

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

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

m ó d u l o

7

transtornos de personalidade
esquizofrenia
transtorno bipolar

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

COMPORTAMENTAL DOS TRANSTORNOS DE PERSONALIDADE

Arthur Freeman, EdD; Cynthia Diefenbeck, PsyD; e Roberto Amato, MA.

(Tradução por Roberto Amato, MA.
Revisão por Ana Maria Serra, PhD.)

Pacientes portadores de Transtornos de Personalidade (TP's) são desafiadores, resistentes e freqüentemente difíceis de tratar. Eles geralmente requerem mais tempo, energia e sistemas de apoio, e necessitam estar em terapia por um tempo maior, do que outros pacientes. As reações do terapeuta a estes pacientes variam da empatia à hostilidade, da preferência à aversão, entre outros sentimentos. Os TP's, por definição, são inflexíveis, estáveis e persistentes, gerando um nível clinicamente importante de stress e prejuízo funcional. Manifestam-se tipicamente no início da adolescência, mas os sintomas podem ser observados desde a idade de 6 anos.

Estima-se que aproximadamente 1 a 3% da população possua um diagnóstico de TP's (DSM IVTR, APA, 2000). Muitos outros, talvez, sofram com níveis subclínicos de patologia. Não há dois pacientes que apresentem uma mesma combinação de critérios diagnósticos; estudos sugerem, por exemplo, que o TP Borderline tem, potencialmente, 247 combinações possíveis de sintomas.

Este artigo apresenta um modelo de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para pessoas com TP's crônicos, severos e às vezes incapacitadores. Diversos aspectos dessa abordagem terapêutica serão definidos e discutidos, salientando as várias dificuldades que podem surgir no trabalho com esses pacientes. Finalmente, são oferecidas sugestões sobre como resolver com sucesso os desafios que se apresentam.

Esquemas

Desde o nascimento até a metade da infância, os esquemas formam-se como um conjunto de regras que regulam o processamento de informação. As crenças centrais são baseadas nestes moldes estabelecidos ao longo do tempo e usados como mapas para que o indivíduo interprete situações, pessoas, imagens e interações. (A especificação dos vários TP's e seus esquemas definidores poderá ser encontrada em Beck, Freeman, Davis e cols.; 2005; v. sugestões de leitura, abaixo). Esquemas estão em um constante estado de mudança. Indivíduos se adaptam continuamente às demandas da vida através de processos de assimilação e acomodação. Onde não há TP's, os esquemas são constantemente aumentados, subtraídos ou modificados, a fim de facilitar a organização e a compreensão realística do mundo fenomenológico. Os indivíduos com TP's parecem ter

uma habilidade limitada para assimilar ou acomodar. Os esquemas que foram funcionais no início da vida são utilizados, mais tarde, em situações mais complexas e exigentes. Embora a maioria dos esquemas infantis tenha sido funcional naquele tempo, perderam eficácia e valor em atender às demandas atuais.

A utilização dos esquemas no tratamento dos TP's

Identificar o nível necessário de mudança esquemática é a primeira coisa a ser feita. A mudança pode incluir construção, reconstrução, modificação, re-interpretação ou camuflagem. A construção esquemática resulta da visão de que existe uma necessidade de construir esquemas onde estes não existiam anteriormente. A reconstrução esquemática implica em uma revisão completa do sistema de crenças do indivíduo; ao se decidir que uma estrutura é doentia, optamos por desinstalar a estrutura antiga, substituindo-a por uma nova. A modificação esquemática envolve pequenas mudanças na maneira básica como o indivíduo responde ao mundo, mas mantém a forma geral da estrutura do sistema de esquemas. A re-interpretação esquemática envolve ajudar o paciente a compreender a origem inicial e a utilidade dos esquemas, e a usá-los de uma maneira mais funcional. Finalmente, o processo denominado "camuflagem esquemática" envolve mudanças cosméticas ou superficiais. Os indivíduos com TP's tipicamente procuram terapia apresentando freqüentemente preocupações associadas a transtornos do Eixo I. Tais pacientes consideram suas dificuldades como sendo causadas por forças externas e independentes de seus comportamentos. Geralmente não têm idéia sobre como se desenvolveram seus padrões rígidos, como esses padrões contribuem para os seus problemas, e como mudar estes padrões de pensamentos, emoções e relacionamentos. Seus estilos de comportamento e resposta parecem normais e razoáveis a eles (ego-sintônicos); geralmente vêm seus problemas como produto do comportamento ou da maldade de outras pessoas. Alguns pacientes são superficialmente cientes do autoboicote presente em seus problemas de personalidade (por exemplo, dependência excessiva, inibição, evitação), mas vêm-se impotentes para efetivamente mudar seus próprios comportamentos. Outros pacientes podem reconhecer seus padrões de comportamento mal-adaptativos e ter a motivação para mudá-los, mas não ter as habilidades necessárias para que isso ocorra.

Diagnóstico

O terapeuta pode não estar, inicialmente, ciente da natureza, cronicidade e severidade dos problemas de personalidade do paciente; ou os pacientes portadores de transtornos do Eixo II podem não revelar, ou até negar, seus problemas de personalidade, como um reflexo do

próprio transtorno. Alguns sinais que podem facilitar o diagnóstico e indicar a presença de patologia do Eixo II:

- 1) O paciente relata o problema como sendo severo, persistente e disfuncional. Um paciente ou familiar relata, "Ele/ela sempre fez assim, desde criança", ou o paciente pode relatar, "Eu sempre fui assim".
- 2) O paciente é resistente ao regime terapêutico. Embora essa resistência seja comum em muitos problemas clínicos e por muitas razões, a contínua não-complacência ou resistência deve ser vista como um sinal para a exploração adicional de questões do Eixo II.
- 3) A terapia parece parar, repentina e inexplicavelmente. O clínico pode ajudar o paciente a reduzir os problemas de ansiedade ou de depressão, mas a seguir é bloqueado na continuidade do tratamento.
- 4) O paciente parece não perceber o efeito de seu comportamento sobre outros. Relata as respostas de outros a si, mas falha em relatar alguma provocação ou comportamento disfuncional que possam ter exibido.
- 5) Há dúvidas sobre a motivação do paciente para mudar. Esse problema aplica-se especialmente a pacientes que foram encaminhados por membros da família ou por ordem judicial.
- 6) O paciente "fala da boca para fora" sobre a terapia e a importância de mudar, mas parece evitar mudanças. Ele pode exercer uma energia maior em evitar ou impedir mudanças do que em seguir completamente as recomendações terapêuticas.
- 7) Os problemas de personalidade parecem ser aceitáveis e naturais para o paciente. O paciente do Eixo II pode ver nos problemas naturalidade, talvez dizendo "É assim que eu sou".

TCC com Transtornos de Personalidade

Os objetivos iniciais da terapia envolvem uma avaliação completa, a fim de desenvolver uma conceituação cognitiva e definir colaborativamente um plano de tratamento. A conceituação de caso permite a compreensão dos comportamentos passados, cujos esquemas, se mudados, permitem prever as respostas comportamentais futuras; permite ainda explorar os fatores precipitantes dos problemas. Em seguida, o terapeuta e o paciente devem gerar uma lista de outros problemas e situações que podem ser potencialmente relevantes para a terapia. Outro aspecto da conceituação de caso refere-se à possibilidade de elucidação das crenças relevantes e de suas origens. É necessário também identificar os fatores que mantêm ativas as crenças da pessoa.

Relacionamento Terapêutico

Por causa da natureza persistente e inflexível dos TP's, o relacionamento terapêutico transforma-se num microcosmo das respostas do paciente a outros em seu ambiente natural. Esta é uma fonte de frustração para alguns terapeutas, que não reconhecem a riqueza de oportunidades que se apresentam a partir dessa experiência. A delicada natureza do relacionamento demanda grande cuidado, por parte do terapeuta, ao trabalhar com este grupo de pacientes. Apenas dois minutos de atraso para uma sessão com um paciente de personalidade dependente pode evocar a ansiedade sobre o abandono; os mesmos dois minutos, para um paciente paranoide, podem sugerir estar sendo "passado para trás".

A colaboração terapêutica é mais importante com esse grupo de pacientes do que com qualquer outro, envolvendo objetivos terapêuticos mutuamente aceitáveis e razoáveis. O paciente que espera se tornar uma pessoa totalmente diferente em resultado da terapia, certamente se desapontará. O processo pode ser lento. Terapeutas devem notar que a colaboração não é sempre 50-50, mas pode ser 80-20, ou até 90-10.

Parceiros do paciente podem ser importantes aliados no esforço terapêutico, ajudando-o nas tarefas, com os testes de realidade, oferecendo apoio nas mudanças e atuando como fontes de dados sobre o paciente e seus comportamentos passados, e fatores familiares, que podem estar mantendo o comportamento disfuncional. Essas pessoas podem ser envolvidas na terapia. Outros significativos, infelizmente, podem também constituir contínuos obstáculos ao tratamento e fatores patogênicos. É imperativo para o terapeuta manter uma visão abrangente dos sistemas envolvidos, a fim de compreender as inter-relações delicadas entre o paciente e seu ambiente.

A Intervenção Terapêutica em TCC

A TCC usada no tratamento dos TP's é similar ao tratamento de outros transtornos. A identificação de distorções cognitivas é feita pelo terapeuta, a fim de testar o significado, o realismo, ou a validade dos pensamentos e das percepções do paciente. Esta meta requer muita habilidade e tato, porque alguns pacientes do Eixo II têm uma dificuldade aumentada para entender este conceito do que outros, podendo inclusive se sentir invalidados em vista das tentativas do terapeuta de ajudá-los a compreender suas experiências sob outros pontos de vista. As técnicas empregadas podem ser divididas em cognitivas e comportamentais, cuja combinação particular, naturalmente, depende das necessidades do paciente. Em geral, quanto mais severa a patologia, maior ênfase é dada às técnicas comportamentais.

Técnicas Cognitivas

As técnicas Cognitivas, que podem ser úteis no tratamento dos transtornos específicos do Eixo II, são numerosas. Primeiramente, o cliente necessita tornar-se ciente da conexão entre pensamentos, emoções e comportamentos. Isto pode ser feito através de sessões psico-educativas, questionamento Socrático, e *role-plays*. O registro diário dos pensamentos automáticos é particularmente útil com relação a esse objetivo. Outra técnica útil refere-se à procura do significado idiossincrático. Posto que os pacientes portadores de TP's freqüentemente rotulam sentimentos e pensamentos de maneiras incomuns, em parte devido aos seus padrões desviantes de interpretação de experiências, é importante não supor nada – mas esclarecer sempre, através da coleta de mais informações. Uma outra técnica é rotular distorções. Pode-se conscientizar o paciente de que os padrões automáticos de pensamento são, de fato, enviesados e não razoáveis. O uso do questionamento Socrático ou da descoberta guiada é essencial na elucidação das crenças básicas e dos pensamentos automáticos. A avaliação de evidências pode ser usada para desafiar os pensamentos irracionais. As evidências a favor ou contra o esquema compulsório pode ser avaliada explicitamente. Similarmente, os clientes são encorajados a desafiar afirmações supergeneralizadas, tais como “nunca”, “sempre”, e “ninguém”. Pacientes podem ser encorajados a examinar opções e alternativas, de modo a ver além de sua situação imediata. A técnica de hierarquização é usada para colocar as experiências em perspectiva e reduzir a tendência de percebê-las isoladamente. A reatribuição de eventos é especialmente útil ao paciente que atribui responsabilidades de forma estereotipada, por exemplo, responsabilizando unicamente a si ou a outros. Finalmente, o uso de “coaching” e de auto-instrução incita, encoraja e guia o cliente no uso de novos padrões de ação.

Técnicas comportamentais

O objetivo do emprego de técnicas comportamentais envolve três aspectos: Primeiro, o terapeuta pode necessitar intervir diretamente sobre comportamentos de autoboicote, a fim de alterá-los. Segundo, os pacientes podem ter déficits em habilidades específicas, caso em que a terapia obrigatoriamente deve incluir um componente de criação e prática dessas habilidades. Terceiro, tarefas comportamentais podem ser empregadas como tarefas entre sessões, a fim de ajudar a testar cognições. Há numerosas técnicas comportamentais que podem ser úteis. O automonitoramento e reprogramação de atividades ajudam os pacientes a regular seus níveis diários de atividade. O treinamento

de habilidades pode ser obtido através do ensaio comportamental, da modelagem, do treinamento de assertividade e de *role-plays*. Outras técnicas úteis incluem o relaxamento e técnicas comportamentais de distração, a ser empregadas quando aumenta a ansiedade associada à mudança. Exposição “ao vivo” a uma situação problemática e uma hierarquia de tarefas por grau de dificuldade são particularmente úteis ao processo de mudança, associadas ao incentivo à aquisição de competência e acompanhadas de reforço e elogios. Finalmente, as escalas que avaliam a satisfação associada à realização de tarefas prazerosas e à realização de obrigações podem ser empregadas de modo a incentivar o paciente através do reconhecimento de seu sucesso em obter mudanças, ou aferir o que falta para alcançá-las.

Sugestões de Leitura:

Beck, Aaron T., Freeman, A., Davis, D.D. & Cols (2005) *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*, Porto Alegre: ArtMed.

Beck, J.S. (2005) *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. In *Fronteiras da Terapia Cognitiva*, Ed. P. M. Salkovskis, Cap. 8. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo.

Arthur Freeman

PhD, membro senior da University of Medicine and Dentistry of New Jersey, do Robert Wood Johnson Medical School, e do Depto. de Psiquiatria do Cooper Hospital, University Medical Center, em Camden, New Jersey, o Dr. Freeman é ganhador do prêmio por Outstanding Contribution to the Science and Practice of Psychology, autor de inúmeras publicações, traduzidas em 9 idiomas, tendo oferecido cursos e palestras em 25 países, inclusive no Brasil, a nosso convite, em 2000. Voltará em 11 e 12 de Abril de 2007 (v. informações www.itc.web.com).

Cynthia Diefenbeck

PhD, University of Delaware, Newark, DE.

Roberto Amato

PhD, Adler School of Professional Psychology and Sheridan Shores Care and Rehabilitation Center, Chicago, IL.

TERAPIA COGNITIVA PARA A ESQUIZOFRENIA

Maged Swelam e David Kingdon

Introdução

A primeira tentativa de uso de técnicas cognitivas com esquizofrenia data de 1952, quando Aaron Beck publicou um estudo de caso de um paciente

com delírios persecutórios, que respondeu bem ao tratamento. Mas foi somente no início dos anos 90 que o Reino Unido tomou a liderança na investigação da aplicação da TC, juntamente com os antipsicóticos, no tratamento dos sintomas resistentes da esquizofrenia crônica. Os primeiros estudos de caso mostraram-se promissores, relatando resultados de sucesso.

Evidências que apóiam a eficácia da TC para a esquizofrenia

Em 1996, Drury e colegas conduziram um estudo sobre a aplicação individual e em grupo de terapia cognitivo-comportamental versus atividades recreacionais e de apoio, durante e imediatamente após um episódio psicótico agudo. Os resultados foram promissores, favorecendo o uso da TC para sintomas positivos; mas, após um *follow-up* de cinco anos, os benefícios se perderam. Kuipers e colegas examinaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em pacientes portadores de sintomas psicóticos residuais, em atendimento em ambulatorios. Eles demonstraram uma melhora nos sintomas psicóticos superior ao tratamento convencional.

Esses primeiros estudos abriram caminho para estudos controlados mais rigorosos. A despeito de críticas, foram os resultados positivos desses primeiros estudos que propiciaram a mudança de paradigma com relação à utilidade das psicoterapias no tratamento de sintomas psicóticos.

Tarrier e colegas demonstraram uma melhora em sintomas positivos superior à terapia de apoio. Embora a melhora não se tenha mantido durante os dois anos de *follow-up*, esse estudo representou um marco na comprovação da especificidade da TC aplicada à esquizofrenia, que foi, mais tarde, confirmada por outros pesquisadores.

Características Básicas

Subgrupos Clínicos

O termo “psicose” reflete um conceito muito heterogêneo. A pesquisa psicossocial e a experiência na utilização da TC levaram à proposição de quatro subgrupos relativamente distintos, que parecem requerer diferentes planos de gerenciamento, ainda com base em uma conceituação cognitiva de caso.

Esses grupos são conforme segue:

1. Psicose sensitiva: há uma vulnerabilidade geral a eventos estressores e se apresenta cedo na adolescência.
2. Psicose induzida por drogas: a ocorrência inicial dos sintomas psicóticos coincide com a utilização de drogas alucinógenas.
3. Psicose traumática: eventos traumáticos, especialmente abuso sexual na infância ou

adolescência, parecem relevantes na produção dos sintomas.

4. Psicose por ansiedade: desenvolvimento de ansiedade em resposta a circunstâncias estressantes, em associação com o humor delirante e a conversão a sintomas psicóticos, especialmente em forma de quadros delirantes sistematizados.

A relação terapêutica

A vinculação é um fator chave na TC para sintomas psicóticos. Pode ser altamente potencializada através do foco no desenvolvimento de uma relação terapêutica efetiva, explorando eventos do presente do paciente, relativos ou não à psicose, utilizando linguagem apropriada, resumos freqüentes, explicações simples, o estabelecimento de metas, a utilização de estrutura adequada e a instilação de esperança. Além da vinculação, o desenvolvimento de “amizade” tem demonstrado ser uma intervenção útil e valiosa na manutenção do vínculo, combinada a uma abordagem não confrontativa, que permite à pessoa revelar seus sintomas angustiantes.

O ritmo da terapia necessita ser ajustado ao paciente individual, levando-se em conta que a TC para a esquizofrenia pode ser um processo lento. Sintomas psicóticos podem ser muito angustiantes quando abordados e muitas vezes provocar agitação durante a sessão; uma retirada tática é recomendada nessas circunstâncias e a mudança do foco para tópicos menos ameaçadores pode aliviar a situação.

Avaliação

Os sintomas psicóticos podem representar um dilema para o terapeuta. À primeira vista, podem não fazer muito sentido – entretanto, em nossa experiência, o estabelecimento do momento inicial em quem os problemas começaram pode levar a uma compreensão compartilhada dos sintomas presentes. Mais adiante no processo, a construção de uma história de vida seqüencial completa o processo de avaliação. Instrumentos de medida podem mostrar-se úteis em estabelecer uma linha de base com a qual podemos avaliar o progresso terapêutico. O uso de uma escala de medida mais abrangente é também recomendado.

Intervenções sobre Delírios

A descoberta guiada é uma técnica cognitiva clássica, utilizada para compreender os antecedentes das crenças delirantes. Esse processo envolve a construção de um quadro completo, desde o período que antecedeu a instalação do quadro psicótico, incluindo eventos e crenças do paciente sobre esses eventos; a partir daí, vai-se gradualmente descobrindo as conexões entre os eventos ativadores, as crenças e suas conseqüências. O terapeuta colaborativamente

gera explicações alternativas para tais eventos, em forma de hipóteses testáveis. O processo necessita de muito cuidado e sensibilidade por parte do terapeuta, a fim de evitar a resposta "você não acredita em mim" pelo paciente, a qual pode resultar no rompimento da aliança terapêutica.

Essas hipóteses podem ser formuladas em forma de exercícios entre as sessões, com o intuito de explorar as explicações que o paciente dá para eventos e crenças específicos. A seqüência inferencial é também uma técnica útil em delírios persistentes, em cujo caso o significado da crença pode ser explorado de uma forma não ameaçadora, que abre caminho para a compreensão, pelo paciente, do que é importante sobre suas crenças e sobre como isso afeta sua vida.

Intervenções sobre Alucinações

No modelo cognitivo, as alucinações são conceituadas como pensamentos automáticos atribuídos a fontes externas. É importante estabelecer a natureza exata das vozes e os sintomas associados a elas. Trabalhar com alucinações auditivas envolve a re-atribuição desse fenômeno, com o objetivo de permitir ao paciente considerar a possibilidade de que as vozes podem ser seus próprios pensamentos. Outra possível explicação pode ser explorada e testada através de tarefas entre as sessões, determinadas colaborativamente com o paciente. O trabalho terapêutico pode então focalizar a redução de emoções, as quais parecem exacerbar a experiência alucinatória, como, por exemplo, a raiva, a ansiedade e os comportamentos de busca de segurança que mantêm os sintomas.

O Transtorno de Pensamento

Portadores de transtorno de pensamento necessitam de uma estruturação leve das sessões, a fim de que alguma forma de ordem e comunicação possa ser desenvolvida, sob a orientação do terapeuta. Este processo se inicia com o terapeuta escutando cuidadosamente o paciente e encorajando-o a observar quaisquer disparidades entre sua expressão verbal e não-verbal. Freqüentemente, o terapeuta pode identificar pontos incompreensíveis na fala do paciente, casos em que ele solicitará esclarecimento e explorará o significado de, por exemplo, neologismos e metáforas. É crucial concordar sobre o significado de certos termos, antes de prosseguir com a conversa. Algumas vezes, o fluxo da conversa é totalmente incompreensível. Nessas circunstâncias, o terapeuta necessita procurar por temas particulares, ou somente fazer perguntas simples ou que requeiram as respostas "sim" ou "não", a fim de desenvolver alguma forma de comunicação.

Sintomas negativos

Há evidências de que o tratamento psicológico pode ter um impacto positivo sobre os sintomas negativos. O trabalho cognitivo teria como objetivo a preparação gradual e gentil dos pacientes, através de um estilo lento de conversação. A programação de atividades, envolvendo alvos paradoxalmente modestos, pode auxiliar a evitar o desenvolvimento cumulativo de pressão sobre o paciente, permitindo a identificação colaborativa de seus sintomas e propiciando uma discussão sobre o enfrentamento de stress. É importante compreender a natureza protetora dos sintomas negativos em reduzir o stress e os sintomas positivos. Os sintomas negativos podem ser aliviados com um trabalho paralelo sobre os sintomas positivos co-existent – o trabalho prévio sobre os sintomas positivos pode levar, por exemplo, a um maior envolvimento social, através do desenvolvimento de habilidades de enfrentamento social.

Sugestões de Leitura:

Tarrier, N., (Ed) (2006) *Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy*, London: Routledge.

Turkington, D., Kingdon, D. (2005) *Cognitive Therapy of Schizophrenia*, London: Guilford.

Dra. Maged Swelam

Psiquiatra, Professora Honorária em Psiquiatria, Universidade de Southampton, Depto. Psiquiatria, Royal South Hants Hospital, Southampton, Inglaterra.

Professor Dr. David Kingdon

Professor de Mental Health Care Delivery, Universidade de Southampton, Royal South Hants Hospital, Southampton, Inglaterra. Tendo-se apresentado em vários países, o Dr. Kingdon, juntamente com os Drs. Nicholas Tarrier e Douglas Turkington, estará se apresentando no Brasil, na Conferência de Terapia Cognitiva e Esquizofrenia, em Novembro, 2007 [inform.: www.itc.web.com].

TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNOS BIPOLARES

Steven Jones, PhD

(Tradução: Carla A. Serra.

Revisão: Ana Maria Serra, PhD)

O Transtorno Bipolar (TB) é uma doença mental severa, caracterizada por episódios alternados de mania e depressão, e que tipicamente se manifesta no final da adolescência ou no início da idade adulta. Seu impacto no indivíduo, nos familiares e na sociedade pode ser altamente custoso. O curso do TB é marcado por repetidas recaídas e pela experiência de sintomatologia importante entre os episódios.

Os índices de danos ao self e de suicídio são altos: indivíduos com TB's são 20 vezes mais suscetíveis ao suicídio do que a população em geral.

Os períodos de mania são caracterizados por elevação do humor e da impulsividade. Durante os episódios maníacos, indivíduos podem muitas vezes agir de uma maneira bem distinta do seu normal. Indivíduos em relacionamentos estáveis podem iniciar encontros sexuais múltiplos de curto prazo; pessoas que são normalmente prudentes financeiramente podem adquirir grandes empréstimos para financiar transações comerciais arriscadas. Durante esses períodos, o indivíduo é normalmente intolerante à opinião de outros, freqüentemente classificando outros como lentos ou monótonos demais para apreciarem suas idéias e planos arrojados. Embora o humor apresente-se, na maioria das vezes, elevado durante o período de mania, pode também vir acompanhado de irritabilidade e até raiva. Há evidências de risco de violência em indivíduos em estado de mania. Um fator que pode exacerbar essas alterações é o abuso de drogas ou álcool, que representam concomitantes comuns de episódios de mania.

Indivíduos geralmente despertam a atenção dos serviços de saúde mental quando estão em um episódio de mania. Esse episódio pode significar para muitos o pico de um longo período de perturbação do humor e funcionamento instável. Pesquisas realizadas por grupos no Reino Unido e nos EUA estimam que, para um indivíduo, podem decorrer até 10 anos, desde seu primeiro episódio de humor alterado, até que ele venha a ser diagnosticado corretamente. Durante esse longo período, muitos indivíduos terão recebido tratamentos que não são apropriados ao seu TB e muitos terão sofrido significativamente como resultado dessa demora.

Embora a mania seja a característica mais dramática do TB, a depressão é também uma característica importante para a grande maioria dos indivíduos com esse diagnóstico. A pesquisa com grandes grupos de indivíduos portadores de TB indica que a maioria deles experiencia sintomas afetivos (primariamente a depressão) durante até 50 % do tempo em que se encontram sintomáticos. No estado depressivo, o indivíduo reportará baixa auto-estima, terá dificuldade em se motivar para continuar com suas atividades diárias, e freqüentemente reportará desesperança e pensamentos suicidas. Conseqüentemente, é crucial que as abordagens terapêuticas levem em consideração os dois pólos do transtorno.

Até recentemente, o método predominante de tratamento do TB era o farmacológico. As limitações da farmacoterapia foram reconhecidas pelo Instituto Nacional de Saúde Mental (National Institute of Mental Health), dos EUA, em 1990, quando publicaram

um chamado para o desenvolvimento de terapias psicossociais. Desde então, houve um aumento rápido no desenvolvimento de tratamentos psicológicos para o TB, em particular a TC.

Há dez casos de estudos controlados de TCC (terapia cognitivo-comportamental) para TB's. Esses estudos se diferenciam entre si em relação à duração e à abrangência da terapia oferecida, e também com relação a terem como alvo o transtorno como um todo ou apenas uma fase em particular. De forma geral, há evidências consistentes de que a TC é melhor do que o tratamento convencional, em relação à redução do risco de recaídas e em relação à melhora do funcionamento geral durante os períodos intermediários entre os episódios. Uma característica chave da TCC para TB's refere-se à ajuda que proporciona ao paciente compreender os sinais precoces de alerta, que denunciam a aproximação de episódios de depressão e de mania. Na TC, a investigação cuidadosa do histórico do paciente é utilizada para explorar o desenvolvimento do seu transtorno de humor e para criar uma caracterização compartilhada, através da qual o paciente começará a entender a inter-relação entre, de um lado, sua história familiar, eventos externos e seu próprio comportamento, e, de outro, a instabilidade de seu humor. Após compreender essas inter-relações históricas, o paciente é geralmente encarregado de monitorar seu humor atual, sua atividade e seu comportamento, através de um longo período de tempo. Esse processo torna-se crucial à medida que o paciente começa a aprender como os eventos podem influenciar seu humor e como as respostas a tais mudanças podem melhorar ou exacerbar alterações iniciais de humor. Durante essa fase de tratamento, o paciente é orientado em direção ao entendimento da importância de desenvolver rotinas estáveis, que protegem seu ciclo de sono (uma vez que a perturbação do ciclo de sono é uma característica da mania e da depressão). Embora esse processo leve certo tempo, é importante que o paciente aprenda sobre essas relações através de sua própria experiência.

Uma vez que os sinais precoces tenham sido identificados, o cliente e o terapeuta trabalham juntos em uma tentativa de mapear as estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais que ele possui e poderá ativar em resposta aos sinais. Estas estratégias de enfrentamento incluirão aprender a desafiar pensamentos automáticos (positivos e negativos), aprender quando devem aumentar e quando devem reduzir o envolvimento social geral, como construtivamente acessar os serviços profissionais e informais de apoio, e como planejar para lidar com situações previsíveis, que podem conter algum risco. Durante esse processo, o cliente tipicamente

nota que as abordagens de enfrentamento para as primeiras alterações na maioria das vezes envolvem apenas mudanças simples em pensamentos e comportamentos, que estão completamente sob o controle do indivíduo. À medida que os sintomas progredem em direção a um episódio, uma intervenção mais intensa é necessária, e o indivíduo conseqüentemente requer mais ajuda de outros, a fim de efetuar as mudanças planejadas. Como a maioria dos indivíduos portadores de TB valorizam muito sua autonomia, muitos se tornam altamente motivados a detectar os sinais precoces, a fim de que possam manter sua independência. Indivíduos freqüentemente se beneficiam da TC, no sentido de que a terapia facilita a consideração das conseqüências dos comportamentos com os quais possivelmente estiveram envolvidos em episódios anteriores e dos quais se envergonham (como infidelidade sexual, comportamento agressivo ou gastos excessivos). É importante para o cliente compreender este aspecto dentro de um contexto apropriado, a fim de que ele seja capaz de dar passos positivos em direção a medidas de reparação em seu sistema de apoio social, e de evitar a ruminação negativa, a qual poderia torná-lo vulnerável a novos episódios.

TCC para TB requer normalmente de 12 a 20 sessões individuais, ao longo de um período de aproximadamente 6 meses. É sempre útil programar algumas sessões de reforço, após o período de tratamento ativo, a fim de facilitar a generalização. Quando uma terapia desse tipo é conduzida por terapeutas cognitivo-comportamentais bem treinados, os quais são sensíveis ao caráter complexo dos TB's, o processo mostra-se associado a uma redução significativa no risco de recaídas. Essa terapia é oferecida a indivíduos que não estão, naquele momento, passando por um episódio agudo de depressão ou mania, embora uma variação significativa de humor possa ocorrer durante o período da terapia. Em 2006, o Instituto Nacional Britânico para a Excelência Clínica (UK National Institute for Clinical Excellence) publicou seu Guia Clínico para TB's. Esse guia enfatizou a importância de intervenções

psicológicas em geral, e intervenções cognitivo-comportamentais em particular, em melhorar a vida de indivíduos portadores de TB. Há mais trabalho a ser feito para refinar essas intervenções e desenvolver abordagens eficazes para indivíduos com co-morbidade de abuso de substâncias psicoativas durante os episódios agudos da doença. Este trabalho está em andamento no Reino Unido e em outras partes, e poderá conduzir a avanços adicionais no tratamento psicológico desse transtorno potencialmente devastador.

Sugestões de Leitura:

Jones, S. H. (2004). *Psychotherapy of bipolar disorder: A review*. *Journal of Affective Disorders*, 80, 101-114.

Newman, C., Leahy, R.L., Beck, A.T., Reilly-Harrington, N. & Laszlo, G. (2001). *Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach*. American Psychological Association.

Dr Steven Jones

PhD, Professor em Clinical Psychology, University of Manchester School of Psychological Sciences, Academic Division of Clinical Psychology, 2nd Floor, Zochonis Building, Brunswick Street, Manchester, M13 9PL.

Email: steven.jones@manchester.ac.uk

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