

estudo da terapia **cognitiva**: um novo conceito em psicoterapia

Ana Maria Serra - Instituto de Terapia Cognitiva São Paulo-SP

Objetivo: aprimorar os conhecimentos de estudantes e profissionais da Psicologia sobre a Terapia Cognitiva.

Elaboração: Ana Maria Serra, PhD.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva, São Paulo-SP

Coordenação: Claudia Stella, Psicóloga Clínica,
Doutora em Educação, Docente em Psicologia e
Editora da revista Psicologia Brasil.

Módulos: oito módulos que serão publicados em revistas seqüenciais.

Conteúdo dos módulos:

- 1 Introdução à Terapia Cognitiva
- 2 Conceitos e preconceitos sobre Terapia Cognitiva
- 3 **Terapia Cognitiva e Intervenção em Crise**
Terapia Cognitiva e Depressão
Terapia Cognitiva e Suicídio
- 4 Terapia Cognitiva e Transtornos de Ansiedade
Tópicos especiais em Terapia Cognitiva aplicada aos
Transtornos de Ansiedade, TOC (Transtorno Obsessivo-
Compulsivo), Fobias, Transtorno de Pânico, TEPT (Transtorno
de Estresse Pós-Traumático), Ansiedade Associada à Saúde
- 5 Terapia Cognitiva e Dependência Química
Terapia Cognitiva e Transtornos Alimentares
Terapia Cognitiva nas Organizações
- 6 Terapia Cognitiva com Casais e Famílias
Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes
Terapia Cognitiva e Prevenção de Depressão em
Crianças e Adolescentes
- 7 Terapia Cognitiva e Transtornos de Personalidade
Terapia Cognitiva e Esquizofrenia
Terapia Cognitiva e Transtorno Bipolar
- 8 Resistência em Terapia Cognitiva
Terapia Cognitiva com pacientes difíceis
A aliança terapêutica em Terapia Cognitiva
Questões relacionadas a treinamento em Terapia Cognitiva

módulo

intervenção em crise
depressão
suicídio

Crises estarão presentes em um momento da vida da maioria dos indivíduos, decorrentes de situações em que o limiar individual de controle e resposta a estressores internos e externos do indivíduo é ultrapassado.

Uma crise se define como um estado temporário de distúrbio grave e conseqüente desorganização, durante o qual o indivíduo se percebe incapaz de enfrentar uma determinada situação, através da utilização dos mesmos recursos que habitualmente utiliza para resolução de problemas. Crises têm o potencial de um resultado radicalmente negativo, ativando, portanto, a vulnerabilidade dos indivíduos envolvidos. Crises caracterizam-se por um período em que o equilíbrio de um ou mais indivíduos é perturbado, afetando, temporariamente ou não, sua capacidade para perceber e gerenciar situações de modo efetivo. Sob crise, indivíduos manifestam sintomas cognitivos e comportamentais e algum grau de desorganização, que se refletem através de uma redução em suas habilidades e recursos para processamento de informação, enfrentamento, resolução de problemas e modulação emocional. A percepção da própria situação de crise pode ser afetada, em conseqüência da ativação emocional que favorece distorções no processamento da natureza da situação. Os recursos de enfrentamento podem se tornar limitados e estratégias ineficazes de resolução de problemas podem ser aplicadas, muitas vezes de forma estereotipada.

A capacidade habitual do indivíduo para a flexibilidade cognitiva, necessária para o gerenciamento das emoções, pode ser seriamente afetada, implicando no uso de estratégias compensatórias disfuncionais, como negação ou esquiva. Crises mais graves podem ainda originar estados psicóticos temporários, devido à desestruturação cognitiva e emocional gerada pela percepção da situação como insolúvel. Em uma situação de crise, os recursos comumente disponíveis podem se mostrar insuficientes; nesses casos, os indivíduos envolvidos podem necessitar acessar reservas de recursos pouco usadas, como força e coragem, podem criar sistemas temporários de enfrentamento, e, na maioria dos casos, necessitarão mobilizar os sistemas de apoio familiar e social.

Observamos diferenças inter-individuais e intra-individuais com relação à natureza e à gravidade das crises, à disponibilidade de recursos que serão mobilizados em seu gerenciamento, e à eficácia

com que a crise será superada. Em outras palavras, algumas situações podem significar uma crise para um indivíduo e não para outro, ou a mesma situação pode significar uma crise para um indivíduo em um momento de sua vida, mas não em outro, devido ao fato de que a disponibilidade de recursos para o gerenciamento de crises pode variar em diferentes fases e contextos de vida. Há pacientes em crise que apresentam uma história pregressa de recursos adequados de enfrentamento, e para os quais a crise representa uma situação atípica. Há outros pacientes propensos a crises, com dificuldades de gerenciamento emocional e comportamental, e que experienciam sucessivas crises que periodicamente irrompem. Ambos os grupos podem necessitar de ajuda profissional.

Situações críticas podem se apresentar de diferentes formas e em diferentes contextos, individuais ou coletivas. Podem apresentar-se relacionadas à enfermidade aguda ou crônica, do próprio indivíduo e de outros significativos; à morte de outros significativos; a conflitos e rupturas nas relações interpessoais e afetivas; a acidentes envolvendo o próprio indivíduo ou outros indivíduos ou grupos; a desastres naturais; a situações de violência familiar, social e política, com violação dos direitos civis individuais e coletivos; a abuso de substâncias psicoativas etc. Tais situações críticas geram estresse, que se traduz em angústia e em um sentido aumentado de vulnerabilidade frente ao real objetivo ou subjetivo, ou ambos.

Em crise, indivíduos apresentam, segundo Freeman (2000), desconforto, disfunção, descontrole e desorganização. Desconforto refere-se à experiência subjetiva de angústia diante da percepção, real ou não, de insolubilidade da situação. Disfunção refere-se à limitação dos recursos de enfrentamento com os quais os indivíduos normalmente contam. Descontrole refere-se à experiência, subjetiva e objetiva, de incapacidade em determinar ou alterar o curso da situação. E desorganização reflete-se na incapacidade de formular ou ativar um plano específico para resolver a situação, identificando problemas, gerando objetivos e estratégias de resolução e priorizando e implementando essas estratégias.

Situações de crise podem demandar a intervenção clínica. Nesses casos, a Terapia Cognitiva pode ser especialmente indicada, tendo em vista seu caráter breve e estruturado, bem como várias outras de suas características aplicadas, que discutimos a seguir:

TERAPIA COGNITIVA EM SITUAÇÕES DE CRISE

Os objetivos imediatos do terapeuta cognitivo, diante de um paciente em crise, podem ser assim resumidos: avaliar a natureza da situação e os elementos precipitadores da crise; explorar e avaliar fatores de risco de violência contra si e outros, como suicídio ou homicídio; explorar e avaliar o repertório de recursos de enfrentamento com os quais o indivíduo conta ou já contou em situações anteriores; estabelecer um plano de resolução da crise, gerar alternativas de processamento da situação e alternativas de comportamentos. O profissional deve manter em mente o caráter transitório da crise e da perturbação e desorganização do processamento da situação pelo indivíduo. Esse aspecto temporário abre espaço para o questionamento e o desafio cognitivo, e sugere a necessidade de estrutura na condução da intervenção e na implementação do processo de resolução dos problemas envolvidos, a fim de otimizar o aproveitamento do tempo terapêutico. Finalmente, o terapeuta deve atuar para reduzir o potencial de ações radicais e negativas pelo paciente.

Várias características do modelo aplicado da Terapia Cognitiva a tornam especialmente indicada no atendimento a pacientes em situações de crise. O caráter breve da intervenção se adequa a intervenções em situações críticas. O caráter ativo e colaborativo da intervenção encoraja a participação ativa do paciente no processo de mudança, sugerindo a idéia de controle sobre a situação. O aspecto dinâmico da interação entre terapeuta e paciente possibilita a exploração rápida de cognições e emoções, facilita a auto-revelação pelo paciente e, dessa forma, o direcionamento mais imediato da intervenção aos aspectos disfuncionais das cognições, atitudes e comportamentos do paciente. O caráter diretivo do modelo aplicado possibilita ao terapeuta formular hipóteses de conceituação cognitiva, que refletem os esquemas e crenças disfuncionais que integram o sistema cognitivo do paciente; utilizar o questionamento socrático, em nível de intervenção funcional, o que possibilita a modulação emocional pelo paciente; explorar colaborativamente os focos de problemas e definir metas e estratégias de resolução e enfrentamento, o que encoraja o paciente a funcionar como sua própria fonte de recursos. A definição colaborativa de metas

terapêuticas não apenas fornece estrutura e direciona a intervenção, mas também facilita a avaliação periódica do progresso clínico e assegura que paciente e terapeuta estejam desenvolvendo esforços na mesma direção. O aspecto didático do processo clínico em Terapia Cognitiva possibilita o esclarecimento do paciente com relação às dificuldades internas e externas que ele está experienciando; além disso, determina o desenvolvimento, pelo paciente, de estratégias próprias de enfrentamento e resolução de problemas, tarefa que vai muito além do objetivo terapêutico de simplesmente ajudá-lo a resolver os problemas que apresenta nesse momento de sua vida.

Outro aspecto importante na intervenção de crise refere-se à aliança terapêutica, baseada na empatia entre o terapeuta e o paciente, e cujo desenvolvimento e manutenção é de responsabilidade do terapeuta. A aliança fornece ao paciente a impressão de não estar sozinho diante da crise, de ter um apoio efetivo na pessoa do terapeuta, o qual, dependendo da natureza da crise, pode até funcionar como um defensor na preservação dos direitos do paciente. Finalmente, referindo-nos a esquemas cognitivos, sabemos que estas estruturas organizam os elementos da nossa percepção do real; através do processo clínico em Terapia Cognitiva, não apenas os esquemas e crenças disfuncionais do paciente representam focos importantes de intervenção e que favorecerão a visão realista da situação de crise e o reconhecimento, mobilização e desenvolvimento de recursos de resolução e enfrentamento; mas a própria situação de crise pode prover um espaço de treinamento de novas habilidades cognitivas e de resolução de problemas, favorecendo o desenvolvimento de um sistema funcional de esquemas e crenças, em substituição ao sistema anterior disfuncional.

Diante de situações críticas verdadeiramente adversas, são esperados sintomas de depressão ou ansiedade, ou ambos. No trabalho clínico, mostra-se muito útil encorajar o paciente em crise a distinguir entre, de um lado, respostas esperadas de tristeza ou ansiedade realista, que ainda possibilitam o ajustamento e enfrentamento eficazes, e, de outro, sintomas de depressão ou de um transtorno de ansiedade, que rendem o indivíduo disfuncional e requerem atenção terapêutica focalizada.

Conclusão

Situações de crise não ocasionam necessariamente resultados ou conseqüências negativas. A crise pode ser utilizada como uma arena, onde o paciente e o terapeuta poderão, colaborativamente, desenvolver novos recursos, mobilizar recursos existentes de maneira concertada e criativa, assegurar o paciente das escolhas que lhe estão abertas, e aproveitar-se das estratégias de resolução utilizadas no sentido de formular novas formas de resolução de problemas, de neutralização de estressores e de adaptação e enfrentamento das dificuldades inerentes à vida.

TERAPIA COGNITIVA E DEPRESSÃO

Edela A. Nicoletti e Ana Maria M. Serra

O impacto da depressão na população geral tem sido grandemente subestimado. Em recente estudo promovido pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde, ficaram evidentes os devastadores efeitos da depressão. Nesse estudo, a depressão representou a quarta maior causa de incapacitação, sendo responsável por mais de 10% dos anos de incapacitação de indivíduos em todo o mundo. As projeções para as próximas décadas refletem um agravamento da presente situação, esperando-se que a depressão venha a representar, em 2020, a segunda maior causa de incapacitação, abaixo apenas das doenças cardíacas. Atualmente, a depressão afeta cerca de 12% da população adulta (8% feminina e 4% masculina), contra apenas 3% no início do século XX. Estima-se que aproximadamente 15% da população será vítima de pelo menos um episódio depressivo a cada ano de sua vida adulta. Cerca de 75% das internações psiquiátricas têm episódios depressivos como causa principal ou secundária.

Outros dados confirmam a gravidade dessa situação. As estatísticas, em âmbito mundial, nas três últimas décadas, indicam não apenas um aumento gradual da incidência de depressão na população em geral, mas, ao mesmo tempo, uma redução na idade de ocorrência do primeiro episódio depressivo, com aproximadamente 9% dos adolescentes apresentando um episódio de depressão severa antes dos 14 anos de idade. Além disso, a depressão, para a maioria das pessoas, é uma enfermidade recorrente e crônica. Um estudo prospectivo aponta que 85% dos pacientes recuperados de um episódio depressivo sofreram pelo menos uma recorrência durante os 15 anos seguintes, e 58% deles apresentaram

uma recorrência nos 10 anos seguintes à recuperação, mesmo tendo-se mantido estáveis durante os primeiros cinco anos após o término do tratamento inicial (Frank, 1991).

Esses dados apontam para a necessidade, entre outras medidas, da disponibilidade de planos eficazes de prevenção e tratamento da depressão. A TC vem-se demonstrando útil em ambos os aspectos, quais sejam, na prevenção da depressão e como uma forma de psicoterapia eficaz. Sua relevância se faz ainda maior se considerarmos que seu surgimento veio preencher uma grave lacuna, visto que os modelos comportamental e psicanalítico, anteriormente desenvolvidos, não se demonstraram particularmente eficazes no tratamento do transtorno depressivo. Movido por preocupações teóricas, e em uma tentativa de expandir os limites da psicoterapia e de comprovar princípios psicanalíticos através do emprego da metodologia científica, Aaron Beck propôs um modelo de depressão inovador, o modelo cognitivo, no qual ele conceituou a depressão como um transtorno de processamento de informação, e não como um transtorno emocional.

Antidepressivos e Psicoterapia

A eficácia da TC no tratamento da depressão mostra-se relevante especialmente em vista do sucesso limitado do uso exclusivo dos antidepressivos. Primeiramente, os índices gerais de recaída e suicídio não se reduziram com o crescente emprego dos antidepressivos. Estima-se que entre 35 e 40% de portadores de depressão não respondem satisfatoriamente a antidepressivos, e parte dos que respondem satisfatoriamente recusam-se a tomá-los ou descontinuam o tratamento devido aos efeitos colaterais. O depressivo tratado com farmacoterapia incorre em um problema de atribuição, tendendo a atribuir sua melhora ao medicamento e, dessa forma, reforçando a idéia de doença e de locus de controle externo. Por outro lado, a melhora do paciente em psicoterapia vai além do simples alívio da depressão; ele “aprende” de sua experiência psicoterapêutica de maneira abrangente e desenvolve-se em várias áreas de sua experiência, processos que previnem novos episódios. Finalmente, antidepressivos não combatem a “desesperança”, um construto cognitivo e que constitui o fator determinante da ideação e comportamento suicidas.

Segundo a atual percepção de que quadros depressivos importantes, para a grande maioria dos pacientes, representam uma condição

recorrente, tem sido levantada a questão de que a capacidade de uma intervenção de prevenir o retorno dos sintomas depressivos após o término do tratamento pode ser ao menos tão importante quanto sua capacidade de tratar o episódio atual. Não há evidências de que a farmacoterapia forneça qualquer proteção contra o retorno dos sintomas após a sua suspensão. Contudo, defensores das intervenções psicoterápicas argumentam que estas provêem ganhos permanentes, que persistem após a descontinuação das sessões e reduzem os riscos subseqüentes. Um estudo conduzido por Hollon e colaboradores, em 1996, comparando o tratamento da depressão com TC, medicamentos ou um misto de ambos constatou que os resultados, em curto prazo, são os mesmos em qualquer das situações, mas que as recidivas são muito menor entre aqueles tratados com TC.

A hipótese de Vulnerabilidade Cognitiva como um modelo de depressão

A hipótese de vulnerabilidade cognitiva, a pedra fundamental do modelo cognitivo de depressão, refere-se à tendência aumentada nos depressivos, em relação à população em geral, de aplicar um viés negativo no processamento de informação; além disso, uma vez feita uma interpretação exageradamente negativa, eles tendem ainda a resistir à desconfirmção de sua interpretação inicial ou ao reconhecimento de interpretações alternativas. Dessa forma, a depressão resultaria do fenômeno que chamamos de "espiral negativa descendente": interpretações exageradamente negativas resultam em uma queda de humor; que por sua vez conduz a interpretações ainda mais negativas, e assim por diante, em um processo que explica a instalação e a manutenção do transtorno depressivo. No caso da depressão, o conteúdo das cognições dos depressivos refletiriam atribuições e avaliações pessimistas a respeito dos três vértices da tríade cognitiva: o depressivo avalia-se autodepreciativamente, como desprovido de qualidades e habilidades, percebe o mundo externo como hostil, injusto e rejeitador; e imagina que, no futuro, sua insatisfação com seu presente permanecerá ou poderá aumentar. Beck propôs a idéia de esquemas cognitivos, de crenças básicas e crenças condicionais, que se desenvolveriam a partir das experiências relevantes de vida e refletiriam a idéia do indivíduo a respeito das regularidades do real. O objetivo fundamental da TC seria, portanto, promover a re-estruturação cognitiva, ou seja a mudança no sistema de

esquemas e crenças do depressivo, e restabelecer a flexibilidade cognitiva, que conjuntamente lhe possibilitariam a modulação emocional diante dos problemas e das dificuldades inerentes à vida.

Fatores de vulnerabilidade à depressão

A TC adota um modelo de vulnerabilidade/estressor para explicar a instalação e manutenção do transtorno depressivo. Segundo esse modelo, a vulnerabilidade à depressão, compreendendo fatores biológicos e cognitivos, seria inversamente proporcional à apresentação de estressores ambientais; desse modo, um indivíduo apresentando alta vulnerabilidade à depressão necessitaria de apenas um pequeno estressor para a ativação de um episódio depressivo, e vice-versa. Essa noção auxilia na avaliação, conceituação e intervenção sobre os quadros de depressão. Quanto aos fatores de vulnerabilidade à depressão, e refletindo a adoção de modelos multifatoriais, a TC aponta fatores de predisposição biológicos; fatores hereditários; fatores de predisposição cognitivos, adquiridos ou familiarmente transmitidos; déficit em habilidades de resolução de problemas; fatores ambientais e contingenciais, como problemas e crises vitais; fatores de personalidade, como introversão, neuroticismo, traços obsessivos; estados subjetivos de desamparo e desesperança, entre outros. Quanto aos fatores cognitivos em particular, destacam-se os estilos de processamento de informação que denotam extremismo e rigidez, como pessimismo e perfeccionismo. Contudo, faz-se necessário refletir sobre se a negatividade comum nos depressivos refletiria uma distorção da realidade ou um excesso de realismo. Estudos na área de Psicologia Cognitiva demonstram que o pessimista é mais realista do que o otimista, isto é, os últimos distorcem mais a realidade, e a seu favor, do que o fazem os primeiros. Entretanto, estudos em TC demonstram que o pessimismo é um fator necessário, embora não suficiente, nos quadros depressivos. Essas evidências, portanto, parecem sugerir que certo grau de otimismo é necessário para neutralizar a desesperança e o desamparo, que predispõem indivíduos à depressão.

Classificação ou diagnóstico de depressão e a análise cognitiva funcional

Vários sistemas diagnósticos foram desenvolvidos, os quais apontam critérios para o diagnóstico da depressão. Entretanto, diagnósticos implicam no conhecimento de fatores etiológicos. E como,

no presente estágio de conhecimento, temos apenas hipóteses sobre a etiologia da depressão, sendo o diagnóstico feito com base nos sintomas apresentados, então vários autores argumentam, com boa dose de razão, que o que fazemos é, na verdade, uma classificação da depressão, e não o seu diagnóstico. Contudo, essa discussão tem apenas uma relevância parcial para a TC, devido ao fato de que, em TC, o planejamento da intervenção e o próprio processo psicoterapêutico apóia-se em uma análise funcional do quadro específico de cada paciente depressivo. Para a formulação de uma análise funcional, exploramos as seguintes dimensões relevantes do quadro depressivo: (1) alterações de humor, que se referem à característica central da depressão, daí a denominação genérica de “transtornos afetivos”; (2) alterações do estilo cognitivo, que se refletem no pensamento lento e ineficiente, baixa concentração, déficits de memória, indecisão; (3) alterações de motivação, como perda de interesse em trabalho ou lazer, isolamento social, comportamentos de fuga ou esquiva, incluindo o suicídio; (4) alterações de comportamento, como passividade, inatividade, choro, reclamação ou demanda excessivas, e dependência; (5) alterações biológicas, como aumento ou redução do apetite ou sono, que podem resultar de alterações estruturais ou bioquímicas.

Conclusão

Com relação ao processo terapêutico em TC para a depressão, note-se que o planejamento da intervenção e a condução do processo clínico seguem os moldes gerais da abordagem, ou o que denominamos de “TC Padrão”, conforme já delineados no primeiro módulo dessa série de Estudos Transversais.

Em uma palestra memorável oferecida durante o congresso da EABCT em Manchester, Inglaterra, em setembro de 2004, Beck declarou que, quando ele propôs o modelo cognitivo de depressão, conceituando-a de forma inovadora como um transtorno de pensamento e não como um transtorno emocional, ele foi percebido, por comportamentalistas e psicanalistas, como um “cavalo de Tróia”, explicando: “temiam que se me aceitassem entre eles, eu destruiria seus modelos por dentro”. Contudo, não tardou para que a consistência e a eficácia do novo modelo chamassem a atenção de estudiosos e clínicos ao redor do mundo, que testaram e replicaram os achados de Beck e seus associados. Hoje, o modelo cognitivo constitui o mais eficaz e melhor

validado modelo para a conceituação e tratamento da depressão, em associação ou não à medicação. Além de seu desenvolvimento nas áreas de intervenção e eficácia, mais recentemente os estudos sobre processos cognitivos na depressão e processos que viabilizam resultados clínicos vêm igualmente recebendo atenção crescente de pesquisadores, em um sinal inequívoco de progresso nos níveis conceitual e aplicado, e explicando a preferência pela TC por clínicos ao redor de todo o mundo.

TERAPIA COGNITIVA E SUICÍDIO

Arnaldo Vicente e Ana Maria M. Serra

A TC vem-se demonstrando eficaz para uma ampla gama de transtornos emocionais, que inclui o suicídio. Sua eficácia na área da prevenção do suicídio reveste-se de especial relevância, tendo em vista os dados que demonstram um aumento na incidência de suicídio entre adultos e adolescentes. O preparo técnico do terapeuta cognitivo para o atendimento adequado ao paciente suicida é de fundamental importância, especialmente em vista da imprevisibilidade da presença de comportamentos suicidas em pacientes depressivos que procuram ou são encaminhados para a psicoterapia. Quando é identificada, pelo terapeuta, a presença de ideação e comportamentos suicidas no paciente, todos os demais objetivos terapêuticos são negligenciados, concentrando-se a ação do terapeuta na intervenção direta sobre esses elementos.

Comportamentos Suicidas

Primeiramente, necessitamos distinguir entre os vários níveis de comportamentos suicidas, desde a ideação suicida, em que o paciente começa a contemplar o suicídio como uma solução viável para os seus problemas, até propriamente a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. Comportamentos suicidas podem apresentar-se disfarçadamente: decisões súbitas de, por exemplo, preparar um testamento; afirmações que denotam desesperança, como “minha vida não vai melhorar”; idéias de que os demais estariam melhor com minha morte, como “sou um peso para todos”; idéias de fracasso em satisfazer as expectativas de outros, como “desapontei a todos” etc. Uma criança de 6 anos, gravemente deprimida após um acidente em que faleceram a mãe e o irmão menor, começou a expressar aos familiares o desejo de ir para o céu para ver a mãe e o irmão e, como eles, “ficar com os anjinhos”, fala que indicava ideação suicida, na

tentativa de escapar da situação difícil em que se encontrava a família após a tragédia.

Deve-se notar que o desejo de morrer é inversamente proporcional ao desejo de comunicar a intolerabilidade à situação de vida presente; o indivíduo que efetivamente deseja morrer, por ver a morte como a única solução para seus problemas, não comunica seu desejo, para evitar ser impedido. Por outro lado, o indivíduo que comunica seu desejo de morrer pode estar comunicando, na realidade, um pedido de ajuda.

Há ainda outras formas de avaliarmos a intencionalidade. Devemos inquirir o paciente a respeito de seu conhecimento sobre possíveis métodos que ele consideraria utilizar, sobre a letalidade dos métodos, sobre como teria acesso a esses métodos e sobre medidas que já pode haver empregado para investigar sobre os diferentes métodos e acessar estratégias instrumentais. Essas informações, em conjunto, permitem ao terapeuta avaliar a gravidade da intenção suicida versus o desejo de comunicar a intenção como um pedido de ajuda.

A investigação direta da ideação e comportamento suicidas é recomendada, sem o uso de eufemismos e evitando inadvertidamente reforçar preconceitos sociais, culturais e religiosos contra o suicídio e o suicida. Alguns clínicos defendem a idéia de que abordar diretamente o suicídio, inclusive usando os termos “suicídio” e “suicida”, pode induzir o paciente a considerar essa alternativa. Contudo, os estudos sugerem a improbabilidade dessa alternativa, e indicam ainda que a evitação do assunto ou a referência velada podem sugerir ao paciente que o terapeuta compartilha do preconceito social e cultural, e talvez até religioso, contra suicidas.

Avaliação Objetiva

Embora todos os suicidas sejam depressivos, os estudos demonstram que a desesperança é o construto central de risco para o suicídio. Beck e associados criaram escalas para a avaliação objetiva da depressão e da desesperança. O BDI (Beck Depression Inventory), o Inventário de Depressão de Beck, mostra-se correlacionado ao suicídio em amostras heterogêneas, por exemplo, na população em geral, ao discriminar entre depressivos e não depressivos. Porém, o BHS (Beck Hopelessness Scale), a Escala de Desesperança de Beck, mostra-se correlacionado a suicídio em amostras homogêneas de depressivos, isto é, discrimina entre depressivos suicidas e não

suicidas, indicando que é a medida relevante na avaliação objetiva do risco de suicídio em pacientes depressivos que buscam ou são encaminhados para a psicoterapia.

Fatores Cognitivos de Risco

Além de fatores demográficos e sociais de risco crônico e agudo, estudos sugerem vários fatores cognitivos de risco, que devem ser investigados. A desesperança tem-se demonstrado, segundo os estudos, como um fator de risco crônico e agudo. Sugere um esquema relativamente estável, em que a dimensão da tríade cognitiva implicada é o “futuro”.

Outro fator de risco refere-se ao autoconceito. Em adultos, o autoconceito indica um fator de risco, independente da desesperança. Em crianças, porém, o autoconceito está relacionado à depressão e à intenção suicida, porém apenas quando na presença da desesperança. O autoconceito refere-se à dimensão “eu” da tríade cognitiva.

Quanto à forma de processamento de informação, o suicida demonstra tendência aumentada a distorções na interpretação de seu real. As formas mais freqüentes de distorções, que refletem em termos gerais uma rigidez cognitiva, são: a abstração seletiva, em que o indivíduo abstrai de seu real apenas as evidências que confirmam suas expectativas pessimistas e negligencia evidências contrárias; a supergeneralização, em que o indivíduo utiliza-se de termos generalizantes como “nunca”/“sempre”, “tudo”/“nada”; e o pensamento dicotômico, que denota uma forma extremista e perfeccionista de avaliar seu real em termos de, por exemplo, “ótimo” ou “péssimo”, ou seja, não considerando possibilidades intermediárias mais realistas.

Quanto ao conteúdo de suas cognições, os temas mais freqüentes no processamento do real pelo suicida são crenças perfeccionistas, que se refletem nas expectativas irrealistas que o indivíduo tem de si, nas expectativas que o indivíduo tem dos outros, e nas expectativas que o indivíduo acredita que os outros têm de si. Dentre essas, as expectativas que o indivíduo acredita que os outros têm de si correlacionam-se ao mais alto risco de suicídio.

Quanto aos estilos de atribuição para explicar eventos negativos em suas vidas, o suicida tende a fazer atribuições internas (“os males da minha vida devem-se a mim”), estáveis (“os fatores internos

que levaram a tais males permanecerão ao longo do tempo”) e globais (“os fatores internos que levaram a tais males afetam todas as áreas da minha vida”). Essa tendência – fazer atribuições de eventos negativos – reflete pessimismo e desesperança, os fatores determinantes da ideação e comportamentos suicidas.

Déficit em Habilidades para Resolução de Problemas

Os estudos demonstram que o déficit cognitivo básico no suicida, semelhantemente a depressivos, refere-se a uma reduzida habilidade para resolução de problemas. Quando suas estratégias habituais para resolver problemas falham, suicidas ficam paralisados e demonstram inabilidade para gerar novas estratégias de resolução, insistindo de forma estereotipada em estratégias ineficazes. Ao fracassar em resolver problemas, acreditam que o suicídio é a única solução eficaz.

Suicidas falham em todas as etapas do processo de resolução de problemas. Apresentam dificuldades em identificar claramente problemas e metas, em gerar estratégias alternativas de resolução e inclusive resistem a reconhecer estratégias viáveis de resolução quando estas lhes são sugeridas. Têm dificuldade, ainda, em implementar estratégias de resolução devido à desmotivação inerente à depressão, em avaliar estratégias e monitorar resultados, e em gerar estratégias alternativas de resolução quando as estratégias iniciais falham. Finalmente, suicidas demonstram uma reduzida tolerância à ansiedade inerente ao processo de resolução de problemas e ao tempo de latência entre a identificação de um problema e a sua resolução.

Vários programas de treinamento em habilidades de resolução de problemas para depressivos e suicidas são relatados na literatura especializada. No caso específico da TC, o treinamento em habilidades de resolução de problemas faz parte integrante de seu modelo aplicado, representando um dos dois pilares sobre os quais se apóia a intervenção cognitiva, ao lado da re-estruturação cognitiva.

O papel do psicoterapeuta

Profissionais devem refletir sobre esse aspecto e definir seu posicionamento filosófico a respeito dessa difícil questão. Porém, alguns pontos devem ser destacados. O psicoterapeuta tem uma

responsabilidade legal, sob pena de ser considerado judicialmente como cúmplice, e ética de impedir o suicida de consumir seu plano, mobilizando todos os recursos disponíveis, inclusive o envolvimento de outros significativos do paciente. Consideradas as posições pessoais do terapeuta, ele poderá justificar sua ação, no sentido de impedir o suicídio, com base na suposição de que o suicida não está, nesse momento, funcional e de posse de recursos habituais de enfrentamento. Caberá, portanto, ao terapeuta o desenvolvimento da flexibilidade cognitiva e de habilidades de resolução de problemas, que dotarão o paciente de recursos de enfrentamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. (1997) *Terapia Cognitiva da Depressão*, Porto Alegre: ArtMed.
- DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (Eds.) (2004) *Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise*, Porto Alegre: ArtMed.
- SALKOVSKIS, P.M. (Ed.) (2004) *Fronteiras da Terapia Cognitiva*, São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ana Maria Serra

PhD em Psicologia e Terapeuta Cognitiva pelo *Institute of Psychiatry* da Universidade de Londres, Inglaterra.
Presidente Honorária da ABPC – Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva.
Diretora do ITC – Instituto de Terapia Cognitiva, que atua nas áreas de clínica, pesquisa, consultoria e treinamento de profissionais, oferecendo regularmente Cursos e Palestras, dentre os quais um Curso de Especialização em Terapia Cognitiva credenciado pelo CFP – Conselho Federal de Psicologia.
E-mail: itc@itc.web.com
Site: www.itc.web.com