

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: Cláudia 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
5
dependência química
transtornos alimentares
organizações

TERAPIA COGNITIVA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Cory Newman, PhD

Tradução: Carla Andrea Serra

Revisão da Tradução: Ana Maria Serra, PhD

A terapia cognitiva (TC) pode representar uma importante aliada no tratamento de pacientes dependentes, especialmente se habilmente combinada com farmacoterapia e terapia de apoio em grupo.

Este estudo focalizará as habilidades adquiridas em TC e os meios pelos quais estas podem ser utilizadas no tratamento do abuso de substâncias e da dependência química.

O modelo da TC para a dependência química, descrito por Beck, Wright, Newman & Liese (1993), expõe sete principais áreas potenciais de intervenção, que são descritas a seguir.

Situações de alto risco, externas e internas

Aos pacientes é prescrita a tarefa de avaliar as “pessoas, lugares e coisas” que eles associam ao seu uso de drogas. Essas são as situações externas de alto risco, com as quais os pacientes devem tentar limitar o seu contato. Exemplos podem incluir o primo com quem o paciente injetava heroína (“pessoas”); a esquina onde costumava comprar suas pílulas (“lugar”), e o cachimbo especial que costumava utilizar para consumir crack (“coisas”). Os pacientes são encorajados de forma ativa a estruturar suas vidas, a fim de que possam evitar ao máximo esses estímulos externos de alto risco. Terapeutas cognitivos ensinam seus pacientes a estarem conscientes de seu processo de tomada de decisões, a fim de que possam planejar o seu dia de forma deliberada, a fim de maximizar ordem e previsibilidade, e reduzir as chances de contato “acidental” com altos riscos externos. Entretanto, nem todos estes estímulos são perfeitamente evitáveis, e os pacientes terão de aprender habilidades de enfrentamento que os ajudarão a se manterem abstinente, mesmo se tiverem contato inadvertido com tais estímulos.

Os estados de humor do paciente representam suas situações internas de alto risco. Muitos pacientes são intolerantes a desconfortos e tentarão anestesiá-los com álcool e outras drogas, na tentativa de não se sentirem ansiosos, sozinhos, deprimidos, entediados, culpados, envergonhados ou bravos. Esses estados internos precisam ser gerenciados através de medidas cognitivas e comportamentais apropriadas, a fim de que o paciente possa maximizar suas chances de

continuar abstinente. É nessa área que as técnicas da TC padrão para ansiedade e depressão são aplicáveis, conforme ilustrado em estudos nos quais a sua aplicação no tratamento da dependência química foi diferencialmente eficaz para pacientes que eram também depressivos. Da mesma forma, alguns pacientes tentam aumentar os seus sentimentos positivos com álcool e outras drogas, a fim de celebrar, mas também (talvez) para evitar o seu medo de enfrentar sua vulnerabilidade em um estado sóbrio.

Crenças disfuncionais sobre drogas, e a respeito de si mesmo em relação a drogas

Terapeutas cognitivos ajudam pacientes a acessar e modificar suas crenças errôneas sobre as substâncias psicoativas. Algumas dessas crenças mal-adaptativas relacionam-se às próprias substâncias, como, por exemplo, quando pacientes acreditam que “você não se torna um alcoólatra apenas por tomar cerveja” e “cocaína é segura se você cheirá-la e não fumá-la”. Outras crenças disfuncionais referem-se às relações do paciente com as drogas, como, por exemplo, “se eu parar de tomar drogas, não terei mais amigos”. Talvez as crenças mais difíceis de abordar são aquelas que são sugestivas de um diagnóstico duplo, como, por exemplo, o paciente que acredita “eu sou uma má pessoa e não mereço ter uma vida normal, por isso não me importo se estragar a minha vida ou morrer”. Intervenções em TC devem focalizar não somente o uso de drogas pelo paciente, mas também sua baixa auto-estima, desamparo e tendência suicida.

Pensamentos automáticos que aumentam a fissura e intenção de utilizar drogas

Esses são os pensamentos e imagens instantâneos que os pacientes têm em situações, nas quais teriam a oportunidade de consumir álcool ou outras drogas. Frequentemente, estes são pensamentos breves e exclamatórios, tais como “quem se importa?”, ou “preciso de algo agora”. Tais pensamentos levam a um aumento na ativação do sistema nervoso autônomo do paciente (por exemplo, suor, respiração pesada) e a um aumento na fissura pela substância química. Em TC, os pacientes são ensinados a reconhecer a sua tendência a esses pensamentos automáticos, bem como a preparar “respostas” para eles, a fim de reduzir a fissura, relaxar e poder refletir com mais cuidado sobre a situação.

Fissuras fisiológicas

Essas são sensações fisiológicas que geram

uma sensação desconfortável e não resolvida de “ativação” ou “apetite”, motivando o indivíduo a alterar seu estado mental através do uso de substâncias psicoativas (Newman, 2004). Muitos pacientes acreditam que não podem enfrentar sua fissura e que não “têm escolha”, a não ser satisfazer seu desejo. Estão erroneamente convencidos de que seus desejos irão aumentar perigosamente e atingir o ponto de um “breakdown” mental ou físico, em que a “única saída” para seu alívio é render-se aos desejos e à vontade de beber e usar drogas. Os terapeutas cognitivos educam seus pacientes sobre a natureza cíclica (não linear) de sua fissura (Newman, 1997), indicando que a fissura alcança um ponto máximo e então diminui por si mesma. Pacientes podem ajudar-se a si mesmos, enquanto esperam que sua fissura diminua, aprendendo uma técnica conhecida como “distrair e adiar”, na qual eles desviam sua atenção a uma lista de tarefas significantes e de alta prioridade (por exemplo, retornar ligações importantes) ou prazeres pequenos e não-aditivos (ouvir música), até que os desconfortáveis desejos e compulsões diminuam naturalmente.

Os pacientes aprendem que, cada vez que permitem à fissura seguir seu curso natural, sem “satisfazê-la” com álcool ou outras drogas, eles estão sendo bem sucedidos na redução da força média de fissuras futuras, através de um aumento gradual no domínio sobre elas. Entretanto, os pacientes devem ser alertados de que certas situações de alto risco ocasionalmente causarão desejos e compulsões de, por exemplo, reforçar uma bebida com álcool. Nesses casos, devem ter prontamente à mão um plano de enfrentamento e podem necessitar estar preparados para contatar seu sistema de apoio de emergência.

Crenças de permissão que os pacientes utilizam para justificar o uso de drogas

Freqüentemente os pacientes lutam contra o conflito psicológico referente à escolha de beber e usar drogas ou de se abster. Eles querem lutar em direção à meta da abstinência, mas também querem reduzir a dor da retirada da substância e voltar a experienciar as alterações mentais associadas aos efeitos de drogas ilícitas. Uma das formas mal-adaptativas que os pacientes utilizam para resolver esse conflito é por meio de suas crenças de permissão, em que eles dizem a si mesmos que não há problema em beber e usar drogas essa vez. Exemplos dessas crenças de permissão são:

1. só usarei um pouquinho;
2. ninguém ficará sabendo dessa vez;
3. tenho-me comportado bem há um bom tempo, portanto agora eu mereço “ficar alto” (usar drogas);
4. só vou testar-me para ver se agora consigo dominar a vontade de usar essa droga.

Essas crenças favorecem o uso da droga e, conseqüentemente, atuam como uma grave ameaça à sobriedade, mesmo em pacientes que expressam desejar tratamento para abandoná-la. Para contra-atacar essas crenças de permissão, pacientes em TC precisarão desenvolver respostas racionais claras, não-ambíguas e bem treinadas, que favorecem a abstinência. Essas respostas podem ser escritas em cartões ou praticadas verbalmente em forma de “role-play” com o terapeuta. Exemplos de respostas racionais (às crenças disfuncionais acima) são:

1. Não existe somente um único “uso”. Este levará a mais “usos”, que significarão problemas.
2. Saberei que usei e isso me perturbará e outros descobrirão de qualquer forma.
3. Necessito manter minha sobriedade. Mereço uma vida melhor e não retornar a usar drogas.
4. Testar-me é uma armadilha para o fracasso. O verdadeiro teste é continuar nesta linha, que já completa 35 dias.

Rituais e estratégias comportamentais generalizadas, associadas ao uso de drogas

Quando terapeutas formulam uma conceituação cognitiva do caso de seus pacientes dependentes, eles também avaliam os rituais comportamentais nos quais os pacientes se envolvem, associados ao seu uso de álcool e outras drogas. Esses comportamentos podem ocorrer no âmbito social (por exemplo, ir a um bar específico em um certo horário da noite), e/ou no âmbito individual (montar sua parafernália para uso da droga no banheiro, com o chuveiro ligado e a porta fechada). As intervenções nessa área têm como objetivo evitar, abortar, interromper ou contra-atacar o progresso de tais rituais. Isto tipicamente envolve uma grande dose de motivação, a fim de re-estruturar suas rotinas, a fim de que as aquisições de álcool e outras drogas se tornem o mais inconveniente possível. Por exemplo, os pacientes podem comprometer-se a esvaziar suas casas de álcool, drogas e equipamentos relacionados a drogas; a estruturar sua rotina diária para que estejam em companhia de pessoas sóbrias; e a estar sempre em contato com outros, comunicando onde estão.

Reações psicológicas adversas a lapsos e recaídas

Caso o paciente recaia no uso de drogas, ele ainda terá a oportunidade de limitar o dano e fazer um novo compromisso de manter a sobriedade. Infelizmente, suas fissuras agora serão mais fortes, suas funções cerebrais executivas estarão afetadas e muitas de suas crenças disfuncionais serão ativadas (por exemplo, "sou um fracasso sem esperanças e nunca me recuperarei"). A despeito disso, o uso de álcool e drogas compreende muitas decisões distintas, qualquer das quais poderá referir-se a uma auto-instrução para parar. Conseqüentemente, é errôneo para os pacientes acreditar que eles não podem parar de beber ou de usar drogas, uma vez que tenham começado; um lapso que os leva a beber e usar drogas não necessariamente se tornará uma completa recaída. Os pacientes em TC aprendem a estudar seus lapsos, ao invés de sentir-se desamparados. Eles registram dados a respeito de seus lapsos, o que usaram, quanto, quem os acompanhava, quais foram suas "crenças de permissão", como se sentiram etc. Esses dados constituirão uma parte importante da agenda da sessão seguinte, de modo que o paciente possa aprender lições importantes de seu lapso. Os pacientes aprendem que a abstinência é o seu melhor resultado, e que os lapsos não devem ser tratados como uma catástrofe. Ao contrário, seus efeitos prejudiciais podem ser limitados, desde que o paciente utilize seus recursos de enfrentamento e se comprometa novamente com o programa de tratamento.

TERAPIA COGNITIVA E TRANSTORNOS ALIMENTARES

Ana Maria Serra, PhD

O tema da TC aplicada aos transtornos alimentares (TA's) é apresentado em seguida ao tema da TC aplicada à dependência química graças a que os modelos cognitivos específicos para ambos os transtornos têm importantes características em comum. As crenças de permissão, que desempenham um papel decisivo na instalação e manutenção da dependência química, também exercem uma forte influência nos processos cognitivos de tomada de decisão dos portadores de TA's.

Os TA's referem-se a severas perturbações no comportamento alimentar, que podem levar ao emagrecimento extremo ou à obesidade. Constituem uma manifestação bio-psico-social, em que a genética, o estresse, a baixa auto-estima, a pressão cultural para a forma corporal magra,

a exposição a comportamentos disfuncionais de pares relativos à alimentação, as dificuldades nas relações interpessoais, e outros aspectos, se conjugam e resultam na instalação e manutenção desse tipo de transtorno. Aspectos comuns às várias modalidades de TA's referem-se a dietas rigorosas; pensamentos recorrentes sobre comida, sobre forma e peso corporais; perda de controle sobre a alimentação; medo mórbido de engordar; regras rígidas e, eventualmente, transtornos emocionais (depressão, ansiedade) e orgânicos (distúrbios hidroeletrólíticos, cardiológicos e dentários), estes especialmente associados aos comportamentos purgativos e à desnutrição, que podem ocasionar até a morte do portador.

Os TA's compreendem a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de "binge" (TB), também denominado transtorno de compulsão alimentar. Este último tem sido descrito recentemente na literatura, sendo caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, durante os quais uma quantidade grande de alimento é consumida em tempo curto, não satisfazendo, porém, os critérios de dieta excessiva e preocupação excessiva com forma e peso corporais, característicos dos diagnósticos de AN e BN. A obesidade, por sua vez, é classificada como um transtorno médico e não como a manifestação principal de um transtorno psicológico, o qual, caso se apresente, requer tratamento psicoterápico, à semelhança dos demais TA's.

Quanto à incidência, os TA's afetam cerca de 3% da população no Brasil, cerca de 8 milhões de americanos e aproximadamente 70 milhões de pessoas ao redor do mundo. 90% dos portadores de algum tipo de TA são mulheres entre 12 e 25 anos. Cerca de 30% dos adultos obesos sofrem de transtorno de compulsão alimentar. A ocorrência de TA's entre homens vem aumentando, afetando hoje cerca de 1% da população masculina nos EUA. Estimativas de ocorrência de alguma forma de TA's entre atletas são particularmente preocupantes e indicam uma taxa de incidência que varia entre 15 e 60%. A taxa de mortalidade para portadores de transtornos alimentares é maior do que para qualquer outro transtorno psicológico.

Com relação a comorbidades, além de quadros associados de depressão, ansiedade e dependência química, um terço dos anoréxicos tem transtornos de personalidade evitativa e 40% dos bulímicos têm personalidades borderline. O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) apresenta-se associado a 60% dos casos de AN e a 33% dos casos de BN, e

estudos reportam transtornos de personalidade narcisista e evitativo entre os portadores de TA's.

Modelo cognitivo dos TA's

Distorções cognitivas refletem uma característica proeminente nos TA's, sendo consideradas, pela TC, como a característica central dessa forma de psicopatologia. Para a TC, especialmente a AN e a BN são consideradas transtornos cognitivos.

As distorções cognitivas apresentam-se freqüentemente associadas ao perfeccionismo e pensamento dicotômico, que resultam em: foco excessivo em alimentos e dietas; rigidez e dietas muito restritivas; idéias radicais de que pequenas transgressões em regras e dietas auto-impostas são interpretadas como graves violações, ou seja, qualquer coisa aquém de "controle perfeito" não tem valor. O modelo cognitivo enfatiza o papel das crenças disfuncionais do paciente sobre si, sobre peso e forma corporais, sobre o papel desses aspectos na determinação do valor pessoal do indivíduo, sobre alimentos, sobre autocontrole e disciplina, sobre expectativas culturais e sociais etc., que resultam em estratégias compensatórias tais como perfeccionismo, rigidez, monitoramento constante e controle excessivo. Conforme dito acima, as crenças de permissão (por exemplo, "estou triste, portanto mereço comer", "comerei hoje, mas amanhã retomarei uma dieta ainda mais rigorosa", "portei-me tão bem por uma semana que posso comer o que quiser hoje" etc.) têm um papel fundamental na manutenção dos quadros de TA's. O paciente resolve o conflito entre, por exemplo, iniciar ou não um episódio de "binge" através de uma permissão para prosseguir, a qual atua como uma "desculpa" temporária. A permissão resulta de uma avaliação de fatores a favor e contra a decisão de comer compulsivamente, avaliação que enfatiza metas de curto prazo em detrimento de metas de médio e longo prazo, conduzindo a sentimentos posteriores de culpa e fracasso, que exacerbam o afeto negativo e perpetuam o quadro de transtorno. O afeto negativo, freqüentemente associado aos TA's, e resultante das distorções cognitivas e da ativação das crenças disfuncionais, garante perpetuação do quadro através de dois círculos viciosos. No caso da BN e da TB, o primeiro círculo refere-se à queda de humor, que encoraja o episódio de compulsão alimentar, o qual, por sua vez, favorece cognições que denotam arrependimento, desgosto consigo e medo redobrado de ganhar peso, exacerbando o humor negativo. No segundo círculo vicioso, comportamentos punitivos compensam o "binge" ou episódio de hiperfagia,

mas não proporcionam o alívio do afeto negativo; ao contrário, o agravam, resultando na manutenção dos transtornos. No caso da AN, o foco excessivo em forma e peso, bem como a insatisfação continuada decorrente, estão associados também ao afeto negativo como causa e efeito. Porém, no caso da AN, a psicopatologia cognitiva e os efeitos da desnutrição são vistos como realização e não como um problema, o que igualmente perpetua o quadro. Em conseqüência, enquanto que os portadores de BN e TB apresentam-se motivados para a terapia, os portadores de AN não reconhecem sua necessidade de tratamento, resultando em que o foco sobre a promoção da motivação para a terapia torna-se com freqüência a primeira meta terapêutica.

Trataremos, abaixo, de aspectos cognitivos e gerais referentes a cada modalidade dos TA's.

Aspectos gerais e cognitivos da Bulimia Nervosa (BN)

BN, dentre os transtornos alimentares, conta com o maior volume de literatura que aponta para a eficácia de TC, inclusive com a proposição em 1993, por Fairburn, do Oxford Manual para seu tratamento. Os sintomas mais característicos da BN incluem: consumir uma quantidade objetivamente excessiva de alimentos em um período de tempo limitado, em forma de episódios periódicos compulsivos, mantidos em segredo; preocupação constante e exagerada com comida, forma e peso; condutas inapropriadas para compensar a ingestão excessiva a fim de evitar o aumento de peso, tais como o uso de laxantes e diuréticos, vômitos auto-induzidos, jejum ou exercícios físicos excessivos; culpa e vergonha desses comportamentos, que procuram ocultar. Fatores cognitivos e emocionais podem desencadear um episódio de compulsão, tais como: cognições relacionadas a peso, forma do corpo e alimentos; queda de humor; estressores ambientais, especialmente de ordem interpessoal; ou ainda, fome após um período de restrição alimentar ou dieta excessivamente rigorosa. Contudo, o alívio obtido através da ingestão alimentar é rapidamente substituído por culpa, queda da auto-estima, auto-crítica, e o desamparo decorrente da percepção de auto-controle reduzido ou ausente, e depressão. Magreza e perda de peso são valores idealizados, em cuja busca os pacientes bulímicos se envolvem continuamente. A auto-estima é em grande parte baseada em termos de forma e peso, em muitos casos porque esses aspectos do auto-conceito são social e facilmente reforçados e

parecem aos portadores mais “controláveis” do que outros aspectos de suas vidas. Os pacientes têm fundamentalmente um autoconceito negativo, que os leva a sentirem-se, sempre, insatisfeitos consigo, o que, por sua vez, incentiva a importância exagerada devotada à aparência e ao peso, o conseqüente uso de estratégias compensatórias para alcançá-los, a culpa e auto-recriminação posterior, que implicam em autoconceito ainda mais negativo, em forma de uma espiral descendente em direção à depressão.

A forma do pensamento do portador de BN é rígida e inflexível, características que se originam a partir de suas tendências perfeccionistas (critérios demasiado altos e não realistas de expectativas, e insatisfação profunda quando falham em alcançá-los) e dicotômicas (pensamento extremista ou “tudo ou nada”). Pequenas transgressões a suas rígidas regras alimentares ou à dieta, inevitáveis dado o caráter perfeccionista das mesmas, são vistas como graves, levando a um padrão de alternância entre restrições à alimentação e episódios de comer compulsivamente. Por fim, é comum a associação da BN, especialmente do tipo purgativo, com transtornos de personalidade, especialmente evitativo e borderline.

Aspectos gerais e cognitivos da Anorexia Nervosa (AN)

A AN é caracterizada pela busca de um peso corporal abaixo do mínimo aceito como normal, considerados idade e altura, e obtido basicamente através da redução do consumo alimentar e de dietas severas. Mas o portador pode também recorrer a métodos purgativos e ao exercício físico excessivo como meio de redução do peso. Envolve ainda um temor mórbido de ganhar peso; perda intensa de peso em um período relativamente curto de tempo; distorções na percepção de forma e tamanho corporais, mas sem atingir o nível de um transtorno dismórfico; sentimento de culpa ou auto-depreciação quando come; mudanças de humor, como irritabilidade, tristeza e insônia; e amenorréia. A mortalidade a longo prazo, superior a 10%, devido especialmente à inanição e desequilíbrios hidroeletrólíticos, é maior do que em qualquer outro quadro de transtorno psicológico.

Certos efeitos psicológicos e fisiológicos da desnutrição observados na AN concorrem para a manutenção do quadro: a preocupação excessiva com pensamentos sobre comida e comer exagera preocupações sobre alimentar-se; a queda do humor intensifica a auto-avaliação negativa e

a exacerbação da dependência da forma e do peso para a manutenção, mesmo falsa, de uma auto-imagem positiva; o isolamento social eleva a preocupação consigo e intensifica o foco em peso e forma.

Alguns indivíduos acham que têm um excesso de peso global. Outros percebem que estão magros, mas ainda assim se preocupam com o fato de certas partes de seu corpo, particularmente abdômen, nádegas e coxas, estarem “muito gordas”. O ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso do autocontrole. Eles tipicamente negam as sérias implicações de seu estado de desnutrição e não se percebem como tendo um problema. Ao contrário, percebem sua perda de peso como uma conquista e uma demonstração de intensa autodisciplina. Devido a esse aspecto, é comum que o portador de AN se apresente resistente a receber tratamento. Quando busca tratamento espontaneamente, isto geralmente ocorre em razão do sofrimento subjetivo acerca das seqüelas somáticas e psicológicas da inanição, e não propriamente de uma queixa referente à perda de peso.

O tratamento basicamente consiste em: buscar a flexibilidade nos hábitos de alimentação e nas idéias sobre seu corpo, e desafiar os critérios do portador a respeito de peso e forma corporais; focalizar o autoconceito negativo, na intenção de elevar a auto-estima do paciente; abordar as crenças disfuncionais sobre padrões culturais de beleza, suas próprias medidas, muitas vezes super-estimadas, e a importância da saúde; e, finalmente, desenvolver habilidades de resolução de problemas, com relação à dieta rigorosa, isolamento social, problemas interpessoais, uso de substâncias psicoativas etc.

Aspectos gerais e cognitivos do Transtorno de Binge (TB) ou de Compulsão Alimentar

O TB resulta do emprego de uma dieta em que os pacientes restringem a alimentação de forma estereotipada e inflexível, o que resulta em uma pressão fisiológica contínua para comer. Caracteriza-se por episódios recorrentes de orgias alimentares, também chamadas de “hiperfagias” ou “binge”, porém sem a presença dos comportamentos de controle exagerado de peso que caracterizam a AN e a BN, tais como comportamentos purgativos, exercício físico excessivo e dietas excessivamente restritivas. Além disso, e ao contrário dos quadros de AN e BN, não se observa a ênfase excessiva em forma

e peso corporais. Quando os portadores de TB se mostram preocupados com forma e peso corporais, sendo que muitos entre eles estão significativamente acima do peso, essa preocupação geralmente não tem a mesma intensidade e grave significado pessoal dos portadores de AN e BN. Além disso, ao contrário de portadores dos demais TA's, os hábitos alimentares dos pacientes com TB são relativamente normais, exceto pelos episódios de "binge", os quais parecem estar associados a humor depressivo ou ansioso, e a distorções cognitivas que refletem perfeccionismo, rigidez e pensamento dicotômico. As crenças de permissão também desempenham um papel importante na manutenção do quadro de TB, ao concorrer para os episódios de "binge". Durante esses episódios, três dos seguintes indicadores devem estar presentes: comer muito mais rápido do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente farto; comer grandes quantidades, mesmo sem fome; comer em segredo e com vergonha da quantidade; e sentir-se culpado ou deprimido após o episódio.

Implicações para Tratamento

O tratamento cognitivo compreende basicamente três estágios: Primeiro, apresentação do modelo cognitivo, automonitoramento de hábitos alimentares, aplicação de técnicas comportamentais para o estabelecimento de hábitos alimentares regulares, bem como a psicoeducação do paciente sobre seu transtorno e sobre o modelo. Segundo, uma vez obtida a instituição de hábitos alimentares saudáveis, associada à redução na dieta, nessa fase enfatiza-se também a intervenção sobre distorções cognitivas, crenças disfuncionais, atitudes e valores autodepreciativos. Os focos das intervenções cognitivas mais frequentes são o autoconceito negativo, as crenças de permissão, as crenças disfuncionais relativas a incapacidade e inadequação, as estratégias compensatórias, especialmente refletindo rigidez, perfeccionismo e busca permanente de controle, bem como os comportamentos compensatórios. As relações interpessoais também demandarão intervenção cognitiva e abordagem de resolução de problemas. No terceiro estágio, promove-se a manutenção das mudanças e plano de acompanhamento, visando o gerenciamento de indicações de recaídas e sua prevenção. Note-se que, no caso particular da AN, a motivação para a terapia necessitará ser abordada antes dos demais objetivos terapêuticos.

Estudos indicam um impacto importante da TC

sobre os TA's, o qual se mantém através do tempo. Especialmente no caso da BN, a TC mostra um impacto positivo sobre todos os aspectos de sua psicopatologia. Finalmente, estudos sugerem a superioridade da TC quando comparada a outros tipos de tratamento, psicoterápicos e farmacoterápicos.

TERAPIA COGNITIVA NAS ORGANIZAÇÕES

Ana Maria Serra, PhD

Conforme visto anteriormente, o modelo cognitivo de personalidade e funcionamento humano postula que as nossas crenças, através dos processos de representação e significação do real, influenciam nossas respostas emocionais e comportamentais. Este estudo apresentará uma proposta para aplicação de conceitos, estratégias e técnicas cognitivos na esfera organizacional.

No contexto corporativo ou organizacional em geral, as crenças de indivíduos sobre o real interno e externo, e as cognições pré-conscientes a elas associadas, são de grande importância na determinação do comportamento desses indivíduos e de sua produtividade, influenciando sua competência, motivação e autoconfiança. Deve-se notar que esses fatores – competência, motivação e autoconfiança, ou otimismo – representam os três ingredientes para o sucesso em qualquer área de realização, incluindo a profissional.

Segundo Martin Seligman, indivíduos continuamente constroem hipóteses sobre as regularidades do real, as quais lhes permitem a representação de contingências e os habilitam a exercer controle sobre o real interno e externo. Os estilos de atribuição, segundo essa visão, refletiriam, portanto, a maneira pela qual indivíduos tendem a explicar sucessos e insucessos. Em outras palavras, estilos individuais de atribuição de sucessos e fracassos a diversos fatores refletiriam a tendência predominantemente otimista ou pessimista desses indivíduos. Deve-se notar que os estilos de atribuição, ou, em última análise, o otimismo ou o pessimismo, podem ser medidos através de questionários ou de análise de conteúdo.

Os estilos de atribuição variam segundo três dimensões: personalização, abrangência e permanência. Com relação à dimensão personalização, as pessoas podem fazer atribuições, ou explicar eventos, de forma interna (atribuindo-os a si) ou externa (atribuindo-os a outros). A dimensão abrangência, por sua vez, refletiria atribuições abrangentes ou específicas. E, por último, a dimensão permanência se referiria a

atribuições permanentes ou temporárias. Note-se que as pessoas têm formas diferentes, segundo as três dimensões, para explicar sucessos e fracassos. Otimistas tenderiam a atribuir sucessos a fatores internos, abrangentes e permanentes, enquanto que atribuiriam fracassos a fatores externos, específicos e temporários. Por outro lado, pessimistas tenderiam a atribuir sucessos a fatores externos, específicos e temporários, enquanto que atribuiriam fracassos a fatores internos, abrangentes e permanentes.

No contexto corporativo ou organizacional, estudos indicam que os estilos de atribuição correlacionam-se com: suscetibilidade à depressão clínica e à doença orgânica, ao risco de recaída em depressão, à motivação e desempenho em educação e esportes, e à satisfação no trabalho e, especificamente, ao desempenho em vendas, na esfera ocupacional.

Programas de re-treinamento de estilos de atribuição na área organizacional

Estilos de atribuição podem ser modificados. Através de programas de re-treinamento em estilos de atribuição podemos transformar pessimistas em otimistas. Esses programas têm como objetivos: aumentar a satisfação no trabalho; melhorar a qualidade do relacionamento interpessoal; melhorar o estado intrapessoal dos indivíduos, reduzindo a depressão e a ansiedade, quando presentes; reduzir o "turnover"; reduzir a baixa persistência; e, de forma geral, melhorar o desempenho operacional de indivíduos nas organizações.

Esses programas têm, tipicamente, a duração de 21 horas. São estruturados de forma a incluir 7 seminários de 3 horas cada, à razão de um seminário por semana. Incluem tarefas entre sessões, destinadas a possibilitar a experimentação e a aplicação de novas estratégias. O conteúdo do programa, apresentado durante os seminários, assemelha-se muito à proposta clínica na área da TC, ou seja: introdução ao modelo cognitivo e ao conceito de pensamentos automáticos negativos; definição de metas e estratégias; planejamento de tarefas; gerenciamento de tempo; identificação de pensamentos automáticos negativos e técnicas para modificá-los; a noção e as categorias de erros cognitivos típicos; acesso a crenças básicas disfuncionais e promoção da re-estruturação

cognitiva, encorajando a adoção de crenças mais funcionais. Os programas compreendem ainda a introdução do conceito de estilos de atribuição, as dimensões dos estilos de atribuição, sua aplicação a situações específicas, profissionais e pessoais, finalizando pela integração de estratégias, planejamento do programa de mudança, e generalização de ganhos e prevenção de recaídas.

Os processos de treinamento incluem: questionamento socrático, discussão em grupo, auto-observação, experimentação e atividades individuais e em grupo. O formato das sessões, inclui: revisão do seminário anterior; discussão da tarefa de casa, introdução ao tópico de seminário, atividades individuais e/ou em grupo, feedback e discussão, sugestão e definição das tarefas de casa, resumo da sessão, e avaliação pelos participantes de suas reações à sessão. Comparado à TC individual, o programa de re-treinamento em estilos de atribuição, no campo ocupacional, envolvendo dois terapeutas oferecendo 21 horas a 12 sujeitos, é cerca de 50 vezes mais eficaz, encorajando esforços similares no contexto corporativo.

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

Cory F. Newman

Diplomado em Psicologia Comportamental pelo Conselho Americano de Psicologia Profissional. Diretor Clínico do Centro de Terapia Cognitiva. Professor Associado de Psicologia em Psiquiatria. Membro Fundador da Academia de terapia Cognitiva.