grupo vem sendo mais avaliadas. Alguns fatores como menor custo e boa efetividade vem sendo levantados como bons prognósticos para o tratamento em grupo. No caso específico da TCC para pacientes com TAG, o foco costuma ser na preocupação invasiva, incontrolável e excessiva e nos sintomas somáticos (agitação, nervosismo, dificuldade de concentração, irritabilidade, tensão muscular e problemas no sono, entre outros), que são facilmente percebidos pelos pacientes. A TCC e sua ampla extensão de modalidades terapêuticas vêm se mostrando efetiva para o tratamento do TAG. O modelo seguido nesta apresentação será o Dugas e Robichaud que foca o tratamento no desenvolvimento da tolerância a incerteza. O protocolo se divide em 6 módulos: psicoeducação e treinamento de conscientização da preocupação; reconhecimento da incerteza e exposição comportamental; reavaliação da exposição à preocupação; treinamento de resolução de problemas; exposição imaginária e, por último, prevenção de recaída. Como resultado, os clientes ganham na qualidade de vida atrelada a uma maior capacidade de lidar com as incertezas da vida e a capacidade de distinguir e resolver problemas.

3.4 GRUPOS DE PREVENÇÃO E TRATAMENTO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA MULHERES COM DEPRESSÃO PÓS-PARTO Fernanda Martins Pereira & Bernard Pimentel Rangé (UFRJ)

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Grupo, Depressão Pós-Parto, Prevenção, Tratamento.

O nascimento de um filho geralmente provoca um profundo impacto na vida da mulher. A maternidade, associada em nossa cultura a um momento de profunda realização e felicidade, pode ser uma experiência de sofrimento emocional, marcada por uma ambivalência entre o desejo e o medo de ser mãe. As mudanças corporais, a troca de papel social e a responsabilidade de cuidar de uma criança constituem fatores potencialmente estressantes, que aumentam a possibilidade de ocorrência de episódios de ansiedade e depressão na mulher. Alguns quadros psiquiátricos podem surgir pela primeira vez ou serem agravados nesse período, como o transtorno obsessivo compulsivo e transtornos de humor. A depressão na gravidez representa um importante fator de risco para o desenvolvimento de depressão pós-parto. A depressão pós-parto já é considerada um problema de saúde pública em muitos países. Caracteriza-se por sintomas típicos do quadro de Depressão Maior acrescido da sensação de incompetência para cuidar da criança e intenso sentimento de culpa. Seu início é insidioso, normalmente entre a segunda e terceira semana após o nascimento da criança. Esse transtorno de humor pode afetar a saúde mental das mulheres como também de seus conjugues e filhos. Mesmo as formas mais leves de depressão pós-parto podem prejudicar a interação mãe-bebê. Muitas mães que estão nessa condição sofrem em silêncio, sem procurar ajuda médica ou psicológica. Algumas não aceitam que estejam deprimidas, sentem-se culpadas por seus pensamentos e sentimentos ou simplesmente desconhecem a origem de seus sintomas. No que se refere a tratamento, ainda não existem opções farmacológicas consideradas totalmente seguras em relação à passagem do medicamento através do leite materno, fazendo com que algumas mães rejeitem essa opção de tratamento. No intuito de resolver essa questão, um número cada vez maior de pesquisas vem se dedicando ao estudo de grupos de prevenção e tratamento para mulheres com depressão pós-parto. O objetivo desse trabalho é apresentar e discutir o formato desses grupos sob a ótica cognitivo-comportamental. Para isso, será feita uma revisão bibliográfica sobre o tema a fim de identificar quais são os elementos utilizados nesses grupos e sua real eficácia para o a prevenção e tratamento da depressão pós-parto.

Pesquisa financiada pela CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior)

4. CONTRIBUIÇÕES DAS NEUROCIÊNCIAS PARA A TCC

Coordenadora: Luciene Rocinholi (PUC-Rio)

4.1 NEUROCIÊNCIAS E ETIOLOGIA DOS TRANSTORNOS MENTAIS.

Érica de Lana (PUC-Rio); J. Landeira-Fernandez, (PUC-Rio; Universidade Estácio de Sá)

Palavras chaves: Psicopatologia; Psicoterapia; Neuroimagem.

Nas duas últimas décadas, as Neurociências têm contribuído enormemente para o conhecimento sobre as psicopatologias. Muito se tem estudado neste campo tanto sobre a formação dessas doenças, quanto sobre sua forma de atuação no Sistema Nervoso Central (SNC) e a eficácia de seu tratamento. Sua etiologia é multifatorial; envolve aspectos genéticos e influências ambientais. Esclarecer o envolvimento de situações emocionais adversas nos períodos iniciais do desenvolvimento neurobiológico pode contribuir para enriquecer o conhecimento sobre a etiologia dos transtornos mentais, bem como para o planejamento de intervenções. Este trabalho tem como objetivos: investigar a influência de experiências emocionais infantis nas psicopatologias, à luz das neurociências, e contribuir para o conhecimento sobre eficácia psicoterapêutica. A Plasticidade neural é uma propriedade adaptativa do SNC e é marcante nos períodos críticos do desenvolvimento neural, que envolve estágios embrionários, neonatais e infantis, fases onde a interação com o meio poderá exercer significativa influência na rede de sinapses. A literatura demonstra que as experiências negativas da infância com os adultos significativos, especialmente em períodos críticos do neurodesenvolvimento, podem causar alterações nos circuitos do cérebro ligados à emotividade. Este fator pode ser entendido como influente no desenvolvimento da psicopatologia, pois as experiências emocionais infantis negativas promovem uma hiperativação do eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenal) na fase adulta, culminando com potencialização das reações emocionais. Estudos científicos recentes acerca da perspectiva das Neurociências em doenças neuropsiquiátricas, especialmente focados nos achados de Neuroimagem estrutural e funcional, indicam a correlação entre a existência de experiências emocionais infantis negativas e a ocorrência de transtornos psiquiátricos. A literatura aponta alterações neuroanatômicas e neurofisiológicas especialmente em áreas associadas à emocionalidade. Em pacientes com história infantil de abuso ou negligência são encontrados, de forma combinada ou isoladamente: hipoativação do córtex pré-frontal (CPF), hiperativação da amígdala e volume hipocampal reduzido. Também se encontra que a amígdala participa dos processos mnemônicos ligados à emoção, orientando reações emocionais independentes da consciência do estímulo. Outros achados explicam o funcionamento dos esquemas desadaptativos pela estimulação repetida de vias neurais, o que fortalece a probabilidade de dispararem de forma automática e não consciente. Outros ainda, demonstram alterações neurofisiológicas (funcionais e estruturais) resultantes da psicoterapia, exatamente nas áreas límbicas (hipocampo, giro do cíngulo, amígdala, hipotálamo e CPF). Conclui-se que vários estudos têm indicado a correlação entre a existência de experiências emocionais infantis negativas e a ocorrência de distúrbios psiquiátricos. De modo consistente, os estudos indicam que pacientes com histórico de abuso físico/sexual/psicológico apresentam disfunção nestas áreas límbicas, o que pode ser associado aos déficits comportamentais (referentes à emocionalidade, como impulsividade, agressividade, embotamento) característicos de transtornos mentais como os de ansiedade, personalidade e a depressão. Isso sugere que a prática do psicoterapeuta seja orientada também na investigação da história pregressa do cliente, especialmente no que tange à infância, como um dos fatores contribuintes para a etiologia dos transtornos mentais.

Apoio: CAPES, CNPq, FAPERJ

4.2 TRANSTORNO DO PÂNICO SOB A ÓTICA DAS NEUROCIÊNCIAS.

Carolina Irurita Balesteros (PUC-Rio); J. Landeira-Fernandez, (PUC-Rio; Universidade Estácio de Sá).

Palavras-chave: Neuroimagem; Neuropsicologia; Transtorno do Pânico.

O transtorno do pânico é caracterizado pela recorrência de ataques de pânico, pela ocorrência de um inesperado novo ataque e por um sentimento de ansiedade na espera de sentir um novo episódio. Qualquer pessoa pode ter um ataque de pânico. Sua deflagração parece ser determinada por um limiar biológico. Esse limiar depende de fatores genéticos e ambientais, tanto de desenvolvimento quanto os ligados ao estilo de vida do indivíduo. Entender a neurobiologia dos transtornos mentais tem ajudado imensamente na compreensão destas psicopatologias. Este entendimento pode ser de suma importância para o psicoterapeuta, uma vez que, proporcionando uma maior compreensão das dificuldades do paciente, ajuda a realização de um diagnóstico diferencial. A interação entre psicoterapia e neurociências também contribui no planejamento da estratégia utilizada no tratamento. O presente trabalho tem como objetivo explicar a neurobiologia do transtorno do pânico, apresentando algumas estruturas que aparecem alteradas de forma mais consistente e relativamente específicas no transtorno de pânico. A interação entre as neurociências e a psicologia, através de estudos neuropsicológicos e psicobiológicos, tem otimizado nosso conhecimento acerca das diferentes psicopatologias. Muitos anos atrás pensava-se que o grupo dos transtornos de ansiedade era puramente de natureza psicológica. Porém, na atualidade, muito tem sido aprendido sobre a circuitaria neural do medo e da ansiedade utilizando modelos animais; além disso, os estudos atuais de neuroimagem levantaram novas hipóteses que ligam componentes biológicos à etiologia e à sintomatologia específica dos diferentes transtornos de ansiedade. As técnicas de visualização cerebral (Ressonância Magnética Computadorizada – Estrutural e Funcional; Tomografia Computadorizada; PET-Scan; ROI; entre outras) permitem a avaliação ao vivo do cérebro humano, possibilitando uma melhor compreensão de suas propriedades anatomofuncionais e substratos metabólicos. Assim, a neuroimagem pode ser utilizada na busca de uma maior compreensão dos transtornos mentais, tais como o transtorno do pânico. As manifestações deste transtorno incluem uma variedade de sintomas de tipo cognitivo, comportamental e fisiológico. Devido à natureza destes sintomas, áreas sub corticais como os núcleos da base e o sistema límbico sugerem participação na fisiopatologia do transtorno do pânico. Redução do volume das áreas do lobo temporal, a amígdala e o hipocampo, como também um aumento de volume do córtex insular e algumas mudanças nas estruturas do tronco encefálico foram encontrados em pacientes com transtorno do pânico. Essas estruturas participam da avaliação das emoções negativas e da significação ou interpretação dos sintomas físicos, potencializando o estresse cognitivo e gerando os ataques de pânico. A compreensão das especificidades neurais do transtorno do pânico auxiliam tanto na escolha da estratégia da terapia quanto no prognóstico do tratamento.

Apoio: CAPES, CNPq, FAPERJ

4.3 AVALIAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA: ENTENDENDO O FUNCIONAMENTO NEUROCOGNITIVO INFANTIL COMO AUXÍLIO NA TCC.

Luciana Brooking Teresa Dias (PUC-Rio); J. Landeira-Fernandez, (PUC-Rio; Universidade Estácio de Sá).

Palavras chaves: Desenvolvimento infantil, funções cognitivas e neuropsicologia.

A Avaliação Neuropsicológica (ANP) é uma ferramenta que pode auxiliar a prática terapêutica, seja uma psicoterapia ou uma reabilitação neuropsicológica, uma vez que permite entender o funcionamento neurocognitivo e os efeitos dos comprometimentos encefálicos na cognição e nas atividades de vida diária. Na ANP se podem avaliar as funções cognitivas tendo um perfil de seu funcionamento, além de verificar o que está preservado ou comprometido. Durante o desenvolvimento infantil, o aspecto cognitivo vai sofrendo modificações que são necessárias para que a criança tenha bons resultados de aprendizagem. Uma boa aprendizagem requer um bom funcionamento encefálico, um desenvolvimento cognitivo dentro dos padrões esperados para sua faixa etária, auto-regulação, um ambiente enriquecido, além de sofrer influência genética. Dessa forma, cada sujeito tem um desenvolvimento esperado, porém apresenta características próprias (cognitivas, crenças, pensamentos, sentimentos) que sofrem influência da maturação encefálica e do meio externo em que vive. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é apresentar a avaliação neuropsicológica como uma ferramenta de auxílio na psicoterapia cognitivo-comportamental, uma vez que permite conhecer o funcionamento neurocognitivo da criança. O presente trabalho será ilustrado com apresentação de 2 casos clínicos, ambos meninos de 7 anos, porém um com queixa de comportamento e com dificuldade de aprendizagem, e o outro também com queixa comportamental, entretanto sem dificuldade de aprendizagem. Através de testes neuropsicológicos, como a Escala de Inteligência Wechsler para Crianças (WISC), e algumas tarefas, como a Fluência Verbal, pode-se avaliar os domínios cognitivos, tais como: Memória Episódica, Memória de Trabalho, Linguagem, Funções Executivas, Sensação, Percepção e Atenção, Pensamento, Habilidades Motoras e Visuo-Construtivas. Com um laudo pronto, torna-se mais consistente o conhecimento sobre o funcionamento de seu cliente, facilitando o processo psicoterapêutico. Essa ferramenta dará bases mais sólidas para a negociação com a criança, para um melhor gerenciamento dos pais, promovendo uma melhor regulação do comportamento. Com base nos estudos da literatura, tem-se conhecimento das características esperadas de cada função cognitiva e a avaliação vai ajudar a verificar esse desempenho. A partir de seus resultados se tornará mais eficaz a intervenção psicoterapêutica, possibilitando o desenvolvimento de habilidades cognitivas e sócio-emocionais, que são a base para o sucesso escolar, acadêmico e profissional. Dessa forma, uma estimulação feita de forma correta irá melhorar o processamento neurocognitivo da criança, pois quanto mais cedo intervir, melhores taxas de retorno serão obtidas no seu desenvolvimento emocional, na sua personalidade, na aquisição de habilidades, nas suas interações sociais, no bom funcionamento encefálico, facilitando seu processo de aprendizagem.

Apoio: CAPES

4.4 PSICOFARMACOLOGIA E PSICOTERAPIA.

Luciene de Fátima Rocinholi (PUC-Rio); J. Landeira-Fernandez, (PUC-Rio; Universidade Estácio de Sá).

Palavras- Chave: Psicofarmacologia, Psicoterapias, Terapia Cognitivo-Comportamental

Tanto a psicoterapia como as terapias biológicas provaram ser benéficas para tratar a doença mental. O foco atual está em combinar terapias biológicas com outras abordagens terapêuticas para otimizar o tratamento de cada paciente. O objetivo deste trabalho é reunir informações sobre os tratamentos utilizados e mais indicados para os diferentes transtornos mentais classificados no DSM IV-TR. Existem dois métodos essenciais utilizados para tratar a doença mental, o psicológico e o biológico. O tratamento psicológico formal é a psicoterapia, que visa modificar os padrões de pensamento ou comportamento, embora variem as formas de efetuar essas mudanças. As terapias biológicas refletem o uso de psicofármacos, drogas que afetam as funções do cérebro e também modificam comportamentos. Para a maioria dos transtornos de ansiedade, a Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) funciona melhor e seus efeitos persistem por muito tempo depois do tratamento do que as drogas ansiolíticas, contudo estas também são benéficas em muitos casos. Quanto ao tratamento das fobias, a TCC tem se revelado uma técnica muito útil e de efeitos duradouros, diferentemente dos tranquilizantes, pois assim que são suspensos, a fobia retorna. No tratamento do transtorno do pânico tem sido usada imipramina, um antidepressivo tricíclico, contudo a droga não reduz a ansiedade antecipatória do cliente com medo de um novo ataque. A TCC pode ser tão ou mais efetiva do que a medicação no tratamento desse transtorno para romper a associação aprendida entre os sintomas físicos e o sentimento de destruição iminente. Já para o tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) as drogas ansiolíticas tradicionais são ineficientes, sendo usados com mais eficácia os antidepressivos, inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS). A TCC é efetiva no tratamento do TOC e valiosa para aqueles que não se beneficiam da medicação. Para tratar a depressão, a psicofarmacologia oferece antidepressivos inibidores da monoaminaoxidase, tricíclicos e ISRS. Já a TCC trata a depressão ajudando o paciente a pensar adaptativamente, melhorando o humor e o comportamento. Quanto a esquizofrenia, está bem estabelecido a essencialidade da medicação no seu controle. O haloperidol e clorpromazina revolucionaram o tratamento deste transtorno e se tornaram a terapia mais utilizada para tratá-la. Contudo, a medicação não tem um impacto substancial sobre o funcionamento social do paciente e é mais eficaz quando usada em combinação com outras abordagens de tratamento, como o treinamento de habilidades sociais e de habilidades de auto-cuidado. O Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) tem como tratamento mais comum a ritalina, um estimulante do Sistema Nervoso Central. Já a TCC visa reforçar comportamentos positivos e ignorar ou punir comportamentos-problema. O tratamento dos transtornos mentais visa a ajudar a pessoa pensar e se comportar de maneira mais adaptativa. Pesquisas recentes mostraram que a medicação associada à terapia comportamental é mais efetiva do que qualquer das abordagens separadamente.

Apoio: FAPERJ

5. CASOS CLÍNICOS EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL BASEADOS NA CONCEITUAÇÃO, NA AUTOCONSCIÊNCIA E NA RELAÇÃO TERAPÊUTICA

Coordenadora: Eliane Mary de Oliveira Falcone (UERJ; Curso de Formação em Terapia Cognitiva)

5.1 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA, AUTOCONSCIÊNCIA E RELAÇÃO TERAPÊUTICA: ELEMENTOS CHAVE DE MUDANÇA EM TCC.

Eliane Mary de Oliveira Falcone (UERJ; Curso de Formação em Terapia Cognitiva)

Palavras chave: conceituação cognitiva, autoconsciência, relação terapêutica

O reconhecimento da eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) em uma ampla variedade de problemas clínicos já constitui um consenso na literatura psicológica e psiquiátrica. As ciências cognitivas, aliadas às neurociências, têm contribuído para o conhecimento mais refinado dos papéis da cognição e da emoção no entendimento de vários transtornos psicológicos, bem como de seus efeitos neurobiológicos. A TCC, baseada principalmente nas teorias cognitivas, utiliza-se desse conhecimento na prática clínica para tratar desses transtornos, através da modificação de crenças disfuncionais. A crescente popularidade desta abordagem tem aumentado a procura, tanto de clientes que buscam esse tratamento, como de profissionais que pretendem desenvolver ou aprimorar os seus conhecimentos. Programas de intervenção têm sido construídos para atender a essa demanda em tempo relativamente curto. Tais programas tratam com eficácia muitos indivíduos com problemas emocionais. Em contrapartida, uma razoável percentagem recai ou não obtém sucesso por não aderir ao tratamento. Todos esses problemas têm recebido maior atenção por parte de muitos clínicos e pesquisadores, os quais ressaltam os seguintes elementos chave de mudança em TCC: a) a conceituação cognitiva como fundamental para uma compreensão mais completa da formação e manutenção dos problemas clínicos; b) a constatação de que os problemas interpessoais constituem a base da formação ou manutenção de muitos transtornos mentais; c) a importância de ajudar o cliente a compreender (autoconsciência) como os seus padrões interpessoais disfuncionais (estratégias) promovem conseqüências que perpetuam esses padrões e d) o papel da relação terapêutica como elemento ativo de mudança, através da não complementaridade dos padrões interpessoais disfuncionais do cliente e da confrontação empática. O desafio atual constitui-se no aprimoramento dos profissionais que atuam em TCC, através da promoção ampla do conhecimento desses elementos chave. Esse trabalho tem como objetivo demonstrar como a conceituação cognitiva, a autoconsciência do cliente e a relação terapêutica se articulam para favorecer a mudança. Inicialmente será apresentada uma revisão teórica e empírica desses temas. Em seguida, três casos clínicos serão apresentados para ilustrar como esses elementos chave foram utilizados no tratamento, bem como alguns resultados obtidos. No primeiro caso, a conceituação cognitiva e a autoconsciência do cliente foram fundamentais para fomentar motivação para mudança. O segundo caso clínico mostra como a relação terapêutica, através da confrontação empática, permitiu a construção da autoconsciência do cliente, como preparação prévia para a adesão às técnicas de tratamento. O terceiro caso, baseado fundamentalmente na relação terapêutica, mostra como o terapeuta lidou com próprias emoções para utilizar a confrontação empática na tentativa de quebrar os padrões de supercompensação do cliente. Os resultados desses trabalhos ressaltam a importância da ampliação dos limites dos procedimentos baseados em programas preestabelecidos de tratamento (aplicação de técnicas sem uma conceituação prévia) e levantam questões sobre a supervisão clínica.

5.2 TCC BASEADA NA CONCEITUAÇÃO COGNITIVA E NA AUTOCONSCIÊNCIA DO PACIENTE COMO MOTIVADORES DE MUDANÇA

Cleyton Brust Marins (supervisando do Curso de Formação em Terapia Cognitiva); Eliane Mary de Oliveira Falcone (UERJ, supervisora do Curso de Formação em Terapia Cognitiva)

Palavras chave: Terapia cognitivo-comportamental, conceituação cognitiva, caso clínico

C. é um homem de 35 anos, graduado em Direito e divorciado há aproximadamente dois anos. Buscou tratamento psicológico com queixa de tristeza, diminuição de prazer, insônia, desesperança e diminuição de libido e apetite. Os dados do o BDI (32), e do BAI (23), sugeriram quadro de depressão e ansiedade graves. Disse apresentar dificuldade em manter a ereção na relação sexual. O quadro depressivo de C. é recorrente e teve início aos 19 anos, a partir da morte do irmão, com quem mantinha constantes conflitos. Antes desse incidente, C. havia brigado seriamente com o irmão, razão pela qual se sentiu culpado pela sua morte. C. apresenta dificuldades em se comportar assertivamente, o que contribui para frequentes sentimentos de raiva, seguidos de culpa, por ser “mau” e de comportamentos compensatórios de subjugação. Tal padrão, aliado a sentimentos de culpa, parece influenciar (e ser influenciado pelas) suas relações sociais, além de contribuir para o quadro depressivo recorrente. O casamento de cinco anos de C. terminou por este se sentir saturado e infeliz com o estilo crítico e abusivo da esposa e com a sua incapacidade de estabelecer limites para esses abusos. Mesmo assim, ele repete os mesmos padrões com a namorada atual, que também é crítica, exigente e abusiva. Na infância, C. era quieto e tímido, com dificuldades para iniciar conversas. Além disso, relata haver sofrido *bullying* na escola. Na adolescência, saía pouco de casa e sentia dificuldades para se aproximar de meninas. Sua mãe é relatada como superprotetora e o pai como frio e distante. A conceituação cognitiva de C. revelou crenças nucleares do tipo: “Sou uma pessoa ruim”, “Sou um fraco”, “Não tenho valor”; as crenças intermediárias são “Se eu magoar alguém, sou uma pessoa ruim”, “Se fracassar sexualmente, sou um fraco”, “Serei abandonado, pois não tenho valor”; e as estratégias compensatórias são uso de Viagra, buscar sempre agradar os outros e ser submisso. Tais crenças relacionam-se a um esquema prevalente de Dependência/Incompetência. O estilo de enfrentamento desadaptativo é o de resignação ao esquema, o que o faz buscar nas suas relações interpessoais pessoas abusadoras/dominadoras e que tomem as decisões por ele. Tal esquema o mantém excessivamente tolerante diante dos abusos das outras pessoas, gerando raiva e culpa por esse sentimento, com subsequente subjugação, mantendo assim um círculo interacional disfuncional e vicioso, o que contribui para perpetuar o seu esquema e suas crenças nucleares. Além de prover maior autoconhecimento sobre os dados da história de C que contribuíram para os seus padrões, os quais explicam os seus problemas atuais, o tratamento utilizou procedimentos de reestruturação cognitiva e testes da realidade, assim como incentivo à busca de autonomia. O paciente encontra-se ainda em processo terapêutico, porém já apresenta, após seis meses, melhoras significativas, tais como redução da ansiedade e depressão (BDI= 8 e BAI= 5) e melhora do desempenho sexual. Além disso, tem se comportado de forma mais assertiva e estabelecido limites no comportamento da namorada. Tais resultados enfatizam a importância da conceituação cognitiva para a mudança terapêutica.

5.3 TCC EM PACIENTE IDOSA: FOCALIZANDO A ADESÃO ATRAVÉS DA RELAÇÃO TERAPÊUTICA E DA AUTOCONSCIÊNCIA

Andrea Goldani (supervisanda do Curso de Formação em Terapia Cognitiva); Eliane Falcone (UERJ; supervisora do Curso de Formação em Terapia Cognitiva)

Palavras chave: Conceituação cognitiva, relação terapêutica, autoconsciência

G. é casada, mãe de duas filhas e tem 82 anos. Queixa-se de desânimo e falta de forças para lutar contra a doença do marido, além de extremo medo de perdas. Entende que a eminente morte do marido e a venda de alguns imóveis do patrimônio acumulado são riscos que representam ficar sozinha e abandonada novamente, como se sentia na infância. Nas sessões terapêuticas iniciais, G. parecia evitar falar de seus próprios problemas atuais, buscando temas do passado ou falando sobre outras pessoas de seu entorno. Ainda assim, foi possível identificar alguns padrões de G. tais como: evitação de situações prazerosas pela culpa de se sentir feliz; demonstração de preocupação e de controle excessivos com o marido, contribuindo para maior estresse deste; sentimentos de desamparo frente a pensamentos sobre não ser amada e tendência a se vitimar, queixando-se com frequência. G. é a mais velha de três filhas. Seus pais eram frios, autoritários e pouco reforçadores, especialmente na relação com G, que tudo fazia para chamar a atenção deles. Quando criança chamava pelos pais durante a noite até conseguir dormir pra saber se eles estavam próximos a ela, gerando irritação e repreensão por parte deles. Tentava chamar atenção exibindo um aspecto doente, pintando os olhos com kajal para sugerir olheiras. Formou-se para agradar o pai, uma vez que acreditava ser ignorada e pouco valorizada por ele. Os dados da história de G e os seus problemas atuais sugerem que esta se sente privada de afeto e teme o abandono e o desamparo. Suas estratégias de enfrentamento são de cuidar dos outros ou lhes proporcionar satisfação, à custa do próprio sacrifício. Ao mesmo tempo, não se permite se sentir feliz, uma vez que isso a deixa culpada. Tal padrão a torna privada afetivamente, o que parece repetir as suas relações vivenciadas com a irmã e com os pais. Diante do ativo impedimento de ser ajudada pelos outros, acaba se sentindo carente e magoada. A terapia focalizou-se inicialmente na relação terapêutica através da confrontação empática, validando os seus sentimentos e, ao mesmo tempo, ajudando-a a perceber que os seus padrões atuais constituem o principal impedimento para atingir as suas necessidades emocionais. G. passou a compreender que a forma mais saudável de atingir essas necessidades seria expressando os seus sentimentos assertivamente. Questionamento socrático, análise das vantagens e desvantagens, participação em atividades prazerosas sem culpa etc., têm sido também utilizados. Algumas mudanças observadas incluem: aumento da participação em eventos sociais, maior assiduidade e pontualidade nas sessões terapêuticas, maior adesão através de discussão dos seus problemas atuais, além de aumento da autoconsciência. O caso de G. levanta algumas questões sobre as dificuldades de mudança em pacientes idosos.

5.4 APRESENTAÇÃO DE UM CASO CLÍNICO: FOCALIZANDO A RELAÇÃO TERAPÊUTICA COMO ESTRATÉGIA DE MUDANÇA EM TCC

Tânia Fagundes Macedo (UFRJ; supervisanda do Curso de Formação em Terapia Cognitiva);
Eliane Mary de Oliveira Falcone (UERJ; supervisora do Curso de Formação em Terapia Cognitiva)

Palavras-chave: conceituação cognitiva, transferência, contratransferência

O paciente, M, 42 anos, casado, 3º grau completo, procurou atendimento por se sentir depressivo e mal-humorado, em razão de estar desempregado e ser sustentado e humilhado pela mãe, com quem mora, juntamente com a esposa. Desde a primeira sessão de atendimento, o conteúdo do discurso de M. era caracterizado por afirmações frequentes de auto-engrandecimento, revelando-se com capacidade excepcional, explicando sua tristeza como decorrente de sua genialidade e relatando fatos da infância onde apresentava capacidade artística e intelectual precoces. M. constantemente desqualificava a terapeuta, ensinando-a formas de melhor conduzir o tratamento e agredindo-a verbalmente. Após algumas sessões, constatou-se que o padrão de auto-engrandecimento do paciente, assim como de suas desqualificações dirigidas à terapeuta, funcionava como uma estratégia compensatória, a partir de crenças nucleares de ser incapaz e inferior. Tais padrões foram construídos e fortalecidos no decorrer de seu desenvolvimento, como estratégia para preservar a autoestima. Foi abandonado pela mãe aos três meses de idade, quando ficou com os cuidados da avó, em outra cidade. O seu pai era ausente. Aos sete anos voltou a morar com a mãe, que sempre o criticava e o comparava ao pai, que não era “ninguém na vida”. Sua tia era rígida ao explicar os exercícios escolares, ofendendo-o aos gritos e chamando-o de “burro”. A hipótese inicial sobre os padrões do paciente foi de que as suas crenças pessoais negativas contribuíram para a construção de estratégias visando tratamento especial, garantia de admiração e reconhecimento constantes. Tais padrões constituem a base de suas dificuldades para sua realização profissional e pessoal. M. queixa-se ou ataca os outros quando se sente vulnerável ou se depara com limites ou críticas, reagindo de modo desagradável e defensivo. A relação terapêutica tem sido fundamental no trabalho com este paciente. Com base nessa conceituação, a estratégia de tratamento escolhida foi a de confrontação empática, onde a terapeuta procurava entrar em contato com a vulnerabilidade do paciente, validando o seu sofrimento, em vez de combater diretamente o seu padrão arrogante. A auto-revelação da terapeuta sobre os próprios sentimentos decorrentes do estilo ofensivo de M., bem como as suas inferências sobre as reações das outras pessoas que conviviam com o mesmo, ajudaram M. a compreender o seu funcionamento interpessoal, bem como as origens deste funcionamento, facilitando o autoconhecimento e ajudando-o a expressar as próprias emoções de forma madura e socialmente aceitável. Mudanças no padrão interpessoal de M. ocorreram no consultório (redução de verbalizações ofensivas, aumento da frequência de feedbacks positivos em relação à terapia e à terapeuta, reconhecimento da capacidade da mesma) e fora dele (melhora no relacionamento social). Serão apresentadas e discutidas em detalhes as estratégias de tratamento utilizadas, assim como os resultados decorrentes desse procedimento.

6. CONTRIBUIÇÕES EVOLUCIONISTAS EM COMPORTAMENTOS DE CUIDADOS PARENTAIS E ALIMENTARES: UMA QUESTÃO DE ADAPTABILIDADE.

Coordenadora: Angela Donato Oliva (UERJ).

6.1 A PERSPECTIVA EVOLUCIONISTA EM FOCO: UMA COMPREENSÃO DE COMPORTAMENTOS ATUAIS. Angela Donato Oliva; Jôse Peixoto da Rocha Souza; Priscila Tenenbaum Tyszler; Viviane Rosa Marinho (UERJ).

Palavras-chave: evolucionismo, adaptabilidade, plasticidade.

A Psicologia Evolucionista tem ganhado visibilidade recentemente. Uma de suas teses, além da continuidade entre todos os seres vivos, é a que concebe o cérebro humano como resultado de um longo processo de adaptação. Embora não seja consenso, para alguns autores evolucionistas, o Pleistoceno teria sido o período no qual a mente humana foi sendo esculpida. Caracterizou uma época muito longa na qual ocorreram variações climáticas e eras glaciais, levando à extinção de muitos e à especiação. Durante esse tempo, as adaptações foram deixando marcas ou traços em nossa arquitetura mental predispondo os humanos a agirem de certas maneiras mais do que outras em contextos de alimentação, cuidado com a prole, etc. Contudo, ressalta-se que defender a existência de predisposições não significa entender o ser humano como determinado por processos biológicos. O que se quer dizer é que a evolução, ao longo de milhares e milhares de anos, foi selecionando certos circuitos neurais relacionados aos problemas de sobrevivência e de reprodução da espécie. O sistema cerebral não é concebido como sendo uma *tabula rasa* de plasticidade ilimitada. A adaptabilidade é a capacidade plástica do cérebro para se transformar, dentro de certos limites, diante dos diferentes problemas que enfrenta. Modificar-se com a experiência é uma das marcas do processo evolucionista. As predisposições comportamentais, emocionais e de raciocínio também fazem parte do legado evolucionista. As conjecturas evolucionistas servem para ajudar a compreender o que nós somos. Neste trabalho foram escolhidos dois problemas estratégicos para a sobrevivência da espécie para serem discutidos teoricamente a partir de proposições evolucionistas. São eles o investimento parental e a escolha de alimentos. Investir na prole é fundamental para garantir a sobrevivência da espécie. Deixar descendentes é ter sucesso reprodutivo. Porém, esse investimento traz custos para os pais. Como a espécie humana tem investido no cuidado dos filhos? Esse investimento está relacionado a crenças sobre os papéis que pais e mães desempenham nesse processo. Homens e mulheres investem da mesma maneira? Como os contextos sociais interferem nesse processo de crenças e de cuidados? É possível identificar estilos de cuidados? Ao lado dessas indagações surge o problema da alimentação. A escolha correta dos alimentos, que agora parece ser tarefa simples, foi durante muito tempo uma questão crucial de sobrevivência. Quais são os alimentos que nutrem? Quais têm valor energético que permitem acúmulo de reservas para tempos de escassez? Quais podem por em risco nossas vidas por apresentarem toxicidade ou serem venenosos? Esses dois pontos, investimento parental e alimentação, discutidos à luz das contribuições evolucionistas, ajudam a compreender condutas atuais como resultado de uma história evolucionista. Os mecanismos psicológicos evoluídos seriam decorrentes de respostas que se repetiram e solucionaram os problemas adaptativos. Tais mecanismos constituiriam os universais da espécie. Procurar demonstrar como certos comportamentos e capacidades mentais teriam se estabelecido na espécie como produto da adaptação humana ao meio amplia o entendimento de padrões comportamentais normais e patológicos. Espera-se com essa discussão teórica contribuir para expandir a compreensão dos temas propostos e nortear aprimoramentos em intervenções clínicas. Apoio Financeiro: FAPERJ

6.2 OS HOMENS DO SÉCULO XXI NO CUIDADO DOS FILHOS: UM PAPEL SOCIAL EM ABERTO. Jôse Peixoto da Rocha Souza, Angela Donato Oliva (UERJ)

Palavras-chave: comportamento paterno, modelos culturais, psicologia evolucionista

Este estudo partiu dos pressupostos de que o desenvolvimento humano em todos os seus aspectos depende de um “outro social”, de que a família é o primeiro ambiente socializador da criança e de que suas práticas são essenciais para que a criança se desenvolva. Supôs também, que o grau em que os pais valorizam e encorajam a criança vai depender da cultura no qual eles estão inseridos e que o investimento paterno é uma característica da espécie, tendo práticas que são universais resultantes de adaptações da espécie. A partir desses pressupostos pôde-se pensar nas mudanças nos papéis sociais, exigidas pelo sistema econômico da sociedade urbana ocidental, na qual a mulher cada vez mais tem trabalhos remunerados, necessitando muitas vezes deixar os filhos com outros cuidadores (creches, babás, familiares, etc.) e levando o pai a ganhar espaço em relação aos cuidados com os filhos. Desta forma, o presente trabalho pretendeu investigar os aspectos semelhantes e divergentes que envolvem, na atualidade, as crenças de homens e mulheres de duas gerações distintas acerca dos cuidados e práticas parentais paternas, tendo como foco pessoas residentes na cidade de Magé (estado do Rio de Janeiro), buscando compreendê-los através das abordagens sociocultural e evolucionista. Participaram desta pesquisa 100 pessoas, divididas em quatro grupos em função do gênero (ser homem ou ser mulher) e da idade (ter entre 25 a 35 anos e ter entre 55 a 65 anos de idade). O estudo incluiu um questionário sociodemográfico, questionário sobre Função Paterna – com o intuito de identificar a figura paterna e o pai do participante (quando este era criança) e como o participante observa a importância da figura paterna (de um modo geral) nos dias atuais. Foi feita também a aplicação da Escala sobre Crenças e Práticas Paterna (ECPP) – uma escala do tipo Likert que contempla exclusivamente os cuidados parentais paternos, englobando quatro categorias: cuidados básicos, aspectos sociais, aspectos didáticos e aspectos disciplinares e Escala sobre Crenças e Práticas Paternas – Pretéritas (ECPP-P) – esta escala é complementar à anterior e visa comparar as práticas parentais paternas do passado. Os dados obtidos foram descritos e analisados por meio do software SPSS versão 16. Os principais resultados mostraram concordâncias e divergências, tanto entre os gêneros quanto entre as gerações, o que reflete uma continuidade de pensamento, isto é, uma transmissão das crenças através das gerações, mas também uma mudança sofrida em alguns posicionamentos, que mesmo a geração mais velha vem incorporando, o mesmo acontecendo entre sexos diferentes. Acredita-se que discussões como estas propiciam novos entendimentos acerca das práticas parentais paternas.

Apoio financeiro: CAPES

6.3 ESTUDO PRELIMINAR SOBRE A INFLUÊNCIA DA EMPATIA E DA ASSERTIVIDADE DOS PAIS NOS ESTILOS PARENTAIS.

Priscila Tenenbaum Tyszler, Angela Donato Oliva (UERJ).

Palavras-chave: Habilidades Sociais, Empatia, Assertividade, Estilos Parentais

O comportamento humano não é determinado por um único fator. A interação dos aspectos do ambiente, da hereditariedade e do temperamento possibilita a compreensão disso que somos e do que nos tornamos, desde a infância até a vida adulta. O estilo parental tem influência no desenvolvimento humano e pode ser definido como um padrão de comportamentos identificáveis nos pais quando se relacionam com seus filhos. A literatura tem utilizado alguns parâmetros para compreender os estilos parentais. Um deles se caracteriza pelo binômio: limites-afeto ou responsividade e exigência, delimitando três estilos parentais: Autoritário, Permissivo e Autoritativo. O estilo autoritário caracteriza-se por pais que dão muitos limites e pouco afeto. Estes pais procuram manter a ordem e o controle da família, sendo a obediência uma virtude a ser alcançada ainda que sob padrões punitivos. O estilo permissivo caracteriza-se por pais que dão pouco limite e muito afeto. Nesse caso, há uma crença naturalista segundo a qual a criança deve expressar livremente suas necessidades e aprender por si só. Estes pais não se vêem como responsáveis por ensinar ou modificar comportamentos infantis. O estilo autoritativo ou democrático-recíproco caracteriza-se por pais que dão muito limite e muito afeto. O cuidador apresenta condutas intermediárias entre as permissivas e autoritárias, estimulando verbalizações emocionais, permitindo que os filhos participem das decisões, estimulando argumentações, autonomia e disciplina. A empatia é considerada uma habilidade essencial para a manutenção dos laços sociais, que propicia a percepção da necessidade do outro e ao mesmo tempo favorece a sensação de ser compreendido. A assertividade é a habilidade de expressar e defender sua opinião com firmeza e segurança, sem, contudo desrespeitar o outro. Tendo como pano de fundo a perspectiva evolucionista, esta pesquisa tem como hipótese a idéia de que pais autoritativos seriam mais empáticos e assertivos do que pais autoritários. O objetivo foi investigar a relação da empatia e da assertividade com os estilos parentais. Participaram desse estudo 21 homens e 43 mulheres, pais e mães de crianças de 2 a 9 anos, moradores do estado do Rio de Janeiro. Foram utilizadas três escalas de auto-informe: PAQ (Parental Authority Questionary), IHS (inventário de Habilidades Sociais) e o IE (inventário de Empatia). Os resultados indicaram correlação negativa significativa ($r = -0,047$ e $p < 0,05$) entre o Fator 2 (F2) - Autoritário - do PAQ com o F3 do IE - Altruísmo, sugerindo que quanto mais altruísta o pai, menos autoritário. Foi encontrada correlação positiva significativa ($r = 0,015$ e $p < 0,05$) entre o Fator 3 Autoritativo do PAQ com o F1 do IHS – Enfrentamento e Auto-Afirmação. O estilo autoritativo apresentou correlação positiva com os seguintes fatores do Inventário de Empatia: F1 - Tomada de Perspectiva ($r = 0,006$ e $p < 0,05$); F3 - Altruísmo ($r = 0,060$ e $p < 0,05$); F4 - Sensibilidade Afetiva ($r = 0,040$ e $p < 0,05$). A hipótese de que a empatia e a assertividade favorecem o estilo parental autoritativo foi corroborada por este estudo.

6.4 NEOFOBIA ALIMENTAR: UM ASPECTO EVOLUTIVO DA ESPÉCIE.

Viviane Rosa Marinho (UERJ/IEDE-RJ), Angela Donato Oliva (UERJ).

Palavras-chave: obesidade; neofobia alimentar; adaptação evolutiva.

A obesidade é uma doença crônica e o aumento da sua prevalência passou a ser considerada uma epidemia global. Vários aspectos podem estar envolvidos na obesidade. Este trabalho tem o objetivo de, a partir de uma perspectiva evolucionista, discutir alguns aspectos relacionados à dificuldade em perder peso. A hipótese subjacente é de que haveria duas adaptações evolucionistas contribuiriam para o sobrepeso dos indivíduos: a primeira teria favorecido o consumo de alimentos mais calóricos, gerando maior quantidade de reserva energética para momentos de escassez de alimentos; a segunda teria propiciado a neofobia alimentar, definida como uma recusa em ingerir alimentos novos, fundamental na proteção dos indivíduos contra o consumo de alimentos tóxicos e venenosos. Durante o período evolutivo dos ancestrais caçadores coletores frutos, folhas e legumes desconhecidos constituíam grupo de risco para grupos nômades, que constantemente se deparavam com novos alimentos. Um comportamento de risco menor era consumi-los em pequenas quantidades. Embora tenha sido adaptativa, a neofobia alimentar favoreceu uma dieta restritiva, mas atualmente não se mostra mais adaptativa. As mudanças ambientais são rápidas, mas as modificações na arquitetura mental, que norteiam nosso comportamento, levam muito tempo. Portanto, descartar alternativas de alimentos com menor índice calórico já não se mostra uma conduta adaptativa. Uma dieta restritiva faz com que os alimentos ingeridos sejam sempre os mesmos, ao passo que a alimentação variada (incluindo frutas, verduras e legumes) poderia resultar em uma menor ingestão de gorduras saturadas e de açúcar. A neofobia alimentar depende tanto de influências genéticas quanto ambientais. Os neofóbicos alimentares seriam mais sensíveis a modificações no gosto e no aspecto do alimento. A dificuldade que apresentam para comer coisas novas e variadas pode ser agravada por hábitos familiares de baixo consumo de frutas, legumes e verduras desde a infância. Uma possibilidade é a de que os pais também seriam neofóbicos alimentares. Estudos indicam que a preferência por um alimento pode ser modificada através de uma combinação entre modelação e exposição. Alguns fatores aumentam a aceitação de um alimento, tais como: observação de pessoas comendo, o contexto, o cheiro do alimento, a frequência com que se tenta experimentar e a combinação com um alimento que já se encontra no repertório alimentar. A suposição é a de que há casos em que o peso corporal estaria relacionado com a neofobia alimentar. Em tais casos o cardápio ficaria restrito a alimentos hipercalóricos, fazendo com que haja deficiência de nutrientes no organismo e favorecendo a obesidade. Para esses grupos o tratamento deve considerar a exposição a novos alimentos hipocalóricos e um treino para ingestão de alimentos novos com a descoberta de sabores agradáveis.

Apoio financeiro: CAPES

7. ATUALIZAÇÃO E PARTICULARIDADES CLÍNICAS DO TOC – DESAFIOS PARA O TRATAMENTO EFICAZ.

Coordenadora: Angélica Prazeres (IPUB-UFRJ / ANDE-NUCLEO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO / CENTRO DE NEUROPSICOLOGIA APLICADA – RJ)

7.1 TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO – DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO FARMACOLÓGICO. Rafael Ferreira Garcia (IPUB-UFRJ/ ANDE-NUCLEO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO – RJ)

Palavras-chave: Quadro Clínico, TOC, Diagnósticos.

O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) é caracterizado pela presença de pensamentos e comportamentos recorrentes, estereotipados e intrusivos, que causam sofrimento significativo e prejuízo funcional expressivo. Afeta 0.3-3.1% da população em geral, com discreto predomínio de mulheres, e provoca com isso significativos prejuízos sociais e econômicos, estimados apenas nos EUA em 8,4 bilhões de dólares. Definimos obsessões como pensamentos que entram no foco da consciência de maneira repetitiva, imperativa, sem que se possa evitar. O conteúdo destes pensamentos pode ser composto por idéias, imagens, impulsos ou um medo de ceder a um impulso; e são experimentados como algo inadequado – seja pelo conteúdo ou pela frequência com que ocorrem. Frequentemente, a ansiedade causada pelas obsessões é minorada por atos motores ou mentais, que se prestam a “contra-atacar” os pensamentos obsessivos, e estes atos denominamos compulsões. Estes conceitos são definidos nos dois principais manuais diagnósticos utilizados em psiquiatria, e seu conhecimento é fundamental para a compreensão da literatura científica sobre terapia cognitivo-comportamental para o TOC. O conteúdo dos sintomas é variável entre os pacientes, e é tradicionalmente dividido em dimensões semelhantes, que agrupam obsessões e compulsões afins, nominalmente – contaminação/lavagem, simetria/ordenação, pensamentos “tabu”/checagem e colecionismo. Raramente um paciente tem sintomas de uma só dimensão, sendo a sobreposição entre elas a regra. Em geral os pacientes apresentam ambas compulsões e obsessões como parte de sua sintomatologia, entretanto, alguns pacientes têm apenas compulsões, sem pensamentos associados, ou obsessões, sem compulsões subsequentes. Não é incomum também a presença de apenas compulsões mentais – pensamentos que exercem a função de compulsões. A avaliação do *insight*, ou consciência de morbidade, é também fundamental para o adequado tratamento. O tratamento farmacológico do TOC utiliza em geral inibidores seletivos da recaptção da serotonina, medicamentos da classe dos antidepressivos, em doses específicas para o transtorno, via de regra mais altas que as utilizadas no tratamento da depressão e de outros transtornos de ansiedade. Além disso, o tempo para o paciente apresentar uma resposta completa é aproximadamente 3 vezes maior que nos outros transtornos. Além disso, mesmo com o tratamento adequado, cerca de 40% dos pacientes são pouco ou nada responsivos ao tratamento inicial, requerendo mudanças na intervenção. Na maioria dos ensaios clínicos a melhor resposta ao tratamento é obtida na combinação do tratamento farmacológico adequado com terapia cognitivo-comportamental. Esta apresentação tem como objetivo, portanto, revisar as principais características fenomenológicas do TOC e o seu tratamento medicamentoso específico.

7.2 COMORBIDADE NO TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO. Ilana Frydman (IPUB/UFRJ, ANDE – NÚCLEO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO)

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo, Comorbidade.

O termo comorbidade é formado pelo prefixo latino "cum", que significa contigüidade, correlação, companhia, e pela palavra morbidade, originada de "morbus", que designa estado patológico ou doença. Este termo deve ser utilizado apenas para descrever a coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas. Para haver comorbidade, é importante a relação e a continuidade temporal entre os dois transtornos, que podem surgir simultaneamente ou um preceder o outro. A sua presença em geral, interfere na evolução da doença, tornando seu curso mais crônico, com pior prognóstico e pior resposta ao tratamento. Na prática clínica, pacientes que apresentam mais de um transtorno são geralmente mais graves do que os portadores de uma patologia isolada, porém este empirismo não foi confirmado pelos estudos, sendo o TOC isoladamente, o principal fator de risco para prejuízo sócio-ocupacional, além disso a gravidade do TOC independe da presença ou não de uma comorbidade. Os estudos sistematizados têm demonstrado que pelo menos 50% dos pacientes com TOC apresentam um outro transtorno do eixo I, e no mínimo 40% preenchem critérios para um transtorno de personalidade. Depressão é a complicação mais freqüente, sendo a causa mais comum de hospitalização, e tem sido relacionada a gravidade, cronicidade, resposta terapêutica insatisfatória e pior prognóstico. Além da Depressão, outras comorbidades que temos com freqüência é o Transtorno Bipolar, Transtornos de Tiques, Transtorno Dismórfico Corporal, Tricotilomania além de outros Transtornos de Ansiedade, sendo Fobia Específica e Fobia Social os mais comuns. A comorbidade com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade pode acontecer, sendo seu diagnóstico um desafio visto que o próprio transtorno de ansiedade pode ser a causa da desatenção. Os transtornos de abuso/dependência de substâncias também são freqüentes, sendo que em geral surgem após a instalação do TOC. Pacientes com TOC e comorbidades psiquiátricas necessitam tratar também os transtornos associados, o que usualmente torna os tratamentos mais prolongados, sobretudo a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Muitas vezes é difícil determinar qual dos transtornos deve ser tratado primeiro, devendo a escolha se basear na gravidade e na interferência sobre o funcionamento. O tratamento medicamentoso deve ser realizado com Inibidores de Recaptação de Serotonina para o TOC, além das medicações específicas para cada transtorno, quando houver, como neurolépticos para Transtornos de Tiques e estabilizadores do humor para Transtorno Bipolar. A comorbidade com Transtornos de Personalidade torna o tratamento mais complicado devido ao não engajamento do paciente com o tratamento e a não percepção de melhora que em geral acontece com esses pacientes. Frente a um paciente com TOC, é necessária uma avaliação criteriosa em relação à possibilidade de comorbidade. Em casos considerados refratários, a comorbidade deve ser avaliada, pois certamente trará implicações terapêuticas e prognósticas.

7.3 TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO NA INFÂNCIA E A COMORBIDADE COM TRANSTORNO DE DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE.

Priscilla Guilherme (GRUPO DE ESTUDOS DE DÉFICIT DE ATENÇÃO IPUB/UFRJ, NÚCLEO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO, CENTRO DE NEUROPSICOLOGIA APLICADA, RIO DE JANEIRO, RJ.)

Palavras-chave: TOC, TDAH, Terapia Cognitivo-Comportamental.

O transtorno obsessivo-compulsivo caracteriza-se principalmente pela presença de dois sintomas principais: as obsessões, ou seja, idéias, medos ou imagens recorrentes e intrusivos, e as compulsões, que são comportamentos ritualizados ou atos mentais irresistíveis, realizados de maneira a aliviar a ansiedade causada pelas obsessões. O TOC, com frequência apresenta curso crônico e acomete membros da mesma família, sendo os fatores genéticos importantes na determinação do transtorno, principalmente quando nos referimos a crianças e adolescentes. Sabe-se que um terço dos pacientes com TOC apresentaram os primeiros sintomas ainda durante a infância. Assim como na idade adulta, a terapia baseada na exposição e prevenção de resposta é eficaz na redução dos sintomas, e técnicas cognitivas podem auxiliar no enfrentamento de situações difíceis, ajudando a aliviar a ansiedade gerada durante os exercícios de exposição e permitindo uma maior adesão ao tratamento. O tratamento deve se basear em quatro pilares: psicoeducação (estima-se que cerca de 18% das crianças acometidas tenham pouco *insight* sobre seu problema), treinamento cognitivo, identificação e hierarquização dos sintomas e exposição e prevenção de respostas. Com crianças, a participação dos pais em todo o processo é essencial para a boa resposta terapêutica. Assim como observamos em outros transtornos psiquiátricos, crianças e adolescentes com TOC podem apresentar diversos transtornos como comorbidade. Um dos problemas mais encontrados em crianças com TOC é o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. Alguns autores apontam que esta prevalência pode atingir 51% das crianças acometidas. O transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) é um transtorno neurobiológico, do desenvolvimento, cujos principais sintomas são a desatenção, a agitação e a impulsividade. Para a confirmação do diagnóstico, estes sintomas devem se apresentar em mais de um ambiente da vida da criança, como em casa e na escola e causar prejuízo significativo. É o transtorno de mais alta prevalência na infância e a maior causa de busca de atendimentos em ambulatórios de saúde mental na infância e adolescência. Este trabalho tem como objetivo principal pontuar as características do transtorno obsessivo-compulsivo na infância, sua comorbidade com o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, apresentando como se diferencia a avaliação da criança neste caso e a conduta clínica seguida na prática clínica. Sabe-se que a desatenção é um sintoma comum tanto em transtornos de ansiedade como no TDAH. Logo, quando a criança apresenta tanto sintomas de TOC quanto queixa de desatenção, o terapeuta deve ser cuidadoso na conceituação do caso, buscando diferenciar cada sintoma. É importante colher o histórico desses sintomas, e na maior parte das vezes, faz-se necessário tratar os sintomas de ansiedade em primeiro lugar, e após o controle destes, fazer uma nova avaliação a fim de notar se a queixa inicial de desatenção permanece, seguindo assim a conduta necessária.

7.4 INTERVENÇÃO PSICOEDUCACIONAL MULTIFAMILIAR PARA O TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO: UM OLHAR SOBRE O CUIDADOR.

Angélica Prazeres (IPUB-UFRJ/ ANDE-NUCLEO DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO/ CNA-CENTRO DE NEUROPSICOLOGIA APLICADA – RJ)

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo-Compulsivo; Terapia Cognitivo-Comportamental; Familiares

O transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é considerado um distúrbio mental grave, que afeta cerca de 3 a 4 milhões de pessoas no Brasil, acomete indivíduos jovens ao final da adolescência, geralmente se manifesta de uma forma crônica acompanhando o portador por toda a sua vida com flutuações de sintomas ao longo do tempo. É bastante comum que várias pessoas da mesma família sejam acometidas pelo TOC ou por outras doenças psiquiátricas com manifestação parecida (os chamados transtornos do espectro obsessivo-compulsivo). Esta incidência aponta para um componente familiar e possivelmente genético dentre as diversas causas do aparecimento do transtorno. Os sintomas vivenciados pelo portador de TOC geralmente causam um profundo impacto sobre os familiares, interferindo de maneira acentuada na vida da família. Para evitar conflitos, frequentemente, os membros da família cedem às exigências rígidas do portador e até mesmo se envolvem na realização de rituais, em reassuramentos e em comportamentos evitativos. Esta acomodação pode alterar a rotina da família e a qualidade de vida, principalmente, do familiar que assume o papel de cuidador e portanto convive no dia a dia com o portador. Em geral, os familiares compartilham do sofrimento sentido pelo paciente e, além disso, muitas vezes relatam sentirem-se culpados, com raiva e extremamente esgotados. Alguns estudos realizados com familiares de pacientes com TOC mostraram que estes sofrem de prejuízo significativo devido ao envolvimento na sintomatologia e às dificuldades enfrentadas no cotidiano. No que diz respeito a qualidade de vida, familiares têm evidenciado pontuação média semelhante em questionários específicos (SF-36, por exemplo) àquelas obtidas nos grupos de pacientes. Portanto, estes estudos têm apontado indicadores claros de prejuízos para a saúde física e mental de quem convive intensamente com o parente portador de TOC e desta forma, evidencia a importância de diretrizes de tratamento voltados para os familiares com a finalidade de orientar sobre: 1) as características do transtorno (obsessões e compulsões e a relação funcional que é vivida para reduzir a ansiedade momentânea); 2) as bases psicobiológicas de desenvolvimento do TOC; 3) o envolvimento da família na sintomatologia e como tal fato contribui para manutenção da doença; 3) as reações emocionais e comportamentais por parte da família levando em conta que se trata de um transtorno crônico e, por vezes, incapacitante; e 4) o tratamento do TOC (medicamentoso e psicoterápico) e os resultados esperados. O objetivo deste trabalho é o de apresentar uma estratégia de intervenção psicoeducacional familiar (compilada a partir de estudos publicados na última década) que pode ser utilizada na prática clínica a fim de reduzir o impacto do TOC em familiares de pacientes acometidos por este distúrbio.

8. TEMAS SOBRE STRESS

Coordenadora: Marcele Regine de Carvalho (Centro Psicológico de Controle do Stress / UFRJ)

8.1 MANEJO DO STRESS E RESILIÊNCIA: A IMPORTÂNCIA DAS COGNIÇÕES

Marcele Regine de Carvalho (Centro Psicológico de Controle do Stress CPCS/RJ / Instituto de Psiquiatria IPUB/UFRJ, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: Stress, Resiliência, Cognição

O conceito de resiliência pode ser definido como a capacidade do ser humano responder de forma positiva às situações adversas que enfrenta, mesmo quando estas admitem risco potencial para sua saúde e seu desenvolvimento. Outras definições possíveis acrescentam que o mesmo diz respeito à manutenção de certas competências ou, então, à capacidade de recuperação diante de adversidades. O comportamento resiliente pode também englobar processos capazes de reduzir o impacto das adversidades e atenuar (ou eliminar) suas consequências mais prejudiciais. Desta maneira, é possível que se responda de modo satisfatório às demandas do cotidiano, apesar dos desafios que são continuamente apresentados. Mesmo diante das diferentes formas em que o conceito de resiliência pode ser concebido, percebe-se que a presença de uma condição adversa permeia todas as definições, apesar das consequências de uma atitude resiliente serem funcionais para o indivíduo. Justamente esta condição adversa pode desencadear o processo do stress. O stress pode ser definido como uma reação do organismo frente a situações difíceis ou excitantes. Essa reação afeta o equilíbrio do organismo, provocando desconforto mental e físico. Diante desse rompimento no equilíbrio habitual existe a necessidade de adaptação para preservar o bem-estar do indivíduo. Então, adquirir mecanismos adequados de enfrentamento para lidar com o stress é fundamental para a saúde física e mental. O arcabouço teórico-prático da Terapia Cognitivo-Comportamental oferece estratégias eficazes para a prevenção e manejo do stress, produzindo mudanças permanentes no estilo de vida. Um dos focos é identificar e trabalhar com as fontes internas de stress, que dizem respeito aos nossos pensamentos e crenças. Sabe-se que o modo como interpretamos determinados eventos, como pensamos sobre as situações, pode desencadear o processo de stress, e não necessariamente a situação ou evento em si. De outro modo, todas as pessoas reagiriam da mesma forma aos mesmos eventos. Reestruturar a forma de pensar e agir é certamente uma maneira interessante de se prevenir o stress excessivo, já que não se pode afastar por completo algumas fontes estressoras externas. Esta habilidade, que envolve flexibilidade cognitiva, vai ao encontro ao conceito de resiliência. A capacidade de suportar adversidades a partir de atribuições mais realistas às situações pode ser um dos fatores protetores em relação ao stress e é pertinente à atitude resiliente. Quanto mais adequadas as estratégias de enfrentamento para desafios e adversidades, maiores chances tem a pessoa de promoção da saúde. A reestruturação das cognições disfuncionais e o reforço do comportamento resiliente, se constituem em estratégias que podem potencializar a qualidade de vida dos indivíduos.

8.2 A IMPORTÂNCIA DA INTRODUÇÃO DO TREINO DE CONTROLE DO STRESS NO TRATAMENTO DE PACIENTES PORTADORES DE HEPATITE VIRAL C.

Juliana Caversan de Barros (Centro Psicológico de Controle do Stress / RJ)

Palavras-chave: Hepatite Viral C, Treino de Controle do Stress, Adesão ao Tratamento.

O Treino de Controle do Stress é uma proposta terapêutica amplamente utilizada e reconhecida no tratamento de diversas doenças crônicas. Sabe-se que um nível elevado de *stress* (em suas fases de quase-exaustão e exaustão) não somente contribui para a etiologia dessas doenças, como também para a sua manutenção e agravamento. As doenças crônico-degenerativas (diabetes, hipertensão, hepatite etc.) são as mais associadas à influência negativa do *stress*. O recebimento da notícia de um diagnóstico de doença crônica é altamente impactante no que diz respeito ao aspecto emocional do indivíduo, pois pode ser permeado por uma série de idéias negativistas em relação a si, aos outros e ao futuro. No caso da hepatite C, uma das principais causas de doenças hepáticas crônicas no mundo, há um quantitativo elevado de fontes estressoras envolvidas, tendo como uma das principais a própria medicação utilizada em seu tratamento. O interferon alfa (ou interferon alfa peguilado) e a ribavirina são medicamentos que, segundo pesquisas, produzem sintomas psicológicos (ideação suicida) e contribuem para o surgimento de transtornos mentais (tais como depressão e transtorno do stress pós traumático), que acabam impactando negativamente no curso da doença e prejudicando a adesão ao tratamento. Por depender de contato com um vírus, o paciente portador da hepatite C pode sentir-se culpado pela contaminação, pode sentir-se incapaz de superar os efeitos negativos da doença, não aderindo ao tratamento. Pode haver um isolamento social em decorrência de uma queda em sua auto-estima, e também um desânimo com relação ao futuro, calcado na descrença de sucesso do tratamento. Todos esses aspectos podem contribuir tanto para a desistência do tratamento quanto para o não fortalecimento do organismo para responder ao tratamento medicamentoso. Associada a essas duas conseqüências negativas da doença existe também a necessidade de adoção de um estilo de vida saudável, a qual pode ser altamente comprometida caso as variáveis emocionais dos pacientes não sejam gerenciadas adequadamente. O tratamento existente até o momento para pacientes com hepatite C e que oferece os melhores resultados é por si só estressante. Desencadeia uma série de efeitos colaterais, é extremamente caro (é fornecido com algumas limitações pelo Sistema Único de Saúde) e costuma oferecer uma probabilidade de 45% de cura. Ou seja, o paciente precisará se submeter a muitos efeitos desagradáveis da medicação, sem ter a certeza de resposta. É durante essa etapa do tratamento que um acompanhamento psicológico se faz de extrema importância, ou seja, reduzir o nível de stress do paciente pode contribuir para uma melhor adesão ao tratamento e a um fortalecimento de seu organismo para que ele possa se aproximar mais dos resultados esperados.

8.3 A IMPORTÂNCIA DO STRESS NA PREVENÇÃO DAS DOENÇAS CARDIOVASCULARES

Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ)

Palavras-chave: Stress, doenças cardiovasculares, prevenção, tratamento

As doenças cardiovasculares (DCV) se constituem na principal causa de morte atualmente no Brasil, sendo responsáveis por cerca de 30% dos óbitos no ano, segundo dados de 2007 do Ministério da Saúde. Dentre as mais comuns pode-se citar Angina pectoris, Infarto agudo do miocárdio, Acidente vascular cerebral e Insuficiência cardíaca. Em decorrência da gravidade da situação as autoridades públicas e científicas têm demonstrado grande preocupação no tratamento e prevenção de tais doenças. Além do alto índice de mortes associados às doenças cardiovasculares, os custos são imensos para o Sistema Único de Saúde com internação e o tratamento em si. Uma série de fatores de risco para DCV vem sendo estudados, dentre estes: níveis elevados de colesterol LDL, níveis reduzidos de colesterol HDL, níveis elevados de glicemia e de triglicérides, hipertensão arterial, obesidade abdominal, sem considerar os fatores genéticos. No entanto, estes fatores não explicam todos os casos de DCV e os cientistas têm se interessado pela investigação de possíveis fatores psicológicos envolvidos nessas doenças. Dentre estes o stress tem se mostrado como um importante fator de risco por estar associado a mudanças fisiológicas que podem contribuir para alterações cardiovasculares, além de favorecer comportamentos de risco que podem servir de base para o desenvolvimento dos fatores de risco acima citados. O stress pode provocar a elevação da pressão arterial, aumento da taxa sanguínea de glicose, aumento do fluxo sanguíneo para os músculos ativos e diminuição para os menos ativos, aumento da frequência cardíaca, do tonus vascular e da força de contração ventricular, além de promover distribuição centrípeta de gordura, que acumula na região torácica. Alguns comportamentos de risco para DCV são observados em pessoas estressadas, como tabagismo, uso abusivo de álcool, sedentarismo, alimentação inadequada. Tais comportamentos contribuem diretamente para os fatores de risco das DCV conhecidos e podem indicar a ausência de estratégias positivas para controle do stress. A influência do stress no desenvolvimento da hipertensão, um dos fatores de risco para DCV, já vem sendo valorizado nas V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão de 2006 onde o controle do stress é proposto como parte do tratamento não farmacológico da hipertensão. A terapia cognitivo-comportamental pode trazer importante contribuição na prevenção e tratamento não farmacológico das DCV, iniciando-se com uma investigação da história de vida do paciente e da doença, quando já presente, assim como das variáveis internas e externas envolvidas no desenvolvimento e manutenção da mesma. Após a conceituação do caso é elaborado um plano de tratamento visando a adesão ao tratamento, redução dos fatores de risco e controle da enfermidade. Na prevenção, é importante uma investigação dos comportamentos de risco presentes, das cognições e emoções do pacientes que possam estar contribuindo com a manutenção destes comportamentos, de modo que através de estratégias cognitivas e comportamentais ele possa evitar o desenvolvimento da doença. Resumindo, o controle do stress promover mudança no estilo de vida, o que tem sido considerado fundamental para prevenção e tratamento das DCV.

8.4. STRESS OCUPACIONAL NA ASSISTÊNCIA DOMICILIAR DA REDE PÚBLICA DE SAÚDE

Tama Souza Santos (UFRJ) e Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ).

Palavras-chave: assistência domiciliar, stress ocupacional

A assistência domiciliar consiste no conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe interprofissional. Esse estudo teve como objetivo investigar a presença de stress, estressores ocupacionais e estratégias de *coping* no trabalho de profissionais de saúde que atuam em assistência domiciliar, na rede pública, na cidade do Rio de Janeiro. Foi solicitado a uma amostra de 89 profissionais (79% da população) o preenchimento de um Questionário Informativo, do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, do Questionário de Estressores Ocupacionais, elaborado pela pesquisadora, e da Escala de *Coping* Ocupacional. Os resultados revelaram que 71% dos participantes estavam estressados. Dentre eles, 89% encontravam-se na fase de resistência e 11% estavam na fase de quase exaustão. Dezenove por cento manifestavam o stress através de sintomas físicos e psicológicos nas mesmas proporções, enquanto que 24% tinham a prevalência de sintomas físicos, e 57% sentiam mais os sintomas psicológicos. Os estressores ocupacionais mais presentes foram atuar em áreas de alto risco de violência urbana (98%), não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe (80%) e ter inconveniências quanto ao deslocamento (77%). No que se refere ao estressor ocupacional considerado como o mais intenso por cada participante, encontrou-se atuar em áreas de alto risco de violência urbana como o mais frequentemente apontado (45%). Quanto às estratégias de *coping*, aquelas do tipo controle mostraram-se como as predominantemente usadas (94%) pelos profissionais de saúde do estudo em sua atuação profissional, em detrimento das estratégias do tipo esquiva (5%) e do tipo manejo (1%). Por terem de se locomover até o domicílio do paciente para o atendimento, compreende-se que as inconveniências no deslocamento constituem um estressor ocupacional perturbador para esta categoria, especialmente por se tratar de uma cidade com problemas de trânsito diários. A isso se soma o fato de terem que transitar em áreas de risco de violência, experimentando, muitas vezes, a sensação de ameaça à sua integridade física. Importante também para o stress desses profissionais, é o fato do êxito da assistência depender, grande parte do tempo, da atuação dos cuidadores que nem sempre aderem às orientações dadas pela equipe de saúde. No entanto, os prejuízos desses profissionais poderiam ser ainda mais intensos, se não utilizassem estratégias de *coping* do tipo controle. Esse tipo de estratégia ajuda os profissionais a enfrentar os problemas do trabalho, no entanto, sugere-se o desenvolvimento também de um repertório de estratégias de *coping* do tipo manejo. Essas últimas podem incluir no dia-a-dia deles atividades para melhorar a qualidade de vida, reduzindo sua vulnerabilidade ao stress. Sugere-se que seja feito um trabalho de orientação com esses profissionais sobre o stress e suas conseqüências, de modo que eles sejam ajudados a lidar com os eventos estressantes de forma mais efetiva. Importante também se mostra o investimento por parte das instituições envolvidas para amenizar os estressores ocupacionais específicos deste tipo de trabalho.

9. ESTUDO DE EFETIVIDADE DO PROTOCOLO DE TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ‘VENCENDO O PÂNICO’: PASSADO, PRESENTE E FUTURO.

Coordenadora: Bernard Pimentel Rangé (UFRJ)

9.1. PROTOCOLO ‘VENCENDO O PÂNICO’: PASSADO, PRESENTE E FUTURO

Angélica Gurjão Borba, Bernard Pimentel Rangé e Rodolfo Ribas (UFRJ); Marcos da Fonseca Elia (NCE/UFRJ); e Mônica Rodrigues Campos (UNSP/FIOCRUZ).

Palavras-chave: transtorno de pânico e agorafobia, terapia cognitivo-comportamental, protocolo de tratamento “Vencendo o Pânico”.

O Transtorno de Pânico (TP) e a Agorafobia (AGO) estão entre os Transtornos de Ansiedade mais incapacitantes e ocorrem numa prevalência de 1,5% a 2,5% e de 6% a 12%, respectivamente. Em outras palavras, apenas na cidade do Rio de Janeiro, cerca de 400.000 pessoas podem apresentar TP ao longo da vida e um número ainda maior pode apresentar AGO, o que pode ocasionar grande sofrimento e prejuízo em suas vidas. Em 1994, houve uma importante Conferência Internacional (NIMH) nos Estados Unidos sobre o que havia de mais eficaz para o tratamento destes transtornos e chegou-se a um consenso sobre o uso da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) com número reduzido de sessões. Em 1996, com base neste resultado e na experiência clínica do Professor Dr. Bernard Rangé, este desenvolveu como parte de seu projeto de doutoramento, o ‘Protocolo Multicomposto de Tratamento para o Transtorno de Pânico e a Agorafobia’ em seis sessões, composto por dois manuais, um para terapeutas e outro para clientes, incluindo estratégias de psicoeducação, manejo da ansiedade e reestruturação existencial. Em 1998, ele começou a testá-lo na Divisão de Psicologia Aplicada (DPA) do Instituto de Psicologia (IP) da UFRJ através da pesquisa ‘Validação de um protocolo com componentes mínimos para tratamento do Transtorno de Pânico e da Agorafobia’ e, a partir de 2000, ajustou a estrutura do protocolo para 8 sessões terapêuticas. Cerca de 10 anos de pesquisa serviram ao seu aperfeiçoamento, tendo sido testado por estagiários da Equipe de Terapia Cognitivo-Comportamental em inúmeros pacientes com o diagnóstico de TP e/ou AGO, sem comorbidade relevante com outros transtornos do Eixo I e sem Transtornos de Personalidade (Eixo II). Os resultados obtidos através das avaliações pré e pós-tratamento dos pacientes que concluíram o protocolo foram bastante significativos e apontaram para a redução dos sintomas de pânico com um aumento do seu bem estar subjetivo e qualidade de vida. Estes dados contribuíram para a validação do referido protocolo e para a publicação dos livros “Vencendo o Pânico: Terapia Integrativa para quem sofre e para quem trata o Transtorno de Pânico e a Agorafobia - Manual do Terapeuta e Manual do Cliente” (Rangé & Borba, 2008). Atualmente, encontra-se em andamento o projeto de doutorado “Estudo de Efetividade do Protocolo de Tratamento Cognitivo-Comportamental ‘Vencendo o Pânico’: Passado, Presente e Futuro” de Angélica Borba, sob orientação do Professor Rangé, pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia do IP/UFRJ. Esta pesquisa é composta de três estudos: (1) Estudo Retrospectivo da Pesquisa ‘Vencendo o Pânico’ nos arquivos mortos da DPA-IP-UFRJ - julho de 1998 à junho de 2009; (2) Estudo de Caso sobre a efetividade do Protocolo “Vencendo o Pânico” Revisado (livros) aplicado por estagiários em pacientes da DPA - julho de 2009 à junho de 2010; e (3) Treinamento via WEB de psicólogos no Protocolo ‘Vencendo o Pânico’ Revisado (livros) – outubro de 2009 à julho de 2010. A partir da referida pesquisa e de outras em andamento, pretende-se aprimorar ainda mais o protocolo e expandir os seus benefícios para outras regiões do país.

Bolsa de Pesquisa: CNPQ.

9.2. ESTUDO RETROSPECTIVO DE EFETIVIDADE DO PROTOCOLO ‘VENCENDO O PÂNICO’ NA DIVISÃO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFRJ – julho/1998 à junho/2009 (ESTUDO 1).

Angélica Borba, Bernard Rangé, Rodolfo Ribas (UFRJ); Marcos Elia (NCE/UFRJ); Mônica Campos (ENSP/FIOCRUZ); Alessandra Lopes, Christine Saturnino, Hérica Silva, Jéssica Pedrosa, Letícia Cândido, Sylvia Figueiredo, Pedro Siqueira (UFRJ).

Palavras-chave: estudo retrospectivo, transtorno de pânico e agorafobia, protocolo de tratamento cognitivo-comportamental “Vencendo o Pânico”.

O presente trabalho diz respeito a um estudo retrospectivo acerca da efetividade do protocolo de tratamento cognitivo-comportamental ‘Vencendo o Pânico’ utilizado na DPA-IP-UFRJ, no período de julho/1998 à junho/2009. Tem-se como objetivo principal investigar o número total de sujeitos que fizeram uso do protocolo, incluindo estagiários treinados e pacientes que consentiram sua participação na pesquisa, analisando-se os resultados das escalas pré e pós-tratamento destes. O objetivo específico diz respeito a levantar o perfil de todos os pacientes que deram entrada na DPA com pelo menos uma das queixas sendo o TP e ou a AGO. Quanto ao método, o protocolo em pauta foi testado e validado pela equipe de TCC da DPA-IP-UFRJ com base nos resultados terapêuticos dos pacientes que cumpriram todos os critérios de participação na pesquisa. Os estagiários foram os seus principais executores e para isto receberam apenas um breve treinamento e supervisões clínicas antes, durante e após o tratamento dos seus pacientes. Com o passar dos anos, utilizaram-se diferentes entrevistas estruturadas para avaliação diagnóstica de Transtornos do Eixo I (ADIS-IV, CIS e MINI-V) e do Eixo II (SCID-II-DSM-III-R e SCID-II-DSM-IV), a fim de selecionar pacientes com o perfil da pesquisa. O protocolo de tratamento ‘Vencendo o Pânico’ manteve sua estrutura, mas ampliou o tempo de tratamento de 6 para 8 sessões, e adaptou o uso de algumas estratégias terapêuticas. Houve mudanças na escolha das escalas administradas (pré-testes, pós-testes, pós 1 mês, pós 6 meses) para avaliação dos sintomas de pânico e agorafobia dos pacientes, com exceção das seguintes: Inventários Beck de Ansiedade e Depressão; Escalas de Pânico e Agorafobia, de Crenças de Pânico e de Crenças Agorafóbicas; Inventário de Mobilidade (sozinho e acompanhado) e Escala Brasileira de Assertividade. O arquivo morto da DPA foi inteiramente investigado (1992 – 2009) e os seus dados foram cruzados com aqueles existentes no banco de dados da mesma instituição (2005 – 2009) e nos registros do Professor Rangé. Foram analisados 10.400 documentos, dentre eles, 1.794 fichas de estagiários e 8.606 prontuários de pacientes. Os seguintes resultados foram encontrados: total de 136 estagiários de TCC, dos quais 76 aplicaram o protocolo (1998-2009); total de 615 pacientes deram entrada na DPA com uma das queixas sendo o TP e/ou AGO, dos quais 230 foram encaminhados para a pesquisa e 67 apresentaram pré e pós-testes. O perfil dos 615 pacientes foi analisado no que diz respeito a sexo, formação, ocupação, TP e/ou AGO, comorbidade, medicação e origem do encaminhamento. Análises baseadas nos 67 casos com pré e pós-testes (Teste T para medidas repetidas) revelaram redução significativa ($p < 0,05$) dos sintomas e crenças relacionadas aos TP e AGO e sintomas de mobilidade sozinho e acompanhado no pós-teste. No follow-up de 6 meses também foram identificadas reduções significativas dos sintomas e crenças relacionadas ao TP e à AGO. Conclui-se que o grupo de pacientes que participou da pesquisa obteve melhoras significativas com o uso do protocolo Vencendo o Pânico, apontando para a sua efetividade.

Bolsa de Pesquisa: CNPQ.

9.3. ESTUDO DE EFETIVIDADE DO PROTOCOLO ‘VENCENDO O PÂNICO’ REVISADO NA DIVISÃO DE PSICOLOGIA APLICADA DA UFRJ – julho/2009 à junho/2010 (ESTUDO 2)

Angélica Borba, Bernard Rangé, Rodolfo Ribas (UFRJ); Marcos Elia (NCE/UFRJ); Mônica Campos (ENSP/FIOCRUZ); Luana Laurito, Carla Loureiro e Hellen Nascimento (UFRJ).

Palavras-chaves: Transtorno do Pânico e Agorafobia; Terapia Cognitivo-Comportamental; Protocolo ‘Vencendo o Pânico’ Revisado.

O presente trabalho diz respeito a um Estudo de Efetividade do Protocolo Cognitivo-Comportamental “Vencendo o Pânico” Revisado na Divisão de Psicologia Aplicada (DPA) da UFRJ. Trata-se de um estudo de caso acerca da aplicação deste protocolo no formato de livros por estagiários da Equipe de TCC em pacientes com TP e/ou AGO no período de julho de 2009 à junho de 2010. Objetiva investigar a sua efetividade através dos resultados pré e pós-tratamento dos pacientes participantes da pesquisa e levantar o perfil de todos aqueles que foram encaminhados à Equipe de TCC para terapia em grupo de TP e AGO neste último ano. Quanto ao método, adotam-se os seguintes procedimentos: triagem; avaliação diagnóstica através de entrevistas estruturadas para Transtornos do Eixo I (M.I.N.I 5.0) e do Eixo II (SCID-II-DSM-IV); seleção dos pacientes que preenchem critérios para TP e/ou AGO, sem comorbidade com outros transtornos do Eixo I em nível grave e sem comorbidade com Transtornos do Eixo II; assinatura de termo de consentimento e preenchimento de escalas (pré-testes) para avaliação dos sintomas de TP e/ou AGO; tratamento em grupo com uso dos livros ‘Vencendo o Pânico’ em 8 sessões semanais de 120 minutos; e pós-testes. O programa terapêutico engloba estratégias de psicoeducação, manejo da ansiedade (treino respiratório, reestruturação cognitiva; exposição interoceptiva, exposição situacional gradual prolongada), reorientação de vida (combate a crenças irracionais, treinamento assertivo, fortalecimento da auto-eficácia, manejo existencial) e prevenção de recaída. Os resultados apontam para 91 pacientes encaminhados aos grupos de pânico e 11 destes efetivamente tratados com seus pré e pós-testes completos. Análises baseadas nestes 11 casos (Teste T para medidas repetidas) apresentaram ‘ $p < 0,05$ ’ nas escalas Beck Ansiedade, Pânico e Agorafobia, Crenças de Pânico e Sensações Corporais, indicando redução significativa dos sintomas e crenças relacionadas ao TP. Considerando-se o grupo, o mesmo não ocorreu com as Escalas de Cognições Agorafóbicas, Mobilidade-Sozinho e Mobilidade-Acompanhado, inferindo-se que não houve redução dos sintomas agorafóbicos; entretanto, percebe-se que dentre os 11, 8 sujeitos revelaram redução significativa ($p < 0,05$) dos sintomas de mobilidade sozinho e acompanhado no pós-teste, 2 realmente destoaram do grupo apresentando piora significativa nos escores do pós-teste e 1 não respondeu. A escala SWB-PANAS revelou aumento significativo ($p < 0,05$) de felicidade e afeto positivo com redução do afeto negativo, não havendo alteração na categoria satisfação. Já a SF-36-Qualidade de Vida, apresentou aumento significativo ‘ $p < 0,05$ ’ nos domínios vitalidade e saúde mental, mas não nos demais. Numa primeira análise, pode-se concluir sobre a efetividade do Protocolo ‘Vencendo o Pânico’ no que diz respeito à redução dos ataques de pânico, mas o mesmo não pode ser assegurado em relação à redução dos sintomas agorafóbicos. Sugere-se então a continuidade da pesquisa, tanto em busca de aumentar o n de pacientes conferindo-lhe maior fidedignidade quanto em relação a reavaliação das intervenções relacionadas ao tratamento da Agorafobia.

Bolsa de Pesquisa: CNPQ.

9.4. TREINAMENTO DE PSICÓLOGOS VIA WEB NO PROTOCOLO DE TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL ‘VENCENDO O PÂNICO’ REVISADO – Outubro/2009 à Julho/2010 (ESTUDO 3)

Angélica Gurjão Borba, Bernard Pimentel Rangé e Rodolfo Ribas (UFRJ); Marcos da Fonseca Elia (NCE/UFRJ); e Mônica Rodrigues Campos (ENSP/FIOCRUZ).

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Protocolo Vencendo o Pânico Revisado; Treinamento Via Web de Terapeutas.

Esta pesquisa diz respeito a um estudo nacional de efetividade do Protocolo ‘Vencendo o Pânico’ Revisado aplicado por terapeutas de diferentes Estados brasileiros treinados via web. O Protocolo ‘Vencendo o Pânico’ foi criado por Rangé visando sua utilização por terapeutas com graus variados de conhecimento em TCC que trabalhassem em locais distantes. Inspirou-se em pesquisas mundiais sobre a efetividade de protocolos cognitivo-comportamentais estruturados de curta duração capazes de gerar rápida melhora do paciente com baixo índice de recaídas. Em 1998, começou a ser testado por estagiários da Equipe de TCC na DPA-IP-UFRJ. Em 2008, devido a resultados favoráveis, transformou-se nos livros “Vencendo o Pânico” (Manuais do Terapeuta e do Paciente) e, em 2009/2010, foi testado por psicólogos distanciados geograficamente. O treinamento web almejou habilitá-los na correta aplicação do protocolo e averiguar o seu ganho de aprendizado no tratamento do TP/AGO. Também objetivou avaliar a eficácia do protocolo através dos resultados pré e pós-tratamento dos pacientes. Ocorreu em 3 fases: 1ª-Divulgação/Seleção dos terapeutas; 2ª-Seleção dos pacientes; e 3ª-Treinamento web. Os terapeutas precisavam ter dois anos de experiência em TCC, acesso domiciliar a computador e internet e 12hs semanais para dedicarem-se ao curso. Eles receberam treinamento online e, paralelamente, aplicaram o protocolo em seus pacientes (presencialmente). Foram avaliados através de 3 testes de conhecimento: pré-leitura dos livros, pós-leitura e pós-treinamento. Os pacientes deveriam apresentar TP e/ou AGO (sem as comorbidades especificadas no Estudo 1 e 2) e disponibilidade para cumprirem 8 sessões semanais de até 2hs, preenchendo 11 escalas para avaliação dos sintomas pré/pós-tratamento. Ambos responderam questionários de avaliação do treinamento/tratamento, respectivamente. O curso web baseou-se nos livros e no vídeo ‘Vencendo o Pânico’, utilizou-se da Plataforma Educacional Pii (NCE-UFRJ) e de seus recursos virtuais: Atividade Didática, Fórum, Chat e E-mail. Ofereceu uma rotina semanal de atividades seqüenciais com início às 6ª-feiras e término às 5ªs-feiras (lançamento de conteúdo e abertura de fórum exploratório, atendimento presencial do paciente, chat conclusivo acerca do tema com supervisão clínica). Foram 3 meses de curso web com 2 semanas para ambientação virtual e homogeneização do conhecimento; 8 semanas de treino online para aplicação do Protocolo; e 2 semanas para encerramento. Dos 445 psicólogos interessados na 1ª-fase, 29 preencheram questionários de perfil e apresentaram documentação. Durante a 2ª-fase, apenas 20 localizaram pacientes com queixas de pânico e aplicaram as entrevistas MINI-V e SCID-II, selecionando 1 ou 2 dentro do perfil. A 3ª-fase iniciou com 20 terapeutas e seus respectivos 27 pacientes de sete Estados brasileiros (AM/AL/MG/RJ/SP/PR/SC). Todos os psicólogos fizeram a devolução dos materiais da pesquisa e finalizaram o treinamento (0% evasão) e 25 pacientes realizaram o protocolo e responderam aos pré e pós-testes. Ainda estão em processo de análise os instrumentos dos terapeutas, dos pacientes e do treinamento web entregues em julho/2010. Com base na adesão dos terapeutas ao curso e dos pacientes aos seus terapeutas conclui-se sobre o sucesso do treinamento web com base no Protocolo ‘Vencendo o Pânico’, disseminando conhecimento e saúde, e beneficiando todos os participantes (pesquisadores, terapeutas, pacientes, familiares e sociedade).

Bolsa de Pesquisa: CNPQ.

10. PSICOLOGIA POSITIVA E INTERFACES COM A TCC.

Coordenadora: Mônica Portella (CPAF-RJ, UCAM/AVM)

10.1 METAS – APLICAÇÕES PROFILÁTICAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAM/AVM).

Palavras-Chave: metas, psicologia positiva, terapia cognitivo-comportamental

Na terapia cognitivo-comportamental a formulação de metas ajuda a estabelecer alvos específicos e mensuráveis para a mudança, além de direcionar a intervenção e motivar o cliente. Na vida é possível utilizar a estratégia de formulação de metas de forma profilática, para incentivar e implementar ações em diferentes áreas, tais como: ocupacional, afetivo-social, lazer, patrimônio, saúde e espiritual (caso a pessoa tenha religiosidade). Este estudo discute e apresenta uma metodologia para formular e alcançar metas (em diversas áreas) alinhadas com algumas características fundamentais dos participantes, como, por exemplo, valores, talentos, pontos fortes e qualidades. Apresentaremos os resultados de treinamentos conduzidos ao longo dos dois últimos anos, calcados no modelo cognitivo-comportamental. O treinamento objetivou: 1) Discutir a importância de estabelecer metas de vida; 2) Identificar valores, talentos, habilidades, pontos fortes e qualidades, a fim de estabelecer metas alinhadas com os mesmos. 3) Formular e alcançar metas de curto e médio prazos; 4) Trabalhar com as crenças auto limitadoras, descobrir e fortalecer crenças positivas; 5) Identificar erros cognitivos; 6) Identificar e administrar pontos fracos, bem como, solucionar problemas com rapidez e eficácia e; 7) Estabelecer um programa para manutenção de ganhos. Os grupos foram conduzidos no CPAF-RJ, tendo duração de 24 horas. Realizamos um total de 12 encontros com duas horas de duração cada, semanalmente. Após o término da intervenção os participantes foram acompanhados por meio de follow-up mensal durante três meses avaliação e manutenção de ganhos. O número de participantes em cada grupo variou em torno de 10 a 20 pessoas ($X= 15$ pessoas por grupo), participaram do programa pessoas de ambos os sexos (38% do sexo masculino e 62% do sexo feminino), fizeram parte do grupo 87% pessoas com terceiro grau completo e 23% com terceiro grau incompleto. Os temas foram desenvolvidos através de vivências e exercícios (estratégias de sensibilização, técnicas de registro, cartões de enfrentamento, ensaio comportamental, imagem mental, 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, por meio de entrevistas semi estruturadas, ao término do programa, observamos que: 1) Os participantes relataram que o treinamento ajudou-os administrar as diferentes áreas da vida. 2) 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. 3) As estratégias de resolução de problemas, ensaio comportamental, role-play, imagem mental, melhoraram 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.

10.2 FORÇAS PESSOAIS: UMA ALTERNATIVA REAL AO FOCO NA DOENÇA

Adriano Martius Botão de Oliveira (CPAF-RJ); Profa. Dra. Mônica Portella (CPAF-RJ) e Profa. Ms. Hebe Goldfeld (CPAF-RJ).

Palavras-chave: Saúde; Terapia Cognitivo Comportamental (TCC); Psicologia Positiva.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde é definida como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo somente da ausência de uma doença ou enfermidade”. Por sua vez, também podemos encontrar na missão do Ministério da Saúde brasileiro, a idéia de “promover a saúde da população” com o objetivo de contribuir “para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania”. Partindo destas declarações e diante do fato que somos seres compostos de talentos, pontos fortes, pontos fracos, defeitos, valores, pensamentos automáticos e crenças funcionais e disfuncionais, entre outros, podemos nos perguntar como a psicologia tem usado nossas forças pessoais (talentos, pontos fortes, qualidades e virtudes) a nosso favor no dia a dia. Como está sendo usado o lado saudável de nossas manifestações? Neste sentido, o objetivo deste trabalho é o de apresentar abordagens recentes que visam ajudar a psicologia a tirar seu foco principal da doença, em busca de uma nova prioridade focada na saúde, através do uso das forças pessoais de cada cliente. Num primeiro momento apresentaremos as categorias e subcategorias propostas por pesquisadores da Psicologia Positiva: a Categoria I voltada à prevenção primária e secundária de doenças e a Categoria II voltada à potencialização primária e secundária da saúde, criando espaço para pensarmos de forma direta a saúde e a qualidade de vida. No segundo momento abordaremos o modo como o movimento da Psicologia Positiva integra-se à Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) através da identificação e do uso das forças pessoais do cliente. A idéia é mostrar como a saúde vai muito além da mera remissão de sintomas e da compreensão dos mecanismos de funcionamento da doença. As forças pessoais são apresentadas, uma a uma, como recursos básicos para obtenção da saúde, mas, principalmente da potencialização da qualidade de vida. Por último, analisaremos especificamente com essa integração se dá no momento da formulação de caso. Explicitaremos como durante esse processo de investigação sobre o histórico de vida e o modo de funcionamento disfuncional do cliente, é importante identificar, paralelamente, seus talentos, pontos fortes, qualidades, virtudes, valores, para que possamos, transformar suas queixas atuais em metas a curto e médio prazo na busca de uma vida com qualidade e realização nas diversas áreas de sua vida (afetiva, ocupacional, lazer, patrimônio e saúde). Conclui-se que é possível buscar e implementar diretamente, sem distorções, o objetivo de saúde da OMS e de qualidade de vida e cidadania do Ministério da Saúde brasileiro. Entende-se que é perfeitamente possível potencializar a saúde através do uso dos valores reais, das diversas forças pessoais e de um planejamento de vida calçado em metas de curto e médio prazo. Fica evidente que a potencialização da saúde leva ao desenvolvimento também crescente da autonomia de cada cidadão.

10.3 INTEGRANDO TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL E PSICOLOGIA POSITIVA NO TRABALHO COM A DEPRESSÃO

Laura Poltosí (CPAF-RJ e UNESA), Profa. M.e Hebe Goldfeld (CPAF- RJ) e Profa. Dra. Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAMAVM).

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental; Psicologia Positiva; Depressão.

Criar formas de estimular indivíduos deprimidos a, ainda em tratamento, desenvolverem emoções positivas que auxiliem na mudança de pensamento e comportamento é um grande desafio ao terapeuta. Porém, não menos complicado é proporcionar, a longo prazo, a preservação do bem-estar adquirido com o trabalho terapêutico após a recuperação do quadro depressivo. O presente trabalho tem por objetivo investigar os benefícios decorrentes do tratamento da depressão com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) aliada aos fundamentos da Psicologia Positiva. O movimento denominado Psicologia Positiva surgiu do amplo esforço de psicólogos americanos no sentido de desenvolver estratégias e técnicas que possibilitassem avaliar e trabalhar os aspectos saudáveis das pessoas. De acordo com a definição da OMS, saúde não significa apenas ausência de doença, sendo necessária atenção aos aspectos sadios do desenvolvimento humano para obtenção do completo bem-estar. Pesquisas demonstram que as alterações que desencadeiam depressão não estão apenas relacionadas com as emoções negativas, mas principalmente à ausência de emoções positivas. Ocorre que, indivíduos deprimidos ou grande parte deles, processam as informações de forma pessimista e dificilmente imaginam situações futuras sob uma ótica prospectiva. A interpretação do pessimista a respeito de eventos ruins é sempre permanente, abrangente e pessoal; o que acaba por paralisá-lo e impedi-lo de ter atitudes proativas diante das dificuldades. Já o otimista interpreta os eventos indesejados como temporários, específicos e externos. A TCC tradicional busca modificar nossas crenças a respeito das adversidades e contesta os pensamentos disfuncionais que são recorrentes ao pessimista, trazendo-o para a realidade. Agregando a colaboração da Psicologia Positiva, a TCC, na atualidade, pode agir em dois âmbitos: durante o processo terapêutico - interrompendo o espiral descendente da depressão por modificar o estilo atributivo pessimista comum aos depressivos - e, após o tratamento, impulsionando-o do realismo obtido com a terapia para o otimismo funcional. Desta forma, ao integrar a Psicologia Positiva, a TCC também atua no sentido de diminuir a vulnerabilidade a futuros episódios ou eventos negativos, através de um programa de manutenção de ganhos que fortalece os recursos internos do indivíduo; mapeia talentos; desenvolve pontos fortes; enaltece virtudes; induz à prática de atividades intencionais de aumento do nível de felicidade e satisfação pessoal; inclui tarefas que trazem bem-estar duradouro e, finalmente, estabelece um plano de metas - reduzindo consideravelmente a chance de se desencadear sintomas ou recidivas depressivas. O tratamento da depressão deve ser capaz de desenvolver estratégias cognitivas não apenas focadas em minimizar a emoção negativa, mas sim em reforçar e manter a emoção positiva, tornando pleno o processo de diagnóstico e tratamento da depressão e ocasionando menor probabilidade de recaída, qualidade de vida e bem-estar. É necessário ir mais além do que proporcionar apenas alívio ao sofrimento, auxiliando na atribuição de significado à vida. Conclui-se que, a psicologia, por muitos anos, foi focada desproporcionalmente apenas na patologia e na reparação do dano; então as intervenções positivas surgem como importante complementação às intervenções tradicionais, trazendo melhoras significativas e duradouras à vida do cliente.

10.4 POTENCIALIZANDO FORÇAS PARA O ESTABELECIMENTO DE METAS PROFISSIONAIS COM JOVENS UNIVERSITÁRIOS: UMA PROPOSTA DA TCC E DA PSICOLOGIA POSITIVA.

Ramiro A. Barboza (CPAF-RJ) e Mônica Portella (CPAF-RJ).

Palavras chave: Potencialização, Psicologia Positiva e Terapia Cognitivo-Comportamental.

A tomada de decisão, com relação ao futuro profissional de um jovem, se torna mais eficiente quando este tem consciência de suas potencialidades. Entendemos o conceito de Potencialidade como o conjunto de Talentos e Pontos Fortes que o indivíduo possui para alcançar suas metas profissionais. Para tanto, se faz necessário um trabalho de identificação de Talentos e Pontos Fortes e que ambos possam ser direcionados e alinhados com seus valores. A proposta é ajudar o cliente a alcançar suas metas profissionais com eficiência, gerando uma vida mais satisfatória. O objetivo deste trabalho é apresentar um caso clínico de um jovem universitário de 24 anos, que chegou a terapia com dificuldades de concluir seu curso. O cliente encontrava-se há quatro anos na universidade sem ter concluído as matérias básicas, o impedindo de avançar em períodos subsequentes. Apesar desse tempo, continuava no segundo período. Descartamos qualquer critério para Transtorno de Ansiedade ou de Déficit de Atenção. O cliente apresentava, em seu histórico, um ótimo desempenho escolar durante o ensino médio. Entrando na Universidade, seu desempenho acadêmico caiu. Omitiu de seus pais suas dificuldades acadêmicas, causando-lhe sentimentos de culpa e fracasso. Nas sessões, trabalhamos com identificação, avaliação e mudança de Pensamentos Automáticos, Crenças Intermediárias e Centrais. Chegamos à conclusão de que seu mau desempenho acadêmico era consequência de sua decisão profissional equivocada, influenciada por expectativas de modelos significativos, como parentes e a própria sociedade, que dita qual “status” uma pessoa deve alcançar para ser bem sucedido profissionalmente. Tais expectativas não eram suas e não estavam alinhadas com seus valores e potencialidades. Trabalhamos com soluções de problemas para a decisão de seu futuro profissional. Com o auxílio de procedimentos da TCC, ficou evidente que crenças negativas foram ativadas em razão as dificuldades acadêmicas, alimentando seu comportamento de esquiva com relação ao estudo. Após a avaliação, questionamos suas crenças e encontramos evidências de que as mesmas não eram reais, confirmando a hipótese de que o problema tinha origem em sua decisão profissional equivocada. O cliente não queria exercer aquela profissão. Nesse momento, pudemos introduzir em nosso trabalho a identificação de Talentos e Pontos Fortes, conceitos importantes para utilização da Psicologia Positiva, pois esta, não vê o indivíduo apenas como portador de uma doença ou problema, pelo contrário, considerando as dificuldades do indivíduo, ela traz as suas potencialidades a tona, para que possa resolver seus problemas, gerando sentimentos de auto-eficácia, que são importantíssimos para qualquer procedimento terapêutico. A mudança da decisão profissional passou a ser o foco da terapia. Concluímos que a identificação de Talentos e Pontos Fortes possibilita uma tomada de decisão mais consciente com jovens universitários que se vêem em conflito com suas escolhas profissionais. A utilização dos conceitos básicos da TCC junto com a identificação de Talentos e Pontos Fortes, propostos pela Psicologia Positiva, acrescenta e completa todo o processo psicoterápico, não apenas tirando o cliente de seu pior momento, mas proporcionando um encontro com suas potencialidades.

11. PESQUISAS EM HABILIDADES SOCIAIS

Coordenadora: Juliana D'Augustin (UERJ)

11.1 ALGUMAS RELAÇÕES ENTRE HABILIDADES SOCIAIS E ESTILOS DE APEGO EM INDIVÍDUOS COM BULIMIA NERVOSA

Juliana D'Augustin, Eliane Mary de Oliveira Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro, RJ), Mônica Duchesne (Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares – Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: habilidades sociais, estilos de apego, bulimia nervosa

Pesquisas recentes têm mostrado que estilos de apego estão intrincados no desenvolvimento das habilidades sociais e vice e versa. Além disso, há evidências de que essas variáveis podem favorecer a ocorrência de problemas interpessoais e até mesmo transtornos psiquiátricos, como a bulimia nervosa (BN). A BN é um transtorno alimentar debilitante, que afeta cerca de 2% das mulheres jovens, e acarreta um impacto considerável na vida do indivíduo e de suas famílias. É caracterizada pela presença de episódios de compulsão alimentar recorrentes seguidos de métodos compensatórios inadequados. Além das complicações clínicas associadas ao transtorno, encontramos também graves problemas interpessoais. A literatura mostra que essas pacientes freqüentemente apresentam deficiências na assertividade, na percepção de redes de apoio social e na formação de vínculos satisfatórios. Dessa forma, o objetivo do estudo foi investigar as relações entre habilidades sociais e estilos de apego em indivíduos com BN. A amostra foi composta por 33 indivíduos com BN atendidos no Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares (GOTA), na cidade do Rio de Janeiro, comparados a 31 indivíduos sem transtornos alimentares, pareados por idade, sexo e anos de estudo. Os instrumentos utilizados foram: 1- Teste de investigação bulímica de Edinburg; 2- Inventário de Empatia (IE); 3- Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e 4- Escala de Apego Adulto (EAA). A análise dos dados foi feita no pacote estatístico SPSS e os testes utilizados foram: Teste T e correlação de Pearson. Os resultados encontrados mostraram que as médias obtidas no IHS foram menores para o grupo de bulímicas quando comparadas ao grupo controle. Tal diferença foi estatisticamente significativa para todos os fatores assim como para o escore total ($p < 0,01$). Já em relação ao IE, os grupos só diferiram significativamente em relação ao fator tomada de perspectiva ($p < 0,01$), com um escore superior para o grupo controle. Na avaliação dos estilos de apego, os resultados mostram que as médias obtidas pelo grupo controle foram maiores quando comparadas ao grupo de bulímicas ($p < 0,01$), indicando maiores níveis de apego seguro no grupo controle. Os resultados mostraram também uma correlação negativa entre o Teste de investigação bulímica de Edinburg e o IHS, IE e EAA, indicando que quanto maiores os níveis em habilidades sociais e apego seguro, menor a gravidade da BN. Os resultados obtidos neste estudo mostram que a formação de estilos de apego seguro encontra-se prejudicada. Tal fato influencia o comportamento desse indivíduo levando a essas pessoas estabelecerem relações interpessoais disfuncionais. Os dados acima ressaltam a importância de se desenvolver um repertório adequado de habilidades sociais em pacientes com BN como uma forma de promover a formação de vínculos saudáveis com outras pessoas, mostrando que a capacidade de solução de problemas, assertividade e empatia podem ser mais eficazes para resolver conflitos do que se engajar em comportamentos alimentares inadequados

Bolsa: Capes

11.2 O PAPEL DA EMPATIA NA PROMOÇÃO DO PERDÃO INTERPESSOAL

Vanessa Dordron de Pinho; Eliane Mary de Oliveira Falcone (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: empatia humana; perdão interpessoal; componentes afetivo, cognitivo e comportamental.

O presente trabalho tem como objetivo a investigação das relações entre a empatia e o perdão humanos. A empatia humana pode ser compreendida como uma habilidade social multidimensional que abarca componentes cognitivos, afetivos e comportamentais, caracterizados, respectivamente, pela compreensão do estado mental e afetivo do outro, pela capacidade de se sensibilizar diante da experiência emocional do outro e por comportamentos verbais e não-verbais prossociais congruentes ao entendimento e consideração pela outra pessoa. O estudo desse tema tem sido do interesse de diversos campos do saber, tanto dentro da psicologia (como desenvolvimento, personalidade, social, clínica e evolucionista) quanto de áreas afins, como filosofia e neurociências. Esse interesse está associado ao fato de a empatia ser considerada central para o comportamento sociomoral humano, além de estar relacionada à saúde psicológica e a relacionamentos interpessoais mais satisfatórios. O perdão interpessoal, do mesmo modo, tem sido relacionado ao bem-estar e a melhor qualidade de vida intra e interpessoal. Embora o estudo do tema seja recente nos ramos da psicologia e ainda não haja um consenso entre os teóricos acerca de sua definição, o fenômeno do perdão pode ser compreendido como um processo multidimensional no qual as emoções, cognições e comportamentos da vítima dirigidos a um ofensor mudam de uma valência negativa para outra mais positiva. Muitos pesquisadores estão focados nos mecanismos que facilitam a promoção do perdão, e dentre aqueles apontados na literatura, pode-se destacar o papel da empatia, da atribuição de causalidade, das características da ofensa, do tempo, de fatores personalógicos da vítima, do pedido de desculpas pelo ofensor, dentre outros. O uso do perdão como uma estratégia psicoterapêutica tem aparecido na literatura psicológica há cerca de três décadas, como uma das ferramentas mais poderosas para ajudar os pacientes a chegarem a um acordo com o seu passado, de modo que este não afete mais negativamente o presente e, especialmente, porque a grande maioria dos ofensores são justamente aqueles que são mais íntimos e queridos à vítima. Além disso, nem todas as ofensas são intencionais, podendo ocorrer por omissões, pontos de vista diferentes, falta de comunicação assertiva etc. Porém, o perdão pode ser útil também ao reduzir a raiva intensa direcionada a um transgressor mal intencionado, o que traz benefícios pessoais à vítima, que pode, nesses casos mais severos, perdoar, mas optar por não se reconciliar. Neste trabalho, será apresentada uma revisão de artigos científicos que tiveram como meta o estudo das relações entre a empatia e o perdão e entre seus componentes afetivos, cognitivos e comportamentais, bem como delimitar os diferentes procedimentos, conceitos, instrumentos e amostras utilizados. Implicações dos resultados das pesquisas para a prática clínica também serão discutidos, apontando como o aprimoramento da habilidade empática pode ser uma das estratégias mais úteis para o auxílio daqueles que desejam se livrar de uma mágoa causada por uma ofensa interpessoal, perdoar e se reconciliar com o ofensor e/ou com o próprio passado doloroso, mas que apesar dos esforços não têm obtido êxito em suas tentativas.

11.3 - AVALIAÇÃO DAS RELAÇÕES ENTRE RAIVA, EMPATIA E SATISFAÇÃO CONJUGAL. Camila Morais Ribeiro, Eliane Mary de Oliveira Falcone, Vanessa Dordron de Pinho (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ)

Palavras-chave: raiva, empatia, satisfação conjugal

Tema presente em conversas informais, nos consultórios psicológicos, em estudos científicos, como em diversas esferas da vida dos indivíduos; os relacionamentos conjugais constituem assunto de interesse para diversas áreas. Pesquisas têm apontado que embora tenha ocorrido o aumento das dissoluções de vínculos conjugais, o casamento ainda é objetivo perseguido por muitas pessoas como fonte de satisfação pessoal. Todavia, a dificuldade de manter o vínculo conjugal refletido nos elevados índices de divórcio e como demanda recorrente em consultórios psicológicos vem despertando o interesse de se estudar o tema da conjugalidade e seus impasses. Nesse sentido, muitos estudos procuraram investigar os fatores que se encontram relacionados à (in)satisfação conjugal. Embora não possamos falar de unanimidade de tais estudos quanto à definição do conceito de satisfação conjugal, tais pesquisas em muito contribuíram para apontar fatores relacionados ao sucesso ou fracasso nos relacionamentos íntimos. Assim é que diversos autores apontam a empatia enquanto uma habilidade relacionada a casamentos satisfatórios, e a raiva enquanto uma emoção que predispõe à insatisfação com o casamento. Sendo assim, o presente estudo teve como objetivo avaliar a influência da raiva e da empatia conjugal auto-percebida sobre a satisfação conjugal. Para tanto, a amostra deste estudo foi constituída por 120 indivíduos casados a pelo menos três anos, com idades variando entre 25 e 76 anos. Os participantes da pesquisa eram pessoas residentes do Estado do Rio de Janeiro, que possuíam escolaridade a partir do Ensino Fundamental Completo. A avaliação foi feita por meio de três instrumentos: 1) Questionário de Empatia Conjugal / QEC; 2) Escala de Satisfação Conjugal; 3) Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço / STAXI. Os dados obtidos foram trabalhados estatisticamente por meio do software SPSS (versão 17), e a análise dos dados foi realizada segundo os testes da correlação de Pearson, da regressão múltipla linear, e do Teste *t*. A partir dos resultados obtidos pela aplicação dos instrumentos de pesquisa verificou-se que a empatia conjugal se correlacionou positivamente com a percepção de satisfação conjugal ($r = 0,48$; $p < 0,001$), enquanto a raiva manteve correlação negativa com a satisfação conjugal ($r = -0,30$; $p = 0,001$). Os homens se revelaram mais empáticos no casamento, bem como mais satisfeitos, enquanto as mulheres apresentaram níveis mais elevados de raiva disfuncional. De modo geral, os resultados confirmaram que a empatia conjugal auto-percebida é capaz de predizer a satisfação com o casamento, e que a raiva funcional relaciona-se positivamente à satisfação conjugal, enquanto a raiva disfuncional influencia negativamente a satisfação com o relacionamento. Tais resultados apontam não só a necessidade de formas mais adaptativas de expressão de raiva nas relações conjugais, como também demonstram que a raiva funcional pode motivar interações mais proveitosas entre os casais. Nesse sentido, entende-se que a empatia pode atuar como uma habilidade mediadora da satisfação conjugal em duas vias: aumentando as interações positivas entre os casais e reduzindo o impacto negativo de emoções como a raiva.

11.4 OS PRINCIPAIS DÉFICITS EM HABILIDADES SOCIAIS E DEPRESSÃO

Conceição Santos Fernandes, Eliane Mary de O. Falcone (Universidade do Estado do Rio de Janeiro- Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-Chave: Habilidades Sociais; depressão; comportamento social.

O presente trabalho tem por objetivo fazer uma atualização sobre as relações existentes entre habilidades sociais e depressão. As habilidades sociais podem ser entendidas como comportamentos socialmente habilidosos que envolvem aspectos cognitivos, emocionais, comportamentais e motivacionais. São mencionadas, inclusive, como habilidades que têm grande impacto sobre a vida dos indivíduos. Assim, deficiências e comprometimentos de habilidades sociais são verificados em diversos tipos de transtornos psicológicos, dentre eles a depressão. Muitas décadas de pesquisas sobre aspectos interpessoais da depressão mostram claramente problemas interpessoais na lista de características que devem ser consideradas para dar um completo entendimento de sua causa e curso. Alguns autores ressaltam o papel do reforço disfuncional eliciado por pessoas que viriam a desencadear um episódio depressivo, devido a um déficit social. Outros acreditam que a depressão causaria o déficit em habilidades sociais. Independente da relação causal, os autores pontuam algumas habilidades como sendo as que mais são afetadas com a presença de sintomas depressivos no indivíduo. Dentre esses aspectos encontram-se: asserção negativa (defesa dos próprios direitos e interesses), positiva (expressão de sentimentos positivos sobre outras pessoas, afeto, aprovação, elogios, pedir desculpas etc..) e habilidades de conversação (iniciar conversação, fazer perguntas, realizar auto-revelações apropriadas, terminar conversação). Um estudo prévio mostrou relação significativa entre as habilidades sociais e depressão, principalmente nos aspectos assertivos (capacidade de defender os próprios direitos e de expressar pensamentos, sentimentos), como mencionados acima. Além disso, o treinamento da percepção social (perceber interesse do observador no tema, perceber emoções, reforçar ou não comportamentos do interlocutor) também é tido como um ponto relevante, visto que pessoas deprimidas apresentam comportamentos sociais como, por exemplo, baixa atenção dada ao interlocutor; frequência excessiva de fala aut centrada e negativa, que demonstram uma dificuldade na modulação do comportamento a partir da percepção social. Isto leva a pensar em outra habilidade social, denominada empatia (capacidade de compreender e de expressar compreensão acurada sobre a perspectiva e sentimentos de outra pessoa) que requer esse tipo de adequação. O déficit empático na depressão pode ser corroborado em alguns estudos que apontam uma diminuição do comportamento empático nos episódios depressivos. O que foi descrito permite mostrar que aspectos sociais e de interação são extremamente relevantes no quadro depressivo, independente da direção em que se encontrem. Uma pessoa deprimida se apresenta em um estado de desânimo, além de perda de prazer e de interesse em qualquer atividade; além disso, ela observa-se perturbações somáticas e déficits cognitivos que também podem contribuir para essas dificuldades sociais. Posteriormente serão discutidos estudos que trazem mais detalhadamente dados e contribuições teóricas que pontuam as relações destacadas entre os comportamentos sociais inadequados e manifestação de episódios depressivos.

Bolsa: Capes

12. O PSICÓLOGO COMO PROFISSIONAL DE SAÚDE: O PAPEL DO TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NA ASSOCIAÇÃO ENTRE TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS E OUTRAS CONDIÇÕES MÉDICAS.

Coordenadora: Aline Sardinha (Clínica Particular, IPUB/UFRJ)

12.1 TÉCNICAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS APLICADAS À PROMOÇÃO DA MUDANÇA DE COMPORTAMENTOS PREJUDICIAIS À SAÚDE E DA ADESÃO AO TRATAMENTO MÉDICO. Aline Sardinha (Clínica Particular, IPUB/UFRJ)

Palavras-chave: Fatores de Risco, Entrevista Motivacional, Psicologia da Saúde.

Há muito tempo se encontra estabelecida a relação entre a presença de problemas psicológicos como stress, ansiedade e depressão e doenças físicas. Mais recentemente, fatores de risco comportamentais passaram a ser objeto de estudo em diversas especialidades médicas. Fatores de risco comportamentais são comportamentos e sintomas psicológicos que aumentam o risco do desenvolvimento e/ou agravamento de uma determinada condição física. Dentre estes fatores, podemos mencionar mais frequentemente tabagismo, sedentarismo, abuso de álcool, dieta rica em lipídeos e abuso de substâncias de maneira geral. Entretanto, qualquer doença física que exija tratamento vai requerer que o paciente realize mudanças em sua vida desde as mais elementares como, por exemplo, ingerir a medicação da maneira como foi prescrita, até mudanças mais profundas em seu estilo de vida. Apesar de os médicos e demais profissionais de saúde serem treinados em aconselhar estas mudanças, nem sempre o aconselhamento resulta em mudança efetiva de comportamento. Assim, o desenvolvimento de estratégias que maximizem a motivação dos pacientes e facilitem que a implementação de mudanças comportamentais é atualmente uma das maiores fronteiras do conhecimento de psicologia da saúde. Nesse sentido, passa a ser função do psicólogo não apenas tratar os sintomas psicológicos que afetam o curso da doença, como ansiedade e depressão, mas também atuar de maneira mais ampla e conectada com o restante da equipe de saúde para colaborar com o desenvolvimento e manutenção de hábitos mais saudáveis para cada caso e com a maximização da adesão ao tratamento médico. Diversas estratégias têm sido testadas nos últimos anos com este propósito. Neste trabalho, serão destacadas as técnicas cognitivo-comportamentais e aquelas baseadas nos princípios da entrevista motivacional, especificamente voltadas para a mudança de padrões de comportamentos prejudiciais à saúde. Serão particularmente abordadas questões relacionadas aos estados de prontidão para a mudança comportamental e como estes podem ser influenciados pelas técnicas da entrevista motivacional. Serão discutidas ainda as diferenças entre os estilos terapêuticos baseados em abordagens de escuta passiva, direcionamento e orientação e como a prática cognitivo-comportamental e a psicoeducação podem se adaptar às necessidades contextuais de modo colaborativamente maximizar a probabilidade de mudança de comportamento pelos pacientes.

Bolsista Doutorado CAPES e INCT-TM (CNPq)

12.2 STRESS E DEPRESSÃO: COMPARAÇÃO ENTRE HIPERTENSOS COM E SEM FIBRILAÇÃO ATRIAL. Mauricio Leal Araujo (UFRJ), Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ)

Palavras-chave: Fibrilação Atrial, *Stress*, Depressão

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) está presente em aproximadamente um terço dos brasileiros, sendo um importante fator de risco para o desenvolvimento da Fibrilação Atrial (FA) - arritmia cardíaca mais comum e a maior responsável por internações hospitalares por este tipo de enfermidade. Alguns estudos têm investigado aspectos da saúde mental na HAS, mas são raros os que fazem esta investigação em portadores de FA. Por este motivo, o objetivo deste trabalho foi avaliar e comparar hipertensos com e sem FA no que se refere à presença e nível de *stress* e nível de sintomas depressivos. Participaram do estudo 54 pacientes. Os participantes foram divididos em dois grupos: 30 no grupo H (hipertensos) e 24 no grupo HFA (hipertensos com FA). Os seguintes instrumentos foram administrados: Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), Inventário Beck de Depressão (BDI) e uma ficha informativa (FI). Os resultados mostraram que 26 (48,15%) participantes estavam estressados e que a fase de resistência foi a mais freqüente (84,62,% dos estressados). A maior parte dos participantes (66,67%) apresentou o nível mínimo de sintomas depressivos. Quando comparados os grupos H e HFA, observou-se que no segundo havia mais participantes na faixa etária superior a 70 anos ($p=0,036$) e maior presença de homens, enquanto que no grupo H houve maior presença de mulheres ($p=0,033$). As mulheres estavam mais estressadas ($p=0,028$), os estressados eram mais sedentários ($p=0,013$) e tinham maiores níveis de sintomas depressivos ($p=0,005$). Os estressados com maiores níveis de sintomas depressivos apresentaram predominância de sintomas psicológicos do *stress* ($p=0,038$). Ainda quanto ao nível de sintomas depressivos, as mulheres estavam com sintomas mais elevados ($p=0,042$), assim como os não casados ($p=0,04$). O *stress* mostrou-se muito presente nos participantes deste estudo, corroborando com diversas pesquisas que têm demonstrado que, em hipertensos, esta é uma condição muito importante a ser pesquisada. Os sintomas depressivos quando elevados são prejudiciais à qualidade de vida, mas na amostra estudada a HAS ou a FA não pareceu ter influência nestes níveis. Além disso, a FA também não influenciou na variável *stress*. A maior presença de pessoas acima de 70 anos e a maior freqüência de homens no grupo HFA pode ser devido ao fato da própria característica epidemiológica da FA. Quanto ao *stress*, os resultados deste estudo estão de acordo com a literatura e mostram maior prevalência nas mulheres e o sedentarismo como um fator de risco para esta condição. De acordo com a literatura, as mulheres também possuem maior risco de desenvolver depressão e neste estudo elas tiveram níveis mais elevados de sintomas depressivos. A FA não interferiu em presença e níveis de *stress*, assim como em níveis de sintomas depressivos. O *stress* foi mais característico na amostra do que os sintomas depressivos.

12.3 AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTES QUEIMADOS COM DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DE ESTRESSE AGUDO. Maria Pia Coimbra (PUC-Rio), Cristiane Figueiredo Araújo (IEDS/SES-RJ; PUC-RIO).

Palavras-Chave: Terapia Cognitiva, Estresse Agudo, Queimadura.

O Transtorno de Estresse Agudo é um transtorno de ansiedade em que a relação entre a situação ocorrida no ambiente, denominada evento traumático, e a reação do indivíduo exposto ao evento estressante é possível de ser identificada. Para o desenvolvimento desse transtorno é necessário que haja exposição direta, testemunho ou confronto com um ou mais eventos traumáticos envolvendo morte, ferimento ou ameaça à integridade física própria ou de outros. A resposta ao evento deve ter envolvido intenso medo, impotência ou horror. Após o evento traumático o paciente que desenvolve esse transtorno pode apresentar sintomas que se dividem em três classes: revivescência, entorpecimento emocional/esquiva, hiperestimulação autonômica. Estudos apontam para a redução dos sintomas ao longo do primeiro mês após o trauma, caso o paciente ainda apresente esses sintomas depois este período pode-se considerar o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). O Transtorno de Estresse Agudo tem grande prevalência em pacientes vítimas de queimadura, atingindo uma faixa de 11 a 32%. O tratamento de primeira escolha para este tipo de transtorno é a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). O presente trabalho tem como objetivo avaliar a eficácia de uma abordagem cognitivo-comportamental no tratamento de pacientes queimados com diagnóstico de Estresse Agudo. Para tal, foi realizado o atendimento de pacientes vítimas de queimadura internados em um hospital municipal do Rio de Janeiro. Foram utilizadas, além da entrevista, uma tradução livre da escala de Transtorno de Estresse Agudo para realização do diagnóstico. As sessões se iniciaram na primeira semana de internação. Os pacientes foram alocados randomicamente em dois grupos: grupo de tratamento com TCC e o grupo de apoio psicológico de enfermeiros, médicos e familiares. Depois de confirmado o diagnóstico do transtorno serão realizadas 3 sessões semanais ao longo de 15 dias. Estas sessões terão duração média de 45 minutos e serão utilizadas as seguintes técnicas e procedimentos cognitivos-comportamentais: reestruturação cognitiva, exposição *in vivo*, exposição imaginária, relaxamento muscular e respiração diafragmática. Após a coleta deste material será feita uma análise dos tipos de queimadura, dados sócio-demográficos e a relação destes com as crenças identificadas de cada paciente, além da readministração da escala de Transtorno de Estresse Agudo. Ao final desse estudo é esperado avaliar o quão eficaz foram as técnicas cognitivo-comportamentais para o tratamento de pacientes queimados com o quadro de estresse agudo. Além disso espera-se também contribuir para a reflexão sobre a aplicabilidade e as adaptações de técnicas originalmente pensadas para uso em um ambiente clínico/ambulatorial para o ambiente hospitalar com vistas a melhora dos sintomas relatados pelos pacientes internados.

12.4 TRANSTORNOS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM ASMA. Rafael Christophe Freire (IPUB/UFRJ), Isabella Nascimento (IPUB/IFRJ), Alexandre Martins Valença (UFF), Fabiana Leão Lopes (IPUB/UFRJ), Antônio Egídio Nardi (IPUB/UFRJ)

Palavras-Chave: Asma, Transtorno do Pânico, Agorafobia.

Os transtornos do humor, transtornos de ansiedade e doenças pulmonares obstrutivas são problemas de saúde muito comuns que ocorrem em todo o mundo. Diversos estudos mostraram que a prevalência de transtorno do pânico (TP) em pessoas com doenças pulmonares é mais elevada que na população em geral, além disso a prevalência de doenças respiratórias é mais elevada em pacientes com TP do que em pessoas com outros transtornos psiquiátricos. Essas evidências reforçam as hipóteses de que o TP poderia estar correlacionado a alterações do sistema respiratório. O objetivo desse estudo foi fazer um levantamento dos transtornos de ansiedade e transtornos depressivos em pacientes com asma brônquica, esperando encontrar uma alta prevalência de TP. Foram selecionados 90 pacientes do ambulatório de asma do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho da UFRJ. Apenas pacientes com o diagnóstico comprovado de asma e sem outros problemas respiratórios foram incluídos no estudo. O questionário estruturado M.I.N.I. versão 4.4 foi o instrumento usado para fazer os diagnósticos psiquiátricos. Para as comparações dos subgrupos usou-se o teste t para as variáveis contínuas e o qui-quadrado para variáveis categoriais. O software estatístico usado foi o Epi Info versão 6.04b. Quatro sujeitos foram excluídos do estudo por não cooperar com a pesquisa ou não compreender as perguntas feitas a eles. Na amostra 66,3% eram mulheres, e a média de idade foi de 50,2 anos (desvio padrão: 15,0 anos). O diagnóstico de depressão maior foi feito em 33,7% dos pacientes, enquanto 52,3% dos pacientes tinham pelo menos um transtorno de ansiedade. A prevalência de TP com e sem agorafobia foi de 13,9%, agorafobia sem TP 26,8%, transtorno de ansiedade generalizada 24,4% e transtorno de ansiedade social 9,3%. Três pacientes (3,5%) tinham risco de suicídio moderado ou grave. Entre os 53 pacientes asmáticos com transtornos psiquiátricos apenas seis (11,3%) estavam fazendo tratamento psiquiátrico adequado e apenas cinco (9,4%) estavam fazendo algum tipo de tratamento psicológico. Entre os pacientes com transtornos psiquiátricos que não estavam em tratamento com um psiquiatra ou psicólogo 19,1% tomavam ansiolíticos por conta própria, 4,3% tomavam ansiolíticos prescritos por médico não-psiquiatra e o restante (76,6%) não estava usando nenhuma medicação. Também foi observado que pacientes do espectro pânico-agorafobia tinham menor nível educacional e usavam significativamente mais psicotrópicos que os demais pacientes. A alta prevalência de transtornos psiquiátricos, principalmente pânico e agorafobia, em asmáticos encontrada no nesse estudo confirma achados de estudos anteriores. A grande proporção de pacientes com transtornos psiquiátricos não diagnosticados e sem tratamento adequado também já tinha sido observada por outros autores, em relação a outras patologias clínicas. Muitas vezes o TP se manifesta com muitos sintomas respiratórios, podendo ser confundido com um agravamento da asma, que poderia acarretar um aumento das medicações anti-asma, que pode ter um efeito colateral de aumentar a ansiedade. O diagnóstico e tratamento corretos dos transtornos psiquiátricos em pacientes com asma é decisivo para melhorar o prognóstico da patologia clínica em si, reduzir o risco de suicídio e aumentar a qualidade de vida desses pacientes.

Bolsista Doutorado CAPES e INCT-TM (CNPq)

13. PSICOLOGIA DA SAÚDE E DO ESPORTE: PESQUISA E INTERVENÇÃO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Coordenadora.: Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ)

13.1 O *STRESS* OCUPACIONAL E A SÍNDROME DE *BURNOUT*: CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.

Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ)

Palavras-chave: Burnout, Stress, Terapia Cognitivo-Comportamental

Os primeiros estudos sobre Burnout são da década de 70 e de lá para cá o tema tem sido foco de muitos estudos devido às repercussões que pode trazer para profissionais que atuam no cuidado ao outro. A Síndrome de Burnout se constitui em um conjunto de sintomas que acometem especialmente profissionais assistenciais e que decorre de um stress laboral crônico que ultrapassam sua habilidade de enfrentamento. Envolve sentimentos de insatisfação, decepção, falta de realização, distanciamento emocional, impotência e apatia, além de incluir comportamentos negativos direcionados aos clientes, à organização e ao trabalho. Embora muitos sintomas de Burnout se assemelhem ao do stress, convém enfatizar que se trata de fenômenos diferentes. Enquanto o stress é, a princípio, saudável e que tem como função a adaptação e a sobrevivência, o Burnout é um processo patológico que está associado desde o seu início com esgotamento emocional e evolui para frieza no contato com o outro de quem cuida e falta de realização pessoal e profissional. Além disso, uma diferença básica é que como o Burnout ocorre em profissionais que atuam na assistência a pessoas, a relação entre o profissional e a pessoa a quem presta seus serviços é um aspecto fundamental. Algumas características pessoais podem se constituir em fatores predisponentes para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout. Um dos aspectos é que as pessoas acometidas pelo Burnout são, em geral, profissionais altamente motivados que lidam com o stress associado ao trabalho com mais trabalho, até que não suportam a sobrecarga. Além disso, costumam ser perfeccionistas, têm altas expectativas, dificuldade para delegar, alto potencial para o trabalho, dentre outras características. Por outro lado, algumas instituições são facilitadoras do desenvolvimento de Burnout em seus funcionários, por oferecerem pouco reconhecimento, imporem carga de trabalho excessiva, não promoverem a expressão de idéias e opiniões, não terem transparência em suas ações, não oferecerem autonomia aos funcionários, por exemplo. A Síndrome de Burnout ocorre em cinco fases: idealismo; realismo; estagnação e frustração ou quase-burnout; apatia e burnout total e fenômeno fênix, quando a pessoa volta a ter todo o entusiasmo de antes. A fase chamada de fenômeno fênix pode levar a que o profissional acredite que tudo está bem, no entanto, a pessoa pode retomar o processo de Burnout caso mudanças não tenham sido implementadas. Sabe-se que algumas pessoas, apesar das condições adversas no ambiente de trabalho, não são vítimas do Burnout. Estudos revelam que estas pessoas são resilientes, ou seja, apresentam a habilidade de lidar com a adversidade resistindo a mesma e até crescendo com ela. A Terapia Cognitivo-Comportamental oferece uma série de estratégias que podem ajudar na prevenção do Burnout ou na superação quando já instalado. Estratégias diretas e indiretas necessitam ser implementadas pelo profissional de modo que este promova mudanças cognitivas e comportamentais e, assim, consiga manter satisfação pessoal. Fundamental é que as empresas também se conscientizem do problema e suas conseqüências e busquem efetivar mudanças que possam beneficiar o clima organizacional.

13.2 A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO HOSPITAL. Raquel Ayres de Almeida (UFRJ), Lucia Novaes Malagris (UFRJ)

Palavras-chave: Psicologia da Saúde, Terapia Cognitivo-Comportamental, Hospitalização.

Apesar dos grandes avanços da alta tecnologia médica nos campos da cura e do diagnóstico, a população ainda se sente insegura quando se encontra diante do adoecimento e da hospitalização. Além disso, o hospital é uma instituição marcada por muito sofrimento e pela luta constante entre vida e morte. O psicólogo, quando inicia seu trabalho na instituição hospitalar, encontra diversas reações comportamentais, muitas vezes patológicas e ocasionadas pelo estresse que o paciente sofre com o impacto do adoecimento e da internação. Além do aspecto da hospitalização, é cada vez mais reconhecida a importância dos fatores psicológicos, sociais e culturais nas doenças e no adoecer, desde seu início à reabilitação. Os aspectos emocionais podem alterar as reações e habilidades, influenciando a aderência ao tratamento e as tomadas de decisões que vão interferir na recuperação e, até mesmo, nas chances de sobreviver. Diante desses aspectos, um dos objetivos do psicólogo que atua na área hospitalar é identificar e compreender os fatores emocionais que intervêm na saúde do paciente, colaborando para o enfrentamento da doença e tratamento, diminuindo assim, o sofrimento do mesmo e de sua família. Dessa forma, a Psicologia da Saúde visa a promoção e a manutenção da saúde física e emocional, além da prevenção e o tratamento de doenças. A maneira como o paciente se adapta à experiência hospitalar depende de uma variedade de fatores, incluindo a natureza do problema de saúde, a idade do paciente, a presença de apoio emocional, além do estilo cognitivo e das estratégias de enfrentamento. A situação de hospitalização e adoecimento podem configurar uma situação de crise, predispondo o indivíduo a uma série de reações emocionais que demandam intervenção efetiva e pontual por parte do psicólogo. A terapia cognitivo-comportamental (TCC) é uma forma eficaz de tratamento psicológico que em muito pode colaborar para resgatar a singularidade do paciente, trabalhar suas emoções e crenças, além de ajudar o paciente na adaptação à doença e aos procedimentos técnicos. O referencial metodológico e prático das terapias cognitivas e comportamentais permite que se utilizem várias técnicas, tanto individuais como em grupo, com o intuito de se trabalhar habilidades de relacionamento, estilo de vida, ajustamento social, redução do estresse, resolução de problemas etc., permitindo, assim, maior controle sobre a situação. A terapia cognitivo-comportamental pode oferecer ao paciente internado estratégias que objetivam: redução de sintomas psicológicos, mudança de cognições disfuncionais relacionadas ao processo saúde-doença, aumento do status da qualidade de vida, aumento da aderência ao tratamento de saúde e redução do período de internação e/ou do aparecimento de comorbidades. Apesar dos muitos estudos sobre a prática da psicologia em hospitais, ainda há poucos artigos e pesquisas referentes à utilização da terapia cognitivo-comportamental no contexto hospitalar na literatura brasileira. Tais questões motivaram a elaboração de um projeto com o objetivo de verificar os profissionais da psicologia que exercem atividades na área hospitalar e que utilizam a abordagem cognitivo-comportamental em seu trabalho, identificando as técnicas cognitivas e comportamentais utilizadas neste ambiente diferenciado.

Bolsista da CAPES.

13.3 STRESS E AUTOEFICÁCIA: A TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NA PSICOLOGIA DO ESPORTE - Aline Arias Wolff (UFRJ), Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ)

Palavras-Chave: Stress, Psicologia do Esporte, Terapia cognitivo-comportamental

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem se destacado pela eficácia clínica no tratamento de variados transtornos psicológicos e alargado seu campo de atuação nos últimos tempos. A Psicologia do Esporte é uma subárea da Psicologia que faz muito uso da TCC como abordagem orientadora do entendimento e das intervenções utilizadas em seu contexto, especialmente no esporte de alto rendimento. O mesmo requer muitas habilidades psicológicas dos atletas e comissão técnica de modo que as dificuldades impostas, tais como a pressão por vitórias, treinos exaustivos, dificuldades na relação intra e extra grupo, possam ser bem administradas. Com isso, o stress pode ser um problema comumente encontrado no esporte de alto rendimento acarretando uma série de dificuldades aos atletas que vão dos aspectos ligados à performance aos ligados à saúde. No esporte de alto nível, o stress pode trazer um prejuízo a todos os envolvidos, pois afeta os relacionamentos, a capacidade de concentração, promove ansiedade e ainda é um fator predisponente à lesão. Isto pode ocorrer em função do stress aumentar a contração muscular, diminuir o foco de atenção, aumentar a agressividade e a exposição a riscos, sem contar os efeitos hormonais que atingem o sistema imunológico e a pressão arterial, dentre outros. Logo, não se pode deixar de pensar na influência do stress nos casos de lesão no esporte de alto rendimento. A lesão também pode favorecer o agravamento do stress, pois o seu impacto na vida do atleta costuma ser muito alto e, muitas vezes, determinante para a continuidade do atleta no esporte, bem como para os resultados da equipe. Considerando que o estilo cognitivo, crenças e pensamentos, se relaciona fortemente com o stress, a TCC, com suas estratégias, pode ajudar na prevenção e no controle do stress do atleta de alto rendimento e, conseqüentemente, contribuir para a prevenção de lesões e/ou sua recuperação quando já ocorrida. Outro aspecto que pode prejudicar o rendimento do atleta e está associado ao stress, é o seu senso de auto-eficácia. A auto-eficácia pode estar relacionada às interpretações que o atleta faz sobre seu desempenho e seus recursos para atingir as metas propostas e pode desempenhar um papel importante na mediação entre o evento estressor e a resposta de stress propriamente dita. Também nesta área, a TCC pode dar contribuição relevante promovendo, além das outras habilidades psicológicas, ganhos de auto-eficácia entre os atletas a partir da utilização de estratégias cognitivas e comportamentais que se somam ao desenvolvimento de condições físicas, táticas e técnicas. Investigar se o senso de auto-eficácia tem relação com o stress diagnosticado ou autopercebido poderá ser útil para que os profissionais possam intervir para otimizar as crenças de auto-eficácia diminuindo as chances de desenvolvimento de um quadro clínico de stress, que pode trazer sérias conseqüências para os atletas e equipe em geral. Tal questão motivou o projeto de pesquisa a ser apresentado, que objetiva investigar essas relações em atletas profissionais de Voleibol.

13.4 RAIVA E *STRESS* EMOCIONAL: COMPARAÇÃO ENTRE HIPERTENSOS E NORMOTENSOS Glória Moxotó (UFRJ; Marinha do Brasil), Lucia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ)

Palavras-chave: raiva, *stress*, hipertensão

Ao lado de outros fatores como hereditariedade, vida sedentária e nutrição inadequada, *stress* e raiva estão associados à origem, manutenção e recrudescimento da hipertensão arterial. O presente estudo teve como objetivo geral investigar a possível associação entre *stress* e direção de expressão de raiva em hipertensos, por intermédio da comparação com normotensos. Quanto à direção, a raiva pode ser expressa para dentro (RPD), em forma de mágoas ressentimentos e ruminções, para fora (RPF), em relação às pessoas e aos objetos do meio, e, para dentro e para fora (RPDF), quando os dois estilos estão presentes simultânea e excessivamente. Foram avaliados 112 indivíduos, sendo 56 hipertensos e 56 normotensos, pareados por grau de instrução, sexo e faixa etária. Os dados foram coletados no Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau por intermédio da utilização do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp, e do Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI). Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre hipertensos e normotensos quanto ao diagnóstico de *stress*, à presença de RPD, RPF e RPDF e quanto à associação entre *stress* e RPD. Hipertensos apresentaram 9,7 vezes mais chances de ter *stress*, 19 vezes mais chances de ter RPD acima da média e 4,8 vezes mais chances de ter RPDF acima da média que normotensos. Hipertensos apresentaram ainda maior associação entre *stress* e RPD do que normotensos, os quais apresentaram índices de RPF acima da média e maior associação entre *stress* e RPF. Quanto à associação entre hipertensão e *stress* nesta amostra, os dados obtidos podem ser compreendidos a partir das alterações fisiológicas do *stress* excessivo e dos fatores psicossociais envolvidos. Embora a hipertensão seja uma patologia, em geral, assintomática, pode-se entender o impacto do diagnóstico como um estressor que pode interferir negativamente na qualidade de vida do portador. Os resultados quanto à associação significativa entre a expressão de RPD e a hipertensão podem refletir um estilo predominante no hipertenso que interfere na origem e no curso da patologia, devido aos aumentos provocados na reatividade cardiovascular. Adicionalmente, é característica de muitos hipertensos a tendência de conterem a raiva com o intuito de se proteger e, em muitos momentos, não conseguindo se calar, acabam por “explodir”, resultando na simultânea frequência elevada de RPDF, cuja associação positiva com hipertensão também foi significativa nesta amostra. A associação do *stress* com a RPD entre os hipertensos parece representativa da relação de exacerbação recíproca que a inibição da raiva e *stress* exercem entre si, resultando em prejuízo na qualidade de vida do hipertenso. O fato de todos os participantes, que exibiram expressão de raiva acima da média em qualquer direção, estarem estressados, pode indicar que na presença de raiva excessiva há *stress* e que ambos potencializam-se mutuamente.

14. APLICABILIDADE DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Coordenadora: Patricia Barros (UERJ/Santa Casa de Misericórdia RJ)

14.1 APLICAÇÃO DO TREINAMENTO DE HABILIDADES SOCIAIS NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

Patricia Barros (UERJ/Santa Casa de Misericórdia RJ)

Palavras-chave: habilidades sociais, infância e adolescência, empatia

O campo das habilidades sociais vem sendo amplamente estudado dentro da terapia cognitivo-comportamental. Os déficits nesta área aparecem em diversos dos transtornos neuropsiquiátricos, especialmente na infância e adolescência, fases em que essas habilidades estão em pleno desenvolvimento. Estudos voltados para este campo têm mostrado a eficácia da intervenção cognitivo-comportamental para o desenvolvimento social em desordens como os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento, Transtornos de Ansiedade, Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade, Transtornos de Humor, dentre outros. Para cada um deles, o foco do treinamento das habilidades sociais se mostra diferente, levando em consideração as características dos transtornos e seus principais impasses. De maneira geral, as pesquisas neste campo tendem a focar habilidades básicas como a empatia e todos os seus componentes, como o cognitivo (algumas vezes chamado de teoria da mente), e o seu componente afetivo. Outra habilidade básica estudada diz respeito à assertividade que envolve desde distorções cognitivas, que impossibilitam o indivíduo de expressar seus sentimentos, opiniões e desejos, até a falta de instrumentos comportamentais que o permitam alcançar tais objetivos. Dificuldades na solução de problemas sociais também são alvos dessas pesquisas e envolvem basicamente o estudo do papel da impulsividade nos déficits sociais, bem como impasses na flexibilidade cognitiva e na avaliação de conseqüências. É importante ressaltar ainda que no tratamento de crianças e adolescentes, o planejamento das intervenções deve levar em consideração a fase do desenvolvimento cognitivo, afetivo e social, sem contar as características individuais de cada paciente de acordo com sua aprendizagem familiar e cultura. Esses impasses implicam em peculiaridades no atendimento a esses indivíduos, o que inclui adaptação das técnicas ao nível adequado de desenvolvimento da criança ou adolescente, através do uso de recursos lúdicos com linguagem específica; intervenções voltadas para o aprimoramento das habilidades sociais deficitárias e que são inerentes a cada transtorno; a participação da família e dos profissionais da escola, a fim de facilitar a generalização das habilidades aprendidas; o treinamento em habilidades sociais da família para que seja facilitado o processo de comunicação especialmente entre pais e filhos; uso do recurso de trabalho em grupo, bem como a utilização assídua de tarefas de casa, fazendo com que haja a amplificação das estratégias sociais aprendidas através do treinamento constante e prático. Assim, o objetivo do presente estudo é apresentar as principais dificuldades sociais inerentes a alguns dos transtornos neuropsiquiátricos na infância e adolescência, a fim de facilitar a identificação do foco de intervenção para o treinamento em habilidades sociais. Torna-se ainda importante apresentar as principais técnicas utilizadas na intervenção com estes indivíduos com o objetivo de auxiliar no tratamento dessas desordens garantindo a eficácia da terapia e aumentando a qualidade de vida destes e de suas famílias.

14.2 TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES PORTADORES DE TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Maria Alice de Castro (Santa Casa de Misericórdia, RJ)

Palavras-chave: TOC, exposição e prevenção de resposta.

O transtorno obsessivo-compulsivo gera na criança e no adolescente jovem os mesmos sentimentos que o indivíduo adulto relata como medo, culpa, responsabilidade exagerada, ansiedade e incapacidade por detê-los em rituais intermináveis, que prejudicam sua rotina ou mesmo o seu rendimento acadêmico, porém, estudos e pesquisas enfocando essa faixa etária, ocorrem em menor número. Esta pesquisa visa oferecer às crianças e adolescentes portadoras do TOC, oportunidade de conhecer, aprender a lidar e vencer esse transtorno. Para esse fim, foi utilizada a Terapia Cognitivo-Comportamental por ser considerado o tratamento de primeira escolha para o TOC, pois favorece esse aprendizado, desenvolvendo estratégias cognitivas (treino cognitivo) e comportamentais (exposição e prevenção de respostas), corrigindo os pensamentos e crenças disfuncionais que o TOC impõe, promovendo a habituação e conseqüentemente o desaparecimento dos sintomas, prevendo possíveis recaídas futuras. A família também fez parte desta pesquisa. Sem a compreensão e a ajuda, principalmente dos pais, o esforço da criança em vencer o TOC seria prejudicado, pois ela não encontraria em casa o apoio que precisaria para resistir "aos mandos" do TOC. A escola também recebeu orientação de como lidar com a criança com TOC, principalmente nos casos que foi detectado prejuízo no processo de aprendizagem, devido à interferência do TOC. Foram desenvolvidas estratégias para uso em sala de aula, que ajudaram professores e coordenadores pedagógicos a entender o transtorno e capacitá-los a lidar melhor com as crianças portadoras do transtorno. Método: Estudo de casos múltiplos realizado com uma amostra de sete crianças/adolescentes de 9 a 14 anos que buscaram tratamento para TOC no setor de Neuropsiquiatria Infanto-juvenil da Santa Casa de Misericórdia. Foram critérios de inclusão: apresentar sintoma de TOC, não apresentar comorbidades, ter o nível cognitivo preservado e não fazer uso de medicação para o transtorno. A intervenção se constituiu em 24 sessões individuais e de orientação familiar, adaptadas às especificidades da população e peculiaridades institucionais. O instrumento utilizado para avaliação antes e após a intervenção foi a escala Yale-Brown de obsessões e compulsões-versão para crianças (Y-BOCS-VC). Resultados: foram observados benefícios significativos, especialmente, nos participantes com predominância de pensamentos obsessivos, embora algumas crianças tenham apresentado dificuldade na identificação dos pensamentos automáticos. A participação da família mostrou-se fundamental na capacitação dos pacientes no que se refere ao domínio das tarefas de exposição e prevenção de respostas. Conclusão: os resultados encontrados revelaram que a intervenção cognitivo-comportamental foi eficaz nos casos estudados, entretanto necessário se mostra considerar as limitações metodológicas referentes ao pequeno número de casos estudados, o que gera a não possibilidade de generalização dos resultados. Apesar disto, o estudo abre caminho para novas pesquisas na área, de modo que a replicação da intervenção possa dar maior consistência aos resultados encontrados.

14.3 O USO DE ESTRATÉGIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS PARA O DESENVOLVIMENTO NA PRÁTICA DA INCLUSÃO ESCOLAR

Flávia Fabres (Santa Casa de Misericórdia, RJ)

Palavras-chave: inclusão, estratégias, terapia cognitivo-comportamental.

Este trabalho tem como objetivo apresentar a importância da inclusão para o desenvolvimento efetivo de crianças e adolescentes que enfrentam dificuldades nos campos cognitivo, comportamental ou emocional. A inclusão possibilita aos que são discriminados pela deficiência, pela classe social ou pela cor que, por direito, ocupem o seu espaço na sociedade. Quando isso não ocorre, essas pessoas se tornam dependentes e desempenham uma vida cidadã pela metade. Projetos de inclusão têm como objetivo valorizar a cultura, a história e as experiências anteriores da turma. Os alunos são incentivados a desenvolverem a liberdade para aprenderem do seu modo, de acordo com as suas condições. A prática de inclusão, ainda em progresso neste país, tem apontado que muitas escolas diversificam o programa, criando novas estratégias, mas esperam que todos tenham os mesmos resultados. Em contrapartida, estudos têm mostrado que estratégias individuais, como a avaliação diferenciada, produzem resultados mais efetivos pois a função da avaliação no contexto escolar não é medir se a criança chegou a um determinado ponto, mas se ela cresceu. Estratégias específicas têm se mostrado eficazes: podem ser usadas provas adaptadas e provas com auxílio de um leitor, por exemplo. Neste processo de adaptação, estratégias oriundas da Terapia Cognitivo-comportamental (TCC) têm se mostrado excelentes auxiliares. A aplicação de tais técnicas se dá de maneira concreta e operacionalizada nos diferentes níveis do comportamento e da experiência pessoal, de acordo com o [diagnóstico](#) específico ou pela [análise](#) do problema individual. A combinação dessas duas vias permite atingir um relativo equilíbrio entre o método padronizado e as características individuais do paciente. As estratégias da TCC podem ser úteis de diversas formas neste processo, especialmente através de sua estrutura, como a apresentação do problema (orientação a respeito da problemática; definição do(s) problema(s) e diagnóstico; escolha do(s) problema(s) a ser(em) tratado(s)) e pela sua posterior análise (análises comportamental, motivacional, sistêmica, da origem e desenvolvimento do problema). Além disso, outras estratégias específicas se mostram importantes, como por exemplo, no incentivo motivacional através do manejo de recompensas, e até mesmo no desenvolvimento da comunicação entre os profissionais da educação e seus alunos. Diante de tal contribuição, o presente estudo pretende descrever as principais propostas da inclusão escolar, dentre elas as estratégias da TCC que viabilizam sua aplicação e garantem o desenvolvimento saudável dessas crianças e adolescentes.

14.4 AS IMPLICAÇÕES E AS CONTRIBUIÇÕES DA ANÁLISE APLICADA DO COMPORTAMENTO E DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DOS TRASTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO

Gabriela Parpinelli Bussinguer-Breder (Pós-Graduanda em Neurociências aplicadas a Aprendizagem – IPUB / Clínica Particular - RJ)

Palavras-chaves: Análise Aplicada do Comportamento, Terapia Cognitivo-Comportamental, Espectro Autismo.

O espectro do autismo apresenta em diversas nuances alterações psiconeurológicas comportamentais, sociais e lingüísticas (triáde autista), que trazem um significativo prejuízo em muitas áreas de desenvolvimento, como: a aprendizagem, a autonomia, a imaginação, a comunicação, a empatia (teoria da mente) e a interação social; que são refletidas na dificuldade de adaptação do portador ao meio equiparada a de indivíduos neurotípicos. O desafio em obter um tratamento eficaz, que atenda a todos os pontos deficitários deste espectro, tem despertado interesse por metodologias que consigam desenvolver habilidades psicossociais nestes indivíduos, fazendo com que se tornem mais adequados e funcionais em sua rotina de vida diária. O objetivo do presente trabalho é averiguar as implicações e contribuições das técnicas utilizadas pela Análise Aplicada do Comportamento (ABA) e pela Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), diante de suas divergências e convergências no tratamento do espectro autista, especialmente na infância e adolescência, períodos em que essas desordens se manifestam primordialmente. O método ABA, baseado nos pressupostos behavioristas radicais, é uma eficaz ferramenta na modificação do comportamento e na ampliação do repertório de competência social de um indivíduo autista, através de uma prática estruturada de aprendizagem sem erro associada à troca das conseqüências, sob as quais ele opera, fundamentada pelo sistema de reforçamento positivo. Por sua vez, a TCC, sob influências behavioristas metodológicos, é uma teoria que funciona a partir de uma hierarquização de metas, previamente estabelecidas com o paciente, tendo como foco as queixas/problemas do indivíduo. Logo, é feita uma análise funcional do problema a partir da avaliação das crenças e dos comportamentos constituídos, através de um amplo leque de técnicas que possibilitem a construção do planejamento terapêutico das sessões que almejam a reestruturação dos pensamentos disfuncionais detectados, resultantes na melhora do quadro clínico apresentado. Ambas as metodologias buscam compreender os possíveis fatores desencadeadores e mantenedores dos comportamentos do paciente, sendo as mais indicadas pelos profissionais da área da saúde por atuarem com protocolos cientificamente comprovados, apresentando os resultados mais efetivos já encontrados no tratamento desta parcela da população, visando o mesmo objetivo: uma inserção dos indivíduos do espectro autista na sociedade com qualidade de vida. Entretanto, uma das críticas enfrentadas pela metodologia ABA é a de que suas técnicas nem sempre dão conta da globalidade dos sintomas nestes casos. Por esse motivo, torna-se necessário expandir a abordagem exclusiva e restritamente comportamental para uma proposta que amplie sua percepção subjetiva através de uma intervenção cognitiva. Desta forma, parece que a integração do ABA com a TCC pode efetivar ganhos complementares neste processo, evitando o enrijecimento e a mecanização da dinâmica do indivíduo e proporcionando um desenvolvimento mais flexível e mais próximo das demandas naturais.

15. TEPT E REALIDADE VIRTUAL: AMPLIANDO OS LIMITES DA EXPOSIÇÃO TRADICIONAL.

Coordenadora: Helga Rodrigues (IPUB/UFRJ)

15.1 TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO: OS LIMITES DA EXPOSIÇÃO COM TCC.

Helga Rodrigues, Ana Lúcia Pedrozo, Maria Pia Coimbra, Raquel Gonçalves, Tânia Macedo, Alessandra Pereira Lopes, Ivan Figueira, Paula Ventura (UFRJ).

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

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) tem alta prevalência e representa um importante transtorno da atualidade, visto o crescente aumento da violência e acidentes, principalmente nos grandes centros urbanos. Comumente, os pacientes evitam relatar o acontecimento traumático e muitos profissionais não incluem, em suas avaliações diagnósticas, investigação referente a situações de exposição a eventos traumáticos, o que faz com que muitas vezes estes passem despercebidos por profissionais da área da saúde, tratando-se e diagnosticando-se apenas os efeitos secundários, transtornos de humor ou outros transtornos de ansiedade. Por isso, o aumento do conhecimento na área do TEPT é muito importante, tanto para profissionais quanto para pacientes. Serão apresentados os critérios diagnósticos para o TEPT, de acordo com o DSM-IV: exposição a um evento traumático; o evento traumático é persistentemente revivido; esquiva persistente de estímulos associados ao trauma; excitabilidade aumentada; a duração é superior a um mês e causa sofrimento ou prejuízo no funcionamento em áreas importante da vida do indivíduo. A eficácia do tratamento com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para o TEPT já está estabelecida. Atualmente, a TCC é reconhecida mundialmente como o tratamento de primeira linha para pacientes com TEPT. As exposições graduais às lembranças traumáticas são realizadas por imaginação e *in vivo*, favorecendo as alterações no padrão interpretativo de memória e na elaboração do evento. A técnica de exposição se baseia nas teorias da aprendizagem e do processamento emocional. Quando o paciente processa emoções relacionadas ao trauma ocorre o processo de habituação, havendo o processamento da lembrança traumática antes evitada. A ativação da memória do medo é realizada através de técnicas de exposição, permitindo que o paciente reavalie os significados ligados à lembrança do evento estressor, facilitando o processamento dos estímulos traumáticos e a integração aos esquemas cognitivos existentes. Apesar da alta eficácia da TCC para o TEPT, a exposição tradicional apresenta limitações importantes. O planejamento da exposição *in vivo* torna-se, muitas vezes, difícil, considerando as diferentes variáveis envolvidas e a dificuldade de “recriar” o mundo, com os elementos associados ao trauma. Trabalhos com realidade virtual têm sido desenvolvidos como uma possibilidade de potencializar o tratamento com exposição tradicional, representando uma proposta entre a imaginação e a realidade. Além disso, tem sido realizados trabalhos com medicação que potencializam a extinção, bem como a utilização de co-terapia no trabalho de exposição.

Apoio Financeiro: CNPq e FAPERJ

15.2 REALIDADE VIRTUAL E TCC: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

Maria Pia Coimbra, Ana Lúcia Pedrozo, Helga Rodrigues, Raquel Gonçalves, Tânia Macedo, Priscila Marques, Camila Monteiro, Ivan Figueira, Paula Ventura (UFRJ).

Palavras-chave: transtorno do estresse pós-traumático, revisão sistemática, realidade virtual.

O Transtorno do Estresse Pós-traumático (TEPT) é um distúrbio psicológico com graves sintomas, altamente incapacitante, difícil de tratar e com pouca resposta à medicação. Atualmente, a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), que utiliza técnicas de exposição imaginária e *in vivo* tem sido o tratamento aceito como primeira escolha, como mostram alguns estudos. Embora o tratamento com terapia de exposição tenha obtido bons resultados, alguns pacientes apresentam dificuldades ao se confrontar com essas tarefas. A Terapia de Exposição por Realidade Virtual (TERV) surge como uma forma de transpor as dificuldades encontradas na administração da exposição tradicional. Este tipo de tratamento tem sua eficácia comprovada em diversos estudos com transtornos ansiosos, assim como o TEPT. O principal sintoma que dificulta o tratamento destes pacientes é a evitação, que é contornada com a integração da computação gráfica e dispositivos visuais. Esta junção auxilia o paciente a se engajar emocionalmente no ambiente virtual. A riqueza de estímulos sensoriais promove o sendo de realidade das imagens apresentadas pelo *software* e permite o melhor processamento emocional das lembranças traumáticas. Este aparato tecnológico possibilita que a exposição ao ambiente temido seja gradual, de acordo com as necessidades de cada paciente. Além disso, a exposição se dá em um ambiente seguro, aumentando o controle sobre a exposição à situação traumática. O objetivo do presente estudo é fazer uma revisão sistemática da eficácia da utilização da RV no tratamento dos pacientes com TEPT. As bases de estudos utilizadas para a revisão foram: ISI, Pilots e PubMed. Para a pesquisa foram utilizadas as seguintes palavras-chave: realidade virtual, transtorno de estresse pós-traumático, transtorno de ansiedade, ansiedade, exposição por realidade virtual. Foram encontrados 14 artigos e desses, sete foram selecionados, entre os anos de 2001 e 2010, uma vez que preenchiam os seguintes critérios: estudos randomizados, comparando TERV com lista de espera, com técnicas de TCC e com outras terapias. Estudos de caso foram excluídos da revisão. Os artigos pesquisados apresentaram amostragem média $n=7,8$ e grupos controles foram utilizados em cinco dos sete pesquisados. A média de sessões realizadas foi de 11,3 e a sessão de follow-up esteve presente em quatro dos artigos citados. Serão discutidos os aspectos metodológicos dos artigos revisados, bem como a administração das técnicas cognitivo-comportamentais tanto na TCC Tradicional quanto na TERV nos pacientes com TEPT. A TERV mostrou-se eficaz no tratamento do TEPT, demonstrado pela redução significativa dos sintomas do transtorno, quantificado através de escalas psicométricas. A sugestão é que esse tratamento possa ser uma alternativa para aqueles que não se adaptaram à estratégia de exposição imaginária. Os resultados adicionais da revisão serão apresentados, bem como discussões relevantes sobre o tema.

Apoio Financeiro: CNPq e FAPERJ

15.3 TERAPIA DE EXPOSIÇÃO COM REALIDADE VIRTUAL PARA O TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Ana Lúcia Pedrozo, Maria Pia Coimbra, Helga Rodrigues, Raquel Gonçalves, Tânia Macedo, Livia Wilhelm, Ivan Figueira, Paula Ventura (UFRJ).

Palavras-chave: transtorno do estresse pós-traumático, terapia de exposição, realidade virtual.

O Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT) apresenta sintomas graves que podem levar a prejuízo laborativo e social. Em muitos casos os pacientes se vêem incapacitados para o trabalho e passam a viver com auxílio financeiro do governo. É comum a resposta parcial aos psicotrópicos. Torna-se então necessário o desenvolvimento de um tratamento que traga bons resultados em curto prazo, com o objetivo de restituir a essas pessoas uma vida normal. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é reconhecida mundialmente como tratamento de primeira escolha para pacientes com TEPT. A TCC utiliza técnicas de exposição, como a exposição imaginária e *in vivo*, que tem como objetivo a habituação e redução da ansiedade através do enfrentamento pelo paciente das situações e lembranças temidas. A exposição reduz os sintomas do TEPT por várias razões, mencionadas a seguir. A referida técnica permite ao paciente perceber que: estar em situações seguras que lembrem o trauma não é perigoso, bem como relembrar o trauma não significa vivê-lo novamente. Além disso, a ansiedade não permanece indefinidamente na presença dos estímulos ou lembranças evitados, mas diminui se não evitá-los ou sair da situação; e experienciar os sintomas do TEPT não leva à perda de controle. Embora o tratamento com terapia de exposição tenha obtido bons resultados, alguns pacientes apresentam dificuldades ao se deparar com essas tarefas. A exposição imaginária depende da capacidade de imaginação e da memória, pois requer que o paciente relate o trauma repetidamente com as sentenças no presente. Evitar essas lembranças é um sintoma do TEPT, o que faz com que, em alguns casos, o paciente não aceite a tarefa de exposição ou não consiga se engajar emocionalmente, dificultando resultados positivos. Por sua vez, a exposição *in vivo*, que é praticada em ambientes e situações que o paciente teme e, portanto, evita, gerando sensação maior de insegurança e falta de controle. Para contornar essas dificuldades, a Terapia de Exposição com Realidade Virtual (TERV), que tem obtido bons resultados com alguns transtornos de ansiedade, também tem sido utilizada para o TEPT. A TERV integra computação gráfica e dispositivos visuais que permitem que os usuários tenham uma sensação de imersão em ambientes virtuais, facilitando o engajamento emocional dos pacientes e contornando os sintomas de evitação, que geralmente são a causa de resistência ao tratamento. O senso de presença provocado pelo ambiente virtual facilita o processamento emocional das memórias relacionadas ao trauma. O objetivo do presente estudo é desenvolver um protocolo de tratamento com base em programas eficazes existentes que utilizam TCC e TERV, e administrar numa amostra de pacientes com TEPT que sofreram violência urbana, do ambulatório do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ). Os dados iniciais de construção do protocolo serão apresentados.

Apoio Financeiro: CNPq e FAPERJ

16. TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS: PERSPECTIVAS E INTERVENÇÕES

Coordenadora: Hebe Goldfeld (CPAF-RJ; UCAM/AVM)

16.1 A CIÊNCIA DE FALAR EM PÚBLICO: COMO FALAR EM PÚBLICO COM DESENVOLTURA.

Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAM/AVM) e Hebe Goldfeld (CPAF-RJ).

Palavras chaves: Habilidades Sociais; Comunicação; Falar em Público.

O Treinamento em Habilidades Sociais (THS) tem sido empregado para desenvolver e/ou aprimorar habilidades sociais (HS) em pessoas portadoras de déficits ou em pessoas que não possuem déficits, mas que precisam melhorar sua competência social. Como exemplo de THS para pessoas que desejam melhorar suas habilidades sociais, temos: o THS em negociação, para crianças, professores, aplicado ao mercado de trabalho e para falar em público. As exigências de nossa época tornam cada vez mais frequentes a necessidade de falar em público no contexto de nossas atividades profissionais e sociais. No passado, apenas um número pequeno de pessoas fazia discursos e apresentações. Na atualidade, um número cada vez maior de indivíduos encontra-se no “no centro do palco”, por causa do seu trabalho, de sua posição dentro da comunidade ou organização. Uma apresentação efetiva e bem sucedida exige que sejamos capazes de nos comunicarmos e nos relacionarmos. Para esse intuito, podemos lançar mão de uma série de estratégias, entre elas o THS. O presente trabalho discute e apresenta a metodologia de t empregada, instrumentos, estratégias e os principais resultados dos grupos que conduzimos ao longo do último ano. Nossos treinamentos estão calcados no modelo cognitivo-comportamental e visam: 1) Capacitar os participantes em 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 a ansiedade e o medo de falar em público, bem como pensamentos automáticos disfuncionais que podem comprometer a apresentação. Os grupos foram conduzidos no CPAF-RJ, tendo duração de 30 horas. O número de participantes em cada grupo variou em torno de 15 a 22 pessoas (X=18 participantes por grupo), participaram dos grupos pessoas de ambos os sexos; 90% dos participantes possuíam terceiro grau completo e 10% terceiro grau incompleto. Empregamos durante o treinamento uma metodologia teórico-vivencial, através de jogos, dinâmicas de grupo, simulações e técnicas de sensibilização. Filmamos vários exercícios e dinâmicas, a fim de fornecer feedback. 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 a administrar sua ansiedade, o medo de falar em público e os pensamentos disfuncionais antes e durante as apresentações, bem como 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. O THS aplicado às apresentações, melhorou a performance (verbal e não verbal) dos participantes. Essa melhora pode ser constatada por meio da comparação dos vídeos da primeira e da última apresentação realizadas. A utilização de vídeo tape como feedback, também, foi importante, auxiliando na modelação de comportamentos não-verbais e verbais. Concluímos que o treinamento melhorou o desempenho dos participantes ao falar em público e a administrar a ansiedade.

16.2 DISFUNÇÕES SEXUAIS FEMININAS: UMA PROPOSTA DE TRATAMENTO BASEADA NAS HABILIDADES SOCIAIS

Paula Fortuna (CPAF-RJ) e Monica Portella (CPAF-RJ)

Palavras-chave: Disfunções sexuais, Terapia Cognitivo Comportamental, Habilidades Sociais

As disfunções sexuais são os transtornos mentais de maior prevalência e, no entanto, os mais negligenciados pelo sistema de saúde. Estudos realizados apontam que pelo menos um terço dos homens e das mulheres apresenta queixas sexuais. Entre os homens, os fatores físicos (como por exemplo, as mudanças fisiológicas relacionadas ao envelhecimento, como doença de próstata, hipertensão, diabetes, problemas circulatórios, alcoolismo e medicação) são os mais relevantes para o desencadeamento de uma disfunção sexual, enquanto que nas mulheres os fatores emocionais (como por exemplo, depressão, trauma sexual anterior, pressão do parceiro, atitudes severas dos pais em relação ao sexo, educação religiosa rígida, fobia de gravidez, parto ou de doenças sexualmente transmissíveis, preocupação excessiva em ter orgasmo, etc.) predominam. As principais disfunções sexuais femininas são: Transtorno do Desejo Hipoativo, Aversão ao Sexo, Anorgasmia, Vaginismo e Dispaurenia. E estão relacionadas a ausência ou alteração de algumas das fases do Ciclo da Resposta Sexual Humana (Desejo, Excitação, Platô, Orgasmo e Resolução). O tratamento clássico para as disfunções sexuais femininas é baseado em técnicas da Terapia Cognitivo Comportamental, tais como psicoeducação, reestruturação cognitiva e estratégias comportamentais, como: treino em masturbação, uso de dilatadores e foco sensorial. Tais técnicas têm apresentado resultados significativos, entretanto o objetivo desse trabalho é apresentar as principais técnicas baseadas nas Habilidades Sociais que devem ser utilizadas junto com o tratamento clássico. Acreditamos portanto que algumas habilidades sociais são necessárias numa relação conjugal e a falta de algumas pode gerar disfunções sexuais. Os problemas conjugais são importantes desencadeadores das disfunções sexuais. Dificilmente casais que não tenham uma boa comunicação ou que tenham ressentimentos e até mesmo raiva permeando o relacionamento poderão dar prazer um ao outro e se sentir confortáveis na relação sexual. O treinamento em comunicação é essencial para a satisfação sexual. Muitos casais não entendem que tanto os fatores psicológicos quanto os técnicos contribuem para o prazer e satisfação sexuais. É preciso que o casal entenda que, a fim de atingir objetivos avançados, como por exemplo, o aumento do prazer sexual, é necessário trabalhar primeiro em objetivos preliminares, como por exemplo a melhora da comunicação e na assertividade. Acreditamos assim que o tratamento para as disfunções sexuais femininas deve-se levar em conta as técnicas tradicionais da Terapia Cognitivo Comportamental, assim como um treinamento em habilidades sociais. O THS pode ainda prevenir o aparecimento de alguma disfunção. Como dito anteriormente, é necessário que haja uma comunicação entre o casal, onde ambos saibam expressar o que gostam e o que não gostam a fim de atingir a satisfação sexual.

16.3 TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS NA TIMIDEZ E NA FOBIA SOCIAL EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Veruska Andréa dos Santos (CPAF-RJ); Hebe Goldfeld (CPAF-RJ) e Mônica Portella (CPAF-RJ)

Palavras chave: Habilidades Sociais; Timidez; Fobia Social.

As relações interpessoais são de vital importância na vida de todas as pessoas, incluindo as crianças e os adolescentes que precisam interagir o tempo todo em casa, na escola, no clube, no grupo. Quando essa interação é prejudicada por falta de competência social surgem prejuízos reais em vários segmentos da vida. Tanto para crianças quanto para adolescentes é fundamental que aprendam a lidar com a timidez e a ansiedade a situações relacionais e que sejam capazes de desenvolver um repertório diversificado de habilidades sociais para que cheguem à idade adulta interagindo de forma adaptativa socialmente. Na Timidez, as crianças e adolescentes apresentam um comportamento caracterizado pela inibição social em certas situações acompanhado de algumas alterações fisiológicas como aceleração da respiração e dos batimentos cardíacos. A Timidez pode ser um possível precursor da Fobia Social. Na Fobia social (FS), a interação social se apresenta mais comprometida em função de um padrão de comportamento de evitação, temor ou ansiedade que interferem significativamente na rotina diária, nas atividades escolares, causando mal-estar clínico como tensão muscular, tremores, sudorese, palpitações, e etc. Os comportamentos sociais mais comprometidos tanto na FS quanto na Timidez são: Iniciar e/ou manter conversações, ir a reuniões sociais, comportar-se assertivamente, falar com pessoas do sexo oposto ou com figuras de autoridade, fazer e receber críticas, fazer e receber elogios, falar em público, atuar diante de outras pessoas, etc. No contexto das crianças e adolescentes, geralmente a ansiedade está fortemente ligada ao temor à avaliação negativa por parte dos demais, portanto o objetivo do treinamento deve ser: retirá-los da passividade; facilitar a expressão dos sentimentos e pensamentos e capacitá-los a enfrentar o medo da crítica. O treinamento deverá obedecer às seguintes etapas: 1)Psicoeducação sobre timidez, fobia social e sobre o treinamento em si; 2)Criar motivação explicitando vantagens e ganhos que poderão ser atingidos com o Treinamento em Habilidades Sociais (THS); 3)Avaliação de necessidades individuais; 4) Trabalhar aspectos da Comunicação não verbal (CNV) como manutenção do contato ocular, tom de voz e etc.; 5) Trabalhar técnicas de assertividade específicas; 6) Implementar vivências/role-play onde realizarão tarefas relacionadas às suas dificuldades; 7) Desenvolver tarefas entre sessões; 8) Feedback das vivências e tarefas explicitando conquistas e motivando-os a continuar o treinamento para que haja aquisição do aprendizado. A integração de um Treinamento em Habilidades Sociais com um trabalho dos erros cognitivos recorrentes na FS e na Timidez, assim como, um trabalho de manejo da ansiedade permitirá desenvolver uma abordagem focada no momento atual e ao mesmo tempo proporcionar o surgimento de um adulto saudável e funcional.

16.4 O TREINAMENTO EM ASSERTIVIDADE NO ÂMBITO EMPRESARIALAntonio Leon (CPAF-RJ) e Mônica Portella (CPAF-RJ)

Palavras-chave: Treinamento, Habilidade e Assertividade

Uma questão importante e atual para a teoria das habilidades sociais é a utilização do treinamento em habilidades sociais e sua eficácia, especialmente em relação à assertividade no ambiente profissional e suas repercussões na produtividade da empresa. Nas Instituições os profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de potencial e formação de pessoal se vêem diante de diferentes tipos de comportamento, desde o agressivo ao passivo bem como um enorme conjunto de atitudes ineficazes. Com o objetivo de auxiliar os indivíduos a trabalhar e se relacionar pessoalmente de forma mais eficaz, os psicólogos começaram a explorar através do treinamento em habilidades sociais, novas formas de tornar o sujeito mais confiante e competente. O termo assertividade tornou-se habitual em nossos dias. O comportamento assertivo pode ser definido como a expressão direta dos próprios sentimentos, necessidades, direitos legítimos ou opiniões sem ameaçar ou castigar os demais e sem violar os direitos dessas pessoas. A mensagem básica da asserção é: isso é o que eu acho. Isso é o que eu sinto. É assim que vejo a situação. A mensagem expressa “quem é a pessoa” e é dita sem dominar, humilhar ou degradar o outro indivíduo. Em geral, se refere a um conjunto de conhecimentos e técnicas da mesma forma que a negociação e a tomada de decisão são usadas em formação profissional. O objetivo deste trabalho é discutir o modo como o emprego de posturas assertivas no âmbito profissional pode influenciar os resultados em termos de sucesso e produtividade. Também será discutido o treinamento em habilidades sociais no ambiente profissional e em especial a possibilidade de aprendizado da assertividade e seus resultados já que existem pessoas que aprenderam a ser assertivas com a vida enquanto outras aprenderam a ser não assertivas, e precisam realizar uma reaprendizagem para chegar a ser assertivas. O tema será desenvolvido inicialmente a partir de um quadro histórico do desenvolvimento do treinamento das habilidades sociais e da assertividade em especial, no Mundo e no Brasil. A seguir abordaremos a distinção das posturas passivas, passivas agressivas; agressivas e assertivas. Abordaremos a adequação de cada postura a cada situação a partir de casos. O polêmico tema dos prejuízos que profissionais com postura passiva agressiva podem causar de forma abstrata em ambientes de trabalho será discutido e comparado com os prejuízos que profissionais agressivos e passivos podem causar de forma mais concreta e palpável. Discutiremos brevemente esses temas e o modo como eles se relacionam com a terapia cognitiva comportamental hoje. Abordaremos finalmente as diferentes técnicas utilizadas para treinamento em habilidades sociais, especificamente em relação à assertividade e seus resultados, bem como a importância da motivação, ou seja, a importância de demonstrar as vantagens de agir assertivamente e as desvantagens que acompanham fazê-lo de maneira não assertiva ou agressiva. Desenvolvemos em conclusão uma avaliação final sobre o estado atual da questão do treinamento em habilidades sociais em empresas e os resultados possíveis.

COMUNICAÇÃO LIVRE

1. A IMPORTÂNCIA DO COMPORTAMENTO EMPÁTICO NA MANUTENÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE IDOSOS COM DECLÍNIO COGNITIVO LEVE

Andréa Maria da Silveira Goldani Pinheiro, Hellena Alves Jacone, Ivan Motta Mattos, Amanda Assad Rezende, Anna Carolina Stefan, Rosemery Pereira da Silva.

(Universidade Estácio de Sá, Nova Friburgo/RJ)

Palavras-chave: Declínio cognitivo; empatia; qualidade de vida.

O envelhecimento é uma fase do desenvolvimento prevista nas espécies, que se caracteriza por transformações do organismo que incidem nas estruturas físicas e manifestações mentais, sendo acompanhado por uma deterioração gradual de diversos domínios da vida dos indivíduos. Diante do progressivo envelhecimento da população, o desafio científico volta-se para a proposição de respostas às demandas explicitadas pelos idosos. Dentre estas, talvez a mais importante seja a manutenção da qualidade de vida, a qual condiz com a saúde, educação, autonomia e independência que possibilitam a funcionalidade do idoso. Esta demanda torna-se particularmente relevante devido à relação entre aumento da idade e declínio cognitivo, assunto que causa grande preocupação na área de saúde mental pelo fato do declínio cognitivo leve apresentar-se como uma condição de alto risco para o desenvolvimento de quadros demenciais. Nesse sentido, os esforços envidados na tentativa de responder a essa demanda apontam, em alguns casos, para a importância da forma de interação como um fator que repercute positivamente na funcionalidade dos idosos. O comportamento empático parece auxiliar na redução de problemas emocionais e psicossomáticos, na melhora da qualidade dos relacionamentos interpessoais, incluindo ajustamento e satisfação conjugal, além de reduzir os conflitos sociais e rompimento de relações íntimas. Por conta disso, esta apresentação visa expor que idosos com declínio podem se beneficiar de ações empáticas no sentido de manter sua qualidade de vida, retardando a evolução do quadro. Para tanto, avaliou-se, até o momento, 28 idosos com o uso do Mini Exame do Estado Mental a fim de averiguar o nível de comprometimento cognitivo, sendo incluídos aqueles com resultados entre 17 e 23 pontos. Em seguida foi aplicada a Escala de Avaliação de Atividades da Vida Diária, como medida do nível de funcionamento e qualidade de vida. Também foi aplicado nos idosos o Inventário de Empatia. Como resultados preliminares têm-se que, dos 28 entrevistados, 11 foram submetidos ao Mini Exame do Estado Mental e 7 se encaixaram nos escores esperados. Apenas 3 entrevistados que fizeram a Escala de Avaliação das Atividades da Vida Diária apresentaram índices altos o que indica restrição na autonomia e independência. No Inventário de Empatia foram considerados os dados de 4 participantes, uma vez que os demais não cumpriram com os critérios determinados. Pôde-se observar que todos obtiveram escores altos em F1, capacidade de entender a perspectiva e o sentimento dos outros e escores baixos em F4, sentimento de compaixão e interesse pelo estado emocional do outro. Os dados não são conclusivos considerando que o trabalho se encontra em curso. Além disso, posteriormente, na segunda fase da pesquisa, serão avaliadas as habilidades empáticas dos cuidadores responsáveis pelo acompanhamento dos referidos idosos, os resultados serão tratados estatisticamente, comparados e discutidos.

2. A REFORMULAÇÃO DOS PADRÕES DE APEGO E O TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS EM ADOLESCENTES INFRATORES

Betânia Marques Dutra (CPAF-RJ/ UNIVERSO)

Palavras chave: apego, habilidades sociais, adolescentes

Diante da possibilidade de reformulação dos padrões de apego e do treinamento em habilidades sociais para tratar e prevenir a violência que traz tantos prejuízos aos jovens e à sociedade parece relevante uma pesquisa que vise avaliar os diferentes fatores presentes na modificação do padrão de representação das figuras de apego na adolescência e a qualidade das habilidades sociais. O objetivo da pesquisa será, então, avaliar os diferentes fatores presentes na modificação dos padrões primários de apego dos adolescentes a fim de identificar dados específicos para a reformulação desses padrões. O apego pode ser compreendido como um subtipo do vínculo emocional onde a sensação de segurança de uma pessoa está, inseparavelmente, ligada à relação dela com o outro significativo. A organização do apego, principalmente, durante a primeira infância, tem importância direta no desenvolvimento da consciência pessoal, na auto-observação, na consistência do *self* nas relações de apego, assim como nos resultados sociais. A intensificação do contato de pele (mãe-bebê) nos primeiros anos de vida funciona como um fator inibidor de comportamentos agressivos e anti-sociais podendo contribuir para a adaptação do indivíduo no convívio social, contrariamente, modelos de cuidadores rejeitadores ou indiferentes funcionam como fatores de risco para os mesmos comportamentos. No caso do adolescente, independente da qualidade do apego, haverá transformações, que são naturais e inerentes a esta fase do desenvolvimento, ou seja, os padrões de apego sofrerão modificações das primeiras relações de apego e o desenvolvimento ou não de novos vínculos significativos. Neste contexto, observa-se que a qualidade do apego tem relação com a aquisição ou com o déficit em habilidades sociais e que, por outro lado, o treinamento em habilidades sociais pode ser utilizado para contribuir para a modificação de padrões de comportamento anti-social e favorecer comportamentos pro-social. Para avaliar as características da organização do apego nos adolescentes será utilizada Entrevista do Apego para Adolescentes, elaborada a partir de questões adaptadas de instrumentos como *Adult Attachment Interview*, *Adolescent Attachment Questionnaire* e a *Attachment Interview for Childhood and Adolescence* e para avaliar as habilidades sociais será utilizado o Inventário de habilidades Sociais para Adolescentes. Serão coletados dados no ambiente do participante através de visitas, observações e contatos com a equipe técnica. Participarão da pesquisa, no mínimo 30 adolescentes de ambos os sexos, com idades entre 12 e 17 anos, que tenham cometido ato infracional, que estejam residindo ou não em instituições de abrigo na cidade do Rio de Janeiro. Com os resultados, espera-se construir, através de um novo projeto um programa de planejamento de intervenções direcionadas aos adolescentes e programas de orientação a cuidadores, a profissionais e afins que levem em conta não só o desenvolvimento das habilidades sociais, mas também o desenvolvimento de estratégias que contribuam para a modificação das representações de apego.

3. AS RELAÇÕES ENTRE HABILIDADES SOCIAIS E ESTILOS DE APEGO INSEGURO EM PESSOAS COM TRANSTORNOS POR USO DE SUBSTÂNCIAS Vanuza Francischetto (CPAF – RJ, UNIVERSO)

Palavras Chave: Transtornos por Uso de Substâncias, Habilidades Sociais, Apego Inseguro

Os transtornos por uso de substâncias incluem abuso e dependência de substância psicoativa, classificados como transtornos mentais conforme o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (APA, 2004). Alguns autores associam a estes transtornos aspectos biológicos, sociais, psicológicos, habilidades sociais inadequadas e pouca consistência das relações familiares. Uma das características destes transtornos consiste em um padrão disfuncional de uso de substância, manifestado por conseqüências prejudiciais adversas recorrentes e significativas relacionadas ao uso repetido da substância. A presente pesquisa tem como objetivo descrever as possíveis relações entre deficiências em habilidades sociais, estilo de apego inseguro e transtornos por uso de substâncias. Como sugerem alguns estudos, muitas pessoas com transtorno por uso de substâncias julgam-se incapazes de lidar com situações sociais de conflito e buscam na substância minimizar a ansiedade e suas inabilidades sociais. O comportamento de uso da substância como estratégia para lidar com os déficits de habilidades sociais dificulta o desenvolvimento de relações afetivas satisfatórias. Muitas pessoas apresentam déficits no repertório comportamental habilidoso porque não aprenderam os comportamentos sociais adequados, dentro desta perspectiva, as habilidades sociais podem ser aprendidas. Um dos fatores que possibilita falhas na aprendizagem do comportamento social está associado as relações familiares empobrecidas que favorecem modelos inapropriados de interações. Estudos mostram que as famílias dos indivíduos que apresentam este transtorno são frequentemente disfuncionais, apresentando dificuldades com relação à comunicação, estabelecimento de regras e limites e falta de afeto, não proporcionando assim, um desenvolvimento emocional e cognitivo adequado. Bowlby (1982) sugeriu que, para a criança, o apego à figura adulta protetora é um mecanismo primário para a manutenção e a regulação da segurança, logo, quando se está longe de alguém que se tem confiança os sentimentos são de tristeza e ansiedade. A constatação de estilos inseguros sugere que as expectativas negativas de si mesmo ou dos outros, em relacionamentos sociais criam padrões distorcidos de processamento de informação, além de um baixo manejo emocional. A pesquisa terá um número mínimo de 30 participantes de ambos os sexos, com transtornos por uso de substâncias e serão utilizados os seguintes instrumentos: Inventário de Habilidades Sociais (IHS) e entrevista semi-estruturada. O presente estudo constitui uma grande contribuição para a prática clínica em relação ao entendimento da manutenção destes transtornos, podendo possibilitar a promoção de programas de orientação ao familiar, buscando a consolidação de estilos seguros de apego e o desenvolvimento de habilidades sociais para uma atuação preventiva aos transtornos por uso de substâncias.

4. O MODELO COGNITIVO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA –

Daniela Faertes (Santa Casa de Misericórdia, RJ)

Palavras – Chave: dependência química, terapia cognitivo – comportamental, conceituação cognitiva

A dependência química é um dos transtornos de maior desafio para a psiquiatria atualmente e mesmo com o crescimento de pesquisas e estudos sobre o assunto os resultados ainda são insatisfatórios. Pela teoria cognitiva, a dependência química resulta de uma interação complexa entre cognições (pensamentos, crenças, idéias, esquemas, valores, opiniões, expectativas e suposições); comportamentos; emoções; relacionamentos familiares e sociais; influências culturais; e processos biológicos e fisiológicos. O contato inicial e contínuo com a droga, influenciados por suas crenças centrais gera um outro sistema de crenças relacionados ao uso da droga. Estas crenças são suficientes para eliciar pensamentos automáticos distorcidos, sensações e emoções desagradáveis e até mesmo desencadear a fissura. Esse conjunto de cognições impulsiona o paciente ao uso, fechando um ciclo cognitivo para o uso continuado da droga que incluem: crenças antecipatórias – expectativa de que o uso da droga produzirá recompensa, gratificação ou prazer; crenças de alívio - expectativa de que o uso aliviará ou afastará algum desconforto e crenças permissivas ou facilitadoras - acabam por considerar o uso aceitável apesar das conseqüências, autorizando o indivíduo a utilizar a substância. As crenças relacionadas às drogas normalmente são ativadas em situações específicas, ou pela própria fissura. Não podemos deixar de levar em conta que o cliente dependente de drogas quer mudar um aspecto do seu comportamento porque este gera conseqüências desagradáveis e não porque este comportamento é intrinsecamente desagradável, ou seja, existe uma ambivalência com relação ao tratamento, o que acarreta numa baixa motivação. Mas em termos de psicoterapia a integração da terapia cognitiva comportamental com a abordagem de entrevista motivacional é a que apresenta melhores resultados segundo as pesquisas mais recentes sobre o assunto. A maioria dos clientes apresenta comorbidades associadas e baixa motivação para a mudança de comportamento, e a psicoterapia precisa muitas vezes ser associada a outras abordagens psicoterápicas e levar em conta todos os aspectos concernentes à complexidade da doença como indicação de terapia familiar, grupo anônimos, internação, entre outros. O enfoque desta apresentação será no modelo de conceituação cognitiva desse transtorno proposto por Beck que tem como objetivo identificar as cognições e crenças disfuncionais tanto as centrais quanto as relacionadas a droga e a as possibilidades de reestruturação das mesmas. Isso inclui o processo de desafio às suposições e regras através de questionamento socrático, análise dos prós e contras envolvidos nestas crenças com o objetivo de dar flexibilidade cognitiva no momento de avaliar situações específicas, percebendo e respondendo a essas hipóteses de uma forma mais funcional, além de habilitar o cliente a criar estratégias de resolução de problemas. Dada a gravidade e complexidade do assunto também serão brevemente citadas nesta apresentação: 1) aspectos da avaliação que incluem: estágio de motivação para mudança, comorbidades e tratamentos anteriores. 2) modelo de prevenção de recaída 3) eficácia da terapia cognitiva comportamental para dependência química e perspectivas para o futuro.

5. O IMPACTO DA DEPRESSÃO MATERNA PÓS-PARTO NO DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM DE BEBÊS AS DOZE MESES: ESTUDO LONGITUDINAL

Evelin Franco Kelbert (Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Luciana Quevedo (Programa em Pós- Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas), Russélia Godoy (Programa em Pós- Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas), Ricardo Azevedo da Silva (Programa em Pós- Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas) e Ricardo Tavares Pinheiro (Programa em Pós- Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas).

Palavras-chave: Depressão pós- parto, fatores de risco, desenvolvimento cognitivo

A aquisição da linguagem é uma das mais importantes realizações do desenvolvimento. Antes da linguagem verbal, a criança desenvolve habilidades e comportamentos que lhe permitem construir competências de comunicação. Alguns fatores interferem na aquisição do vocabulário da criança, como ambientais, situação socioeconômica e interação com os pais. A depressão pós-parto pode repercutir negativamente no estabelecimento das primeiras interações com o bebê e, em conseqüência, no desenvolvimento afetivo, social e cognitivo da criança. Sua manifestação ocorre a partir das primeiras quatro semanas após o nascimento do bebê com surgimento dos depressivos. O tempo em que a criança fica exposta, a gravidade do sintoma materno e o momento da exposição podem impactar o desenvolvimento infantil. O objetivo deste estudo foi analisar o efeito da cronicidade da depressão materna no desenvolvimento da linguagem de bebês aos doze meses. O delineamento deste estudo foi longitudinal. Foram captadas mulheres que realizaram acompanhamento pré-natal no Sistema Único de Saúde da cidade de Pelotas/RS. As mães foram entrevistadas duas vezes: no período de 30 a 90 dias após o parto e aos doze meses da criança, quando estas também foram avaliadas. A presença de depressão nas mães foi investigada através do Mini International Neuropsychiatric Interview. O MINI é uma entrevista diagnóstica padronizada breve, compatível com os critérios do DSM-IV, que é destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa. Os bebês foram avaliados concomitantemente à segunda avaliação das mães. Foi utilizada a escala de linguagem do Bayley Scales of Infant Development III. Foi realizada análise univariada por freqüência simples para conhecer as características da amostra e análise bivariada (teste t) para comparação entre médias. Foram acompanhadas 296 díades. As mães tinham em média 27.61 anos (DP±12.34) e 16% delas não moravam com o pai do bebê. Quanto à depressão materna, 16.6% estavam deprimidas na primeira avaliação e 18% na segunda. No que se refere à cronicidade, 74.5% das mulheres não estavam deprimidas nas duas avaliações. Os bebês, na maior parte, eram do sexo masculino (52.6%) e nasceram com peso acima de 2,5 kg (90.2%). Quanto à saúde dessas crianças, 96.5% das mães relataram que os bebês adoeceram mais de duas vezes no último mês. A média dos escores dos bebês na escala de linguagem foi 106.68 (DP± 16.84). A idade materna ($p=0.051$), paridade ($p=0.050$) e a depressão materna no período pós-parto tiveram associação com o desenvolvimento da linguagem ($p=0.030$). A cronicidade da depressão materna também se mostrou associada ao desempenho dos bebês na escala da linguagem ($p=0.007$). Mulheres mais velhas, com mais de dois filhos e com depressão recorrente foram fatores de risco para o desenvolvimento da linguagem infantil.

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

6. PSICOEDUCAÇÃO EM FAMILIARES DE JOVENS COM TRANSTORNO BIPOLAR

Luciano Dias de Mattos Souza (Programa em Pós- Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas), Karen Jansen (Programa em Pós- Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas), Evelin Franco Kelbert (Universidade Católica de Pelotas, Pelotas, Luana de Lima Ferreira (Programa em Pós- Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas), Ricardo Azevedo da Silva (Programa em Pós- Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas) e Ricardo Tavares Pinheiro (Programa em Pós- Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas).

Palavras-chave: Transtorno Bipolar, Psicoeducação, Saúde Mental

O sistema público de saúde brasileiro vem mudando consideravelmente nas últimas décadas. Como consequência disso, a família passou a exercer um importante papel nos tratamentos de saúde mental, especialmente em doenças crônicas. Apesar das divergências clínicas quanto ao diagnóstico do transtorno bipolar, parece ser um consenso o elevado sofrimento emocional causado pelo quadro. A prevalência do espectro do transtorno bipolar é de 6,4% e possui um substancial impacto econômico e altas taxas de mortalidade. A falta de aderência ao tratamento farmacológico é um problema comum no tratamento do transtorno bipolar. A participação do familiar neste processo tem apresentado excelentes resultados em auxiliar a aderência farmacológica. Além disso, a literatura científica apresenta elevados níveis de estresse nos familiares de pacientes com transtorno bipolar sendo que seus cuidadores tem risco acrescido de utilizar serviços de saúde mental. Desta forma, o presente estudo objetiva avaliar os efeitos na saúde do familiar de pacientes entre 18 e 29 anos diagnosticados com transtorno bipolar de um modelo de intervenção psicoeducativa. Todos os pacientes diagnosticados com transtorno do humor bipolar nos centros de atenção em saúde mental vinculados à Universidade Católica de Pelotas serão convidados a participar do ensaio clínico. A forma de participação do familiar será sorteada aleatoriamente entre a intervenção psicoeducacional e um grupo controle que não irá receber nenhuma intervenção estruturada. O modelo de psicoeducação em estudo visa entendimento da natureza do transtorno bipolar, a definição e descrição de sintomas de episódios de mania, hipomania, mistos e de depressão, orientações ao familiar sobre tratamento e procedimentos em fase prodromicas, assim como, informações sobre o impacto do transtorno na vida do paciente e do familiar, estratégias de regulação de hábitos e o papel do familiar no tratamento. Este modelo será administrado em 6 encontros, de frequência semanal, de forma individual, com uma hora de duração cada. A qualidade de vida será avaliada através do World Health Organization Quality of Life – Brief, instrumento auto-aplicado de 26 itens. A auto-estima será aferida através da Rosenberg Scale que contem 10 questões enquanto a sobrecarga familiar será mensurada pela Family Burden Interview Schedule. Tais instrumentos de pesquisa serão avaliados antes do processo de randomização e dois meses após. No presente momento, o estudo piloto está sendo realizado. O modelo de psicoeducação aqui proposto poderá ser efetivo diretamente para prevenção da saúde das familiares de pacientes com transtorno bipolar bem como, indiretamente, auxiliar o processo de tratamento deste paciente. Além disso, espera-se que esta intervenção seja bastante útil para utilização no sistema de saúde público visto sua curta duração, baixo custo e fácil aplicabilidade por profissionais de saúde.

Pesquisa financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq)

7. TRANSTORNOS DE ANSIEDADE NA CRIANÇA: UM OLHAR NAS COMUNIDADES. Monique Cabral Caires e Helene Shinohara (PUC-Rio)

Palavras chave: ansiedade infantil, terapia cognitiva, MASC, segurança pública

A ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos, que faz parte do desenvolvimento do ser humano, podendo tornar-se patológica quando acontece de forma exagerada e sem uma situação real ameaçadora que a desencadeie. No ser humano, as causas mais comuns da ansiedade não são de natureza biológica, mas sim psicológicas, surgindo em função de comunicações simbólicas, verbais ou não, interpretadas à luz de conceitos, crenças e valores formulados por uma comunidade sócio-cultural. Os transtornos de ansiedade próprios da infância mais comuns são: transtornos de ansiedade fóbica, transtorno de ansiedade social e transtornos de ansiedade de separação. O presente trabalho pretendeu verificar a presença de sintomas de ansiedade infantil em ambientes sociais mais violentos. Participaram da presente pesquisa 90 crianças de três escolas públicas do Rio de Janeiro, localizadas nas comunidades da Rocinha, da Dona Marta e da Barrinha. Assim, foi aplicada a Escala Multidimensional de Ansiedade para Crianças (MASC) em 30 crianças de cada escola, sendo 15 do sexo masculino e 15 do sexo feminino, entre o 6º e 9º ano escolar. Foi observado que o nível médio geral de ansiedade na comunidade da Rocinha é superior comparado ao das duas outras comunidades analisadas, sendo quase o dobro em relação ao da comunidade da Barrinha. A partir dos resultados fornecidos pelo teste MASC, concluímos que as crianças que vivem na Rocinha têm maior predisposição a desenvolver transtornos de ansiedade, devido principalmente ao ambiente social violento em que vivem. As comunidades do Dona Marta e da Barrinha, que já foram ocupadas pela Polícia Militar do Rio de Janeiro, usufruem de maior segurança e tranquilidade para os moradores, e isto pode ter refletido nos menores índices de ansiedade apresentados.

8. AVALIAÇÃO DA VALIDADE CONVERGENTE DO INVENTÁRIO DE EMPATIA (IE), ATRAVÉS DAS SUAS CORRELAÇÕES COM O INVENTÁRIO DE HABILIDADES SOCIAIS (IHS)

Eliane Mary de Oliveira Falcone; Monique Gomes Placido*; Lucimar da Costa Torres Electo; Stèphanie Krieger; Layse Costa Pinheiro; Keyth de Oliveira Vianna; Vanessa Dordron de Pinho; Conceição Santos Fernandes; Camila Morais Ribeiro (Universidade do Estado do Rio de Janeiro); Maria Cristina Ferreira (Universidade Salgado de Oliveira)

Palavras chave: Empatia, habilidades sociais, medida de auto-informe

As habilidades sociais são definidas como classes de comportamentos existentes no repertório do indivíduo no contexto das relações interpessoais, que fazem parte de um desempenho socialmente competente. Dentre as diferentes classes de comportamentos socialmente competentes inclui-se a empatia, compreendida como a capacidade de tomar a perspectiva de outra pessoa, compreendendo seus sentimentos e pensamentos, além de experimentar e expressar compaixão e interesse pelo bem estar desta. Esta pesquisa avalia a validade convergente do Inventário de Empatia (IE), através das suas correlações com o Inventário de Habilidades Sociais (IHS). O IE é composto por quatro Fatores que avaliam a habilidade empática: Tomada de Perspectiva (TP – compreensão acurada dos pensamentos e sentimentos de outra pessoa), Flexibilidade Interpessoal (FI – tolerância e aceitação de diferentes pontos de vista), Altruísmo (AI – motivação para ajudar sem interesse em obter ganhos pessoais) e Sensibilidade Afetiva (AS – compartilhar ou considerar sentimentos dos outros). O IHS é composto por cinco Fatores: Enfrentamento e auto-afirmação com risco (F1), Auto-afirmação na expressão de afeto positivo (F2), Conversação e desenvoltura social (F3), Auto-exposição a desconhecidos e situações novas (F4) e Autocontrole da agressividade (F5). Participaram desta pesquisa 230 indivíduos de ambos os sexos, com idade média de 29,2 e Desvio Padrão de 11,8, os quais responderam ao IE e ao IHS, após aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ. Os participantes também assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e responderam a um questionário de dados gerais, que pedia informações como idade, sexo, estado civil, número de filhos e escolaridade. Os dados obtidos foram submetidos ao Statistical Package for the Social Sciences (SPSS). Para a análise dos dados foi utilizada a correlação de Pearson. Os resultados identificaram correlações entre os Fatores do IE e do IHS, os quais podem remeter a considerações sobre possíveis relações entre essas medidas, porém cabe ressaltar que os resultados das correlações foram baixos indicando níveis de associação fracos entre os fatores que se correlacionaram no IE e IHS. Os resultados demonstraram também a importância do componente cognitivo (TP) da empatia, o qual apresentou o maior número de correlações positivas com os Fatores do IHS. Tais dados sugerem que indivíduos com níveis elevados de tomada de perspectiva também podem ser capazes de se comportar de forma assertiva. Entretanto, esses resultados devem ser considerados com cautela, uma vez que as correlações foram fracas. Assim, sugere-se que, embora apresentando interface com alguns fatores, ambos os instrumentos avaliam diferentes classes de habilidades sociais. Concluindo, os Fatores do IE medem especificamente os componentes cognitivo, afetivo e comportamental da empatia. Já que todas as correlações encontradas foram fracas, isto pode indicar que estes instrumentos avaliam habilidades distintas, embora não opostas.

Apoio: FAPERJ; IP-UERJ; *PIBIC-UERJ

9. SCID-II-DSM-IV – ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE: TRADUÇÃO E UTILIZAÇÃO NA DPA/IP/UFRJ

Nivea Maria Machado de Melo e Bernard Pimentel Rangé (Programa de Pós-Graduação em Psicologia/UFRJ/Rio De Janeiro/RJ)

A SCID-II-DSM-IV Entrevista Estruturada é uma entrevista diagnóstica semiestruturada para avaliar os transtornos de personalidade descritos no DSM-IV, assim como o transtorno da personalidade depressiva e o transtorno da personalidade passivo-agressiva, estes dois últimos ainda em fase de pesquisas e inclusos no apêndice B do DSM-IV. Esta entrevista pode ser utilizada para verificar se o transtorno de personalidade está presente ou ausente, assim como analisar quantos dos critérios para aquele transtorno estão presentes. Pode-se utilizar trechos da SCID-II-DSM-IV para confirmar suspeitas clínicas anteriores sobre a presença de algum transtorno de personalidade, uma vez que contém não só os critérios do DSM-VI, mas também perguntas que podem eliciar a informação necessária para julgar estes critérios diagnósticos. Também pode-se utilizar esta entrevista semi-estruturada para avaliar a presença de transtornos do eixo II, no caso de pesquisas, por exemplo, ou ainda utilizar a SCID-II-DSM-IV para melhorar as habilidades de entrevista diagnóstica de estudantes de psicologia/psiquiatria, pois lhes oferece todo um repertório de perguntas para conseguir informações úteis para avaliar os critérios diagnósticos dos transtornos de personalidade e sua repetida administração pode ajudar os estudantes a se familiarizarem com os critérios diagnósticos destes transtornos, incorporar questões para seu repertório e, através de cuidadosa supervisão com seus professores orientadores, tirar dúvidas que possam vir a existir sobre eles. Compõe-se principalmente de 2 instrumentos: SCID-II-DSM-IV Entrevista Estruturada e Questionário de Personalidade da SCID-II-DSM-IV. Pesquisas indicam que a SCID-II-DSM-IV Entrevista Estruturada é útil para avaliar sintomas de transtornos de personalidade e embora o Questionário de Personalidade da SCID-II-DSM-IV não deva ser utilizado sozinho para avaliar estes transtornos há estudos indicando que quando utilizado para estudos clínicos mostra um número baixo de falsos negativos. Esta entrevista semi-estruturada foi traduzida e utilizada desde o final de 2008 na Divisão de Psicologia Aplicada profa. Isabel Adrados no Instituto de Psicologia da UFRJ inicialmente para apoiar as entrevistas de triagem para grupos terapêuticos em terapia cognitivo comportamental feitas pelos estagiários sob supervisão do prof. Dr. Bernard Pimentel Rangé, sendo posteriormente utilizada também como auxiliar diagnóstico para verificação de presença de transtornos do eixo II por diversos pesquisadores da UFRJ, tanto no Instituto de Psicologia e Instituto de Psiquiatria, além de ter sido elaborado o treinamento à distância na aplicação deste instrumento para auxiliar a pesquisa de “Treinamento de Psicólogos Via Web no Protocolo de Tratamento Cognitivo-Comportamental ‘Vencendo o Pânico’” desenvolvida pela doutoranda Angélica Borba sob supervisão do prof. Dr. Bernard Rangé, treinamento à distância este que foi também utilizado para instruir pesquisadores de outras instituições de pesquisa brasileiras a utilizar a SCID-II-DSM-IV como auxiliar em pesquisas e atendimentos clínicos sociais.

Bolsista Capes Mestrado DS

10. AVALIAÇÃO PSICOMÉTRICA DO INVENTÁRIO DE EMPATIA (IE): VALIDADE CONVERGENTE

Eliane Mary de Oliveira Falcone; Stèphanie Krieger*; Keyth de Oliveira Vianna; Monique Gomes Plácido; Lucimar da Costa Torres Electo; Layse Costa Pinheiro; Vanessa Dordron de Pinho; Conceição Santos Fernandes; Camila Morais Ribeiro (Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ); Maria Cristina Ferreira (Universidade Salgado de Oliveira, Niterói, RJ)

Palavras-chave: Empatia, habilidades sociais, medidas de avaliação.

A empatia é uma habilidade social que tem sido foco de estudos em várias áreas da psicologia, devido a sua influência no bem-estar individual e social. Esse trabalho se propôs a avaliar a validade convergente de uma escala de avaliação da empatia, o Inventário de Empatia (IE), dando continuidade ao projeto de avaliação psicométrica dessa medida. O IE é constituído de 40 itens, os quais são categorizados em quatro Fatores: Tomada de Perspectiva (TP – percepção acurada do estado interno de outra pessoa); Flexibilidade Interpessoal (FI – capacidade para aceitar diferentes pontos de vista); Altruísmo (AL – motivação para ajudar sem interesse em obter nada em troca) e Sensibilidade Afetiva (SA – compartilhar sentimentos dos outros). Para a avaliação da validade convergente deste instrumento, foi utilizada outra medida de empatia, a Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI) a qual contém três subescalas: Tomada de Perspectiva (CG – capacidade para perceber os pensamentos e sentimentos dos outros), Consideração Empática (CE – sentimentos de compaixão e consideração pelo outro) e Angústia Pessoal (CC – sentimentos de angústia frente ao sofrimento dos outros, gerando necessidade de afastamento). Esperava-se que os Fatores dos instrumentos se correlacionassem significativamente e que os Fatores CG e CE da EMRI se correlacionassem positivamente com os fatores do IE. Esperava-se também uma correlação negativa entre os Fatores do IE e o Fator CC da EMRI, pois este último mede um comportamento auto-dirigido, diferindo do conceito de empatia. Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ, as duas medidas foram respondidas por 230 sujeitos de ambos os sexos, com no mínimo 18 anos e com pelo menos o ensino fundamental completo. Os dados foram submetidos ao SPSS e foi feita a Correlação de Pearson. Os resultados mostraram que os Fatores cognitivos do IE (TP e FI) se correlacionaram positiva e significativamente com o Fator cognitivo da EMRI (CG), apresentando maior índice de correlação (.61 e .31) respectivamente. As subescalas afetivas de ambas as medidas (SA e CE) apresentaram correlações positivas e significativas, porém fracas (.16). Além disso, o Fator afetivo da EMRI (CE) mostrou-se também positivamente e significativamente (.26) correlacionado com o Fator cognitivo (TP) do IE, sugerindo que os itens do IE que avaliam a Tomada de Perspectiva podem também conter alguns aspectos afetivos. Correlações negativas e significativas foram identificadas entre o fator CC da EMRI e os Fatores cognitivos do IE (- .19 e - .17). Esses resultados são coerentes e previsíveis, uma vez que a angústia pessoal constitui-se em uma manifestação considerada diferente da empatia. Finalmente, o Fator Al do IE não se mostrou correlacionado com nenhum dos Fatores da EMRI, sugerindo que níveis muito elevados de altruísmo podem não ser indicadores da experiência empática. Os resultados do estudo confirmam a validade do IE como uma medida de avaliação da empatia.

Apoio: FAPERJ, IP-UERJ, *Bolsa PIBIC-CNPq

11. TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS NA TERAPIA DE CASAL: UMA INTERVENÇÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS.

Raphael Fischer; Bernard Rangé (UFRJ)

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo-comportamental; Intervenção baseada em evidências; Casais brasileiros

O número de casamentos tem aumentado cada vez mais, segundo dados oficiais do registro civil brasileiro. Contudo, tem subido na mesma proporção o número de separações e divórcios no Brasil. Estes são agentes estressores capazes de levar os envolvidos a um estado de crise. Os problemas conjugais também estão relacionados com transtornos individuais como, por exemplo, a depressão e a ansiedade. Este trabalho apresenta a minha tese de doutorado que utilizou técnicas cognitivas e comportamentais específicas no tratamento de casais em conflito. Objetivo foi avaliar se essas técnicas promoveriam um aumento na satisfação e no ajustamento conjugal. Estes são os dois critérios que definem se uma intervenção baseada em evidências com casais é eficaz. O recrutamento dos casais ocorreu através de dois principais meios de comunicação: e-mail e cartazes. Dezesete casais ligaram interessados em participar da pesquisa. Foram selecionados seis casais, segundo critérios de inclusão e exclusão. Apenas três casais completaram o tratamento todo. Devido à amostra reduzida, foi empregado o método *single experimental case*. Foram aplicadas as Escalas de Satisfação Conjugal e Escala de Ajustamento Diádico, entre outras, antes e após o tratamento. Foi empregado um protocolo com dezesseis sessões de atendimento em cada casal. Todas as sessões foram conjuntas e tinham duração de uma hora e meia. Os resultados de cada casal foram analisados separadamente. Todos os membros dos três casais apresentaram melhorias nos níveis de satisfação e ajustamento conjugal após o tratamento. Os resultados obtidos com as outras variáveis (e.x., ansiedade) apontaram para a possibilidade de esses fatores estarem relacionados às questões individuais mais do que conjugais em alguns dos pacientes. Essa hipótese parece ser razoável, tendo por base a observação clínica do terapeuta durante as sessões de tratamento e da análise de caso de cada um dos participantes dessa pesquisa. Dessa forma, os resultados apontam que as técnicas empregadas nesta pesquisa demonstraram uma possível eficácia no tratamento de casais em conflito. Levando-se em consideração que este presente trabalho é, provavelmente, a primeira investigação focalizando o efeito de técnicas cognitivas e comportamentais com casais no Brasil e o pequeno tamanho da amostra, os resultados apresentados devem ser interpretados com cautela. Embora os resultados sejam promissores, são necessárias outras pesquisas nessa área em nosso país.

Apoio: Capes

12. AVALIAÇÃO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM PACIENTES COM TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO ATRAVÉS DE PARÂMETROS PSICOFISIOLOGICOS E PSICOMETRICOS.

Camila Monteiro Fabrício Gama, Carlos Eduardo Nórte, Priscila do Nascimento Marques, Raquel Menezes Gonçalves, Ana Carolina Souza Gabriela Souza, Ivan Figueira, Paula Rui Ventura (UFRJ)

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, parâmetros psicobiológicos, parâmetros psicométricos.

O paciente que apresenta Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) desenvolve sintomas que comprometem a qualidade de vida, tais como evitação, revivência e hiperatividade autonômica. É comum haver o fortalecimento de crenças de incapacidade e fracasso, além do sentimento de ansiedade associado a interpretações distorcidas acerca do evento traumático. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é considerada o tratamento de escolha para este transtorno, e pressupõe que o modo como alguém interpreta suas experiências influencia suas emoções e comportamentos. Desta maneira, a TCC busca intervir através de técnicas como reestruturação cognitiva, exposição *in vivo* e imaginária para modificação de crenças, comportamentos e sentimentos não adaptativos que colaboram para manter o TEPT. Esta terapia também tem se mostrado capaz de regularizar parâmetros psicobiológicos alterados neste transtorno, tais como atividades autonômicas desreguladas. A avaliação psicobiológica do paciente submetido à psicoterapia, aliada à avaliação psicométrica comumente realizada, pode ser utilizada no aprimoramento das técnicas da TCC, pois possibilita aferir sua eficácia de maneira objetiva. O objetivo deste trabalho é verificar se há mudanças nos parâmetros psicobiológicos e psicométricos relacionados ao TEPT, antes e após o tratamento com TCC. Para isso, foram coletados dados de frequência cardíaca e respiratória, condutância da pele e cortisol. Também foram administradas escalas psicométricas para mensurar os aspectos psicológicos: gravidade dos sintomas de TEPT (*Post Traumatic Stress Checklist*, PCL-C), dissociação (Escala de Experiências Dissociativas - DES), ansiedade (Inventário Beck de Ansiedade - BAI), depressão (Inventário Beck de Depressão - BDI), resiliência (Escala de Resiliência EGO - ER-89), qualidade de vida (Questionário de Qualidade de Vida WHOQOL), apoio social (Escala de Apoio Social do *Medical Outcome Study* - MOS), experiências traumáticas na infância (Questionário QUESI), e Escalas de Afeto Positivo e Negativo traço (PANAS T) e estado (PANAS E). Até o momento participaram do estudo seis pacientes (4 do gênero masculino e 2 do feminino), quatro deles receberam tratamento e os outros dois em lista de espera. Os resultados psicométricos sugerem redução dos sintomas de TEPT apontado pelo PCL -C no grupo tratamento (média redução =6,75 pontos, DP=+/-16,07), em contraposição à piora dos pacientes em lista de espera (MD=-6; DP=+/-11,31). Houve também redução dos sintomas de ansiedade e depressão no grupo em tratamento (redução de 2,5 pontos em média no score do BAI [DP=+/-11,27] e 1,25 pontos no BDI [DP=+/-12,01]) e aumento destes sintomas no grupo em lista de espera (6 pontos em média [DP=+/-12,7] no BAI e 1,5 [DP=+/-3,5] no BDI). Os parâmetros psicobiológicos apresentaram alterações após a intervenção psicoterapêutica. Os índices cardíacos, tais como a frequência cardíaca, apresentaram maior normalização nos pacientes encaminhados à TCC, em contrapartida os pacientes do grupo controle não apresentaram alterações favoráveis. Os demais dados psicométricos e psicobiológicos estão em análise. Os resultados preliminares sugerem que o uso de parâmetros psicobiológicos aliados a avaliações psicométricas podem auxiliar no processo de avaliação da eficácia terapêutica, e que a TCC é capaz de promover alterações psicobiológicas.

13. PSICOTERAPIA PARA MULHERES COM FIBROMIALGIA: UM ESTUDO DE CASO

Rafael da Silva Mattos (IMS/UERJ e Instituto de Educação Física e Desportos da UERJ)

Palavras-Chave: Fibromialgia, Psicoterapia, Ceticismo Familiar

A fibromialgia é uma síndrome reumática caracterizada por dor crônica e inúmeras comorbidades. Chega a atingir cerca de 2% da população brasileira e 90% dos pacientes são mulheres. Dentre as diversas terapêuticas propostas, a psicoterapia cognitivo-comportamental tem sido uma das mais eficazes no tratamento de pacientes com fibromialgia. Este trabalho é oriundo de uma pesquisa, de dois anos de duração, realizada no Tratamento Interdisciplinar para Pacientes Portadores de Fibromialgia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Este Tratamento foi criado, em 2000, em parceria com o Serviço de Reumatologia do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE) e atende atualmente 60 mulheres com idade entre 24 e 67 anos ($52,5 \pm 8,6$). Os requisitos para a participação do Tratamento (exercícios físicos, psicoterapia e acompanhamento nutricional) são: idade mínima de 18 anos, ter o diagnóstico de fibromialgia, conforme os critérios do *American College of Rheumatology* e realizar um teste de esforço com um cardiologista. Realizamos um estudo de caso sócio-antropológico com os seguintes instrumentos de pesquisa: entrevistas em profundidade, observação etnográfica e documentação fotográfica. Nosso objetivo foi compreender que benefícios as mulheres com fibromialgia adquiriram da experiência da psicoterapia e de que modo isso contribuiu para o aumento da qualidade de vida. Os resultados obtidos foram: a) mulheres com fibromialgia reconhecem que a psicoterapia as ajudam a lidar melhor com a resistência da família; b) mulheres com fibromialgia reconhecem que a psicoterapia as ajudam a lidar melhor com a ansiedade e depressão, co-morbidades frequentes. Sobre o primeiro resultado podemos afirmar que a relação entre a mulher com fibromialgia e sua família é complicada, pois a própria família reitera a dificuldade biomédica de não compreensão de uma doença que não possui exames comprobatórios bioquímicos laboratoriais, tampouco de imagens. Identificamos que os familiares explicitam a não aceitação de uma doença pouco compreendida e sem cura aparente. A família que deveria constituir-se como meio social fundamental para o cuidado da mulher com fibromialgia, ao incorporar o discurso biomédico de ceticismo em relação à fibromialgia, compromete o processo terapêutico. O sofrimento vivenciado por essas mulheres pode ser interpretado pelos familiares como uma busca exagerada por médicos e até mesmo excesso de medicação. O segundo resultado diz respeito aos elevados níveis de ansiedade e depressão em mulheres com fibromialgia. A ansiedade quando patológica caracteriza-se por sinais e sintomas mentais como: tensão, nervosismo, mal-estar indefinido, sensação de estranheza, dificuldade de concentração, insegurança, inquietação, medo difuso e impreciso, sensação de opressão e desconforto, preocupações exageradas, irritabilidade. Junto a esses, os principais sinais e sintomas físicos são: tensão muscular, dispnéia, taquicardia, sudorese fria, palidez, boca seca, tremores, sensação de fraqueza, tonturas, dores musculares, dor precordial, cefaléia, náuseas, diarreia, vômitos. A frequência de distúrbios psicopatológicos é elevada nos pacientes com fibromialgia. Depressão, sentimentos de impotência, fracasso, inutilidade ou culpabilidade tendem a estar presentes. No entanto, as mulheres que participaram de terapia de grupo e eventualmente terapia individual nesse Tratamento Interdisciplinar reconheceram algumas melhoras, principalmente no seio familiar e no controle dos níveis depressivos e ansiosos.

Apoio: CNPq

14. COMPARAÇÃO ENTRE O NÍVEL DE ANSIEDADE DOS VESTIBULANDOS DO 3º NO REGULAR E DO 3º ANO ASSISTENTE DE UMA ESCOLA PARTICULAR DE ARACAJU. *Danielly Bezerra Franco* (Universidade Tiradentes, Aracaju/SE), *Lígia Maria L. de Sanctis Pires* (Universidade Tiradentes, Aracaju/SE), *Janaína Bianca Barletta* (Universidade Tiradentes, Aracaju/SE) e *Raquel Nunes de Oliveira Ribeiro Marques* (Universidade Tiradentes, Aracaju/SE).

Palavras - chave: ansiedade; vestibular; adolescência

O vestibular é um momento muito importante na vida do adolescente, uma vez que pode definir sua profissão e nortear o seu futuro. Além disso, existe uma cobrança social intensa na escolha do curso e na aprovação do adolescente no exame de entrada da universidade. Esses fatores podem estar associados ao nível de ansiedade dos vestibulandos. Apesar disso, a literatura sobre esse tema ainda é escassa. Com o objetivo de mensurar os níveis de ansiedade dos candidatos ao exame de vestibular de uma escola privada em Aracaju/SE, assim como, de conhecer possíveis variáveis associadas a este fato, foram aplicados um questionário sobre estressores e o Inventário de Ansiedade de Greenberger e Padesky (1995), em 71 alunos. Este inventário de ansiedade não apresenta estudos psicométricos brasileiros, mas possui escores com amplitude total semelhante ao Inventário Beck de Ansiedade e, por isto, foi utilizado o mesmo critério de classificação. Do total de estudantes, 40 eram do 3º ano regular, isto é, estavam fazendo vestibular pela primeira vez, e 31 do 3º ano assistente, que estavam fazendo vestibular pela segunda ou mais vezes. A maioria (76%) tinha idade entre 16 e 18 anos. Os resultados identificaram que os níveis mais altos de ansiedade dos alunos assistentes e dos alunos regulares são semelhantes, sendo que as duas amostras apresentam 45% de ansiedade moderada ou grave. Apesar disso, 22,6% dos alunos assistentes apresentaram nível grave de ansiedade enquanto 12,5% dos alunos regulares apresentaram este nível de ansiedade. Porém, os resultados se invertem no nível moderado, sendo que 32,5% dos alunos regulares apresentaram esse nível comparado com 22,6% dos alunos assistentes. Outro dado apontado foi os cursos mais escolhidos, sendo estes de Medicina (45%) e Direito (16,9%). Além disso, houve uma significativa mudança de rotina e de hábitos diários destes alunos em função do aumento de tempo dedicado ao estudo, o que diminuiu os horários para as refeições, lazeres e sono. Observou-se que alguns fatores favoreceram o aumento da ansiedade nestes alunos como; a maior pressão psicológica e social de obter sucesso no exame, especialmente da família; a própria exigência pessoal, na tentativa de fortalecer a crença de capacidade e competência e pelo medo do fracasso novamente. O nível de concorrência pelas vagas do curso, as cotas designadas para ingresso na universidade e a aprovação dos pais a essa escolha, influenciaram na ansiedade de todos os vestibulandos. Percebeu-se que os tiques e manipulações, isto é, os movimentos estereotipados que aparecem em momentos de tensão mais encontrados foram estralar os dedos, balanço excessivo da perna e roer unhas. A partir desses dados verifica-se a necessidade do psicólogo no trabalho preventivo e promocional de saúde de adolescentes vestibulandos, assim como, no desenvolvimento de estratégias de manejo de ansiedade e resolução de problemas para que obtenha um conhecimento das suas condições emocionais e com isso encontrem recursos para seu sucesso.

15. A IMPORTÂNCIA DO TRATAMENTO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMBINADO COM REABILITAÇÃO COGNITIVA EM CASOS DE TRANSTORNOS DE DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE

Vanessa Karam de Lima Ferreira (CPAF-RJ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro)

Hebe Goldfeld (CPAF-RJ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro)

Mônica Portella (CPAF-RJ, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro)

Palavras-chave: Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), Reabilitação Cognitiva, Terapia Cognitivo Comportamental (TCC).

O Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) é caracterizado pela combinação de sintomas de déficit de atenção, hiperatividade e impulsividade, sendo este o transtorno comportamental mais freqüente em crianças. Nesse transtorno, a região órbita frontal e a córtex parietal posterior apresentam disfunções. Além disso, as conexões da região frontal com o sistema límbico encontram-se alteradas, com déficits dos neurotransmissores dopaminérgicos e noradrenérgicos. Por isso, o tratamento medicamentoso é altamente recomendado, combinando com a intervenção psicoterápica. O objetivo desse trabalho é propor uma intervenção combinada entre Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e Reabilitação Cognitiva no TDAH, além da intervenção psiquiátrica. O diagnóstico do TDAH é fundamentalmente clínico e a avaliação neuropsicológica é um importante exame que auxilia nesse diagnóstico e possibilita o delineamento da reabilitação. A partir de uma cuidadosa avaliação, frequentemente, se insere a medicação combinada à TCC. A medicação comumente utilizada tem por objetivo estimular a função das áreas cerebrais responsáveis pelo comportamento inibitório. A TCC trabalha com a criança, os pais e a escola. Esse tipo de intervenção abrange o questionamento de crenças e pensamentos disfuncionais, psicoeducação e intervenção comportamental, com a técnica da economia de fichas, treinamento em habilidades sociais, intervenção para resolução de problemas, entre outras. Ao inserir a reabilitação cognitiva, esta teria o objetivo de minimizar os efeitos de déficits cognitivos, de forma que os clientes encontrem meios adequados e alternativos para alcançar metas funcionais específicas. Com a avaliação neuropsicológica pode-se determinar as funções prejudicadas, como a atenção, e as preservadas, que servirão de suporte para o tratamento. A reabilitação irá intervir, principalmente, na estimulação das funções cognitivas prejudicadas por meios de exercícios que envolvam atividades do seu cotidiano. Por isso, é importante vincular as tarefas às queixas do cliente. Além disso, é necessário inserir exercícios com dificuldades graduais. Em clientes com TDAH, é de suma importância o treinamento da atenção, do planejamento e da organização, envolvendo definição de prioridades, descrição de como a tarefa pode ser executada, análise da tarefa, determinação de metas, monitoramento e verificação de metas. Em suma, a escolha das estratégias e o planejamento do programa de reabilitação se baseia principalmente na demanda e características do cliente, para que haja uma eficácia observável no cotidiano. Dessa forma, supõe-se que o diferencial da combinação dessas três intervenções seja o treinamento da atenção, não somente através da estimulação cognitiva, como também ensinando estratégias para lidar com suas dificuldades. Para que haja dados mais conclusivos, é necessário mais pesquisas de intervenção em reabilitação cognitiva com crianças com TDAH.

16. AS VIAS DA ATENÇÃO E O SEU PAPEL NOS COMPORTAMENTOS SOCIALMENTE HABILIDOSOS. Ana Lúcia Novais Carvalho (UERJ)

Palavras-chave: atenção; habilidades sociais; vias da atenção

Durante toda nossa atividade consciente precisamos tomar decisões, priorizar comportamentos e definir estratégias para alcançar objetivos. Considerando que somos constantemente atingidos por diversos estímulos, internos e externos, precisamos ter a capacidade de selecionar dados relevantes para que somente as informações essenciais cheguem aos centros corticais superiores, servindo como base para a nossa ação. Desse modo, o funcionamento adaptativo em um ambiente complexo depende de um processamento seletivo. 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 sistema, 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. Sabemos que estas vias envolvem particularidades neuroanatômicas e neuroquímicas, sendo desenvolvidos estudos para uma melhor compreensão do seu processo de 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-controle¹”, 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, estando presentes em alguns transtornos mentais da infância e em adultos. Desta maneira, 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.

¹ do inglês effortful control

17. UMA PROPOSTA DE TREINAMENTO DA EMPATIA PARA CRIANÇAS EM AMBIENTE ESCOLAR. Danielle da Cunha Motta (UERJ, Rio de Janeiro, RJ), Eliane de Oliveira Mary Falcone (UERJ, Rio de Janeiro, RJ), Alex Christian Manhães (UERJ, Rio de Janeiro, RJ).

Palavras-chave: empatia, desenvolvimento, escola.

Empatia é uma habilidade social que está na essência do que chamamos popularmente de humano, a disposição para experimentar compaixão. Por definição, ela pode ser considerada um constructo composto por três componentes: cognitivo, afetivo e comportamental. O primeiro consiste na capacidade de adotar a perspectiva do outro e inferir seus pensamentos e sentimentos; o componente afetivo, pela predisposição a experimentar compaixão e preocupação com o seu bem-estar; e o comportamental, pela habilidade de comunicar o reconhecimento dos sentimentos e perspectivas experimentadas, em atitude acolhedora. Embora parta de uma base biológica inata, a empatia pode ser potencializada e estimulada socialmente. O que é bastante importante que ocorra desde os primeiros anos, já que se trata de uma habilidade fundamental para um desenvolvimento infantil saudável, contribuindo para a socialização, a educação escolar e a saúde mental. Ao lado dos pais, a escola, onde as crianças passam grande parte do seu dia, ocupa um lugar de destaque na educação infantil. Dado o exposto, propomos a realização de um programa com o objetivo de potencializar o desenvolvimento da empatia em crianças. O objetivo geral deste estudo é testar a eficácia deste programa. Nossos objetivos específicos são: a) Verificar se, após a conclusão do programa, as crianças apresentarão níveis significativamente mais elevados nas medidas de empatia, em comparação à linha de base; b) Verificar se haverá diferenças nos níveis de empatia relacionadas ao gênero dos participantes; d) Verificar se haverá diferenças nos níveis de empatia relacionadas à idade dos participantes. O treinamento é oferecido a 50 alunos do ensino fundamental, em uma escola municipal do Rio de Janeiro. Participam uma turma do segundo ano e outra do terceiro. A idade das crianças varia entre 6 e 11 anos. Cada turma, que tem 25 alunos, e foi dividida, aleatoriamente, em dois grupos, um deles experimental e o outro, placebo. Seguiremos o modelo longitudinal pré e pós-teste, em que por questões éticas, a fim de garantir a todos os participantes os benefícios potenciais do programa, o grupo placebo, na primeira fase será experimental, na segunda. Na primeira fase, cada grupo experimental participará de atividades orientadas para o desenvolvimento da empatia, enquanto o grupo placebo participará de atividades de artesanato. 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. 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.

18. DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA DE TREINAMENTO EM HABILIDADES SOCIAIS PARA IDOSOS

Rachel Shimba Carneiro (UERJ)

Palavras-chave: Treinamento de Habilidades Sociais, Habilidades sociais, terceira idade

Estudos atuais apontam a importância da qualidade nos relacionamentos sociais para o bem-estar físico, psicológico e social na terceira idade, mas não fornecem dados suficientes que indiquem como auxiliar os idosos a se tornarem socialmente competentes, ou seja, como desenvolver habilidades sociais na terceira idade. Um método bastante utilizado para ensinar habilidades sociais para diferentes populações tem sido o Treinamento de Habilidades Sociais. O presente estudo pretende avaliar a eficácia de um Programa de Treinamento em Habilidades Sociais para Idosos (THSI) no aumento tanto do repertório de habilidades sociais como do bem estar subjetivo de estudantes da UnATI/UERJ. A pesquisa foi dividida em duas fases. Na primeira fase, foram utilizados a Escala de Depressão em Geriatria-15, o Mini-exame do Estado Mental e o Questionário de Dificuldades em Situações Sociais com a finalidade de selecionar os participantes do estudo. A atual pesquisa contou com a participação de 40 idosos, sendo que a escolha das pessoas que fariam parte do grupo experimental e do grupo controle foi baseada na compatibilidade entre a disponibilidade de horário dos estudantes e o horário escolhido para o treinamento. A segunda fase da pesquisa envolveu investigar a eficácia do THSI. Para a avaliação das habilidades sociais, foi utilizado o Inventário de Habilidades Sociais que compreende cinco fatores (enfrentamento e auto-afirmação com risco; auto-afirmação na expressão de sentimentos positivos; conversação e desenvoltura social; auto-exposição a desconhecidos e situações novas e o autocontrole da agressividade) e sete situações de jogos de papéis. O bem-estar subjetivo foi analisado através da Escala de Satisfação com a Vida e da Escala PANAS. Todo esse material foi aplicado, antes e logo depois do THSI, tanto no grupo controle como no experimental. O THSI foi realizado em 12 encontros de uma hora e meia de duração e teve como objetivo o ensino direto e sistemático das habilidades sociais com o propósito de aperfeiçoar a competência social dos idosos nas situações de: iniciar conversação; fazer pedidos; responder a pedidos; fazer pedido de mudança de comportamento; cobrar dívidas; responder a críticas; falar em público; fazer e receber elogios. A partir dos dados obtidos no material especificado acima, pôde-se observar mudanças positivas entre os participantes do grupo experimental como o desenvolvimento da habilidade assertiva. Os resultados desta pesquisa sugerem que a implementação de programas de treinamento em habilidades sociais em grupo, com pessoas na terceira idade, contribuirá para a aprendizagem e o aperfeiçoamento das habilidades sociais desta população.

FAPERJ

19. A IMPORTÂNCIA DAS HABILIDADES SOCIAIS DO TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA O FORTALECIMENTO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA.

Conrado Padula de Araújo Trindade Corrêa (CPAF-RJ e UCAM\AVM) e Mônica Portella (CPAF-RJ e UCAM\AVM)

Palavras-Chave: Terapia Cognitivo-Comportamental, Aliança Terapêutica, Habilidades Sociais

De acordo com as pesquisas, o terapeuta cognitivo-comportamental que possui o repertório de habilidades sociais (HS) mais desenvolvido é capaz de produzir intervenções mais adequadas. A relação entre cliente e terapeuta vem sendo estudada por teóricos das diversas abordagens de psicoterapia. Os estudiosos das Terapias Cognitivas também se ocuparam em abordar a relação interpessoal no cenário terapêutico. Outros estudiosos apresentaram ao público classificações de HS objetivando melhorar a qualidade das relações interpessoais em diversos contextos sociais. Os objetivos deste trabalho são: (a) apresentar as classes de HS eleitas pelo CPAF-RJ: assertividade; capacidade empática; comunicação verbal; comunicação não-verbal; capacidade reforçadora e auto-apresentação positiva; e; (b) expor que o terapeuta cognitivo-comportamental pode fortalecer ativamente a aliança terapêutica aperfeiçoando suas HS através do Treinamento em Habilidades Sociais, observando que a relação terapêutica é fundamentalmente uma relação social de ajuda. Os princípios da terapia cognitivo-comportamental (TCC) pressupõem uma aliança terapêutica segura de caráter colaborativo e educativo visando tornar o cliente seu próprio terapeuta, identificando, avaliando e respondendo seus pensamentos e crenças disfuncionais, promovendo a maior capacidade de enfrentar as contingências adversas e melhor aproveitar as contingências favoráveis da vida. Para isso, o terapeuta deve possuir o conhecimento prático de uma série de comportamentos socialmente hábeis e em quais situações devem ser utilizados, além da capacidade de generalizar estes comportamentos. Em geral, quando uma pessoa procura o terapeuta, ela está passando por um período de ansios e dificuldades, um momento delicado, crucial para o estabelecimento de uma aliança terapêutica forte que poderá depender da pessoa sentir-se acolhida ou não. É a hora na qual o terapeuta cognitivo-comportamental deve ativar ao máximo suas HS. A assertividade permitirá que haja a exposição clara e objetiva do trabalho a ser realizado, fornecendo ao cliente tranquilidade e confiança na terapia. Através da empatia, o terapeuta cognitivo-comportamental compreende e sente a demanda do cliente, sendo capaz de comunicar adequadamente sua compreensão. Utilizando-se da comunicação verbal o terapeuta emite palavras de conforto e entendimento que envolvem a comunicação objetiva e a escuta ativa onde o terapeuta pontua e resume ao cliente aquilo que está sendo comunicado. A comunicação não-verbal permite o terapeuta emitir sinais e gestos de acolhimento e concordância bem como ler as mensagens não-verbais que o cliente emite. Para realizar uma descrição que faça com que o cliente obtenha conhecimento a respeito de seu próprio desempenho, motivando a aperfeiçoar-se, o terapeuta deve utilizar-se do *feedback* positivo, tornando a aliança terapêutica mais saudável e satisfatória. Além disso, a auto-apresentação positiva demonstra coerência com a seriedade e competência do trabalho a ser realizado com o cliente, uma vez que estudos apontam que as pessoas fazem julgamento a respeito da pessoa pela forma como a ela se apresenta; excelente oportunidade para o terapeuta causar uma primeira boa impressão. Conclui-se que o aprimoramento das HS do terapeuta será essencial para aqueles que desejam tornarem-se terapeutas cognitivo-comportamentais capazes de promover uma relação terapêutica forte e confiável, ponto-chave para que o fenômeno da TCC se desenvolva com eficácia.

20. TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE UM CASO DE TRANSTORNO DO PÂNICO.

Lidiane Pontes (CPAF-RJ), Hebe Goldfeld (CPAF-RJ) e Mônica Portella (CPAF-RJ)

Palavras Chave: Transtorno do Pânico, Técnicas Cognitivo-Comportamentais e Terapia Cognitivo-Comportamental.

O Transtorno do Pânico caracteriza-se por crises súbitas de ansiedade, sem fatores desencadeantes aparentes e incapacitantes. Os sintomas podem ser físicos, como por exemplo: taquicardia, dor precordial, sudorese, tremores, e psíquicos: medo de perder o controle, medo de ficar louco, despersonalização, desrealização. Depois de ter uma crise de pânico a pessoa pode desenvolver medos irracionais (fobias) destas situações e começar a evitá-las. O objetivo do presente trabalho é demonstrar como a Terapia Cognitivo-Comportamental contribuiu para a remissão total dos sintomas de pânico de uma paciente. R. trinta anos, sexo feminino, solteira, pós-graduada em gestão de pessoas, teve o primeiro ataque de pânico após inúmeras tentativas frustradas de retornar ao mercado de trabalho. R. elaborou na terapia a seguinte lista de problemas: Não conseguir atravessar a rua e andar de ônibus sozinha. Não conseguir ficar em casa sozinha. Não conseguir procurar emprego. Em seguida, foi feito o Diagrama de Conceituação Cognitiva onde obteve-se: dados relevantes da infância de R. que foi criada pelos avós paternos e, após a morte da avó, ficou aos cuidados do pai e do avô. Tal fato desencadeou regras rígidas de comportamento mediante ameaças de punição. A saída de casa sozinha, a visita de amigos a casa e a participação de R. em festas escolares eram proibidas. A identificação de crenças centrais: “ Não dou conta de mim”; “ Sou diferente de todo mundo” e também de crenças condicionais de R.: “Se eu conseguir me controlar sozinha não vou precisar assim de ninguém”; “Se eu perder o controle de novo acabarei sendo internada em um hospício”. As estratégias comportamentais utilizadas por R. para lidar com as crenças foram: Treinamento de habilidades de manejo dos sintomas corporais e manejo das interpretações distorcidas. Em seguida foi feita a análise funcional das queixas. Situação 1: R. sozinha em casa. Pensamentos Automáticos: “posso perder o controle e me jogar da janela”, “posso fazer um mal a mim mesma”. Significado: “isso é loucura”. Emoção: Angústia. Comportamento: “cheguei perto da janela e confrontei os pensamentos”. Foram realizadas doze sessões ao longo de três meses de tratamento, uma sessão por semana, com uma hora de duração. Após o levantamento das queixas, avaliação psiquiátrica e psicológica (inventário multimodal da história de vida de Lazarus, questionário de esquemas de Young, Check-List comportamental) foi feito um plano de intervenção. Foram empregadas diversas estratégias cognitivo-comportamentais para ajudar R. a manejar tanto as interpretações distorcidas quanto os sintomas corporais, e a lidar com as atividades do cotidiano. Dessa forma, durante a intervenção terapêutica foram utilizadas estratégias de registro diário de pensamentos disfuncionais, reestruturação cognitiva, técnicas de relaxamento, respiração diafragmática, parada de pensamento, dessensibilização sistemática através de exposição interoceptiva (in-vitro, ao vivo) aos sinais corporais temidos e a situações indutoras do pânico. Conclui-se que através da terapia Cognitivo-Comportamental a paciente apresentou remissão total dos sintomas do pânico e uma melhora de vida significativa.

21. DESAFIO NO TRATAMENTO PSICOTERÁPICO DO TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO COM NEUTRALIZAÇÕES MENTAIS

Vanessa Karam de Lima Ferreira (CPAF-RJ), Hebe Goldfeld (CPAF-RJ) e Mônica Portella (CPAF-RJ)

Palavras-chave: Transtorno Obsessivo Compulsivo, Terapia Cognitiva-Comportamental e neutralização mental.

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) se caracteriza por obsessões e/ou compulsões recorrentes que prejudicam substancialmente o funcionamento cotidiano. A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) no TOC consiste em, inicialmente, fazer uma avaliação do cliente e identificar os sintomas existentes. A intervenção ocorre através da reestruturação cognitiva de crenças desadaptativas, psicoeducação, exposição e prevenção de resposta. O desafio para o tratamento de clientes com TOC se torna maior quando suas obsessões e compulsões se apresentam mentalmente. O objetivo desse trabalho é apresentar o tratamento cognitivo-comportamental aplicado a um caso de TOC com obsessões e compulsões mentais. O cliente era um homem de 30 anos, funcionário público, que apresentava TOC desde os 14 anos. Quando chegou à terapia, seu funcionamento profissional, social e afetivo estava prejudicado devido às suas obsessões e compulsões mentais. Estas consistiam na contagem de palavras que se apresentavam em seu pensamento repetidas vezes e nas lembranças de situações de forma cronológica. Se não as executasse, o cliente acreditava que algo ruim fosse acontecer. Dessa forma, ele não conseguia trabalhar, se concentrar em conversas, em leituras de livros, o que prejudicava seu funcionamento cotidiano. Em sua família, há membros com TOC. Além disso, a família do cliente é caracterizada por ele como supersticiosa, participando de rituais religiosos para reverter energias negativas, a mesma lógica apresentada nos rituais do TOC. Dentro desse contexto o cliente desenvolveu e mantinha seu transtorno. A psicoeducação sobre o TOC foi realizada através de textos e discussões dos mesmos nas sessões de terapia. O questionamento socrático foi eficaz para a reestruturação cognitiva. Após, a exposição foi estruturada com uma lista hierarquizada das compulsões. Iniciou-se a exposição pelo impedimento da contagem de palavras com maior número de letras durante a sessão. Para realização da exposição, o cliente trouxe a bíblia para ler e, quando vinha o impulso de contar alguma palavra, ele não realizava. O cliente fez um cartão de enfrentamento, para auxiliá-lo nessa tarefa. Após 1 mês, ele mostrava progressos na prevenção de respostas. O mesmo foi realizado na exposição com as lembranças. Foi inserida uma escala de automonitoração para avaliar sua ansiedade em não executar a compulsão. Após 15 sessões de psicoterapia, associada ao tratamento psiquiátrico, o cliente apresentou expressiva melhora, uma vez que estava trabalhando sem nenhum prejuízo, ingressou em uma faculdade, fazia atividades de lazer com seus amigos e familiares e começou a namorar. O TOC, porém, ainda apresentava-se através da contagem de palavras pequenas, que, segundo o cliente, não atrapalhava o seu funcionamento diário. Após 3 meses, com contínua intervenção cognitivo-comportamental, a automonitoria demonstrava seu progresso. Conclui-se que nesse caso de TOC com componentes mentais, a reestruturação cognitiva e a psicoeducação foram fundamentais para o sucesso na exposição, uma vez que essa não ocorre de maneira explícita. A escala subjetiva é um instrumento que se mostrou poderoso para avaliar o progresso do cliente e a decisão pela alta, assim como a análise do seu funcionamento diário.

22. RELAÇÕES ENTRE A MEMÓRIA E OS SINTOMAS DE VAGINISMO.

Mônica Junqueira Karkow, Mrs. Ana Raquel Menezes Karkow, (Consultório particular, São Leopoldo, RS)

Palavras-chaves: Terapia Sexual, Vaginismo e Terapia Cognitivo-Comportamental.

O presente trabalho visa focar o problema do vaginismo sob o ponto de vista psicofisiológico, a partir da reestruturação cognitiva de uma paciente atendida em consultório particular. A importância deste estudo está na escassez de pesquisas acerca de tratamentos para a disfunção sexual – e seus resultados, utilizando inovações da terapia cognitivo-comportamental (Barlow, 1986, citado em Tess & Savoia, 2004). Masters e Johnson (1985) descreveram o vaginismo como uma síndrome psicofisiológica que atinge a liberdade da resposta sexual feminina. Trata-se de uma disfunção sexual feminina não vinculada ao ciclo de resposta sexual, mas sim ligada ao elemento “dor”. Masters e Johnson (1985) consideram que o ponto de partida do tratamento é a educação quanto aos aspectos psicofisiológicos do vaginismo na mulher. A “manobra” essencial é a dilatação gradual e a dessensibilização da espasmodicidade condicionada do orifício vaginal e a solução concomitante das fobias sexuais (Kaplan, 1974). Para a sexologia clínica, a mediação do pensamento é importante pois “uma dificuldade na esfera da sexualidade não determina apenas uma reação emocional, mas a própria emoção pode retroalimentar o problema sexual” (Cavalcanti & Cavalcanti, 1992, p. 151). Trata-se de uma paciente que apresentou queixa de impedimento da penetração no intercuro sexual com o marido. Definido o diagnóstico, estruturou-se o tratamento seguindo o modelo de terapia sexual de Masters e Johnson (1970), utilizando-se das técnicas: psicoeducação, relaxamento, exercícios de Kegel, focalização sensorial, dessensibilização sistemática e dessensibilização sistemática imaginária. Concomitante ao uso das técnicas, ao final de cada sessão, foi solicitado a paciente um “relato subjetivo de um pensamento” que lhe viesse à mente naquele momento. Na anamnese, foi feita uma avaliação psicológica através dos testes BDI e do Questionário de Esquemas de Young e avaliação ginecológica. Foi verificado que a técnica de dessensibilização progressiva está vinculada ao princípio da generalização respondente – um indivíduo condicionado a responder a um estímulo irá responder da mesma maneira a outros estímulos cujas características assemelham-se ao estímulo original (Cavalcanti & Cavalcanti, 1992). À medida que a paciente compreendia, através da psicoeducação, acerca do transtorno do vaginismo – etiologia, tratamento e prognóstico, suas cognições sobre a disfunção e a sua responsabilidade neste processo também reestruturavam-se – em especial o seu esquema de padrões inflexíveis/crítica exagerada. Conforme Wincze e Carey (1991, citados em Carey 2003), independente da natureza involuntária dos espasmos, a mulher ainda poderá sentir-se culpada pelo vaginismo – sendo possível que a sua imaginação de precedência das ocorrências futuras incitem os espasmos antes da tentativa de coito. Foi verificado que a eficiência do tratamento depende tanto da extinção da resposta vaginal condicionada quanto das memórias relacionadas para que possam ser extintas, ou seja, conservadas, mas de forma menos dominante e acessível à consciência (Barlow, 2000).