

PRÁTICA PSICOLÓGICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

DEFINIÇÃO & EXEMPLOS

MÁRCIO BORGES MOREIRA
TERESA SALIM DE ARAÚJO
ORGANIZADORES



Prática Psicológica Baseada em Evidências: definição e exemplos

1ª edição | ISBN 978-85-65721-34-9

Organizadores:

Márcio Borges Moreira

Teresa Salim de Araújo



www.walden4.com.br

Editora do Instituto Walden4

2021

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Prática psicológica baseada em evidências
[livro eletrônico] : definição e exemplos /
organizadores Teresa Salim de Araújo, Márcio
Borges Moreira. -- 1. ed. -- Brasília, DF :
Instituto Walden4, 2021.

PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-85-65721-34-9

1. Prática baseada em evidências 2. Psicologia
3. Psicoterapia 4. Terapia cognitiva 5. Terapia
cognitiva comportamental 6. Terapia cognitiva -
Métodos I. Araújo, Teresa Salim de. II. Moreira,
Márcio Borges.

22-140027

CDD-153.0501

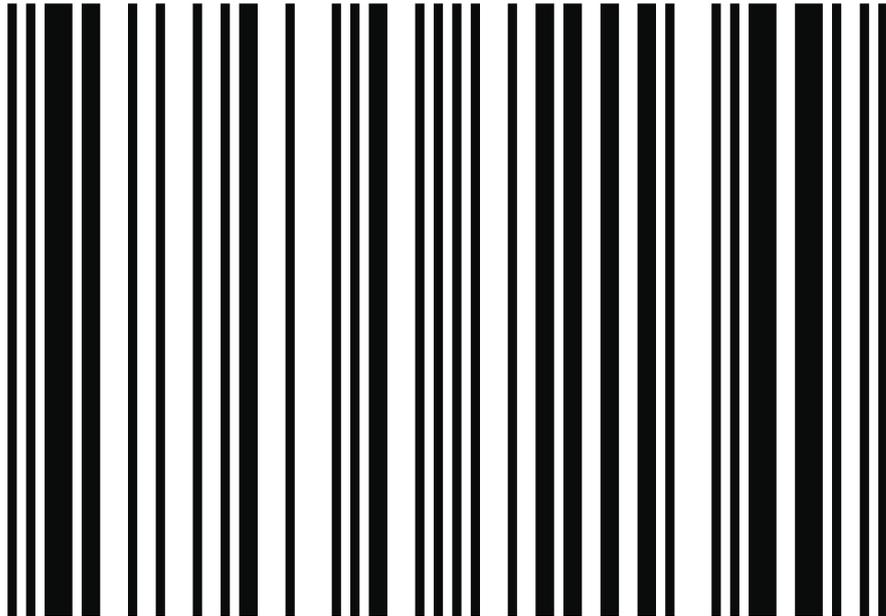
Índices para catálogo sistemático:

1. Terapia cognitiva : Prática baseada em evidências
: Psicologia 153.0501

Henrique Ribeiro Soares - Bibliotecário - CRB-8/9314

ISBN: 978-85-65721-34-9

BR



9 788565 721349

Editora do Instituto Walden4

A Editora do Instituto Walden4 tem como objetivo divulgar conhecimento produzido sobre a Análise do Comportamento (ciência e profissão). No intuito de democratizar o acesso ao conhecimento, muitos de nossos livros são disponibilizados gratuitamente. Todos os nossos livros estão disponíveis em formato digital online. Isso significa que em apenas alguns segundos você poderá estar lendo os livros publicados por nós que lhe interessarem.

Conselho Editorial

Dr. Gleidson Gabriel da Cruz

Dr. Márcio Borges Moreira

Dra. Vanessa Leal Faria

Contato

secretaria@walden4.com

@instituto.walden4

<https://www.instagram.com/instituto.walden4>

<https://www.walden4.com.br>

<https://www.facebook.com/iwalden4>

<https://www.youtube.com/user/instwalden4>



Valorize o trabalho das autoras e dos autores!

Este livro, desde a sua concepção, foi desenvolvido para ser um livro distribuído, em seu formato digital, gratuitamente. No entanto, a maioria dos livros são vendidos, e a receita oriunda da venda desses livros é o “ganha-pão” de milhares de famílias de escritores, designers gráficos, diagramadores, revisores, ilustradores, diretores e de uma infinidade de profissionais envolvidos na publicação de um livro. Sempre que você puder, compre um livro original!

Sumário

Sobre os autores.....	1
Prática Psicológica Baseada em Evidências: definição e critérios	8
Terapia Cognitivo Comportamental para Insônia.....	22
Mom Power: Promovendo Resiliência em Mães e Famílias.....	32
Terapia de Aceitação e Compromisso para Transtornos Mistos de Ansiedade	43
Terapia Cognitivo Comportamental para Transtorno Obsessivo Compulsivo.....	54
Tratamento Familiar (FBT) para Anorexia Nervosa	66
Terapia Cognitiva para Depressão.....	75
Terapia de controle de estímulos para insônia (Stimulus Control Therapy for Insomnia).....	85
Terapia de Resolução Acelerada para Transtorno De Estresse Pós-Traumático	92
Terapia Cognitivo Comportamental para Transtorno de Compulsão Alimentar	100
Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness para Depressão	108
Terapia Cognitiva-Comportamental para Transtornos por Uso de Substâncias	116
Buscando Segurança para Abuso / Dependência de Substância Mista.....	121
Terapia de Aceitação e Compromisso para Dor Crônica	127
Cuidados Sistemáticos para Transtorno Bipolar.....	135
Terapia Focada na Família (FFT) para Transtorno Bipolar	143
Terapia Cognitiva Comportamental para a Síndrome do Intestino Irritável	151
Ativação Comportamental para Depressão	161
Psicoterapia Interpessoal (TIP) para Depressão	169
Treino de Habilidades Sociais (SST) para Esquizofrenia	181
Terapia Comportamental Dialética Radicalmente Aberta para Distúrbios de SuperControle 188	
Terapia de restrição do sono para Insônia.....	203
Terapia Focada na Emoção para Depressão	209
Controle Comportamental de Peso.....	217
Terapia Focada nas Emoções (Casais).....	226
Terapia de Aceitação e Compromisso para Depressão.....	235
Remediação Cognitiva Para Esquizofrenia	243
Terapia Cognitivo Comportamental Para Transtorno de Pânico.....	254
Terapia de Processamento Cognitivo para Transtorno de Estresse Pós-traumático.....	271
Terapia de resolução de problemas para depressão.....	278
Terapia Cognitivo Comportamental para TDAH Adulto.....	285

Terapia de casais focada nas emoções	291
Seleção Sistemática de Tratamento para Populações Ambulatoriais Gerais	301
Terapia Comportamental Dialética para Transtorno de Personalidade Borderline	309
Terapia Cognitivo-Comportamental para Depressão em pessoas com Diabetes	318

Sobre os autores



Márcio Borges Moreira | @marcioborgesmoreira

Doutor em Ciências do Comportamento pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Psicologia e Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC-GO). Professor da graduação e do mestrado em Psicologia do Centro Universitário de Brasília (CEUB). Diretor do Instituto Walden4. Co-autor do livro *Princípios Básicos de Análise do Comportamento* (Artmed) e de outros livros, capítulos e artigos científicos com temas relacionados à Análise do Comportamento.

Acompanhe os trabalhos de Márcio Moreira pelas mídias sociais:

@marcioborgesmoreira

<https://www.facebook.com/professormarciomoreira>

<https://www.instagram.com/marcioborgesmoreira>

<https://www.youtube.com/user/borgesmoreirayt>

<https://pt.slideshare.net/borgesmoreira>

<https://www.linkedin.com/in/márcio-borges-moreira-10217934>

<http://lattes.cnpq.br/4094892880820475>

Conheça outras obras de Márcio Moreira

[Princípios Básicos de Análise do Comportamento. Moreira & Medeiros \(2019\)](#)

[Análise do Comportamento Aplicada \(ABA\): o reforçamento. Moreira \(2019\)](#)

[Uma história de aprendizagem operante. Moreira e de Carvalho \(2017\)](#)

["Em casa de ferreiro, espeto de pau": o ensino da Análise Experimental do Comportamento. Moreira \(2004\)](#)

[O conceito de motivação na psicologia. Todorov e Moreira \(2005\)](#)

[Algumas considerações sobre o responder relacional. Moreira, Todorov e Nalini \(2006\)](#)

[Psicologia, comportamento, processos e interações. Todorov e Moreira \(2009\)](#)

[Comportamento supersticioso: implicações para o estudo do comportamento operante. Moreira \(2009\)](#)

[Emergência de classes de equivalência após separação e recombinação dos estímulos compostos utilizados no treino. Moreira e Hanna \(2014\)](#)

[Arranjo de estímulos em treino discriminativo simples com compostos e emergência de classes de estímulos equivalentes. Moreira, Oliveira e Hanna \(2017\)](#)

[Efeitos da marcação de elementos de conjuntos sobre a contagem em tarefas de discriminação condicional. Bandeira, Faria e Moreira \(2020\)](#)



Teresa Salim de Araújo | Psicóloga Clínica

Mestranda de Saúde e Clínica em UniCEUB

Mestranda em Saúde e Clínica pela Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Pós Graduada em Abordagem Centrada na Pessoa, por Carl Rogers, pela UNEPOS. Bacharel em Psicologia pelo Centro Universitário de Brasília (UniCEUB). Co-autora do livro “Prática Psicológica Baseada em Evidências: definição e exemplos” e outros artigos científicos, em processo de publicação.



Alice de Melo Moraes | @infantil.alice

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Alberto Erich Steimber de Pereira Okada

Estudante de mestrado em psicologia da instituição UniCEUB.

Ana Beatriz Padilha Fernandes

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Angelo Junqueira Guimarães

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Camila Silva Azevedo

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Carolina Bahia Fonseca

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Gabriel Duarte de Oliveira Vaz Pinto

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Guilherme Gomes Rocha

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Gustavo Andrade de Jesus

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Gustavo Camarço Lino

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Gustavo Mortari Ferreira

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Iane Andrade Neves

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Isabela Martins Aversa

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

João Pedro de Macedo Brito

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Letícia Lelis de Carvalho Paranhos

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Lucas Marini Guedes

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Marcelo Ferreira Custódio

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Maria Eduarda Borges Duarte

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Maria Luiza Almeida Santos Ribeiro

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Pedro Lucas Alves Araújo Guimarães Coelho

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Rafaela Cássia Fanti

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

Raíssa Alves Carvalho

Estudante de psicologia da instituição UniCEUB.

CLÍNICA DE PSICOLOGIA

Instituto Walden4

presencial & online



Responsável técnico: Dr. Márcio Borges Moreira

[Clique aqui para acessar o nosso site](#)

Prática Psicológica Baseada em Evidências: definição e critérios

Márcio Borges Moreira

Teresa Salim de Araújo

O tema “Prática Psicológica Baseada em Evidências”, embora não seja novo, tem ganhado mais atenção nos últimos anos no Brasil. No intuito de aproximar este tema dos estudantes de graduação do Centro Universitário de Brasília, foi ofertado aos mesmos uma disciplina optativa chamada “Atualidades em Psicologia Clínica”. Foram abordados na disciplina, ministrada por Márcio Moreira, temas relacionados à definição, questões práticas e éticas, entre outros tópicos, relacionados à Prática Psicológica Baseada em Evidências. Como parte dos critérios de avaliação da disciplina, os alunos realizaram dois trabalhos escritos nos quais deveriam descrever uma intervenção psicológica listada como tratamento baseado em evidências (ou tratamento com suporte empírico) no site da American Psychological Association (<https://div12.org/treatments/>).

Após o início da redação do primeiro trabalho escrito, professor e alunos entenderam que os trabalhos poderiam ser úteis para outros alunos, ou mesmo para profissionais, no sentido de divulgação do que é Prática Psicológica Baseada em Evidências, do que são evidências científicas em Psicologia e como são produzidas essas evidências. Cada aluno ficou encarregado de selecionar e de descrever dois tratamentos baseados em evidências, dentre os listados pela APA. Os trabalhos consistiram, basicamente, de três etapas: 1) traduzir para o português todo o conteúdo do site da APA relacionado ao tratamento; 2) pesquisar e listar, caso encontrado, textos e materiais de apoio relacionados ao tratamento em questão; e 3) selecionar e descrever uma pesquisa que fornecesse suporte empírico ao tratamento em questão.

Cabe destacar, portanto, que boa parte do conteúdo deste livro é a tradução direta, do inglês para o português, dos conteúdos extraídos do site da APA, que é de acesso livre e gratuito. O objetivo deste livro não é produzir conhecimento novo sobre Prática Psicológica Baseada em Evidências, mas divulgar um conhecimento já existente, mas que ainda é pouco conhecido, seja pela barreira da língua, seja pela tradição do ensino de Psicologia no Brasil. Fazemos aqui esta ressalva, para não incorrerem nos risco de plágio acadêmico, já que, por questões de estilo, não colocamos aspas nos conteúdos extraídos diretamente do site da APA.

A lista da APA

Sobre o site da Associação Americana de Psicologia (APA), a APA catalogou em ordem alfabéticas os tratamentos psicológicos, baseados em evidências, porém é importante destacar que eles não abrangem todos os tratamentos, pois a APA avalia minuciosamente cada um seguindo critérios de suporte empírico. No site, os tratamentos baseados em evidências científicas podem ser buscados em ordem alfabética ou por tipo de diagnóstico. O endereço do site é: <https://div12.org/treatments/>

No site são apresentados cerca de 90 tratamentos baseados em evidências para diferentes diagnósticos como, por exemplo, Terapia de Aceitação e Compromisso para dor crônica, Ativação Comportamental para depressão, Manejo Comportamental do peso e Terapia Cognitivo-Comportamental para esquizofrenia. Essa lista é frequentemente atualizada à medida que novas evidências científicas vão surgindo em relação a novos tratamentos ou mesmo em relação aos tratamentos já listados.

Para cada tratamento listado no site, são apresentadas as seguintes informações:

- Status do tratamento (qual é o nível de evidência disponível).
- Sumário breve (premissas básicas do tratamento, essência do tratamento e duração do tratamento).
- Recursos (manuais de treinamento, recursos de treinamento, medidas, apostilas, planilhas, livros de autoajuda, aplicativos para smartphones, demonstrações em vídeos, descrições em vídeos, ensaios clínicos, meta-análises, revisões sistemáticas e outros recursos de treinamento). Importante pontuar que cada tratamento tem quantidades de recursos variáveis por depender das disponibilidade dos mesmos.

Em relação ao status do tratamento, são apresentados status com base em dois critérios diferentes: Chambless et al. (1998) e Tolin et al. (2015). Com relação aos critérios de Chambless et al. (1998), o nível de evidência científica de cada tratamento pode ser classificado em forte, modesto ou controverso. A classificação de “suporte forte” é atribuída caso o tratamento tenha apoio de dois estudos bem desenhados conduzidos por investigadores independentes. A classificação “suporte modesto” é atribuída caso o tratamento possua suporte de um estudo bem desenhado ou de vários estudos adequadamente delineados. A classificação “suporte controverso” é atribuída caso haja resultados conflitantes.

Com relação aos critérios de Tolin et al. (2015), o nível de evidência científica de cada tratamento pode ser classificado em muito forte, forte, fraco, evidência insuficiente ou tratamento pendente de reavaliação. A classificação “muito forte” é atribuída caso haja evidência de alta qualidade de que o tratamento reduz os sintomas e mostre resultados funcionais no pós-tratamento e acompanhamento. Também deve estar demonstrado que o tratamento possui pouco risco de danos, exige quantidade razoável de recursos e seja eficaz em locais além dos laboratórios de pesquisa (na prestação de serviço em clínicas, por exemplo). A classificação “forte” é atribuída caso haja evidência de moderada a alta qualidade de que o tratamento melhora os sintomas ou resultados funcionais, não possui alto risco de dano e requeira uso razoável de recursos. A classificação “fraca” é atribuída caso haja evidência de qualidade baixa ou muito baixa de que o tratamento produz efeitos clinicamente significativos nos sintomas ou resultados funcionais. A classificação “evidência insuficiente” é atribuída caso nenhum estudo meta-analítico possa ser identificado ou as meta-análises existentes não sejam de qualidade suficiente. Caso as evidências relacionadas ao tratamento ainda não tenham sido revisadas de acordo com os critérios de 2015, o tratamento é classificado como “tratamento pendente de reavaliação”. Iremos apresentar em mais detalhes os critérios de 1998 e de 2015 mais à frente no texto.

O que é Prática Psicológica Baseada em Evidências?

A APA define Prática Psicológica Baseada em Evidências (PPBE) da seguinte forma:

"Prática Psicológica Baseada em Evidências (PPBE) é a integração da melhor evidência [pesquisa] disponível com a expertise clínica no contexto das características, da cultura e das preferências do cliente [paciente]" ([APA, 2006, p. 273](#)).

Texto original: "Evidence-based practice in psychology (EBPP) is the integration of the best available research with clinical expertise in the context of patient characteristics, culture, and preferences" (APA, 2006, p. 273).

Note que a definição é constituída por três componentes: 1) uso da evidência científica disponível; 2) experiência do profissional que conduz o tratamento; e 3) características, cultura e preferências do cliente que recebe o tratamento. Grosso modo, podemos dizer que atuar profissionalmente de acordo com as diretrizes da Prática Psicológica Baseada em Evidências é basear a prática profissional em tratamentos cuja a efetividade e eficácia foram cientificamente comprovados. Ainda, essa condução de intervenções com lastro científico será permeada, ajustada, de acordo com a experiência profissional do psicólogo e características específicas do cliente. Iremos examinar em mais detalhes esses três componentes a seguir.

Melhor evidência disponível

Quando falamos de evidência, neste contexto, estamos falando de relatos de pesquisa que, de alguma maneira, demonstram, atestam ou sugerem que um determinado tratamento funciona em algum nível para um determinado problema psicológico. É importante destacar que no contexto da PPBE a evidência é sempre de uma tratamento específico, para um problema específico. Por exemplo, evidência da efetividade de terapia de exposição para fobia específica. PPBE não trata, portanto, de questões do tipo "Análise do Comportamento funciona?" ou "Psicanálise funciona?". As questões são, por exemplo, do tipo "A técnica de dessensibilização sistemática funciona para Transtorno de Ansiedade Generalizada"?

Embora as questões "O que é uma evidência?" ou "Qual é a melhor evidência?" em relação a um tratamento possam ser controversas, a APA nos fornece um norte conceitual para baseamos nossas avaliações de tratamentos psicológicos. De acordo com a APA,

"As melhores evidências de pesquisa referem-se a resultados científicos relacionados a estratégias de intervenção, avaliação, problemas clínicos e populações de pacientes em ambientes laboratoriais e de campo, bem como a resultados clinicamente relevantes de pesquisas básicas em psicologia e áreas afins. Um corpo considerável de evidências extraídas de uma variedade de projetos e metodologias de pesquisa atesta a eficácia das práticas psicológicas. Geralmente, as evidências derivadas de pesquisas clinicamente relevantes sobre práticas psicológicas devem ser baseadas em revisões sistemáticas, tamanhos de efeito razoáveis, significância estatística e clínica e um corpo de evidências de apoio" (APA, 2006, p. 284).

Cabe destacar que a APA (2006) considera como evidência científica resultados derivados de vários tipos de pesquisa. Diferentes delineamentos de pesquisa contribuem para a prática baseada em evidências e diferentes delineamentos de pesquisa são mais adequados para abordar diferentes tipos de questões. Neste sentido, a APA fornece uma lista de tipos de pesquisa que podem contribuir para uma prática psicológica baseada em evidências:

“A observação clínica (incluindo estudos de casos individuais) e a ciência psicológica básica são fontes valiosas de inovações e hipóteses (o contexto da descoberta científica). A pesquisa qualitativa pode ser usada para descrever as experiências vividas e subjetivas das pessoas, incluindo participantes em psicoterapia. Estudos de caso sistemáticos são particularmente úteis quando agregados – como na forma de redes de pesquisa prática – para comparar pacientes individuais com outros com características semelhantes. Delineamentos experimentais de caso único são particularmente úteis para estabelecer relações causais no contexto de um indivíduo. A saúde pública e a pesquisa etnográfica são especialmente úteis para rastrear a disponibilidade, utilização e aceitação de tratamentos de saúde mental, bem como sugerir maneiras de alterar esses tratamentos para maximizar sua utilidade em um determinado contexto social. Estudos de processo-resultado são especialmente valiosos para identificar mecanismos de mudança. Os estudos de intervenções como estes são realizados em ambientes naturalísticos (pesquisa de eficácia) são adequados para avaliar a validade ecológica dos tratamentos. Ensaio Clínico Randomizado e seus equivalentes lógicos (pesquisa de eficácia) são o padrão para fazer inferências causais sobre os efeitos das intervenções (contexto de verificação científica). A metanálise é um meio sistemático de sintetizar resultados de vários estudos, testar hipóteses e estimar quantitativamente o tamanho dos efeitos” APA (2006, p. 274).

Em um documento publicado em 2002, a APA apresentou critérios para a elaboração de diretrizes para a avaliação de tratamentos psicológicos. Alguns desses critérios, que transcrevemos a seguir, nos ajudam a atender, de forma geral, como avaliar se um tratamento psicológico funciona, ou seja, avaliar em que medida um tratamento psicológico produz os resultados esperados.

Os critérios apresentados pela APA (2002) para a elaboração de diretrizes para a avaliação de tratamentos psicológicos foram elaborados com base em duas dimensões: a eficácia do tratamento e a utilidade clínica do tratamento. A eficácia do tratamento refere-se à avaliação sistemática e científica de se um tratamento funciona. Utilidade clínica refere-se à aplicabilidade, viabilidade e utilidade da intervenção no local ou cenário específico onde será oferecida (um tratamento pode funcionar bem em condições controladas em um laboratório, mas funciona bem também no consultório do profissional?). A utilidade clínica inclui também a determinação da generalização de uma intervenção cuja eficácia foi estabelecida (o tratamento funciona bem para homens e mulheres, pessoas jovens ou de mais idade, para brasileiros e norte-americanos, dentre centenas de outras características?).

Com base nas dimensões de eficácia e utilidade clínica, a APA (2012, pp. 1054-1056) apresentou, dentre outros, os seguintes critérios para a elaboração de diretrizes para a avaliação de tratamentos psicológicos:

- As diretrizes devem ser baseadas em considerações amplas e cuidadosas da literatura empírica relevante.
- Recomendações sobre intervenções específicas devem levar em consideração o nível de rigor metodológico e sofisticação clínica da pesquisa que fundamenta a intervenção.
- As diretrizes consideram a opinião clínica, observação e consenso entre especialistas reconhecidos que representam a variedade de pontos de vista no campo.

- A observação clínica sistematizada tem maior peso do que a observação não sistematizada na avaliação da eficácia do tratamento.
- A avaliação da eficácia do tratamento coloca maior ênfase nas evidências derivadas de metodologias empíricas sofisticadas, incluindo quasi-experimentos e experimentos controlados randomizados ou seus equivalentes lógicos.
- As diretrizes consideram se o tratamento produz melhores resultados do que não fazer nada.
- As diretrizes consideram se os resultados de uma intervenção são melhores do que os resultados de outras intervenções.
- As diretrizes devem considerar as evidências disponíveis sobre a adequação paciente-tratamento.
- As diretrizes levam em consideração pesquisas que abordam a questão do gênero do paciente (uma característica social) e sexo (uma característica biológica).
- As diretrizes levam em consideração pesquisas e consensos clínicos relevantes sobre a idade e o nível de desenvolvimento do paciente.
- Recomenda-se que as diretrizes levem em consideração o efeito do treinamento, habilidade e experiência do profissional de saúde no resultado do tratamento.

Expertise clínica

O corpo de evidências científicas da eficácia/utilidade de um tratamento é a base da Prática Psicológica Baseada em Evidências. No entanto, como vimos na própria definição do conceito de Prática Psicológica Baseada em Evidências, faz parte desta prática a expertise, a experiência profissional de quem a pratica, do profissional. de acordo com a APA:

“A experiência clínica do psicólogo abrange uma série de competências que promovem resultados terapêuticos positivos. Essas competências incluem a) conduzir avaliações e desenvolver julgamentos diagnósticos, formulações sistemáticas de casos e planos de tratamento; b) tomar decisões clínicas, implementar tratamentos e monitorar o progresso do paciente; c) possuir e utilizar expertise interpessoal, incluindo a formação de alianças terapêuticas; d) continuar a auto-reflexão e aquisição de competências profissionais; e) avaliar e usar evidências de pesquisa em ciência psicológica básica e aplicada; f) compreender a influência das diferenças individuais, culturais e contextuais no tratamento; g) buscar recursos disponíveis (por exemplo, consulta, serviços auxiliares ou alternativos) conforme necessário; e h) ter uma justificativa convincente para as estratégias clínicas. A especialização se desenvolve a partir do treinamento clínico e científico, compreensão teórica, experiência, auto-reflexão, conhecimento da pesquisa atual e educação e treinamento contínuos” (APA, 2006, p. 284).

Com relação à experiência clínica do psicólogo, a APA (2006) aponta que:

- A experiência clínica é usada para integrar as melhores evidências de pesquisa com dados clínicos no contexto das características e preferências do cliente para fornecer serviços com alta probabilidade de atingir os objetivos do tratamento.

- A experiência clínica se desenvolve a partir de treinamento clínico e científico, compreensão teórica, experiência, auto-reflexão, conhecimento de pesquisa e educação e treinamento profissional contínuos.
- O psicólogo deve estar ciente dos limites do próprio conhecimento e habilidades.
- O psicólogo deve estar ciente de seus vieses - tanto cognitivos quanto afetivos - que podem afetar o julgamento clínico.
- O psicólogo deve entender como suas próprias características, valores e contexto interagem com os do cliente.

A seguir transcreveremos algumas definições da APA (2006) sobre os componentes da experiência clínica.

Avaliação, julgamento diagnóstico, formulação sistemática de casos e planejamento de tratamento.

"O psicólogo clinicamente especialista é capaz de formular conceituações de caso claras e teoricamente coerentes, avaliar a patologia do paciente, bem como os pontos fortes clinicamente relevantes, entender apresentações complexas de pacientes e fazer julgamentos diagnósticos precisos. Clínicos especialistas revisam suas conceituações de caso à medida que o tratamento prossegue e buscam evidências que confirmem e refutem. A experiência clínica também envolve identificar e ajudar os pacientes a reconhecer os processos psicológicos que contribuem para o sofrimento ou disfunção. O planejamento do tratamento envolve o estabelecimento de metas e tarefas de tratamento que levam em consideração o paciente único, a natureza dos problemas e preocupações do paciente, o prognóstico provável e os benefícios esperados do tratamento e os recursos disponíveis. Os objetivos da terapia são desenvolvidos em colaboração com o paciente e consideram a visão de mundo e o contexto sociocultural do paciente e de sua família. A escolha de estratégias de tratamento requer conhecimento das intervenções e da pesquisa que suporta sua eficácia, bem como pesquisas relevantes para adequar as intervenções aos pacientes (...). A especialização também requer conhecimento sobre psicopatologia; processo de tratamento; e atitudes, valores e contexto do paciente - incluindo o contexto cultural - que podem afetar a escolha e implementação de estratégias de tratamento eficazes (APA, 2006, p. 276).

Tomada de decisão clínica, implementação do tratamento e monitoramento do progresso do paciente.

"A experiência clínica implica a entrega hábil e flexível do tratamento. Habilidade e flexibilidade requerem conhecimento e proficiência na realização de intervenções psicológicas e capacidade de adaptar o tratamento ao caso particular. A flexibilidade se manifesta no tato, tempo, ritmo e enquadramento das intervenções; manter um equilíbrio eficaz entre a consistência das intervenções e a capacidade de resposta ao feedback do paciente; e atenção aos significados, crenças e emoções reconhecidos e não reconhecidos. A experiência clínica também envolve o monitoramento do progresso do paciente (e das mudanças nas circunstâncias do paciente - por exemplo, perda de emprego, doença grave) que podem sugerir a necessidade de ajustar o tratamento (Lambert, Bergin e Garfield, 2004). Se o progresso não estiver ocorrendo adequadamente, o psicólogo altera ou aborda aspectos problemáticos do tratamento (por exemplo, problemas na relação terapêutica ou na implementação dos objetivos do tratamento) conforme apropriado. Se o progresso insuficiente continuar sendo um problema, o terapeuta considera diagnósticos e formulações alternativas, consulta, supervisão ou encaminhamento. O especialista clínico toma decisões sobre o término em tempo hábil, avaliando o progres-

so do paciente no contexto de sua vida, objetivos de tratamento, recursos e potencial de recaída” (APA, 2006, pp. 276-277).

Perícia interpessoal.

“Central para a experiência clínica é a habilidade interpessoal, que se manifesta na formação de um relacionamento terapêutico, codificação e decodificação de respostas verbais e não verbais, criação de expectativas realistas, mas positivas, e resposta empática às experiências e preocupações explícitas e implícitas do paciente. A experiência interpessoal envolve a flexibilidade para ser clinicamente eficaz com pacientes de diversas origens. Psicólogos com habilidades interpessoais são capazes de desafiar os pacientes em uma atmosfera de apoio que promove a exploração, a abertura e a mudança” (APA, 2006, p. 277).

Autorreflexão contínua e aquisição de habilidades.

“A experiência clínica requer a capacidade de refletir sobre a própria experiência, conhecimento, hipóteses, inferências, reações emocionais e comportamentos e usar essa reflexão para modificar as próprias práticas de acordo. Integral à experiência clínica está a consciência dos limites do conhecimento e das habilidades de alguém, bem como o reconhecimento das heurísticas e vieses (tanto cognitivos quanto afetivos) que podem afetar o julgamento clínico (por exemplo, vieses que podem inibir o reconhecimento da necessidade de alterar o caso). conceituações que são imprecisas ou estratégias de tratamento que não estão funcionando). A perícia clínica envolve tomar medidas explícitas para limitar os efeitos desses vieses. Desenvolver e manter a experiência clínica e aplicá-la a pacientes específicos implica a incorporação contínua de novos conhecimentos e habilidades derivadas de (a) pesquisa e teoria; (b) observação clínica sistemática, investigação disciplinada e teste de hipóteses; (c) autorreflexão e feedback de outras fontes (por exemplo, supervisores, colegas, pacientes, outros profissionais de saúde, outros significativos do paciente [quando apropriado]); (d) monitoramento dos resultados do paciente; e (e) educação continuada e outras oportunidades de aprendizado (por exemplo, redes de prática, grupos de defesa de pacientes)” (APA, 2006, p. 277).

Avaliação e uso de evidências de pesquisa.

“A perícia clínica em psicologia inclui a perícia científica. Esta é uma das marcas da educação psicológica e uma das vantagens do treinamento psicológico. Uma compreensão do método científico permite que os psicólogos considerem evidências de uma variedade de projetos de pesquisa, avaliem a validade interna e externa de estudos individuais, avaliem a magnitude dos efeitos entre os estudos e apliquem pesquisas relevantes a casos individuais. A expertise clínica também compreende uma atitude científica em relação ao trabalho clínico, caracterizada pela abertura aos dados, geração e teste de hipóteses clínicas e capacidade de usar a teoria para orientar as intervenções sem permitir que os preconceitos teóricos se sobreponham aos dados clínicos ou de pesquisa” (APA, 2006, p. 277).

Compreender a influência das diferenças individuais e culturais no tratamento.

“A experiência clínica requer uma consciência do contexto individual, social e cultural do paciente, incluindo, entre outros, idade e desenvolvimento, etnia, cultura, raça, gênero, orientação sexual, compromissos religiosos e status socioeconômico (consulte as Características do paciente, seção Cultura e Preferências). A experiência clínica permite que os psicólogos adaptem intervenções e construam um ambiente terapêutico que respeite a visão de mundo, valores, preferências, capacidades e outras características do paciente (...). A APA adotou diretrizes práticas sobre práticas multiculturais, orien-

tação sexual e adultos mais velhos para ajudar os psicólogos a adaptar suas práticas às diferenças dos pacientes” (APA, 2006, p. 277).

Buscar recursos disponíveis conforme necessário.

“O psicólogo está ciente de que o acesso a recursos adicionais às vezes pode aumentar a eficácia do tratamento. Quando as evidências da pesquisa indicam o valor dos serviços auxiliares ou quando os pacientes não estão progredindo conforme o esperado, o psicólogo pode procurar uma consulta ou fazer um encaminhamento. Serviços alternativos culturalmente sensíveis e responsivos ao contexto ou visão de mundo do paciente podem complementar o tratamento psicológico. A consulta com o psicólogo é um meio de monitorar – e corrigir, se necessário – vieses cognitivos e afetivos” (APA, 2006, pp. 277-278).

Ter uma justificativa convincente para estratégias clínicas.

“A perícia clínica requer uma abordagem planejada para o tratamento de problemas psicológicos. Embora a prática clínica seja muitas vezes eclética ou integrativa (...), e muitos efeitos do tratamento psicológico reflitam aspectos inespecíficos do envolvimento terapêutico (por exemplo, mudanças que ocorrem através do desenvolvimento de uma relação empática (...)), os psicólogos contam com formulações de casos bem articulados, conhecimento de pesquisas relevantes e a organização fornecida por conceituações teóricas e experiência clínica para elaborar intervenções projetadas para alcançar os resultados desejados. Alguns pacientes têm um problema ou distúrbio bem definido para o qual existe um corpo de evidências que apóia fortemente a eficácia de um tratamento específico. Essa evidência deve ser considerada na formulação de um plano de tratamento, e uma justificativa convincente deve ser articulada para qualquer curso de tratamento recomendado. Existem muitas constelações de problemas, populações de pacientes e situações clínicas para as quais as evidências de tratamento são escassas. Nesses casos, a prática baseada em evidências consiste em usar a experiência clínica para interpretar e aplicar as melhores evidências disponíveis, monitorando cuidadosamente o progresso do paciente e modificando o tratamento conforme apropriado” (APA, 2006, p. 278).

Características do clientes, valores e contexto

O terceiro e último componente da definição de Prática Psicológica Baseada em Evidências refere-se às características, valores e contexto do cliente, que devem ser levadas em conta na prática clínica baseada em evidências. De acordo com a APA (2006), os serviços psicológicos têm maior probabilidade de serem eficazes quando respondem aos problemas específicos, pontos fortes, personalidade, contexto sociocultural e preferências do cliente.

A Prática Psicológica Baseada em Evidências envolve a consideração dos valores do cliente, de suas crenças religiosas, suas visões de mundo, objetivos e preferências de tratamento em consonância, naturalmente, com a experiência do psicólogo e sua compreensão da pesquisa/evidência disponível. A APA (2006) chama a atenção para a seguinte questão: até que ponto as intervenções amplamente testadas em populações majoritárias podem ser facilmente adaptadas para pacientes com diferentes origens étnicas ou socioculturais? É preciso considerar também, de acordo com a APA, como os tratamentos se adequam para crianças e adolescentes e para adultos mais velhos. Podemos resumir a importância da consideração de características dos clientes no tratamento da seguinte forma:

"Os serviços psicológicos são mais eficazes quando respondem aos problemas, pontos fortes, personalidade, contexto sociocultural e preferências específicos do paciente. resultados. Outras características importantes do paciente a serem consideradas na formação e manutenção de uma relação de tratamento e na implementação de intervenções específicas incluem a) variações na apresentação de problemas ou distúrbios, etiologia, sintomas ou síndromes concomitantes e comportamento; b) idade cronológica, estado de desenvolvimento, história de desenvolvimento, e estágio de vida; c) fatores socioculturais e familiares (por exemplo, gênero, identidade de gênero, etnia, raça, classe social, religião, status de deficiência, estrutura familiar e orientação sexual); d) contexto ambiental (por exemplo, racismo institucional, problemas de saúde, disparidades de cuidados) e estressores (por exemplo, desemprego, eventos importantes da vida); e) preferências pessoais, valores e preferências relacionadas ao tratamento (por exemplo, objetivos, crenças, visões de mundo e expectativas de tratamento). Alguns tratamentos eficazes envolvem intervenções direcionadas a outras pessoas no ambiente do paciente, como pais, professores e cuidadores. Um objetivo central da PPBE é maximizar a escolha do paciente entre intervenções alternativas eficazes" (APA, 2006, pp. 284-285).

Status da revisão empírica

Chambless et al. (1998) propuseram um esquema para determinar quando um tratamento psicológico específico para um problema ou transtorno específico pode ser considerado eficaz ou possivelmente eficaz. Chambless et al. enfatizaram a importância de replicações independentes (diferentes pesquisadores, diferentes laboratórios) antes de um tratamento ser estabelecido em eficácia. Os autores destacaram que ao se avaliar os benefícios de um determinado tratamento, o maior peso deve ser dado aos ensaios clínicos de eficácia, mas alertaram que esses ensaios devem ser seguidos por pesquisas sobre a eficácia em ambientes clínicos e com várias populações e por pesquisas de custo-efetividade.

Um conceito importante apresentado por Chambless et al. (1998), no contexto da Prática Psicológica Baseada em Evidências, é o conceito de Tratamento com Suporte Empírico. De acordo com os autores, tratamentos com suporte empírico podem ser definidos como "tratamentos psicológicos claramente especificados que se mostraram eficazes em pesquisas controladas com uma população delineada" (Chambless et al., 1998, p. 7). Chambless et al. (1998) definiram que para ser avaliado, de maneira geral, se um determinado tratamento tem suporte empírico (ou qual o nível deste suporte), é necessário responder às seguintes perguntas:

- a) O tratamento demonstrou ser benéfico em pesquisa controlada?
- b) O tratamento é útil em contextos clínicos aplicados e, em caso afirmativo, com quais pacientes e sob quais circunstâncias?
- c) O tratamento é eficiente no sentido de ser custo-efetivo em relação a outras intervenções alternativas?

As respostas a essas questões, de acordo com Chambless et al. (1998), estabelecem os seguintes aspectos das pesquisas avaliadas: eficácia (incluindo significância clínica), efetividade (ou utilidade clínica) e eficiência (ou custo-efetividade). A seguir, apresentaremos os principais pontos em relação a esses aspectos.

Eficácia. A eficácia do tratamento diz respeito, no fim das contas, à seguinte pergunta: o tratamento realmente funciona? Para verificar se um tratamento realmente funciona, é preciso atentar ao delineamento da pesquisa realizada para verificar se um tratamento funciona, o quanto funciona, para que funciona, etc. A seguir estão alguns pontos importantes a serem observados neste quesito, de acordo com Chambless et al. (1998):

- A eficácia do tratamento deve ser demonstrada em pesquisas controladas nas quais seja razoável concluir que os benefícios observados se devem aos efeitos do tratamento e não ao acaso ou a fatores de confusão, como passagem do tempo, efeitos da avaliação psicológica ou presença de diferentes tipos de clientes nas várias condições de tratamento.
- A replicação é crítica, particularmente a replicação por uma equipe de investigação independente. A exigência de replicação ajuda a proteger o campo de tirar conclusões errôneas com base em uma descoberta aberrante.
- Comparação em relação a nenhum tratamento é fundamental.
- Comparações com outros tratamentos ou com placebos: se um tratamento funciona, independente da razão, se o resultado pode ser replicado por diversos grupos independentes, então o tratamento tem valor clínico e deve ser considerado.
- Tratamentos combinados envolvem comparação de múltiplos componentes.
- Seleção dos instrumentos de avaliação: é indicado demonstrar clareza e validação dos instrumentos selecionados em estudos prévios. Em algumas áreas, é indicado validar os instrumentos a partir de uma avaliação psicométrica.
- Acompanhamento é indicado: é importante atentar-se que qualquer tratamento, no tempo de duração, há diversos efeitos no decorrer do tempo. Porém, em pesquisas psicológicas, sintomas podem surgir/retornar/intensificar no decorrer do tratamento.
- Manuais de tratamento não são documentos literais de passo a passo para replicar cada tratamento ou uma pesquisa detalhada de cada prática. É importante ler com cuidado cada frase, exemplos de tratamentos, indicações, particularidades para não cair no erro cego de replicar.
- Treinamento e supervisão do psicólogo: destaca-se que grande parte de resultados ambíguos ou fracos dizem respeito à falta ou treinamento inadequado.
- Resolução de dados conflitantes: o uso da clareza prévia ao saber que estudos qualitativos e quantitativos vão sugerir variabilidades de dados nos estudos, além da variabilidade das expertises dos pesquisadores.
- Limitações da eficácia importam: ter a clareza de que diferenças entre pesquisas sempre ocorrerão. A melhor maneira para lidar com limitações é não eliminá-las de prontidão, e sim, compreender os possíveis resultados

Efetividade. Chambless et al. (1998) apontaram que os esforços para construir diretrizes de tratamento também deveriam levar em consideração a evidência da utilidade ou efetividade do tratamento, ou seja, se pode ser demonstrado que o tratamento funciona na prática clínica real. Há, de acordo com os autores, um crescente reconhecimento de que ensaios clínicos controlados podem não capturar toda a riqueza e variabilidade da prática clínica.

nica real e uma preocupação por parte de alguns de que o próprio processo de randomização possa minar a representatividade do ensaio clínico. Alguns pontos importantes em relação à eficiência são:

- Generalização através de populações.
- Generalização entre terapeutas e ambientes.
- Aceitação e adesão do paciente.
- Facilidade de divulgação do tratamento (manuais, por exemplo).

Custo-efetividade. Chambless et al. (1998) comentam que tratamentos que custam menos serão provavelmente preferidos se não houver diferenças de resultados, em outros tratamentos mais caros. Porém, a tomada de decisão, a esse respeito, pode ser complexa quando os custos são mais altos que os benefícios do tratamento, levando também em consideração o aspecto do tempo.

Os critérios de 2015 ([Tolin et al., 2015](#))

O artigo de Tolin et al. (2015) é intitulado "Tratamento com Suporte Empírico: um novo modelo". Os autores, neste texto, revisam a evolução na literatura dos critérios para se indicar o nível de suporte empírico de um tratamento e propõem reflexões e novas abordagens, novos critérios para se avaliar a qualidade de evidências científicas. Ao avaliar o desenvolvimento das pesquisas científicas que se destinaram a produzir suporte empírico para diversos tipos de tratamentos psicológicos, Tolin et al. (2015) destacaram que:

- Foram publicados manuais que documentam cuidadosamente como projetar pesquisas em psicoterapia.
- O movimento Tratamento com Suporte Empírico levou a mudanças na forma como os alunos são treinados na prática clínica (nos Estados Unidos).
- O desenvolvimento de listas de Tratamento com Suporte Empírico resultou em maiores proteções para o público (nos Estados Unidos). Ao desenvolver uma lista de intervenções estabelecidas e com suporte empírico, os indivíduos que procuram tratamento agora são mais capazes de aprender e buscar informações sobre tratamentos bem validados para transtornos específicos e outros problemas.

Para o início de sua análise, Tolin et al. (2015) resumem os critérios para avaliação de suporte empírico descritos por Chambless et al. (1998). Reproduzimos aqui esse resumo.

Critérios de para tratamentos bem estabelecidos:

I. Pelo menos dois bons experimentos de design entre grupos demonstrando eficácia em uma ou mais das seguintes formas:

A. Um Superior (com base apenas na significância estatística) para pílula ou placebo psicológico ou a outro tratamento.

B. Equivalente a um tratamento já estabelecido em experimentos com poder estatístico adequado, considerado aproximadamente 30 por grupo. OU

II. Uma grande série de experimentos de delineamento de caso único ($n > 9$) demonstrando eficácia. Esses experimentos devem ter:

A. Usou bons delineamentos experimentais e

B. Comparou a intervenção com outro tratamento como em IA.

Critérios adicionais para I e II:

III. Experimentos devem ser conduzidos com manuais de tratamento.

IV. As características das amostras dos clientes devem ser claramente especificadas.

V. Os efeitos devem ter sido demonstrados por pelo menos dois investigadores ou equipas de investigação.

Critérios para tratamentos provavelmente eficazes:

I. Dois experimentos demonstrando que o tratamento é superior (baseado em apenas significância estatística) para um grupo de controle em lista de espera. OU

II. Um ou mais experimentos que atendem a todos os critérios para tratamentos exceto V (demonstração por investigador independente equipes). OU

III. Uma pequena série de experimentos de design de caso único ($n > 3$) reunindo critérios de tratamento bem estabelecidos II, III e IV.

Tolin (2015) et al. resumem as seguintes críticas comuns e possíveis melhorias relacionadas à Prática Psicológica Baseada em Evidências:

I. Preocupações sobre a força do tratamento

A. Críticas: Atenção inadequada a achados nulos e negativos; Confiança na significância estatística, em vez da clínica; Atenção inadequada a resultados de longo prazo; Variabilidade potencialmente significativa na qualidade do estudo

B. Melhorias propostas: Enfatizar revisões sistemáticas em vez de estudos individuais; Separar a força do efeito da força da evidência; Classificar a qualidade dos estudos; Considerar a significância clínica além da significância estatística; Considerar a eficácia a longo prazo, além da eficácia a curto prazo.

II. Preocupações sobre a seleção entre várias opções de tratamento

A. Dentro de uma determinada categoria de Tratamento Baseado em Evidências, há pouca base para escolher um sobre o outro; Falta clareza sobre se o suporte empírico se traduz em uma recomendação.

B. Melhorias propostas: apresentar informações quantitativas sobre a força do tratamento; Fazer recomendações específicas com base nos resultados clínicos e na qualidade da pesquisa disponível.

III. Preocupações sobre a relevância das descobertas

A. Atenção inadequada aos resultados funcionais; atenção adequada à eficácia em configuração de não pesquisa ou com diversas populações.

B. Melhorias propostas: incluir resultados funcionais ou outros relacionados à saúde, bem como resultados de sintomas; abordar a generalização

dos resultados da pesquisa para configurações de não pesquisa e populações diversas.

IV. Preocupações com a clareza de critérios para o tratamento e a proliferação de manuais para diagnósticos específicos

A. Listagem de pacotes de tratamentos em vez de princípios de mudanças empiricamente apoiados; ênfase em diagnósticos psiquiátricos específicos.

B. Melhorias propostas: avaliar e encorajar a avaliação da pesquisa para identificar princípios de mudanças com suporte empírico; dar menor importância a diagnósticos e enfatizar síndromes/mecanismos de psicopatologia.

Agora que já sabemos o que é Prática Psicológica Baseada em Evidências e os principais conceitos e questões relacionadas à ela, vamos apresentar nos demais capítulos deste livro exemplos de práticas psicológicas baseadas em evidências científicas extraídas da lista de tais práticas apresentada no site APA.

Referências bibliográficas

American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist, 57*, 1052–1059.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*, 271–285.

Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 7–18. doi:10.1037/0022-006X.66.1.7

Tolin, D. F., McKay, D., Forman, E. M., Klonsky, E. D., & Thoms, B. D. (2015). Empirically supported treatment: Recommendations for a new model. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*(4), 317.



Precisando de cursos online sobre Análise do Comportamento? Conheça os cursos disponibilizados pela Editora Artmed ministrados pelo Prof. Márcio Moreira:

[Clique aqui para acessar](#)

Terapia Cognitivo Comportamental para Insônia

Alberto Erich Steimber de Pereira Okada

Centro de Ensino Unificado de Brasília

Identificação do tratamento

Diagnóstico:

Insônia ([link](#))

Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:

Forte apoio à pesquisa.

Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:

Forte apoio à pesquisa.

Descrição resumida do tratamento

Resumo

Segundo a ACP - American College of Physicians, a terapia cognitivo-comportamental para insônia (CBT-I) foi considerada o melhor tratamento para transtorno de insônia crônica e é indicado como primeira linha de tratamento. Interessante saber que é a primeira vez que um tratamento psicológico foi considerado preferido por uma organização médica nos EUA (DeAngelis, 2016). Ainda, segundo o autor:

A TCC-I é uma combinação de tratamentos que inclui intervenções de terapia comportamental, como restrição de sono e controle de estímulos; intervenções cognitivas, incluindo a reestruturação de crenças disfuncionais e a descatastrofização de pensamentos negativos sobre o sono; e higiene do sono para abordar fatores que podem aumentar os resultados do tratamento. (DeAngelis, 2016).

A recomendação de que a TCC-I seja o tratamento de primeira linha para a insônia faz parte de estudo da equipe liderada por Amir Qaseem, MD, PhD, parte do programa de diretrizes de prática clínica e medicina baseada em evidências do ACP. Segundo Michael Perlis, PhD, diretor da medicina comportamental do sono, do programa da Universidade da Pensilvânia, as pesquisas estão encontrando evidências crescentes de que os distúrbios do sono podem acompanhar ou sinalizar outras condições psiquiátricas e médicas, a exemplo de ganho de peso, hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares e até mesmo a doença de

Alzheimer, que embora a insônia crônica seja um fator de risco, age enquanto um precursor de uma variedade de doenças. (DeAngelis, 2016). Segundo Perlis (citado por DeAngelis, 2016), a TCC-I é igualmente eficaz para insônia simples e insônia com comorbidades, podendo ajudar a lidar com as condições comórbidas, além de reduzir significativamente os sintomas depressivos e aumentar as taxas de remissão quando usada em conjunto com medicamentos.

Premissa básica

A interação entre fatores cognitivos e comportamentais é o principal mecanismo envolvido na perpetuação da insônia.

Essência da terapia

A terapia cognitivo-comportamental para insônia concentra-se no ensino de técnicas para modificar comportamentos e cognições perturbadoras do sono que interferem no sono normal e contribuem para a insônia.

Duração aproximada da terapia

Comprimento: aprox. 6 sessões

Descrição dos procedimentos

Instruções de Controle de Estímulos: Segundo Teixeira et. al (2016), o objetivo desta técnica é associar o estímulo do quarto ao início rápido do sono, determinando um horário fixo para o despertar, de forma a estabilizar o ciclo sono/vigília. Segundo os autores,

As instruções incluem: 1) Ir para a cama apenas quando sentir sono; 2) Uso da cama apenas para o sono e atividade sexual (única exceção); 3) Deixar a cama, sair do quarto e iniciar atividade monótona e que induza o relaxamento se não adormecer após 15 minutos da primeira instrução. Retornar para a cama apenas quando se sentir sonolento novamente, e repetir o procedimento o quanto for necessário; 4) Evitar ler, assistir televisão, trabalhar ou comer na cama; 5) Acordar e levantar-se diariamente no mesmo horário, inclusive aos finais de semana; 6) Evitar cochilos diurnos. (Teixeira et. al, 2016, p. 7-8).

Restrição de sono: Segundo Teixeira et. al (2016), o objetivo desta técnica é consolidar o sono e aumentar a sua eficiência, reduzindo a quantidade de tempo que as pessoas passam na cama sem estar dormindo. A restrição do sono requer muita disciplina. Segundo os autores:

A primeira etapa envolve a restrição do tempo permitido na cama para igualar a quantidade média de tempo que a pessoa gasta realmente dormindo. No final de cada semana, o índice de eficiência do sono (ES) é calculado ($\text{tempo gasto no sono} / \text{tempo passado na cama} \times 100$). Se a ES for superior a 85%, um adicional de 15 a 20 minutos de tempo na cama é adicionado à noite. Se a ES for inferior a 85%, o tempo na cama é ainda mais restringido

por 15 a 20 minutos. Reduzir o tempo na cama para menos de 5,5 horas não é geralmente recomendado (Teixeira et. al, 2016, p. 8-9).

Métodos de Relaxamento: Segundo Teixeira et. al (2016), o objetivo desta técnica é reduzir os níveis de excitação, e não como um meio para induzir o sono. Os mais estudados e utilizados no tratamento de insônia são: (a) relaxamento muscular progressivo: visa tensionar e relaxar uma série de músculos, progressivamente; (b) biofeedback: visa ajudar no relaxamento, fornecendo pistas visuais ou auditivas para informar a pessoa se o alvo correlato fisiológico de relaxamento foi atingido; (c) imaginação guiada: ajudar a pessoa a imaginar vividamente uma imagem neutra ou agradável, sendo que a formação dessas imagens pode induzir diretamente a um estado de relaxamento ou indiretamente desviar a atenção de um estímulo desencadeador de ansiedade; (d) respiração diafragmática (abdominal): visa facilitar a desaceleração da respiração, levando a um estado de relaxamento.

Reestruturação Cognitiva: Segundo Teixeira et. al (2016), o objetivo desta técnica é identificar os pensamentos disfuncionais e atitudes que as pessoas podem ter sobre o sono e substituí-los por pensamentos e comportamentos mais adaptativos. Segundo os autores, “a reestruturação cognitiva em longo prazo pode ser usada para superar todas as preocupações a respeito do sono e eliminar ansiedades associadas ao sono ruim ou à incapacidade de adormecer”. (p. 9-10)

Segundo Teixeira et. al (2016), também existem as intervenções de biofeedback e intenção paradoxal, que são menos utilizadas nos protocolos. Os autores destacam a técnica de higiene do sono, que embora não seja considerada parte da TCC, é comumente utilizada nas diretrizes do tratamento padrão da insônia.

Recursos relacionados ao tratamento

Manuais de tratamento

Listados pela APA

- Perlis, M. L.; Aloia, M.; & Kuhn, B. (2011). Behavioral Treatments for Sleep Disorders: A Comprehensive Primer of Behavioral Sleep Medicine Interventions (Practical Resources for the Mental Health Professional), 1st Edition. London: Elsevier.
- Edinger, J. D.; & Carney, C. E. (2015). Overcoming Insomnia. A Cognitive Behavior Therapy Approach. 2^o Edition. New York: Oxford University Press.
- Manber, R.; & Carney, C. E. (2015). Treatment Plans and Interventions for Insomnia: A Case Formulation Approach (Treatment Plans and Interventions for Evidence-Based Psychotherapy), 1st Edition. New York: The Guilford Press.

Em português

- Almondes, K. M., & Pinto Júnior, L.R.P (org.). (2016). Terapia Cognitivo-Comportamental para os Transtornos de Sono. São Paulo: CRV.
- Bacelar, A., & Pinto Jr., L. R. (org.). (2019). *Insônia: do diagnóstico ao tratamento*. São Paulo: Associação Brasileira do Livro.

Recursos de treinamento

Listados pela APA

- Principles and Practice of Sleep Medicine (Kryger, Roth, & Dement; forthcoming)
- Insônia: Um Guia Clínico para Avaliação e Tratamento (Morin & Espie) ([link](#));
- Etiology of Insomnia (Perlis et al.; in press)
- Tratamento Cognitivo Comportamental da Insônia: Um Guia Sessão por Sessão (Perlis et al.) ([link](#));
- Insônia: Princípios e Gerenciamento (Szuba, Kloss and Dinges) ([link](#)).

Em português

- Almondes, K. M., & Pinto Júnior, L. R. (org.). (2016). *Terapia Cognitivo-Comportamental para os Transtornos de Sono*. São Paulo, CRV.
- Bacelar, A., & Pinto Jr., L. R. (org.). (2019). *Insônia: do diagnóstico ao tratamento*. São Paulo: Associação Brasileira do Livro.

Medidas, Apostilas e Planilhas

Listados pela APA

- Questionário de Tempo de Sono (Monk et al.) ([link](#));
- Escala de gravidade da fadiga (Krupp et al.) ([link](#));
- Diário do Sono de Consenso (Carney et al.) ([link](#));
- Escala de sonolência de Epworth (Johns) ([link](#));
- Índice de qualidade do sono de Pittsburgh (Buysse et al.) ([link](#));
- Índice de gravidade da insônia (Bastien, Vallières e Morin) ([link](#));
- Crenças e atitudes disfuncionais sobre o sono (DBAS-16; Morin, Vallières e Ivers) ([link](#));
- Índice de Higiene do Sono (Mastin, Bryson e Corwyn) ([link](#));
- O indicador de condição de sono (Espie et al.) ([link](#)).

Em português

Não consta.

Livros de auto-ajuda

Listados pela APA

- Quiet Your Mind and Get to Sleep: Solutions to Insomnia for those with Depression, Anxiety, or Chronic Pain (Carney & Manber) ([link](#));
- No More Sleepless Nights (Hauri & Linde) ([link](#));

- Sleeping Through the Night: How Infants, Toddlers, and Their Parents Can Get a Good Night's Sleep (Mindell) ([link](#));
- Sleepio (um programa online de melhoria do sono; Espie, Kyle e Sheaves) ([link](#));

Em português

Não consta.

Aplicativos para smartphones

Listados pela APA

- CBT-i Coach (US Department of Veterans Affairs) ([Android](#) | [iOS](#));

Em português

- Vigilantes do Sono (Vigilantes do Sono)

Demonstrações em vídeo

Listados pela APA

Não consta.

Em português

Não consta.

Descrições em vídeo

Listados pela APA

Não consta.

Em português

- A Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia. Funciona Mesmo! [Tratamento Para Insônia] – Canal YouTube: Diário do Sono ([link](#));
- O Que é A Higiene do Sono? 1ro Componente da TCC-i - Durma Bem Sempre [Tratamento Para Insônia] – Canal YouTube: Diário do Sono ([link](#));
- O Que É O Controle de Estímulos? 2nd Componente da TCC-i. Vença a Insônia! [Tratamento Para Insônia] – Canal YouTube: Diário do Sono ([link](#));
- O Que É Restrição do Sono? 3ro Componente da TCC-i. Coragem Contra Insônia[Tratamento Para Insônia] – Canal YouTube: Diário do Sono ([link](#));
- O Que É A Mudança Cognitiva? 4to Componente da TCC-i. Consiga Dormir! [Tratamento Para Insônia] – Canal YouTube: Diário do Sono ([link](#)).

Referências bibliográficas: Testes clínicos

Listados pela APA

- Um estudo controlado randomizado de terapia cognitivo-comportamental para insônia: um tratamento eficaz para insônia e depressão comórbidas (Ashworth et al., 2015) ([link](#));
- Um estudo aberto de terapia cognitiva para insônia crônica (Harvey et al., 2007) ([link](#));
- Ensaio randomizado controlado por placebo de terapia cognitivo-comportamental e armodafinil para insônia após tratamento de câncer (Roscoe et al., 2015) ([link](#)).

Em português

Não consta.

Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

Listados pela APA

- Meta-análise comparativa de intervenções comportamentais para insônia e sua eficácia em adultos de meia-idade e em idosos com mais de 55 anos de idade (Irwin, Cole and Nicassio, 2006) ([link](#));
- Intervenções não farmacológicas para insônia: uma meta-análise da eficácia do tratamento (Morin, Culbert and Schwartz, 1994) ([link](#));
- Identificando tratamentos psicológicos eficazes para insônia: uma meta-análise (Murtagh & Greenwood, 1995) ([link](#));
- Uma meta-análise sobre a eficácia do tratamento da terapia cognitivo-comportamental para insônia primária (Okajima, Komada and Inoue, 2011) ([link](#)).

Em português

- Teixeira, C. M., Teixeira, J. J; Prado, L. B. F; Prado, J. F.; Carvalho, L. B. C. 2016. Terapia Cognitiva Comportamental para Insônia: Revisão Sistemática. *Revista Neurociência*. 24 ([link](#));
- Sobral, A. C., Toledo, M. A., & Sousa, M. N. A. (xxxx). Abordagem Terapêutica da Insônia no Âmbito da Atenção Primária à Saúde. *Id on Line Rev. Mult. Psic.* 14 (54), p 116-133. ([link](#));
- Kirchner, L. de F., Buela-Casal, G., & Reis, M. de J. D. dos. (2018). Terapia Cognitivo-Comportamental para dor e insônia em adultos: Revisão de ensaios clínicos. *Revista Brasileira De Terapia Comportamental E Cognitiva*, 19(4), 102-118. <https://doi.org/10.31505/rbtcc.v19i4.1097> ([link](#)).

Outros recursos de tratamento

Listados pela APA

- Hiperexcitação e insônia (Bonnet & Arand, 1997) ([link](#));
- Um modelo neurobiológico de insônia (Buysse et al., 2011) ([link](#));

- Terapia cognitivo-comportamental para insônia primária (Edinger & Means, 2005) ([link](#));
- Um modelo cognitivo de insônia (Harvey, 2002) ([link](#));
- Insônia, transtornos psiquiátricos e a perspectiva transdiagnóstica (Harvey, 2008) ([link](#));
- A entrega de medicina comportamental do sono para estudantes universitários (Kloss et al., 2011) ([link](#));
- Padrões de sono e preditores de sono perturbado em uma grande população de estudantes universitários (Lund et al., 2010) ([link](#));
- Tratamento não farmacológico da insônia crônica: uma revisão da Academia Americana de Medicina do Sono (Morin et al., 1999) ([link](#));
- Insônia crônica (Morin & Benca, 2012) ([link](#));
- Distúrbio do sono auto-relatado como sintoma prodrômico na depressão recorrente (Perlis et al., 1997) ([link](#));
- O modelo de hiperexcitação da insônia: uma revisão do conceito e suas evidências (Riemann et al., 2010) ([link](#));
- Diretrizes clínicas para avaliação e manejo da insônia crônica em adultos (Schutte-Rodin et al., 2008) ([link](#));
- Quem é candidato à terapia cognitivo-comportamental para insônia? (Smith & Perlis, 2006) ([link](#));
- Uma perspectiva comportamental no tratamento da insônia (Spielman, Caruso e Glovinsky, 1987). ([link](#)).

Em português

Outras intervenções vêm sendo estudadas para o manejo da insônia:

- Técnicas de meditação, como a prática de atenção plena (Mindfulness):
 - Pires, M. L. N. Insônia, cognição e mindfulness. In: Almondes, K. M. (Org.). Neuropsicologia do sono. Aspectos teóricos e clínicos. 1. ed. São Paulo: Pearson Clinical Brasil, 2017. p. 313-338. ([link](#));
- Práticas alternativas, como a aromaterapia
 - Muller, M. M.; Rafihi-Ferreira, R.; Castro, L. S. Práticas alternativas para a qualidade do sono de pacientes em condições especiais. In: Farias, A. K. de (Org). Ciências da saúde: O trabalho de equipes multiprofissionais em diferentes contextos. Curitiba: Juruá, 2019. ([link](#));
- Influência das fontes dietéticas de melatonina na qualidade do sono
 - Pereira, N. et al. 2019. Influência das fontes dietéticas de melatonina na qualidade do sono: uma revisão. Journal of Food Science. <https://doi.org/10.1111/1750-3841.14952> ([link](#));

Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

Identificação da pesquisa

- **Autores:** Allison G. Harvey, Ann L. Sharpley, Melissa J. Ree, Katheen Stinson, David M. Clark.
- **Título:** Um teste aberto de terapia cognitiva para insônia crônica
- **Data de publicação:** 2007
- **Periódico:** Behaviour Research and Therapy
- **Número:** 10
- **Volume:** 45
- **Tipo da pesquisa:** empírica com aplicação de entrevista estruturada IDI que avalia cada um dos critérios do DSM-IV-TR

Racional

Segundo Harvey et al. (2007) “a TCC-i é um tratamento multi-competente composto por: controle de estímulos, restrição do sono, higiene do sono, intenção paradoxal, relaxamento e reestruturação cognitiva de crenças inúteis sobre o sono.”

Objetivo

Descrever o desenvolvimento e avaliação inicial de uma nova abordagem de tratamento derivada de um modelo cognitivo de insônia.

Método

Dezenove pacientes com idade entre 18 e 65 anos, que atenderam os seguintes critérios pré-definidos: preenchimento de critérios para insônia primária (American Psychiatric Association, 2000), experiência de insônia por pelo menos 1 ano, latência de início de sono autoreferida e/ou acordar após o início do sono seja superior a 3 minutos e/ou o tempo total de sono seja inferior a 6,5 h por mais de três noites em cada sete dias, conforme avaliado em 2 semanas de diário de sono.

Principais resultados e conclusões

O tempo de sessões de terapia variou de 6 a 22 (média de 14), sendo que pacientes sem comorbidade completaram o tratamento em 6 a 8 sessões e aqueles com comorbidade completaram o protocolo de tratamento em 8 a 17 sessões. À medida que os terapeutas ganharam experiência, o tratamento foi aplicado com mais eficiência (os três primeiros completaram o tratamento em média 17 sessões e os dois últimos pacientes completaram o tratamento em seis sessões).

Segundo os autores, na avaliação pré-tratamento, todos os participantes preencheram os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para insônia primária. Foi realizado acompanhamento pós-tratamento, 3, 6 e 12 meses e nenhum participante (0%) atendeu aos critérios (avaliados com o IDI). Três pacientes que preencheram os critérios para TAG no pré-tratamento, não preencheram os critérios no pós-tratamento, 3, 6 ou 12 meses de acompanhamento. Não houve recorrências ou novas ocorrências de distúrbios do eixo 1 no pós-tratamento, acompanhamento de 3, 6 ou 12 meses (avaliado com o SCID). Além disso, no ISI houve uma redução significativa de 23,92 (2,67) no pré-tratamento para 10,53(2,50) no pós tratamento, uma melhora que se manteve no seguimento de 12 meses. Segundo os autores, "esses achados são consistentes com a hipótese de que um caminho para reduzir a insônia é reverter os processos de manutenção cognitiva (Harvey, 2002)".

A terapia cognitiva mostrou-se promissora enquanto intervenção para melhorar o funcionamento diurno na insônia, permitindo uma redução significativa no comprometimento diurno (medido pelo WSAS de 18,11 (6,33) do pré para 4,37 (6,17) no pós-tratamento , que foi mantido até o acompanhamento de 12 meses.

Houve melhora significativa nas três medidas do diário do sono (SOL, WASO, TST) do pré ao pós-tratamento e estas foram mantidas até o acompanhamento de 12 meses.

Foram administradas medidas de processo para avaliar até que ponto houve mudança nos processos cognitivos específicos que o tratamento visava reverter; ou seja, crenças inúteis sobre o sono, preocupação e ruminação sobre o sono, monitoramento de ameaças relacionadas ao sono e uso de comportamentos de segurança. Reduções significativas foram observadas em todas as medidas de processo pós-tratamento e estas foram mantidas por 12 meses.

Esses resultados devem ser interpretados dentro dos limites de suas limitações. Pelo fato de não haver grupo de controle, não podemos descartar que a melhora se deva à passagem do tempo ou a efeitos inespecíficos da terapia (por exemplo, expectativa de benefício terapêutico).

Referências Bibliográficas

- Associação Psiquiátrica Americana. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Bacelar, A. & Pinto Jr., L. R. (2019). *Insônia: do diagnóstico ao tratamento*. São Paulo: Associação Brasileira do Livro.
- DeAngelis, T. 2016. Behavioral therapy works best for insomnia. *Monitor on Psychology*, 47(9), p. 18.
- Teixeira, C. M., Teixeira, J. J; Prado, L. B. F; Prado, J. F. &Carvalho, L. B. C. (2016). Terapia Cognitiva Comportamental para Insônia: Revisão Sistemática. *Revista Neurociência*, 24, 1-33.

ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADA (ABA)
O REFORÇAMENTO



MÁRCIO BORGES MOREIRA

Livro publicado pela Editora do Instituto Walden

[Clique aqui para saber mais sobre esta obra](#)

Mom Power: Promovendo Resiliência em Mães e Famílias

Alberto Erich Steimber de Pereira Okada

Centro de Ensino Unificado de Brasília

Identificação do tratamento

Diagnóstico:

Depressão em criança afetada pela relação parental conflituosa ([link](#))

Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:

Tratamento pendente de reavaliação

Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:

Modesto

Descrição resumida do tratamento

Resumo

Em resumo, segundo Muzik et al. (2015), o tratamento o tratamento é definido por:

uma intervenção complexa com raízes conceituais na teoria do apego (Bowlby [1969](#)) e teoria do trauma (Cloitre et al. [2009](#) ; Herman [1992b](#)) e combina elementos de várias modalidades baseadas em evidências, incluindo psicoterapia pais-filho (CPP; (Cicchetti et al. [1999](#) , [2006](#); Lieberman et al. [2006](#); Toth et al. [2006](#)), atendimento informado sobre o trauma (Substance Abuse and Mental Health Services Administration,[nd](#)), terapia focada na solução (Lipchik [2002](#)), entrevista motivacional (MI; (Miller e Rollnick [2002](#)), bem como elementos de terapia cognitivo-comportamental (TCC; (Dobson [2009](#))) e terapia comportamental dialética (DBT; (Robins et al . [2001](#)), integrado a um currículo que visa envolver os participantes em uma experiência dinâmica, interativa e útil. (Muzik et al., 2015).

Premissa básica

Mom Power (MP) é um programa de apoio às famílias com dificuldades de cuidar de crianças pequenas. Ser pai de uma criança pequena é uma das tarefas mais difíceis que uma pessoa pode ter. Quando os pais também têm histórias de experiências difíceis ou não têm certeza sobre como cuidar dos filhos, ter um filho pequeno pode ser ainda mais estressante e difícil. Programas denominados de “Strong Roots” incluem versões personalizadas do Mom Power para os pais (Fraternity of Fathers), famílias de militares (Strong Military Families) e provedores de cuidados infantis e educação (Hearts and Minds on Babies).

Essência da terapia

Mom Power é uma teoria de 10 semanas, 13 sessões e intervenção baseada em evidências destinada a aumentar a competência dos pais por meio de estratégias multimétodo e multidisciplinar. A intervenção aplica a teoria do apego, estratégias comportamentais cognitivas e dialéticas.

Em sua essência, a Mom Power utiliza os seguintes componentes: (1) A melhoria do apoio entre pares / social que é conseguida através da criação de uma experiência de grupo partilhada, com oportunidades para a construção de relações informais; (2) a educação parental baseado no apego enfatiza a capacidade de resposta e a sensibilidade às experiências de separação de crianças pequenas, em as mães são instigada a praticar habilidades e refletir sobre a interação, além de ajudá-las a identificar e atender às necessidades emocionais das crianças. (3) A prática de autocuidado ensina as mães a reduzir seu próprio sofrimento, permitindo-lhes implementar conceitos como parentalidade equilibrada durante momentos de parentalidade emocionalmente evocativos. O Mom Power ensina os pais a administrar o estresse e os sintomas para que possam estar mais fundamentados e presentes para seus filhos no momento, que inclui respiração profunda, relaxamento progressivo, visualização de um lugar seguro, pensamentos positivos de enfrentamento, contenção de emoções angustiadas, fortalecimento da parte testemunha/observador de si mesmo, uso dos sentidos para acalmar, fazer uma lista de gratidão e um aterramento recurso. Cada sessão de grupo termina com a prática prática de uma habilidade de autocuidado e coaching individualizado. (4) As interações entre pai e filho guiadas enfatizam a criação de rotinas seguras e previsíveis para mãe e filho. As mães são encorajadas a antecipar, observar e refletir sobre essas separações e reencontros, bem como identificar maneiras de “tentar algo novo” para lidar com os sentimentos de seus filhos durante a separação/reencontro. (5) As reuniões individuais fornecem oportunidades individualizadas e personalizadas para conectar as mulheres aos serviços disponíveis em suas comunidades, ou seja, extraindo os pensamentos de cada mãe em relação às áreas de crescimento e desafios contínuos, fornecemos feedback personalizado sobre parentalidade, habilidades de autocuidado e bem-estar de seus filhos e oferecemos encaminhamentos individualizados para recursos comunitários relevantes (Muzik et al., 2015).

Duração aproximada da terapia

Total de 13 sessões, sendo 10 sessões de grupo e 3 sessões individuais (uma no início, outra no meio do período das sessões em grupo e outra no final).

Descrição dos procedimentos

Segundo Muzik et al. (2015), os procedimentos de condução das reuniões individuais e em grupo (de crianças e de mães) estão descritos em manuais que trazem procedimentos de organização e preparação dos encontros; procedimentos de como agem os facilitadores, procedimentos de como o trabalho é realizado, procedimentos de como agem os facilitadores; procedimentos de como o trabalho é realizado; procedimentos de condução dos grupos de adultos e de crianças e procedimentos de consulta reflexiva.

Os procedimentos de organização e preparação dos encontros são: (a) a intervenção é conduzida por dois co-facilitadores treinados, pelo menos um dos quais é um clínico de nível mestre e atua como facilitador principal; (b) o modelo inclui 10 sessões semanais de intervenção em grupo e três sessões individuais, especificamente, uma sessão individual no meio do grupo e uma antes e outra depois do grupo; (c) as sessões individuais são projetadas para envolver, motivar e construir confiança e relacionamento com os participantes (Muzik et al, 2015).

Os procedimentos de como agem os facilitadores são: (a) os facilitadores do grupo discutem metas pessoais, barreiras e conquistas com cada participante e fornecem encaminhamentos individualizados para outros serviços, conforme desejado e indicado; (b) o conteúdo programático da intervenção em grupo é entregue aos participantes distribuídos em 10 sessões semanais de 3 horas, nas quais participam as mães e seus filhos; (c) o conteúdo programático apresenta os conceitos de habilidades parentais e de autocuidado orientados pela teoria e baseados em evidências em um formato amigável, interativo, sem julgamento e acessível; (d) o foco do material didático para pais é promover um apego seguro entre pais e filhos; (e) os facilitadores fornecem apoio e encorajamento quando os participantes estão experimentando novas habilidades e formas de interagir com seus filhos, sinalizando a sua preocupação como ser humano e que seu bem-estar é importante (Muzik et al, 2015).

Os procedimentos de como o trabalho é realizado são: (a) é explorado quais experiências do passado podem impactar sua paternidade e quais experiências atuais podem estar afetando seus filhos; (b) o participante tem a experiência de ter seus pensamentos e sentimentos mantidos em mente pelos facilitadores; (c) é trabalhado o foco nos sentimentos e necessidades de seus filhos, e também em seus próprios sentimentos e necessidades, pois acredita-se que as mulheres podem ser mães melhores quando fazem do cuidado de si uma prioridade; (d) os pais aprendem como funcionar como uma base segura e um porto seguro para seus filhos; como atender às necessidades de uma criança enquanto explora e se conecta com um cuidador; como reparar uma ruptura no relacionamento; como co-regular as emoções de uma criança; e como criar uma atmosfera de calor, alegria e deleite na qual seu filho possa aprender e crescer; (d) as habilidades de autocuidado utilizam habilidades derivadas de DBT e mindfulness e imagens guiadas para melhorar a regulação do afeto e dimi-

nuir os sintomas associados à depressão, ansiedade e TEPT; (e) o foco na paternidade e no autocuidado está entrelaçado ao longo do manual e em cada sessão; (f) à medida que o processo grupal evolui ao longo do tempo, o componente psicoeducativo diminui e dá lugar a mais “reflexão terapêutica” e processos geradores de insight (Muzik et al, 2015).

Os procedimentos de condução dos grupos de adultos e de crianças são: (a) as mães são convidadas a trazer todas as crianças menores de 6 anos para o grupo MP; (b) o tamanho do grupo é tipicamente de seis a oito mães e seus filhos; (c) cada sessão de grupo começa com uma refeição compartilhada, proporcionando uma oportunidade de conexão informal entre as famílias participantes e os facilitadores; (d) durante as refeições, as crianças juntam-se à mesa das mães ou brincam entre si e com os cuidadores (“Child Team”) num espaço próximo; (e) a Equipe Infantil do MP é liderada por um clínico com nível de mestrado é composta por voluntários comunitários treinados, estudantes de graduação em psicologia e estudantes de pós-graduação em serviço social. (f) a equipe infantil visa fornecer um ambiente seguro, previsível, estimulante e acolhedor para crianças com atenção, envolvendo a criança em atividades adequadas ao desenvolvimento e apoiando a díade mãe-filho enquanto as mães estiverem presentes, avaliando cuidadosamente o funcionamento do desenvolvimento das crianças e auxiliando ativamente as crianças na prática de separação segura e previsível e rotinas de reencontro com suas mães.(g) para cada sessão de Grupo Infantil, um manual escrito baseado em brincadeiras é fornecido aos líderes da Equipe Infantil, que oferece um menu de opções para atividades semanais, caberá ser seguido; (h) após as refeições, as mães participam de um grupo de mães de aproximadamente 90 a 105 minutos; (i) grupos de mães e filhos são realizados em espaços adjacentes, mas separados, levando a uma separação natural entre mãe e filho; (j) essa separação e o subsequente reencontro são usados como avaliação valiosa e oportunidades terapêuticas (descritas com mais detalhes a seguir); (k) cada sessão do Grupo de Mães segue um formato estruturado e tem um tema específico relacionado à educação em relação ao desenvolvimento infantil, necessidades de apego e parentalidade eficaz; lidar com trauma passado ou em curso e sofrimento emocional; e melhor autocuidado usando técnicas mente-corpo (Muzik et al, 2015).

Os procedimentos de consulta reflexiva são: (a) os facilitadores do Grupo de Mães e o líder da Equipe de Crianças se reúnem semanalmente para consultas face a face com um supervisor de MP para processar os aspectos das sessões de grupo; (b) essa oportunidade de refletir sobre as observações e planejar intervenções personalizadas é uma parte crítica do modelo, proporcionando aos terapeutas a oportunidade de refletir sobre suas próprias experiências, planejar a sessão e pensar juntos estrategicamente sobre a melhor forma de apoiar cada mãe e filho; (c) após cada sessão de grupo, toda a equipe do MP participa de uma sessão de avaliação de 20 a 30 minutos, compartilhando as observações daquele dia; (d) as observações da Equipe Infantil sobre brincadeiras infantis e interações entre pares são compartilhadas com os facilitadores do Grupo de Mães; (e) os membros da Equipe Infantil são atualizados sobre desafios relevantes enfrentados pela família que podem ter surgido durante o Grupo de Mães e podem impactar o comportamento da criança (Muzik et al, 2015).

Recursos relacionados ao tratamento

Manuais de tratamento

Listados no site da APA

- Não consta. A APA orienta os interessados a entrarem em contato com o programa Strong Roots, encaminhando e-mail ao endereço strongroots@umich.edu para obter mais informações, ou no formulário ([link](#)). Os manuais estarão disponíveis após a conclusão de um treinamento Mom Power.

Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

Recursos de treinamento

Listados no site da APA

- Não consta. A APA orienta os interessados a entrarem em contato com o programa Strong Roots, encaminhando e-mail ao endereço strongroots@umich.edu para obter mais informações, ou no formulário ([link](#)). Os materiais de treinamento são disponibilizados para quem faz o treinamento Mom Power e participa das oficinas. O Modelo Mom Power Full: treinamento presencial de 3 dias por dois treinadores especializados inclui: materiais de pré-treinamento; três dias inteiros de treinamento curricular Mom Power; treinamento de implementação da equipe infantil e versões digitais de materiais de treinamento fornecidos aos participantes. ([link](#))

Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

Medidas, Apostilas e Planilhas

Listados no site da APA

Não consta. A APA orienta os interessados a entrarem em contato com o programa Strong Roots, encaminhando e-mail ao endereço strongroots@umich.edu para obter mais informações sobre os treinamentos, ou no formulário ([link](#)). As apostilas e planilhas são disponibilizadas somente para quem concluir o treinamento Mom Power. Segundo a APA, as medidas utilizadas no programa de treinamento incluem:

- Experiências Adversas na Infância (ACEs)
- Lista de verificação de eventos de vida (LEC)
- Questionário de Saúde do Paciente-9 (PHQ-9)
- Uma medida de estresse parental (ou seja, Escala de Estresse Parental ou Índice de Estresse Parental)

- Medida dos resultados da criança (ou seja, Lista de Verificação de Comportamento Infantil apropriada para a idade, ou Questionário de Pontos Fortes e Dificuldades ou DECA)

- Transtorno de Ansiedade Generalizada-7 (GAD-7)
- Escala de Fatores de Proteção
- As seguintes medidas são opcionais, mas altamente desejadas:
- Modelo de Trabalho da Entrevista Infantil
- Lista de verificação de PTSD para DSM-5 (PCL-5)

Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

Livros de auto-ajuda

Listados no site da APA

Não consta.

Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

Aplicativos para smartphones

Listados no site da APA

Não consta.

Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

Demonstrações em vídeo

Listados no site da APA

- As participantes do Mom Power compartilham suas experiências com o programa ([link](#)).
- Zero To Thrive Mom Power Program ([link](#)).

Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

Descrições em vídeo

Listados no site da APA

Os vídeos citados pela APA são:

- Zero to Thrive: programas projetados para capacitar famílias e comunidades
 - O Departamento de Psiquiatria da Universidade de Michigan fornece iniciativas transformadoras para famílias e educadores por meio do programa curricular Strong Roots de Zero to Thrive. Zero to Thrive oferece programas experimentais cuja missão é estimular descobertas científicas robustas, treinamento de qualidade e iniciativas intersetoriais vibrantes que criam soluções revolucionárias do mundo real que transformam o bem-estar e a resiliência das famílias desde a concepção até a primeira infância, com impactos para gerações vindouras ([link](#)).
- Zero para Prosperar: Usando a Árvore para Entender os Relacionamentos
 - A Árvore representa maneiras pelas quais as crianças aprendem, crescem e prosperam. Exploração e conexão, ramificação e construção de raízes são apoiadas quando aqueles que cuidam de crianças fornecem uma base segura e um porto seguro para seus filhos ([link](#)).
- Zero to Thrive: A roda de perguntas e respostas: uma ferramenta para ajudar a entender as necessidades de seu filho
 - A Roda de Perguntas e Respostas une os comportamentos, sentimentos e necessidades de uma criança e ajuda os adultos a descobrir a melhor forma de responder ([link](#)).
- Zero to Thrive: Paternidade com Cuidados Equilibrados
 - Quer você seja um pai, professor ou outro adulto importante, seu filho espera que você descubra como navegar no mundo. Zero To Thrive defende cuidados equilibrados ou respostas às crianças que são calorosas, gentis, fortes e responsáveis ([link](#)).

Outros vídeos do Zero To Thrive estão disponíveis no youtube pelo link: <https://youtube.com/playlist?list=PLNxqP-XbH8BKTsgvNSJ5Yfj2heBF8ejD1>,

Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

Referências bibliográficas: Testes clínicos

Listados no site da APA

- Um estudo controlado randomizado baseado na comunidade da intervenção parental Mom Power para mães com histórias de trauma interpessoal e seus filhos pequenos (Rosenblum et al., 2017) ([link](#)).
- Mom Power: resultados preliminares de uma intervenção em grupo para melhorar a saúde mental e parentalidade entre mães de alto risco (Muzik et al., 2015) ([link](#)).

- Melhorando as representações maternas em mães de alto risco: um estudo randomizado e controlado da intervenção parental Mom Power (Rosenblum, 2017) ([link](#))
- A intervenção pai-filho diminui o estresse e aumenta a atividade cerebral materna e a conectividade durante o próprio choro do bebê: um estudo exploratório (Swain et al., 2017) ([link](#)).

Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

Listados no site da APA

Não consta.

Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

Outros recursos de tratamento

Listados no site da APA

Além do Mom Power, fazem parte do Strong Roots os seguintes programas:

- DBT perinatal: Um programa de intervenção baseado em grupo para mães em situação de risco, para apoiar a saúde mental na gravidez e no pós-parto ([link](#)).
- Começos Fortes: Um Programa de Intervenção Baseada em Grupo para Pais, Cuidadores e Profissionais do Sistema de Bem-Estar Infantil ([link](#)).
- Famílias militares fortes: Um Programa de Intervenção Baseada em Grupo para Famílias de Militares com Crianças Pequenas ([link](#)).
- Fraternidade de pais: Um programa de intervenção baseado em grupo para pais de crianças pequenas que procuram uma melhor conexão ([link](#)).
- Corações e mentes em bebês: Um Programa de Intervenção em Grupo para Educadores da Primeira Infância ([link](#)).

Disponíveis em língua portuguesa

- Murta, S. G. et al. (2012). Avaliação de um programa psicoeducativo de transição para a parentalidade. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 22(53). <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300012>

Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

Identificação da pesquisa

- **Autores:** Maria Muzik, Katherine L. Rosenblum, Emily A. Alfafara, Melisa M. Schuster, Nicole M. Miller, Rachel M. Waddell & Emily Stanton Kohler.
- **Título:** Mom Power: resultados preliminares de uma intervenção em grupo para melhorar a saúde mental e a parentalidade entre mães de alto risco.
- **Data de publicação:** 11 de janeiro de 2015
- **Periódico:** Archives of Women's Mental Health
- **Número:** 18
- **Volume:** p. 507-521
- **Tipo da pesquisa:** Empírica.

Racional

Os objetivos da intervenção MP são “criar adesão” ao tratamento, fornecer saúde mental e psicoeducação parental, melhorar o autocuidado e as habilidades de enfrentamento do estresse (reduzindo assim a depressão e a ansiedade) e, finalmente, aumentar a capacidade reflexiva das mães para que possam utilizar estas reflexões para melhorar a parentalidade sensível.

Objetivo

Este estudo tem por objetivo avaliar os efeitos do Mom Power (MP), um programa de grupo de habilidades parentais e de autocuidado de 13 sessões para mães de alto risco e seus filhos pequenos (idade <6 anos), focado em melhorar a saúde mental das mães, competência e engajamento no tratamento

Método

As mães foram encaminhadas por profissionais de saúde da comunidade para um estudo de fase 1 para avaliar a viabilidade, aceitabilidade e resultados do piloto. No início, muitos relataram vários fatores de risco identificados, incluindo exposição a traumas, psicopatologia, pobreza e paternidade solteira. Noventa e nove pares mãe-filho foram inicialmente recrutados para o programa MP com 68 mulheres completando e fornecendo medidas de auto-relato pré e pós-avaliação demográfica e história de trauma (pré-avaliação apenas), saúde mental materna (depressão e pós-traumática transtorno de estresse (TEPT)), parentalidade e satisfação com a intervenção.

Principais resultados e conclusões

Os resultados indicam que a participação em MP foi associada à redução da depressão, PTSD e desamparo no cuidado. Uma relação dose-resposta ficou evidente porque, apesar da equivalência inicial, as mulheres que compareceram $\geq 70\%$ dos 10 grupos (concluíram; N=68) melhoraram nos resultados parentais e de saúde mental, em contraste com os não completadores (N = 12). Os efeitos foram mais pronunciados para mulheres com diagnóstico de saúde mental no início do estudo. A intervenção foi percebida como útil e de fácil utilização. Os resultados indicam que o MP é viável, aceitável e promissor para melhorar a saúde mental materna e a competência parental entre díades de alto risco. Mais pesquisas são necessárias para avaliar a eficácia do MP usando projetos controlados randomizados

Referência bibliográficas

Muzik M., Rosenblum K. L., Alfafara E. A., Schuster M. M., Miller N. M., Waddell R. M. & Kohler E. S. (2015). Mom Powe: preliminary outcomes of a group intervention to improve mental health and parenting among high-risk mothers. *Arch Womens Ment Health*, 18(3), 507-521.

Uma história de aprendizagem operante

Márcio Borges Moreira
Lucas Couto de Carvalho



[Clique aqui para saber mais sobre esta obra](#)

Terapia de Aceitação e Compromisso para Transtornos Mistos de Ansiedade

Alice de Melo Moraes

Centro de Ensino Unificado de Brasília

Identificação do tratamento

Diagnóstico:

Condições mistas de ansiedade ([link](#))

Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:

Tratamento pendente de reavaliação

Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:

Modesto apoio à pesquisa

Descrição resumida do tratamento

Resumo

Os transtornos de ansiedade são caracterizados como sintomas persistentes de medo, preocupação excessiva, bem como perturbações comportamentais relacionadas. Podem ser categorizados como Transtornos de Ansiedade Generalizada, Transtorno do pânico, Transtorno de ansiedade social, Agorafobia, Transtorno de Estresse pós traumático, Transtorno de estresse agudo, mutismo seletivo, Transtorno de ansiedade de separação e Transtorno de ansiedade induzido por substância. Uma das formas de tratamento para essas condições mistas de ansiedade dá-se pela ACT (Terapia de Aceitação e Compromisso), o qual visa desenvolver a flexibilidade psicológica do indivíduo para o momento presente para que assim as reações psicológicas possam ser reestruturadas ou mantidas.

Premissa básica

ACT é sobre aceitação e mudança. Os clientes são encorajados a deixar de lado a luta para mudar pensamentos e emoções indesejados; em vez de focar no momento presente e agir naquilo que o cliente mais valoriza.

Essência da terapia

Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) é uma terapia comportamental baseada na Teoria do Quadro Relacional, que visa mudar a relação que os indivíduos têm com pensamentos, sentimentos, memórias e sensações físicas indesejados ou temidos. As estratégias de aceitação e atenção plena são usadas para ensinar os clientes a diminuir a evitação, o apego às cognições, aumentando o foco no presente e a flexibilidade psicológica. Os clientes aprendem a esclarecer seus objetivos e valores e a se comprometer com estratégias de mudança comportamental.

Duração aproximada da terapia

Aproximadamente 12 sessões.

Descrição dos procedimentos

A ACT - Terapia de aceitação e compromisso é uma terapia comportamental e foi construída a partir de uma abordagem que enfatiza a relação do indivíduo com os eventos psicológicos. Além disso, a ACT propõe um modelo unificado de mudança de comportamento, denominado flexibilidade psicológica, que consiste na aptidão de estar em contato com o presente e dar continuidade, estabilizar ou mudar de comportamento em função de valores escolhidos. Essa flexibilidade é o resultado da comunicação entre seis processos psicológicos, sendo denominados como : atenção presente, aceitação, defusão, self como contexto, valores e compromisso. São utilizados durante o tratamento dos transtornos mistos de ansiedade, como também outros transtornos e questões (Monteiro, Érika Pizzolo, Ferreira, Gabriela Correia Lubambo, Silveira, Pollyanna Santos da, & Ronzani, Mota, 2015).

Atenção presente: a atenção flexível possibilita o aumento do contato com o momento presente e conseqüentemente o indivíduo é capaz de regular melhor sua atenção e estabelecer mais vínculo com o aqui e agora.

Aceitação: O desvio de situações que despertam emoções ou pensamentos indesejados leva a comportamentos disfuncionais. A aceitação diz respeito à disponibilidade em viver, lidar com acontecimentos internos da forma como eles aparecem.

Defusão: objetiva diminuir o controle de eventos internos, bem como pensamentos e sentimentos disfuncionais sobre o comportamento, aumentando assim o contato com a vivência presente.

Self: objetiva flexibilizar as crenças sobre si mesmo.

Valores: acontecimentos internos escolhidos livremente que resultam de padrões de comportamento dinâmico e específicos.

Compromisso: sinaliza o caminho a seguir, considerando que o objetivo da ACT é a regulação do comportamento em função dos valores.

Recursos relacionados ao tratamento

Manuais de tratamento

Listados pela APA

- Terapia de aceitação e compromisso para transtornos de ansiedade: um guia de tratamento do praticante para usar estratégias de mudança de comportamento baseadas em mindfulness, aceitação e valores (Hayes, Forsyth e Eifert) (indisponível)
- O Grande Livro das Metáforas do ACT: Um Guia do Praticante para Exercícios Experienciais e Metáforas na Terapia de Aceitação e Compromisso (Stoddard & Afari) ([link](#)).

Em português

- Aprendendo Act. Manual de Habilidades da Terapia de Aceitação e Compromisso Para Terapeutas (Jason B. Luoma) ([link](#)).

Recursos de treinamento

Listados pela APA

- Terapia de aceitação e compromisso e terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade: tratamentos diferentes, mecanismos semelhantes? Psicologia Clínica (Arch & Craske, 2008) ([link](#));
- Tratamento de três casos de transtorno de ansiedade com terapia de aceitação e compromisso em consultório particular (Codd et al., 2011) ([link](#));
- Terapia de Aceitação e Compromisso para Transtorno de Ansiedade Social Generalizada: Um estudo piloto (Dalrymple & Herbert, 2007) ([link](#));
- Terapia de aceitação e compromisso para transtornos de ansiedade: três estudos de caso que exemplificam um protocolo de tratamento unificado (Eifert et al., 2009) ([link](#)).

Em português

Não consta.

Medidas, Apostilas e Planilhas

Listados pela APA

- Questionário de Aceitação e Ação-II (AAQ-II) ([link](#));
- O Questionário de Vida Valorizada (VLQ) ([link](#));
- A Pesquisa de Valores Bulls-eye ([link](#));

- Questionário de Avaliação (VQ) ([link](#));
- O Diário Diário e o Relatório Semanal do ACT ([link](#));
- Avaliação abrangente dos processos de Terapia de Aceitação e Compromisso (CompACT) ([link](#));
- Questionário de Credibilidade de Sentimentos e Pensamentos Ansiosos (BAFT) ([link](#));
- Questionário de fusão cognitiva ([link](#));
- Atitudes Estigmatizantes - Credibilidade (SAB) ([link](#));
- Questionário de atenção plena em cinco facetas (FFMQ) ([link](#));
- Escala de Consciência de Atenção Consciente (MAAS) ([link](#));
- Questionário de Conhecimento ACT ([link](#));
- LIDAR ([link](#));
- Questionário de Experiências (QE) ([link](#));
- Escala de vergonha internalizada ([link](#));
- Escala de Inflexibilidade Psicológica na Dor (PIPS) ([link](#));
- Escala para Rigidez de Personalidade ([link](#));
- Escala de Autocompaixão ([link](#));
- Questionário de controle de pensamento ([link](#));
- Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) ([link](#));
- Inventário de Supressão do Urso Branco (WBSI) ([link](#)).

Em português

Não consta.

Livros de auto-ajuda

Listados pela APA

- Manual de Mindfulness e Aceitação para Ansiedade: Um Guia para se Libertar da Ansiedade, Fobias e Preocupações Usando Terapia de Aceitação e Compromisso (Forsyth & Eifert) ([link](#));
- Saia de sua mente e entre em sua vida: a nova terapia de aceitação e compromisso (um novo livro de exercícios de auto-ajuda) (Hayes & Smith) ([link](#));
- O Manual de Atenção Plena e Aceitação para Ansiedade Social e Timidez: Usando Terapia de Aceitação e Compromisso para se Libertar do Medo e Recuperar Sua Vida (Kocovski & Fleming) ([link](#));
- As coisas podem dar terrivelmente, terrivelmente erradas: um guia para a vida livre da ansiedade (Wilson & Dufrene) ([link](#)).

Em português

- Terapia de Aceitação e Compromisso: O Processo e a Prática da Mudança Consciente (Steven C. Hayes, Kirk D. Strosahl, Kelly G. Wilson, Mônica Valentim) ([link](#)).

Aplicativos para smartphones

Listados pela APA

- ACT Companion: The Happiness Trap App com Dr. Russ Harris (Berrick Psychology) ([Android](#) | [iOS](#));
- 2Morrow Health para Estresse e Ansiedade (2Morrow Health) ([link](#)).

Em português

Não consta.

Demonstrações em vídeo

Listados pela APA

- ACT na ansiedade ([link](#));
- Aceitando Emoções ([link](#));
- Raiva, paixão e o que significa ser forte | Russel Kolts | TEDxOlympia ([link](#));
- Metáfora do Tabuleiro de Xadrez ([link](#));
- Eva Adriana Wilson, MD: O Eu Forte e Saudável ([link](#));
- Encontrando sua paixão inalando a falta de sentido (indisponível);
- Hank Robb, Ph.D.: Estar onde você está e fazer o que é importante ([link](#));
- Jason Luoma & Jenna LeJeune: O terapeuta ACT ([link](#));
- Jesse Crosby: Psych'd Out! Série de Workshops (indisponível);
- Joe Oliver: Demônios no Barco ([link](#));
- Joe Oliver: O convidado da festa indesejado ([link](#));
- Jonathan Bricker: A vontade de desejar ([link](#));
- Leahy, Hayes e DiGiuseppe: Reestruturação Cognitiva e Demonstração de Desfusão Cognitiva ([link](#));
- Learning ACT - Habilidades e Competências para Clínicos ([link](#));
- Matthieu Villatte - Eu como Contexto (Eu Flexível) ([link](#));
- Freios mentais para evitar quebras mentais | Steven Hayes | TEDxDavidsonAcademy ([link](#));
- Flexibilidade psicológica: como o amor transforma a dor em propósito | Steven Hayes | TEDxUniversidade de Nevada ([link](#));

- Rich Blonna, Ph.D.: Uma breve introdução ao ACT ([link](#));
- Russ Harris, MD: Sobre o ACT em termos simples ([link](#));
- Lutando com sequestradores internos? – De Mindi (indisponível);
- Os vídeos do ACT Matrix 101 por Kevin Polk, Ph.D. ([link](#));
- O segredo do autocontrole | Jonathan Bricker | TEDxRainier ([link](#));
- Reflexões sobre o futuro da ACBS e a psicologia contextual – 2016 – Steven Hayes & Barbara Gil-Luciano ([link](#));
- Tom Lavin, MFT, LCADC, ACATA: : New Skills for Living – Experts no uso do ACT na vida diária ([link](#));
- Tom Lavin, MFT, LCADC, ACATA: : Quando a vida dói - o significado pode fornecer força e direção ([link](#));
- Tom Lavin, MFT, LCADC, ACATA: Live Better Psychoeducation Series ([link](#)).

Em português

- "RFT e ACT: Explicação e Tratamento para ansiedade" – Ranal YouTube Roberta Kovac ([link](#));
- "Formulação de casos clínicos na Terapia de Aceitação e Compromisso" – Canal YouTube Franciele Bischoff ([link](#));
- "Ansiedade, Esquiva Experiencial e Linguagem em Terapia de Aceitação e Compromisso" – Canal YouTube Marcela Bohn ([link](#)).

Descrições em vídeo

Listados pela APA

Não consta.

Em português

Não consta.

Referências bibliográficas: Testes clínicos

Listados pela APA

- Ensaio clínico randomizado de terapia cognitivo-comportamental (TCC) versus terapia de aceitação e compromisso (ACT) para transtornos de ansiedade mistos (Arch et al., 2012) ([link](#));
- Um estudo controlado randomizado de Terapia de Aceitação e Compromisso e Terapia Cognitivo-Comportamental para transtorno de ansiedade generalizada (Avdagic, Morrissey e Boschen, 2014) ([link](#));
- Ensaio controlado randomizado de Terapia Cognitivo Comportamental e Terapia de Aceitação e Compromisso para fobia social: resultados e moderadores (Craske et al., 2014) ([link](#));

- Um estudo randomizado de eficácia controlada de Terapia de Aceitação e Compromisso e Terapia Cognitiva para ansiedade e depressão (Forman et al., 2007) ([link](#));
- Tratando pacientes resistentes ao tratamento com transtorno de pânico e agorafobia usando psicoterapia: um estudo randomizado de comutação controlada (Gloster et al., 2015) ([link](#));
- Terapia de grupo baseada em mindfulness e aceitação versus terapia de grupo cognitivo-comportamental tradicional para transtorno de ansiedade social: um estudo controlado randomizado (Kocovski et al., 2013) ([link](#));
- Eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso na diminuição da atenção autofocada e na melhoria da autoeficácia (Mehrdoost, Neshatdoost, & Abedi, 2013) (indisponível);
- A eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso baseada na redução da ansiedade e depressão em estudantes com fobia social (Molavi et al., 2014) ([link](#));
- Mediadores cognitivos de tratamento para transtorno de ansiedade social: comparando terapia de aceitação e compromisso e terapia cognitivo-comportamental (Niles et al., 2014) ([link](#));
- Avaliando a eficácia do ACT para transtornos de ansiedade em um contexto de autoajuda: resultados de um estudo controlado randomizado de lista de espera (Ritzert et al., 2016) ([link](#));
- Terapia de aceitação e compromisso para transtorno de ansiedade generalizada em idosos: um relatório preliminar (Wetherell et al., 2011) ([link](#));
- Moderadores e preditores não específicos do resultado do tratamento para transtornos de ansiedade: uma comparação da terapia cognitivo-comportamental com a terapia de aceitação e compromisso (Wolitzky-Taylor et al., 2012) ([link](#));
- Efeito da Terapia de Aceitação e Compromisso em jovens com ansiedade social (Yadegari, Hashemiyan e Abolmaali, 2014) ([link](#));
- Terapia de aceitação e compromisso (ACT) versus dessensibilização sistemática no tratamento da ansiedade matemática (Zettle, 2003) ([link](#)).

Em português

- Combinando Terapia de Aceitação e Compromisso com Exposição e Prevenção de Resposta para Melhorar o Envolvimento do Tratamento no Transtorno Obsessivo-Compulsivo ([link](#)).

Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

Listados pela APA

- Terapia de aceitação e compromisso para transtornos do espectro de ansiedade e TOC: uma revisão empírica (Bluett et al., 2014) ([link](#));
- Terapia de Aceitação e Compromisso no tratamento da ansiedade: Uma revisão sistemática (Swain et al., 2013) ([link](#));

- Uma revisão sistemática da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para o gerenciamento da ansiedade: Aplicabilidade para pessoas com lesão cerebral adquirida? (Soo, Tate e Lane-Brown, 2011) ([link](#)).

Em português

- ACT em Grupo para Manejo de Ansiedade entre Universitários: Ensaio Clínico Randomizado ([link](#)).

Outros recursos de tratamento

Listados pela APA

- Terapia de aceitação e compromisso e terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade: tratamentos diferentes, mecanismos semelhantes? Psicologia Clínica (Arch & Craske, 2008) ([link](#));
- Tratamento de três casos de transtorno de ansiedade com terapia de aceitação e compromisso em consultório particular (Codd et al., 2011) ([link](#));
- Terapia de Aceitação e Compromisso para Transtorno de Ansiedade Social Generalizada: Um estudo piloto (Dalrymple & Herbert, 2007) ([link](#));
- Terapia de aceitação e compromisso para transtornos de ansiedade: três estudos de caso que exemplificam um protocolo de tratamento unificado (Eifert et al., 2009) ([link](#)).

Em português

Não consta.

Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

Identificação da pesquisa

- **Autores:** Joanna Arch, Ph.D, Georg H. Eifert, PhD, Carolyn Davies, Jennifer C. Plumb Villardaga, MA, Raphael D. Rose, Ph.D, Michelle G. Craske, Ph.D
- **Título:** "*Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders.*" – Ensaio clínico randomizado de terapia cognitivo-comportamental (TCC) versus terapia de aceitação e compromisso (ACT) para transtornos de ansiedade mistos. ([link](#)).
- **Data de publicação:** outubro de 2012
- **Periódico:** J Consulte Clin Psycho
- **Número:** 80
- **Volume:** 5

- **Tipo da pesquisa:** Ensaio clínico randomizado

Racional

O estudo atual compara ACT e TCC em uma amostra de transtornos de ansiedade mistos por dois motivos. Primeiro, a ACT foi originalmente desenvolvida para o tratamento de psicopatologia em geral, em vez de um transtorno específico em particular. O protocolo ACT usado no presente estudo foi projetado para aplicação em todos os transtornos de ansiedade, com o conteúdo de exercícios comportamentais orientados por valores adaptados a transtornos de ansiedade específicos. Em segundo lugar, a TCC compartilha elementos de tratamento comuns entre os transtornos de ansiedade com variação no conteúdo específico de cada transtorno. Assim, foi elaborado um manual de TCC que aborda todos os transtornos de ansiedade por meio de mecanismos de ramificação específicos para cada transtorno. O protocolo de TCC incluiu os mesmos elementos básicos de tratamento em todos os transtornos (por exemplo, psicoeducação, reestruturação cognitiva, exposição – consulte Métodos), mas adaptou o conteúdo desses elementos para cada transtorno específico, uma abordagem que testamos com sucesso em estudos anteriores.

Objetivo

Uma vez que faltam comparações diferentes de tratamentos com base na aceitação com a terapia cognitivo comportamental (TCC) tradicional para transtornos de ansiedade. O atual artigo tem como objetivo preencher essa lacuna de pesquisa comparando a terapia de aceitação e compromisso (ACT) à TCC para transtornos de ansiedade mistos.

Método

Participaram da pesquisa cento e quarenta e três participantes os quais se enquadraram em um ou mais dos transtornos de ansiedade, englobando o transtorno de pânico com ou sem agorafobia, transtornos de ansiedade social, fobia específica, transtorno obsessivo-compulsivo ou transtorno de ansiedade generalizada, preenchendo os critérios do DSM-IV. Os participantes foram convocados na cidade de Los Angeles através de panfletos que foram distribuídos no local, como listas e anúncios de jornais. O estudo foi realizado no Centro de Pesquisa de Transtornos de Ansiedade da Universidade da Califórnia em Los Angeles no departamento de psicologia.

Para a realização da pesquisa, os participantes estavam isentos de medicação ou com pelo menos com o uso padrão de alguma medicação. Ademais, também estavam isentos do tratamento com psicoterapia ou estabilizados com alguma psicoterapia alternativa. O estudo foi totalmente aprovado pelo comitê de proteção de seres humanos da UCLA; consentimento informado completo foi obtido de todos os participantes, inclusive para gravações de vídeo e áudio.

O método foi dividido em duas etapas, sendo: Delineamento e Tratamento.

Delineamento: as avaliações incluíram: uma entrevista diagnóstica, questionários de autorrelato e uma avaliação laboratorial de duas a três horas relatada em outros locais. Ressaltando que os avaliadores eram cegos para as condições de tratamento.

Tratamento: os participantes participaram de doze sessões de terapia individual de 1 hora de TCC ou ACT baseado em manuais de tratamento detalhados entregues por terapeutas no transtorno principal. Após o período de 12 sessões, os terapeutas ligavam para os ps, fazendo acompanhamento uma vez por mês, durante seis meses, permitindo 20 a 35 minutos a cada chamada para solucionar algum problema pontual com a condição da terapia escolhida para melhorar os resultados a longo prazo. Participaram 39 terapeutas; dezoito terapeutas trabalhavam exclusivamente em TCC, 9 trabalhavam exclusivamente em ACT e 11 tratavam tanto ACT quanto TCC (mas nunca ao mesmo tempo). Geralmente, os terapeutas tratavam de 1 a 2 pacientes por vez e 3 a 6 terapeutas trabalhavam em cada condição de tratamento por vez.

A respeito das terapias de ACT e TCC, na primeira sessão da ACT focada nos transtornos de ansiedade, a primeira sessão concentrou-se em psicoeducação, exercícios experienciais e discussões que introduziram aceitação, desesperança criativa e ação valorizada. Já a TCC, a supervisão em grupo semanal de uma hora para os terapeutas do estudo foi conduzida separadamente pelos principais autores dos manuais de tratamento e por terapeutas avançados da UCLA. A sessão 1 concentrou-se na avaliação, automonitoramento e psicoeducação e as sessões 2-4 enfatizaram a reestruturação cognitiva com testes de hipóteses, automonitoramento e treinamento respiratório.

Principais resultados e conclusões

Os resultados demonstraram que tanto a ACT, como a terapia de TCC não diferiram significativamente no pós-tratamento em resultados específicos de ansiedade ou mais amplos. As diferenças deram-se entre os grupos com ACT mostrando superioridade sobre a TCC na gravidade do distúrbio principal e nos resultados de flexibilidade psicológica. Apesar disso, as diferenças do grupo de acompanhamento são complicadas pelo fato de que significativamente mais participantes do ACT utilizaram psicoterapia externa durante o intervalo inicial de acompanhamento do que os participantes da TCC.

Em relação aos resultados relativos à ansiedade, continuaram a melhorar durante a avaliação de acompanhamento de seis meses tanto na ACT quanto na TCC. De seis a doze meses, a melhora diminuiu, mas os ganhos do tratamento permaneceram. No que tange aos resultados mais amplos, ambos os grupos mostraram grandes melhorias na flexibilidade psicológica e melhorias mais moderadas na qualidade de vida no pós-tratamento. Conclui-se que tanto a ACT, quanto a TCC resultaram em melhorias significativas do pré ao pós-tratamento que foram mantidas ou melhoradas durante o acompanhamento, tanto nos resultados específicos da ansiedade quanto nos mais amplos.

Referências

American Psychiatric Association (APA) (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.

Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Plumb Vildardaga, J. C., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of consulting and clinical psychology, 80*(5), 750-765.

Monteiro, É, Pizziolo, Ferreira, G.C Lubambo, Silveira, P.Santos da, & Ronzani, T. Mota. (2015). Terapia de aceitação e compromisso (ACT) e estigma: revisão narrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 11(1), 25-31.



VIMEO.COM/IW4

iW4 PLAY

VÍDEOAULAS ON DEMAND
SOBRE ANÁLISE DO
COMPORTAMENTO

INSTITUTO WALDEN4

Quer assistir a vídeo-aulas sobre Análise do Comportamento ministradas pelo Prof. Márcio Moreira?

[Clique aqui para acessar](#)

Terapia Cognitivo Comportamental para Transtorno Obsessivo Compulsivo

Ana Beatriz Padilha Fernandes

Centro de Ensino Unificado de Brasília

Identificação do tratamento

Diagnóstico:

Transtorno Obsessivo Compulsivo ([link](#))

Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:

Tratamento pendente de reavaliação

Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:

Forte suporte para pesquisa

Descrição resumida do tratamento

Resumo

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) é um transtorno que pode possuir diferentes manifestações, sendo caracterizado pela presença de obsessões e/ou compulsões que são vivenciados com muita ansiedade pelo indivíduo. As obsessões e compulsões consomem tempo diário e impactam significativamente na rotina do indivíduo, interferindo no contexto social, familiar e profissional, sendo vivenciado com acentuado sofrimento psíquico (Cordioli, 2008). Nesse sentido, a Terapia Cognitiva-Comportamental traz diferentes técnicas e ferramentas para o tratamento do TOC, utilizando também a Exposição e Prevenção de Respostas (EPR), auxiliando o indivíduo a enfrentar as ideias disfuncionais e diminuindo a frequência de comportamentos que trazem prejuízo para sua saúde psicossocial.

Premissa básica

A premissa base assume que os pacientes com TOC experimentam pensamentos distorcidos e disfuncionais sobre si mesmos, o mundo e o futuro, que produzem e mantêm sua ansiedade. A hipótese do TOC está relacionada a um senso inflado de responsabilidade pessoal relacionado a eventos que podem causar danos a si mesmo ou a outros. A terapia cognitivo-comportamental visa ajudar a pessoa a identificar, desafiar e modificar essas ideias disfuncionais e adotar comportamentos mais funcionais.

Essência da terapia

A TCC para TOC se concentra no ensino de técnicas para ajudar os pacientes a explorar, entender e implementar formas alternativas de pensar e se comportar. A Exposição e Prevenção de Resposta (EPR) é um tipo de terapia de exposição que é usada para ajudar os pacientes a explorar comportamentos alternativos em resposta a pensamentos indesejados.

Duração aproximada da terapia

Aproximadamente 12 sessões

Descrição dos procedimentos

A técnica utilizada na TCC com a EPR no tratamento do TOC pode ser descrita nas seguintes etapas: Em um primeiro momento, é realizada a avaliação do paciente, na qual é inferido o diagnóstico do TOC e é feita a indicação da psicoterapia, realizando também a avaliação das contra-indicações ou preditores de não resposta do paciente. Depois desse momento, é dada a fase inicial, na qual é realizada a avaliação da motivação para o tratamento; identificação, listagem e avaliação da hierarquização e intensidade dos sintomas obsessivos-compulsivos. Dessa maneira, começa a introdução dos exercícios de EPR e das tarefas designadas para os pacientes. Além disso, nessa primeira fase também é explicado sobre o modelo cognitivo, realizando a introdução das técnicas cognitivas. Após esse momento, começa a fase intermediária, na qual é dada a continuação dos exercícios de EPR e cognitivos, sendo realizado um monitoramento com a presença do reforçamento das técnicas cognitivas e comportamentais (Cordioli, 2008).

Os exercícios de Exposição e Prevenção de Resposta, dentro do espaço da psicoterapia, são escolhidos em comum acordo entre o terapeuta e o paciente. O exercício de exposição pode ser descrito como o contato (direto ou na imaginação) do paciente com os objetos, lugares ou situações que são evitados por ele, seja por motivo de medo, aflição ou nojo provocado pelo contato. A prevenção de resposta consiste na evitação, por parte do paciente, de reagir realizando rituais, compulsões diversas ou outras manobras, que funcionem para avaliar ou diminuir o desconforto ou ansiedade causados pela obsessão. Dessa forma, ao longo das sessões realizadas, o paciente entra na habituação, tendo o nível de ansiedade diminuído (Cordioli, 2008).

Recursos relacionados ao tratamento

Manuais de tratamento

Listados pela APA

- Tratamento Baseado na Família para crianças pequenas com TOC (Freeman & Garcia) ([link](#));

- Tratamento Cognitivo Comportamental do TOC na Infância (Piacentini, Langley, & Roblek) ([link](#));
- Superando o Transtorno Obsessivo Compulsivo - Protocolo do Terapeuta (McKay & Steketee) ([link](#));
- Tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (Steketee) ([link](#));
- Exposição e Prevenção de Resposta (Ritual) para Transtorno Obsessivo Compulsivo, 2ª edição (Foa, Yadin, & Lichner) ([link](#)).

Em português

- TOC: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Cordioli, 2013) ([link](#));
- Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para Pacientes e Terapeutas (Cordioli, 2016) ([link](#));
- Modelo Cognitivo-Comportamental do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Vivan, Bicca e Cordioli; In: Manual Prático de Terapia Cognitivo-Comportamental) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental em grupo no transtorno obsessivo-compulsivo (Cordioli, 2002) ([link](#))

Recursos de treinamento

Listados pela APA

- O Manual de Oxford para Transtornos Obsessivo Compulsivo e do Espectro (Steketee) ([link](#));
- Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Franklin & Foa; In: Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos) ([link](#));
- Instituto Beck de Terapia Cognitivo Comportamental ([link](#));

Em português

- A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo (Cordioli, 2008) ([link](#));
- Técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo (Oliveira, 2019) ([link](#));

Medidas, Apostilas e Planilhas

Listados pela APA

Entrevistas:

- Entrevista Estruturada para os Transtornos de Ansiedade (Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS) para Adultos ([link](#));

- Entrevista Estruturada para os Transtornos de Ansiedade (Anxiety Disorders Interview Schedule, ADIS) para Crianças ([link](#)).

Classificação Clínica:

- Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, Y-BOCS) ([link](#));
- Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown para Crianças (Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale, CY-BOCS) ([link](#)).

Questionários de auto-relato:

- Inventário Obsessivo-Compulsivo da Flórida (Florida Obsessive Compulsive Inventory, FOCl) ([link](#));
- Escala Dimensional Obsessivo-Compulsiva (Dimensional Obsessive-Compulsive Scale, DOCS) ([link](#));
- Inventário Obsessivo-Compulsivo - Revisado (Obsessive-Compulsive Inventory - Revised, OCI-R) ([link](#));
- Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown - Auto-Relato (Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale-Self Report) ([link](#));
- Inventário Obsessivo-Compulsivo de Clark-Beck (Clark-Beck Obsessive-Compulsive Inventory, CBOCI) ([link](#));
- Inventário curto de Obsessão de Leyton - Versão Infantil ([link](#));
- Inventário Obsessivo Compulsivo de Maudsley ([link](#));
- Inventário de Pádua Revisado ([link](#)).

Medidas para os pais

- Escala de Impacto Obsessivo Compulsivo Infantil ([link](#));
- Inventário Compulsivo Obsessivo Infantil ([link](#));
- Escala de acomodação familiar ([link](#));
- Lista de Verificação de Acomodação Familiar e Escala de Interferência (Family Accommodation Checklist and Interference Scale, FACLIS) ([link](#)).

Em português

- Lista de Sintomas do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Cordioli) ([link](#));
- Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD) ([link](#));
- Obsessional-Beliefs Questionnaire - OBQ-44 (Tradução e Adaptação por Bortolcello e Cordioli) ([link](#));
- Diário de Sintomas ou Mapa do TOC ([link](#));
- Adaptação da escala australiana Childhood concerns survey (CCS) num contexto brasileiro (Silva, 2003) ([link](#));
- Tradução, adaptação e validação das escalas Obsessive-Compulsive Inventory-OCI e do Obsessive-Compulsive Inventory-Revised-OCI-R (Souza, 2008) ([link](#));

- Inventário de Pádua: Desenvolvimento e estudo das propriedades psicométricas de uma versão reduzida (Galhardo et al., 2018) ([link](#));
- Inventário Obsessivo de Coimbra – versão reduzida (IOC-R): Desenvolvimento e propriedades psicométricas (Galhardo et al., 2020) ([link](#)).

Livros de auto-ajuda

Listados pela APA

- Superando Pensamentos Obsessivos: Como Ganhar o Controle de seu TOC (Clark & Purdon) ([link](#));
- Superando o TOC: Um Livro de 10 Passos para Retomar sua Vida (Abramowitz) ([link](#));
- Libertando seu Filho do Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Um Programa Poderoso e Prático para Pais de Crianças e Adolescentes (Chansky) ([link](#));
- Pare de Ficar Obcecado!: Como Superar suas Obsessões e Compulsões (Foa & Wilson) ([link](#));
- O livro de Exercícios do TOC: Seu Guia para se Libertar do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Hyman & Pedrick) ([link](#));
- O Pensamento que Conta: Um Relato em Primeira Mão da Experiência de um Adolescente com Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Kant, Franklin & Andrews) ([link](#));
- Falando de Volta ao TOC: O Programa que Ajuda Crianças e Adolescentes a Dizerem "De Jeito Nenhum" - e os Pais Dizerem "Muito Bem" (March & Benton) ([link](#)).

Em português

- Controlando o TOC com TCC Para Leigos (Ath & Willson, 2017) ([link](#));
- Poltoc e os Pensamentos Et. Ajudando a Criança a Lidar com o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Hirata & Gabriel, 2022) ([link](#));
- Vencendo o TOC (Abramowitz, 2015) ([link](#));
- Como Lidar com o Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC): Guia Prático Para Pacientes, Familiares e Profissionais da área da Saúde (Lopes & Nascimento, 2020) ([link](#));
- Toc. Aprendendo Sobre os Pensamentos Desagradáveis e os Comportamentos Repetitivos (Gomes & Bortoncello, 2016) ([link](#));
- Baralho do transtorno obsessivo-compulsivo: crianças e adolescentes (Gomes, 2018) ([link](#));
- Medos, Dúvidas e Manias: Orientações para Pessoas com Transtorno Obsessivo-Compulsivo e seus Familiares (Torres, Shavitt & Miguel) ([link](#));

Aplicativos para smartphones

Listados pela APA

Não consta.

Em português

- Diário de humor: bons hábitos ([Android](#));
- Cíngulo: Terapia Guiada ([Android](#) | [iOS](#));
- Conversa Comigo: Terapia 24h ([Android](#));
- Rootd - Alívio de ansiedade ([Android](#) | [iOS](#));
- Worry Wacht (Relógio da preocupação) ([iOS](#));
- OCD.app Anxiety, Mood & Sleep (App para TOC, Ansiedade, Humor e Sono) ([Android](#)).

Demonstrações em vídeo

Listados pela APA

Não consta.

Em português

- "Como superar Pensamentos Repetitivos ou Obsessivos" - Canal YouTube: Terapia Cognitiva Online ([link](#));
- "Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC" - Canal YouTube: Minutos Psíquicos ([link](#));
- "Animação: TOC - Transtorno Obsessivo Compulsivo" - Canal YouTube: Janela da Alma Psicanálise ([link](#));

Descrições em vídeo

Listados pela APA

Não consta.

Em português

- "A Terapia Cognitiva do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)" - Canal YouTube: Terapia Cognitiva Online ([link](#));
- "FALCO-PAPO | TCC NO TRATAMENTO DO T.O.C. (com a Psicóloga Kelyny Dório)" - Canal YouTube: Terapia Cognitiva Online ([link](#));
- "TRANSTORNO OBSESSIVO COMPULSIVO - TOC - Faça Isto Para Melhorar!! Terapia Cognitiva-Comportamental" - Canal YouTube: Psicóloga Flavia Krahe ([link](#));

- "O que é o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC)? Parte 1" - Canal YouTube: Ampla Mente ([link](#));
- "Técnicas da TCC para o Tratamento do TOC (Parte 3)" - Canal YouTube: Ampla Mente ([link](#)).

Referências bibliográficas: Testes clínicos

Listados pela APA

- Ensaio randomizado controlado por placebo de exposição e prevenção de ritual, clomipramina e sua combinação no tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Foa et al., 2005) ([link](#));
- Tratamento Baseado na Família da Primeira Infância do Transtorno obsessivo-compulsivo: O Estudo de Tratamento de Transtorno Obsessivo-Compulsivo Pediátrico para Crianças Pequenas (POTS Jr) - Um Ensaio Clínico Randomizado (Freeman et al., 2014) ([link](#));
- Aumento da terapia Cognitivo-Comportamental da farmacoterapia no Transtorno Obsessivo-Compulsivo pediátrico: o estudo controlado randomizado do Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) (Franklin et al., 2011) ([link](#));
- Terapia Cognitivo-Comportamental, sertralina e sua combinação para crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo: o estudo controlado randomizado do Pediatric OCD Treatment Study (POTS) (Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004) ([link](#));
- Comparação controlada de Terapia Cognitivo-Comportamental Familiar e treinamento de psicoeducação/relaxamento para Transtorno Obsessivo-Compulsivo infantil (Piacentini et al., 2011) ([link](#));
- Um estudo randomizado e controlado de Terapia Cognitivo-Comportamental para aumentar a farmacoterapia no Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Simpson et al., 2008) ([link](#)).

Em português

- Terapia cognitivo-comportamental em grupo para o transtorno obsessivo-compulsivo: 2 anos de acompanhamento (Braga, 2004) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental em grupo e sertralina no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo (Sousa, 2005) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo infantil: apresentação de um estudo de caso (Schwartz, Lisboa, 2014) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico (Feix & Barreto, 2007) ([link](#));
- Estudo comparativo de efetividade da terapia cognitivo-comportamental em grupo e dos inibidores seletivos de recaptção da serotonina em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico pragmático (Silva, 2009) ([link](#));

- Funcionamento neuropsicológico no transtorno obsessivo-compulsivo e resposta à terapia cognitivo-comportamental em grupo (Braga, 2011) ([link](#)).

Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

Listados pela APA

- Tratamentos Cognitivo-Comportamentais para Transtornos de Ansiedade: Uma revisão dos achados meta-analíticos (Deacon & Abramowitz, 2004) ([link](#));
- Tratamentos Comportamentais versus farmacológicos do Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Uma meta-análise (Kobak et al., 1998) ([link](#));
- Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Uma meta-análise do resultado do tratamento e moderadores (Olatunji et al., 2013) ([link](#));
- Tratamento psicológico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo: uma meta-análise (Rosa-Alcazar et al., 2008) ([link](#));
- Envolvimento da família no tratamento psicológico do Transtorno Obsessivo-Compulsivo: uma meta-análise (Thompson-Hollands et al., 2014) ([link](#));
- Uma meta-análise de Terapia Cognitivo-Comportamental e medicação para Transtorno Obsessivo-Compulsivo infantil: moderadores da eficácia, resposta e remissão do tratamento (McGuire et al., 2015) ([link](#)).

Em português

- Terapia cognitivo-comportamental com intervenção familiar para crianças e adolescentes com transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão sistemática (Gomes et al., 2011) ([link](#));
- Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década (Prazeres, Souza e Fontenelle, 2007) ([link](#));
- Fatores preditores de resultados no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo com as terapias comportamental e cognitivo-comportamental: uma revisão sistemática (Raffin et al., 2008) ([link](#));
- Funcionamento executivo em adultos com Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Uma revisão sistemática da literatura (Melo & Sampaio, 2021) ([link](#));

Outros recursos de tratamento

Listados pela APA

- Fundação Internacional do TOC ([link](#));
- TOC-Reino Unido ([link](#)).

Em português

- Transtorno Obsessivo Compulsivo - TOC - UFRGS ([link](#));

- CTB - ABC - Centro de Terapia Cognitiva do ABC: Como a Terapia Cognitivo Comportamental pode me ajudar no tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC)? ([link](#));

Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

Identificação da pesquisa

- **Autores:** Jennifer Freeman, PhD; Jeffrey Sapyta, PhD; Abbe Garcia, PhD; Scott Compton, PhD; Muniya Khanna, PhD; Chris Flessner, PhD; David FitzGerald, PhD; Christian Mauro, PhD; Rebecca Dingfelder, PhD; Kristen Benito, PhD; Julie Harrison, BA; John Curry, PhD; Edna Foa, PhD; John March, MD; Phoebe Moore, PhD; Martin Franklin, PhD
- **Título:** Tratamento Baseado na Família da Primeira Infância do Transtorno obsessivo-compulsivo: O Estudo de Tratamento de Transtorno Obsessivo-Compulsivo Pediátrico para Crianças Pequenas (POTS Jr) - Um Ensaio Clínico Randomizado.
- **Data de publicação:** 23 de abril de 2014
- **Periódico:** JAMA psychiatry
- **Número:** 6
- **Volume:** 71
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio Clínico Randomizado

Racional

O Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) desenvolvido na primeira infância (entre 5 a 8 anos), impacta nos aspectos sociais, familiares e escolares da vida da criança, comprometendo a realização dos marcadores normais de desenvolvimento. Embora o TOC na primeira infância possa representar repercussões negativas no funcionamento e desenvolvimento da criança, podendo se estender até a fase adulta, existem poucas pesquisas que investigam a eficácia de diferentes tipos de tratamento e intervenção para esse caso.

A Terapia Cognitiva-Comportamental (TCC) elaborar ferramentas de tratamento eficazes para o TOC, entretanto, esses estudos não abordam de maneira adequada às particularidades que o TOC constitui para as crianças na primeira infância. De acordo com a pesquisa, as características próprias do TOC na primeira infância se dão, principalmente, nos seguintes aspectos: diferenças de desenvolvimento, contexto familiar, correlatos únicos de sintomas e contato inicial da família com o sistema de saúde mental. Além disso, é importante que nesses casos o tratamento da TCC permita o envolvimento dos pais, tecendo instruções que estruturam e expliquem como essa participação pode ser desenvolvida.

Estudos anteriores realizados pelos autores produziram um protocolo de TCC baseado na família adaptado para crianças de 5 a 8 anos de idade, alcançando resultados promissores. As adaptações feitas no protocolo incluíram as diferenças contextuais de cognição, so-

cioemocionais e familiares de crianças pequenas, tendo como foco principal o tratamento baseado em Exposição e Prevenção de Respostas (EPR). O estudo também demonstrou uma diferença na eficácia no tratamento de TCC baseado na família (TCC-FB) e no tratamento de relaxamento baseado na família (RT-FB), necessitando de mais estudos que investiguem de maneira mais abrangente essa diferença. Dessa maneira, a presente pesquisa (denominada de : Pediatric Obsessive Compulsive Disorder Treatment Study for Young Children [POTS Jr]) propôs a seguinte hipótese: a TCC-FB é capaz de produzir maiores indicadores de melhorias nas respostas e diminuição de comportamentos disfuncionais em crianças da primeira infância com TOC, em comparação com o tratamento e protocolo de relaxamento (RT-FB).

Objetivo

O objetivo da pesquisa é analisar a eficácia da Terapia Cognitiva-Comportamental baseada na família (TCC-FB), envolvendo a técnica da Exposição e Prevenção de Respostas, em comparação com uma condição de controle do tratamento de relaxamento baseado na família (RT-FB), para crianças de 5 a 8 anos de idade (primeira infância).

Método

A pesquisa, denominada pelos autores de “Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder Treatment Study for Young Children (POTS Jr)”, realizou um ensaio clínico randomizado com duração de 14 semanas, que ocorreu em três centros médicos acadêmicos diferentes no período de 2006 até 2011. A pesquisa teve como participantes 127 pacientes ambulatoriais pediátricos, na faixa etária de 5 a 8 anos de idade, que receberam o diagnóstico primário do Transtorno Obsessivo Compulsivo, levando em consideração o escore de mais de 16 pontos obtidos na Escala de Obsessão Compulsiva de Yale-Brown.

Os participantes foram randomicamente designados para uma das duas condições de tratamento, dentro do período de 14 semanas, utilizando um procedimento de bloqueio permutado. Foram realizadas 12 sessões ao longo das 14 semanas para ambas as condições de tratamento. Dentre as 12 sessões, as duas primeiras (que tiveram a duração de 90 minutos) foram realizadas apenas com os pais, as demais sessões (com duração de 60 minutos) foram conduzidas com os pais e as crianças conjuntamente. Cada sessão foi avaliada por psicólogos de nível de doutorado. A análise dos resultados foi realizada a partir de diferentes procedimentos, como testes multivariados na última semana, pontuação dos participantes no CY-BOCS e COIS-R em cada avaliação, pontuação na escala Clinical Global Impression-Improvement e inquérito dos avaliadores.

Principais resultados e conclusões

A partir dos procedimentos e medidas realizadas, pode-se perceber que os resultados obtidos pela TCC baseada na família foram superiores àqueles alcançados pela FB-RT. A porcentagem dos participantes que foram classificados como 1 (melhorado) ou 2 (muito melhorado) dentro da escala Clinical Global Impression-Improvement, durante o período das 14 semanas, foram de 72% para TCC baseada na família e de 41% para FB-RT. Na escala Clinical Global Impression-Improvement, a diferença de efeito entre TCC-FB e RT-FB foi de 0,31 (IC 95%, 0,17-0,45). O número necessário para tratar com TCC-FB e RT-FB foi estimado em

3,2 (IC 95%, 2,2-5,8). A diferença do tamanho do efeito entre TCC-FB e RT-FB nas pontuações obtidas na escala Obsessiva Compulsiva de Yale-Brown para crianças, avaliada na última semana de experimento, foi de 0,84 (IC 95%, 0,62-1,06).

A partir dos resultados obtidos, pode-se inferir o programa de tratamento da TCC-FB foi superior ao programa de relaxamento com formato semelhante, sendo a TCC-FB eficiente na redução dos sintomas de TOC e na diminuição do comprometimento funcional em crianças na primeira infância (5 a 8 anos de idade) diagnosticadas com TOC. Dessa maneira, os achados da pesquisa somam-se à base de evidências que apoiam o tratamento da TCC para o TOC pediátrico, demonstrando que os protocolos da TCC de Exposição e Prevenção de Respostas também podem ser aplicados em crianças na primeira infância. Com o envolvimento e apoio apropriado dos pais, as crianças de 5 a 8 anos diagnosticadas com TOC podem obter ganhos significativos ao serem tratadas com a TCC-FB.

Referências

Cordioli, A.V. (2008). A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30 (supl II), 65-72.



WWW.WALDEN4.COM.BR

RÁDIO IW4

~~~~~

Ouçã 24 horas por dia, 7 dias por semana, on-line, conteúdos sobre Análise do Comportamento

[Clique aqui para ouvir](#)

# Tratamento Familiar (FBT) para Anorexia Nervosa

Ana Beatriz Padilha Fernandes

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

**Diagnóstico:**

Anorexia Nervosa ([link](#))

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio à pesquisa

## Descrição resumida do tratamento

### Resumo

A Anorexia Nervosa pode ser caracterizada por comportamentos alimentares tidos como prejudiciais e inadequados, impactando negativamente na saúde física e nas relações sociais do indivíduo, interferindo também na relação com sua família e com seus cuidadores. As faixas etárias mais acometida pelos transtornos alimentares (entre eles, a anorexia nervosa), é a adolescência e o começo da vida adulta, por esse motivo, o sistema familiar torna-se uma ferramenta muito importante para o tratamento, possuindo grande potencial terapêutico (Dáquer, Duchesne & Simão, 2019).

Nesse sentido, os tratamentos que incluem a participação da família na intervenção têm tido resultados satisfatórios. Dentre esses, a Terapia Familiar (FBT) se destaca como padrão-ouro para o tratamento dos transtornos alimentares, possuindo diversas evidências indicando sucesso nos resultados (Dáquer, Duchesne & Simão, 2019). A FBT, terapia desenvolvida no Maudsley Hospital em Londres, pode ser descrita como uma abordagem ambulatorial e semiestruturada, composta por 15 a 20 sessões e tendo como principal objetivo a participação do núcleo familiar na restauração da saúde do indivíduo. Esse tratamento busca alcançar, a partir da colaboração dos familiares, a restauração do peso e a prática de uma alimentação saudável para o indivíduo, além de melhorar o relacionamento entre pais e filhos, colaborando também no desenvolvimento saudável do adolescente (Dáquer, Duchesne & Simão, 2019).

## **Premissa básica**

O envolvimento familiar ativo e estruturado no tratamento de adolescentes que sofrem de anorexia nervosa aumenta significativamente a probabilidade de resultados positivos do tratamento.

## **Essência da terapia**

O tratamento familiar (FBT) para anorexia nervosa é uma intervenção ambulatorial para adolescentes clinicamente estável e consiste em três fases: (1) os pais se encarregam do processo de reabilitação nutricional e restauração do peso com a ajuda de um terapeuta; (2) o controle sobre a alimentação é devolvido ao adolescente de forma adequada à idade; (3) questões de desenvolvimento psicossocial na ausência de um transtorno alimentar são abordadas. O FBT também visa corrigir percepções equivocadas e atribuições errôneas de culpa pela doença do paciente. Ou seja, nem os pais nem o adolescente são responsáveis pelo transtorno alimentar. Portanto, o FBT adota uma abordagem teoricamente agnóstica para a etiologia desse distúrbio.

## **Duração aproximada da terapia**

Aproximadamente 15-20 sessões realizadas ao longo de 6-12 meses

## **Descrição dos procedimentos**

De acordo com o Manual Maudsley, a Terapia Familiar (FBT) é dividida em três fases. Na primeira fase, os familiares são instruídos a obter controle acerca do problema referente ao peso, sendo esclarecido os riscos e as consequências acarretadas pela desnutrição. Nesse momento é importante o fortalecimento da aliança parental, tendo como enfoque o trabalho colaborativo da família na promoção da restauração do peso. Na segunda fase, quando o adolescente começa a aceitar melhor as demandas de alimentação, o controle vai sendo gradualmente retornando a ele. Dessa maneira, os pais podem começar a deixar que o filho faça mais escolhas sobre a sua alimentação. Na terceira fase, o enfoque é a construção de uma identidade saudável para o adolescente após o alcance da restauração do peso, auxiliando o adolescente a desenvolver mais autonomia dentro dos limites saudáveis (Dáquer, Duchesne & Simão, 2019).

## **Recursos relacionados ao tratamento**

### **Manuais de tratamento**

#### **Listados no site da APA**

- Manual de Tratamento para Anorexia Nervosa, Segunda Edição: Uma Abordagem Familiar (Lock & Le Grange) ([link](#)).

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

- Manual Clínico de Transtornos da Alimentação (Yager & Powers, 2009) ([link](#)).

## Recursos de treinamento

### Listados no site da APA

- Terapia familiar para anorexia nervosa (Dare & Eisler, 1997) ([link](#));
- Tratando adolescentes com anorexia nervosa usando terapia comportamental de sistemas familiares (Robin & Le Grange, 2010; In: Psicoterapias Baseadas em Evidências para Crianças e Adolescentes) ([link](#));
- Tratando adolescentes com transtornos alimentares no contexto familiar: considerações empíricas e teóricas (Lock, 2002) ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

- A importância da abordagem familiar no tratamento dos transtornos alimentares (Dáquer & Duchesne & Simão, 2019) ([link](#));
- Transtornos Alimentares: Entenda Os Aspectos Que Envolvem Essas Patologias E Suas Implicações (Peixoto, 2015) ([link](#));
- Terapia familiar focada na emoção para o treinamento de cuidadores de indivíduos com transtornos alimentares: análise de entrevista com profissionais de saúde mental (Francisco, 2022) ([link](#));
- Aspectos gerais da avaliação e tratamento dos transtornos alimentares (Pedrosa et al., 2019) ([link](#)).

## Medidas, Apostilas e Planilhas

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

- Tradução e validação do Eating Attitudes Test (EAT-26) em adolescentes do sexo feminino na cidade de Ribeirão Preto - SP (Bighetti, 2003) ([link](#));
- Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes (Conti, Cordás, Latorre, 2009) ([link](#));
- Adaptação e Validação do Inventário de Desordem Alimentar para o Contexto Brasileiro (Tenório et al., 2021) ([link](#));
- Criação e análise da sessão de transtornos alimentares do DAWBA (levantamento sobre o desenvolvimento e bem-estar de crianças e adolescentes) (Moya & Neto, 2005) ([link](#)).

## Livros de auto-ajuda

### Listados no site da APA

Não consta.

### **Disponíveis em língua portuguesa**

- Dominando Anorexia - Experiências e Desafios Enfrentados por Adolescentes e seus Familiares (Halse, Honey & Boughtwood, 2013) ([link](#));
- O que você precisa saber sobre transtornos alimentares e tem medo de perguntar (Souza, Vargas & Oliveira, 2022) ([link](#));
- Diários da Anorexia - O Triunfo de Uma Mãe e de Uma Filha Sobre Transtornos Alimentares (Rio & Rio, 2004) ([link](#));
- O diário secreto da anorexia (Spila, 2022) ([link](#));
- Anorexia, Bulimia e o Ambiente Familiar (Rennó & Cataldo, 2018) ([link](#));
- A Cultura da Dieta é Tóxica: Desmistificando crenças sobre alimentação e peso com base em evidências científicas (Orsini, 2021) ([link](#));
- Como lidar com os transtornos alimentares - Guia Prático para Familiares e Pacientes (Aratangy & Buonfiglio, 2018) ([link](#)).

## **Aplicativos para smartphones**

### **Listados no site da APA**

Não consta.

### **Disponíveis em língua portuguesa**

- De Bem Comigo ([link](#)).

## **Demonstrações em vídeo**

### **Listados no site da APA**

Não consta.

### **Disponíveis em língua portuguesa**

- Transtornos alimentares: anorexia nervosa - Canal YouTube: Psicologia também é ciência ([link](#));
- Anorexia e Bulimia - Canal YouTube: Minutos Psíquicos ([link](#)).

## **Descrições em vídeo**

### **Listados no site da APA**

- Tratamento Familiar para Anorexia Nervosa: A Abordagem Maudsley (maudsleyparents.org) ([link](#));
- Tratamento Familiar para Jovens Adultos com Anorexia Nervosa (maudsleyparents.org) ([link](#));

- O papel dos irmãos no tratamento baseado na família ([maudsleyparents.org](http://maudsleyparents.org)) ([link](#)).

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

- NEDA - o novo modelo maudsley no tratamento dos transtornos alimentares graves em adultos - Canal YouTube: Cebrata ([link](#));
- New Maudsley Approach: A postura do clínico do grupo - Canal YouTube: Cebrata ([link](#)).

## **Referências bibliográficas: Testes clínicos**

### **Listados no site da APA**

- Ensaio clínico randomizado comparando tratamento baseado na família com terapia individual focada em adolescentes para adolescentes com anorexia nervosa (Lock et al., 2010) ([link](#));
- Avaliação de tratamentos familiares em adolescentes com anorexia nervosa: um estudo piloto (Le Grange et al., 1992) ([link](#));
- Terapia familiar para anorexia nervosa adolescente: Os resultados de uma comparação controlada de duas intervenções familiares (Eisler et al., 2000) ([link](#));
- Ensaio clínico randomizado comparando tratamento baseado na família com terapia individual focada em adolescentes para adolescentes com anorexia nervosa (Lock et al., 2010) - Periódico JAMA psychiatry ([link](#));
- Uma comparação controlada de terapia familiar versus individual para adolescentes com anorexia nervosa (Robin et al., 1999) ([link](#));
- Eficácia clínica dos tratamentos para anorexia nervosa em adolescentes: ensaio clínico randomizado (Gowers et al., 2007) ([link](#));
- Uma comparação de terapia familiar de curto e longo prazo para anorexia nervosa adolescente (Lock et al., 2005) ([link](#));
- Uma avaliação da terapia familiar na anorexia nervosa e bulimia nervosa (Russell et al., 1987) ([link](#));
- Um estudo controlado randomizado de tratamento hospitalar para anorexia nervosa em adolescentes medicamente instáveis (Madden et al., 2014) ([link](#)).

### **Disponíveis em língua portuguesa**

- Comparação de efetividade entre duas modalidades de tratamento para anorexia nervosa em adolescentes: tratamento familiar e tratamento multidisciplinar (Turkiewicz, 2011) ([link](#));
- Terapia familiar Analítico-Comportamental para Anorexia Nervosa na adolescência: estudo de caso (Alckmin-Carvalho & Melo, 2021) ([link](#));
- A integração da família no processo terapêutico do pré- adolescente / adolescente com anorexia nervosa (Luís, 2013) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados no site da APA

- Tratamento da anorexia nervosa: uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados (Bulik et al., 2007) ([link](#));
- Eficácia do tratamento baseado na família para adolescentes com transtornos alimentares: uma revisão sistemática e meta-análise (Couturier et al., 2013) ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

- Efetividade de intervenções psicossociais em transtornos alimentares: um panorama das revisões sistemáticas Cochrane (Costa & Melnik, 2016) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

### Listados no site da APA

- Recaída da remissão em dois a quatro anos de acompanhamento em dois tratamentos para anorexia nervosa adolescente (Le Grange et al., 2014) ([link](#));
- Moderadores e mediadores de remissão no tratamento baseado na família e terapia focada em adolescentes para anorexia nervosa (Le Grange et al., 2012) ([link](#));
- Terapia familiar para anorexia nervosa adolescente (Le Grange, 1999) ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

- Inclusão da família no cuidado de portadores de anorexia nervosa (Silva, 2006) ([link](#));
- Anorexia Nervosa em Idade Pediátrica (Sousa, 2016) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** James Lock; Daniel Le Grange; W. Stewart Agras; Ann Moye; Susan W. Bryson; Booil Jo.
- **Título:** Ensaio Clínico Randomizado Comparando Tratamento Familiar com Terapia Individual Focada no Adolescente para Adolescentes com Anorexia Nervosa ([link](#))
- **Data de publicação:** 2010
- **Periódico:** Archives of general psychiatry

- **Número:** 10
- **Volume:** 67
- **Tipo da pesquisa:** Teste Clínico

## Racional

A Anorexia Nervosa (AN) é um transtorno grave que afeta a saúde psicológica e física. Tendo uma maior prevalência entre meninas adolescentes, esse transtorno traz diversos impactos para a saúde física para pessoas nessa faixa etária, entre eles: retardo de crescimento, atraso ou interrupção da puberdade e pico de redução da massa óssea. Além disso, a Anorexia Nervosa pode ter comorbidade com outros transtornos psicológicos, como Transtornos Depressivos, Transtornos de Ansiedade, Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos de Personalidade. Embora a Anorexia Nervosa seja um grave distúrbio, há pouca orientação para fornecer intervenções baseadas em evidências para adolescentes ou adultos com AN.

Um modelo de abordagem psicológica comumente usada, a terapia individual focada no adolescente (AFT), é uma psicoterapia individual psicodinâmica com foco no aumento da autonomia, autoeficácia, individuação e assertividade, além de incluir sessões com os pais para apoiar o tratamento individual. Outra abordagem é um tratamento familiar (FBT) que promove o controle parental da restauração do peso, ao mesmo tempo em que melhora o funcionamento familiar no que se refere ao desenvolvimento do adolescente.

A hipótese do estudo é que a FBT, ao capacitar os pais para abordar diretamente os comportamentos de manutenção da perda de peso em seus filhos, seria mais eficaz do que a Abordagem Psicológica Individual (AFT) na normalização do peso e dos processos psicológicos associados à AN.

## Objetivo

Avaliar a eficácia relativa do tratamento familiar (FBT) e da terapia individual focada no adolescente (AFT) para adolescentes com Anorexia Nervosa, tendo como meta a remissão total do transtorno.

## Método

Foi realizado um ensaio clínico controlado de forma randomizada, contendo 121 participantes, com idade entre 12 a 18, diagnosticados com anorexia nervosa de acordo com os critérios do DSM-IV (excluindo o requisito de amenorreia). Os participantes foram submetidos a 24 horas de tratamento ambulatorial de FBT ou AFT durante o período de 12 meses. Foi realizada a avaliação com os participantes no início do tratamento, no final do tratamento (EOT), 6 meses e 12 meses após o tratamento. As principais medidas utilizadas foram: remissão total da Anorexia Nervosa definida como o alcance do peso normal (95% do esperado para sexo, idade e altura) e pontuação global média do Exame de Transtorno Alimentar dentro médias publicadas. As medidas de resultados secundários incluíram taxas de remissão parcial (85% do peso esperado para a altura, sexo e idade), alterações no percentil do índice de massa corporal e psicopatologia relacionada à alimentação.

## Principais resultados e conclusões

Nas medidas de remissão total efetuadas no final do tratamento, não houve diferenças entre a FBT e a AFT. No entanto, tanto no acompanhamento de 6 quanto de 12 meses, o FBT foi significativamente superior ao AFT nesta mesma medida. Para as medidas de remissão parcial, a Terapia familiar foi significativamente superior na avaliação do final do tratamento, mas não nas fases de acompanhamento de 6 e 12 meses. Além disso, o percentil do índice de massa corporal no final do tratamento foi significativamente superior para o FBT, mas esse efeito não foi encontrado nos acompanhamentos. Os participantes do FBT também apresentaram mudanças maiores na pontuação do exame de transtorno alimentar no final do tratamento do que no AFT, mas não houve diferenças nos acompanhamentos.

Embora ambos os tratamentos tenham levado a consideráveis melhoras e foram igualmente eficazes em produzir remissão completa no final do tratamento, a FBT foi mais eficaz em facilitar a remissão completa em ambos os pontos de acompanhamento.

## Referência bibliográficas

Dáquer, A. F. C., Duchesne, M., & Simão, C. (2019). A importância da abordagem familiar no tratamento dos transtornos alimentares. *Debates em Psiquiatria*, 9(3), 44-50.

YOUTUBE

# MÁRCIO MOREIRA



AULAS, CONCEITOS E MUITO MAIS...

---

**CONTEÚDOS EXCLUSIVOS**

[Clique aqui para acessar](#)

# Terapia Cognitiva para Depressão

Angelo Junqueira Guimarães

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Depressão moderada e severa [link](#)

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Reavaliação pendente.

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

A depressão na visão comportamental está relacionada a uma vivência que presencia poucos reforços positivos associada a reforços negativos, já no aspecto cognitivo a depressão é entendida como a “realização” de crenças, pensamentos e pressupostos disfuncionais de si ou da realidade.

De acordo com o DSM-5, a depressão é caracterizada por um grau de tristeza muito grave ou persistente, podendo acabar interferindo no dia a dia da pessoa, diminuindo o seu interesse ou prazer em suas atividades diárias

### **Premissa básica**

A teoria cognitiva da depressão de Aaron T. Beck propõe que as pessoas suscetíveis à depressão desenvolvam crenças essenciais de incurável/inutilidade a respeito de si, dos outros e do mundo. Essas crenças podem ser preservadas por longos períodos de tempo e são ativadas por eventos da vida que carregam um significado específico para essa pessoa. As crenças centrais que tornam alguém suscetível à depressão são amplamente categorizadas em crenças sobre não ser amado, inútil, indefeso e incompetente. A teoria Cognitiva também

se concentra em déficits de processamento de informações, atenção seletiva e visualizações de memória para o negativo.

## Essência da terapia

Terapia cognitiva (TC), os clientes que aprendem habilidades e comportamentos para que possam desenvolver crenças mais precisas/úteis e eventualmente, se tornarem seus próprios terapeutas

## Duração aproximada da terapia

A maioria dos ensaios clínicos randomizados de tentativas, a TC, para a depressão, é normalmente realizada em 8 Duração a 16 sessões. Para pacientes com quadros depressivos mais graves, o tratamento de 16 sessões demonstrou mais eficiência do que os de 8. É recomendado sessões de reforço para evitar recaídas durante 3, 6 ou 12 meses. (Beck, 2011). Uma ressalva para a descoberta de 8-16 sessões é que, uma vez que esses resultados foram obtidos em ensaios de eficácia, pode-se estender o tratamento na comunidade após 16 sessões dependendo: 1) da gravidade e cronicidade da depressão do cliente, 2) transtornos comórbidos e 3) outros fatores psicológicos, fisiológicos e psicossociais (todos os quais podem complicar a recuperação do cliente da depressão). Por exemplo, um estudo que avaliou a eficácia da TC em uma clínica ambulatorial de TC descobriu que os clientes frequentam uma média de 15,9 ( $DP = 16,2$ ) sessões de TC, com um intervalo de 0 (clientes que completaram uma ingestão, mas nunca entraram na terapia) a 97 (Gibbons et al., 2011). O número modal de sessões de TC foi 1 e a mediana foi 11 (Gibbons et al., 2011).

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados pela APA

- Individual Cognitive Behavior Therapy for Depression (ENRICHID Intervention Manual of Operations, Volume 2, Pages 2-16, Version 2) ([link](#));
- Individual Therapy Manual for Cognitive-Behavioral Treatment of Depression (Muñoz & Miranda; also available in Spanish) ([link](#));
- Treatment Manual for Cognitive Behavioral Therapy for Depression, *Individual Format Therapist's Manual: Adaptation for Puerto Rican Adolescents* (Rosselló & Bernal) ([link](#));
- Treatment Manual for Cognitive Behavioral Therapy for Depression (Rossello & Bernal) ([link](#));
- Cognitive Behavioural Therapy Skills Training Workbook (Hertfordshire Partnership University NHS Foundation Trust) ([link](#));

- Manual for Group Cognitive-Behavioral Therapy of Major Depression: A Reality Management Approach (Muñoz, Ippen, Rao, Le, Dwyer) ([link](#));

#### **Em português**

- Group Therapy Manual for Cognitive-Behavioral Treatment of Depression (Muñoz & Miranda, 1996) ([link](#));
- Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): Cognitive Behavior Therapy Manual (Curry et al., 2000) ([link](#));
- Cognitive Behavioral Therapy for Depression in Veterans and Military Service members: Therapist Manual (Wenzel, Brown, & Karlin, 2011) ([link](#));

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados pela APA**

- Cognitive Therapy of Depression (Beck et al.) ([link](#));
- Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond (2nd Edition; Beck) ([link](#));
- Overcoming Depression: A Cognitive Therapy Approach Workbook (Gilson et al.) ([link](#));
- Cognitive Therapy for Bipolar Disorder: A Therapist's Guide to Concepts, Methods and Practice (Lam, Jones, & Hayward) ([link](#)).

### **Em português**

- Terapia cognitivo-comportamental: Estratégias para lidar com ansiedade, depressão, raiva, pânico e preocupação (Seth J. Gillihan (Autor), Laura Folgueira (Tradutor)) ([link](#));
- Depressão: Causas e Tratamento Aaron T. Beck (Autor), Brad A. Alford (Autor), Daniel Bueno (Tradutor), Elisabeth Meyer ([link](#));
- Terapia Cognitiva da Depressão (Aaron T. Beck e Outros) ([link](#)).

## **Recursos de treinamento**

### **Listados pela APA**

- Beck Institute: Cognitive Therapy Training Center (1 Belmont Avenue, Suite #700, Bala Cynwyd, PA 19004) ([link](#));
  - **Contact:** (610) 664-3020
- Academy of Cognitive Therapy: Supporting Professionals, Educating Consumers, and Connecting Individuals with Truly Effective Care (Multiple locations worldwide) ([link](#));
- Workshops under the direction of Judith Beck, PhD at the Beck Institute ([link](#));

- Workshop listing for the annual conference of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies (ABCT) ([link](#)).

#### **Em português**

- TCC e Depressão (Instituto de Terapia Cognitiva) ([link](#));
- Curso Online de Terapia cognitivo-comportamental da depressão (Jose Elisberto Goncalves Lobo Júnior) ([link](#));
- Cursos de TCC e Depressão (CATC) ([link](#)).

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

### **Listados pela APA**

- Beck Depression Inventory, Second Edition (BDI-II) ([link](#));
- Dysfunctional Attitudes Scale ([link](#));
- Beck Hopelessness Scale ([link](#));
- Worksheets for Depression ([link](#)).

#### **Em português**

Não consta.

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados pela APA**

- Mind over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think (2nd Edition, Greenberger, Padesky, & Beck) ([link](#));
- Feeling Good: The New Mood Therapy (Burns) ([link](#)).

#### **Em português**

- Caixinha antidepressão: 100 práticas com técnicas de terapia cognitivo-comportamental, neurociência e psicologia evolutiva (Barbosa, A., 2019) ([link](#)).

## **Aplicativos para smartphones**

### **Listados pela APA**

- Depression CBT Self-Help Guide (Excel at Life) ([Android](#));
- MacAnxiety Research Centre, Depression Apps ([link](#));
- Beating the Blues (Ultrasis) ([link](#));
- Moodcalmer (Cobalt) ([link](#));
- MoodGym (National Institute of Mental Health in Australia) ([link](#));

#### **Em português**

- Thrive: combata a depressão (INTC) ([Android](#)).

## Demonstrações em vídeo

### Listados pela APA

- Beck Institute YouTube channel ([link](#));
- Depression: A Cognitive Therapy Approach (Freeman) ([link](#));

### Em português

Não consta.

## Descrições em vídeo

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

- "Modelo Cognitivo da Depressão (Para Profissionais)" - Canal YouTube: Terapia Cognitiva Online ([link](#));
- "#1 Depressão Na Terapia Cognitivo Comportamental: Panorama Geral" - Canal YouTube: Papo de consultório com Eliana Oliveira ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados pela APA

#### Transtorno Depressivo Maior

- Effect of cognitive therapy with antidepressant medications vs antidepressants alone on the rate of recovery in major depressive disorder: A randomized clinical trial (Hollon et al., 2014) ([link](#));
- Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression (DeRubeis et al., 2005) ([link](#));
- Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression (Hollon et al., 2005) ([link](#));
- Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial (March et al., 2004) ([link](#));
- Prevention of depression in at-risk adolescents: A randomized controlled trial (Garber et al., 2009) ([link](#));
- Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression (Dimidjian et al., 2006) ([link](#));

- Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression (Dobson et al., 2008) ([link](#));

- Treatment and prevention of depression (Hollon, Thase, & Markowitz, 2002) ([link](#));

#### **Transtornos Dismórficos**

- Controlled randomized clinical trial of spiritually integrated psychotherapy, cognitive-behavioral therapy and medication intervention on depressive symptoms and dysfunctional attitudes in patients with dysthymic disorder (Ebrahimi et al., 2013) ([link](#));

#### **Transtorno Bipolar**

- A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year (Lam et al., 2003) ([link](#));

#### **Terapia Cognitiva em Grupo**

- Randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for comorbid anxiety and depression in older adults (Wuthrich & Rapee, 2013) ([link](#));

- An effectiveness trial of group cognitive behavioral therapy for patients with persistent depressive symptoms in substance abuse treatment (Watkins et al., 2011) ([link](#));

- A waitlist-controlled trial of group cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in Parkinson's disease (Troeng, Egan, & Gasson, 2014) ([link](#));

#### **Apresentação da Terapia Cognitiva**

- A randomized effectiveness trial of brief cognitive-behavioral therapy for depressed adolescents receiving antidepressant medication (Clarke et al., 2005) ([link](#));

- Efficacy trial of a brief cognitive-behavioral depression prevention program for high-risk adolescents: Effects at 1- and 2-year follow-up (Stice et al., 2010) ([link](#));

#### **Em português**

Não encontrado.

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

### **Listados pela APA**

- A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments (Cuijpers et al., 2013) ([link](#));

- A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients (Gloaguen et al., 1998) ([link](#));

- The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses (Hofmann et al., 2012) ([link](#));

- Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies?: A meta-analytic review (Tolin, 2010) ([link](#));
- Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression (Garratt et al., 2007) ([link](#));
- Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects (Vittengl et al., 2007) ([link](#));
- Does cognitive behavior therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis (Cuijpers et al., 2013) ([link](#));
- The effects of cognitive behavior therapy for adult depression on dysfunctional thinking: A meta-analysis (Cristea et al., 2015) ([link](#));
- Cognitive behavioral therapy for the treatment of depression in people with multiple sclerosis: A systematic review and meta-analysis (Hind et al., 2014) ([link](#));

#### **Em português**

- Terapia cognitivo-comportamental da depressão (Powell et al., 2008) ([link](#)).

## **Outros recursos de tratamento**

### **Listados pela APA**

- Can psychotherapies for depression be discriminated? A systematic investigation of cognitive therapy and interpersonal therapy (DeRubeis et al., 1982) ([link](#));
- Depression: Causes and Treatment (2nd Edition; Beck & Alford) ([link](#));
- Cognitive Therapy and Emotional Disorders (Beck) ([link](#));
- Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression (Clark, Beck, & Alford) ([link](#));
- Cognitive Vulnerability to Depression (Ingram, Miranda, & Segal) ([link](#));

#### **Em português**

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Robert J DeRubeis, Steven D Hollon, Jay D Amsterdam, Richard C Shelton, Paula R Young, Ronald M Salomon, John P O'Reardon, Margaret L Lovett, Madeline M Gladis, Laurel L Brown, Robert Gallop.
- **Título:** *Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression*
- Terapia Cognitiva vs Medicamentos no tratamento de depressões moderadas e severas
- **Data de publicação:** Abril de 2005
- **Periódico:** Arch Gen Psychiatry
- **Número:** 62
- **Volume:** 4
- **Tipo da pesquisa:** Investigativa no modelo quantitativo

### Racional

Existem inúmeras evidências da eficácia do tratamento a base do uso de remédios antidepressivos no tratamento de depressões moderadas e severas, porém, há bastante menos dados relacionados à terapia cognitiva nessa população.

### Objetivo

Comparar a eficácia da terapia cognitiva e do tratamento com remédio antidepressivos para o tratamento de depressão moderada e severa.

### Método

**Procedimentos:** Atribuição aleatória a um dos seguintes: 16 semanas de medicamentos (n = 120), 16 semanas de terapia cognitiva (n = 60) ou 8 semanas de pílula placebo (n = 60).

**Local:** Clínicas de pesquisa da Universidade da Pensilvânia, Filadélfia, e da Universidade Vanderbilt, Nashville, Tennessee.

**Participantes:** Duzentos e quarenta pacientes ambulatoriais, com idade entre 18 e 70 anos, com transtorno depressivo maior moderado a grave.

**Intervenções:** Alguns indivíduos do estudo receberam paroxetina, até 50 mg por dia, aumentada por carbonato de lítio ou cloridrato de desipramina, se necessário; outros receberam terapia cognitiva individual. Seria interessante descrever brevemente como foi a terapia

**Medida de resultado principal:** A Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton forneceu pontuações de gravidade contínuas e permitiu designações de resposta e remissão.

## Principais resultados e conclusões

Os resultados da pesquisa indicam que em 8 semanas, as taxas de resposta nos grupos de medicamentos (50%) e terapia cognitiva (43%) foram superiores às do grupo placebo (25%). Análises baseadas em pontuações contínuas em 8 semanas indicaram uma vantagem para cada um dos tratamentos ativos em relação ao placebo, cada um com um tamanho de efeito médio. A vantagem foi significativa para a medicação em relação ao placebo, também é possível observar um nível de tendência não significativa para a terapia cognitiva em relação ao placebo.

Em 16 semanas, as taxas de resposta foram de 58% em cada uma das condições ativas; as taxas de remissão foram de 46% para medicação e 40% para terapia cognitiva. Testes de acompanhamento de uma interação local x tratamento indicaram uma diferença significativa apenas na Vanderbilt University, onde os medicamentos foram superiores à terapia cognitiva.

Portanto, é possível concluir que a terapia cognitiva comportamental é tão eficaz para o tratamento da depressão como o uso de remédio antidepressivos, porém, a terapia depende da habilidade e experiência do terapeuta.



**WALDEN4.COM.BR**

# IW4 CURSOS

Estude on-line com vídeos, textos e exercícios sobre  
Análise do Comportamento

[www.waden4.com.br](http://www.waden4.com.br)

# Terapia de controle de estímulos para insônia (Stimulus Control Therapy for Insomnia)

Angelo Junqueira Guimarães

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Insônia ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Reavaliação pendente

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Suporte forte de evidência

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

O principal objetivo da terapia de controle de estímulos é reduzir a ansiedade ou a excitação condicionada que os indivíduos podem sentir ao tentar ir para a cama. Especificamente, é implementado um conjunto de instruções destinadas a associar a cama/quarto ao sono e restabelecer um horário de sono consistente. Estes incluem: 1) Ir para a cama apenas quando estiver com sono; 2) Sair da cama quando não consegue dormir; 3) Usar a cama/quarto apenas para dormir e fazer sexo (ou seja, não ler, assistir TV, etc); 4) Levantar-se à mesma hora todas as manhãs; e 5) Evitar cochilos.

### **Premissa básica**

As estimativas com base na população indicam que cerca de um terço dos adultos relataram sintomas de insônia, 10 a 15% experimentam prejuízos diurnos associados, e 6 a 10% apresentam sintomas que atendem aos critérios do transtorno de insônia. O transtorno de insônia é o mais prevalente entre todos os transtornos do sono. Nos ambientes de tratamento primário, aproximadamente 10 a 20% dos indivíduos se queixam de sintomas significativos de insônia. Queixa de insônia é mais prevalente em indivíduos do sexo femi-

nino do que nos do masculino, com uma razão entre gêneros em torno de 1,44:1. Embora, possivelmente, seja um sintoma ou um transtorno independente, a insônia é observada com maior frequência como uma condição comórbida com outra condição médica ou com algum transtorno mental. Por exemplo, 40 a 50% dos indivíduos com insônia apresentam também transtorno mental comórbido.

Disponível em: <https://drgabriel.med.br/transtorno-de-insonia/>

## **Duração aproximada da terapia**

Até o cliente conseguir pôr em prática o controle de estímulos e diminua a frequência dos quadros de insônia

## **Descrição dos procedimentos**

O terapeuta tem como objetivo que o cliente mude de comportamento, principalmente relacionados a comportamento que possam causar insônia, sendo eles condicionar a cama a um lugar apenas de sexo e descanso e diminuir os estímulos que impedem a qualidade do sono.

## **Recursos relacionados ao tratamento**

### **Manuais de tratamento**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

- Guia de consulta Insônia ([link](#)).

### **Recursos de treinamento**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

- Curso de distúrbios do sono ([link](#));

### **Medidas, Apostilas e Planilhas**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Livros de auto-ajuda**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Aplicativos para smartphones**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Descrições em vídeo**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

- O Que É O Controle de Estímulos? 2nd Componente da TCC-i. Vença a Insônia! [Tratamento Para Insônia] ([link](#));
- Controle de Estímulos: O componente #1 da Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia ([link](#)).

## **Referências bibliográficas: Testes clínicos**

**Listados no site da APA**

- Morin, C.M., & Espie, C. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic.

- Bootzin, R.R., & Epstein, D.R. (2000). Stimulus control. In K.L. Lichstein & C.M. Morin (Eds.), *Treatment of late-life insomnia* (pp. 167-184). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Morin, C.M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.

**Disponíveis em português**

Não consta.

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados no site da APA

- Morin, C., Bootzin, R., Buysse, D., Edinger, J., Espie, C., & Lichstein, K. (2006). Tratamento psicológico e comportamental da insônia: atualização das evidências recentes (1998-2004). *Sono*, 29, 1398-1414.
- Morin, CM, Hauri, PJ, Espie, CA, Spielman, AJ, Buysse, DJ e Bootzin, RR (1999). Tratamento não farmacológico da insônia crônica: revisão da Academia Americana de Medicina do Sono. *Sono*, 22, 1134-1156.
- Riedel B., Lichstein, KL, Peterson, BA, Means, MK, Epperson, MT e Aguillarel, RN (1998). Uma comparação da eficácia do controle de estímulos para insônes medicados e não medicados. *Modificação de Comportamento*, 22, 3-28
- Morin, CM, & Azrin, NH Tratamentos comportamentais e cognitivos da insônia geriátrica (1988). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 748-753.
- Morin, CM, & Azrin, NH Controle de estímulo e treinamento de imagens no tratamento da insônia de manutenção do sono (1987). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 260-262.
- Turner RM, & Ascher, LM (1979). Comparação controlada de relaxamento progressivo, controle de estímulo e terapias de intenção paradoxal para insônia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 500-508.

**Disponíveis em português**

Não consta.

## Outros recursos de tratamento

### Listados no site da APA

Não consta.

**Disponíveis em português**

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Jeanne M. Geiger-BrownValerie E. RogersWen LiuEmilie M. LudemanKatherine D. DowntonMontserrat Diaz-Abad
- **Título:** Cognitive behavioral therapy in persons with comorbid insomnia: A meta-analysis ([link](#))
- **Data de publicação:** 2015
- **Periódico:** Sleep Medicine Review
- **Número:** 23
- **Volume:** 57-67
- **Tipo da pesquisa:** Ensaios randomizados.

### Racional

A terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I) é eficaz no tratamento da insônia primária . Não há síntese de estudos que quantifiquem esse efeito na insônia comórbida com distúrbios médicos e psiquiátricos usando critérios de seleção rigorosos

### Objetivo

O objetivo deste estudo foi quantificar o efeito da TCC-I em estudos incluindo pacientes com distúrbios médicos ou psiquiátricos. Os estudos foram identificados de 1985 a fevereiro de 2014 usando vários bancos de dados e pesquisas bibliográficas.

### Método

A inclusão foi limitada a ensaios clínicos randomizados de TCC-I em pacientes adultos com insônia diagnosticados usando critérios padronizados, que também apresentavam uma condição médica ou psiquiátrica comórbida. Vinte e três estudos incluindo 1.379 pacientes preencheram os critérios de inclusão.

### Principais resultados e conclusões

Com base nas diferenças médias ponderadas, o TCC-I melhorou a qualidade subjetiva do sono após o tratamento, com grandes efeitos de tratamento para o índice de [gravidade](#)

[da insônia](#) e [o índice de qualidade do sono de Pittsburgh](#). Os diários do sono mostraram uma redução de 20 minutos na [latência do início do sono](#) e vigília após o início do sono, melhora de 17 minutos no tempo total de sono e melhora de 9% na eficiência do sono pós-tratamento, semelhante aos achados de meta-análises de CBT-I em adultos mais velhos. Os efeitos do tratamento duraram até 18 meses. Resultados da [actigrafia foram](#) semelhantes, mas de menor magnitude do que as medidas subjetivas. A TCC-I é um tratamento eficaz e duradouro para insônia comórbida.



aprendizagem

# AUTISMO TEA ABA

Profissionais capacitados e experientes. Venha conhecer nossos serviços.

[Clique aqui para conhecer mais](#)

Instituto Walden4 - ABA & TEA

[Clique aqui para conhecer mais](#)

# Terapia de Resolução Acelerada para Transtorno De Estresse Pós-Traumático

Camila Silva Azevedo

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Transtorno de Estresse Pós-Traumático ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de re-avaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Apoio modesto à pesquisa

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

A Terapia de Resolução Acelerada, muitas vezes referida como ART, é uma forma de psicoterapia com raízes em terapias baseadas em evidências existentes, mas demonstra alcançar benefícios muito mais rapidamente (geralmente em 1-5 sessões). Clientes que sofrem de trauma e outros problemas de saúde mental, tais como: Ansiedade, Depressão, Fobias, Ataques de Pânico, Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) Transtorno de, Estresse Pós-Traumático (TEPT), Vícios/ Abuso de Substâncias, Ansiedade de Desempenho, Questões Familiares, Vitimização/Autoimagem Pobre, Vitimização/Abuso Sexual, Problemas de Relacionamento/Infidelidade, Codependência, Luto, Estresse Relacionado ao Trabalho, Gerenciamento da Dor, Aprimoramento da Memória. Dislexia e muitas outras condições mentais e físicas podem experimentar benefícios notáveis a partir da primeira sessão. O cliente está sempre no controle de toda a sessão de TARV, com o terapeuta orientando o processo. Embora algumas experiências traumáticas, como estupro, experiências de combate ou perda de um ente querido, possam ser muito dolorosas de se pensar ou visualizar, a terapia rapidamente move os clientes para além do lugar onde estão presos nessas experiências em direção ao crescimento e a mudanças positivas. O processo é muito simples, usando movimentos oculares relaxantes e uma técnica chamada Memória Voluntária/Substituição de Imagem para mudar a maneira como as imagens negativas são armazenadas no cérebro. O tratamen-

to é baseado em técnicas de psicoterapia bem estabelecidas, e o resultado final é que traumas e experiências de vida difíceis não irão mais desencadear emoções fortes ou reações físicas. É importante ressaltar que os clientes nem precisam falar sobre seus traumas ou experiências de vida difíceis com o terapeuta para alcançar a recuperação.

## **Premissa básica**

O estresse pós-traumático pode ser causado pela exposição à guerra, desastres naturais, agressão sexual, abuso físico e emocional, acidentes, morte e outras situações angustiantes que deixam memórias duradouras que podem causar sofrimento significativo e interferir no funcionamento diário. A Terapia de Resolução Acelerada (ART) é uma terapia que promove uma recuperação rápida, alterando a forma como o cérebro armazena memórias e imagens traumáticas. Essa abordagem pode proporcionar alívio das fortes reações físicas e emocionais associadas ao estresse pós-traumático.

## **Essência da terapia**

A Terapia de Resolução Acelerada (ART) incorpora princípios de várias formas de psicoterapia para reduzir os efeitos do trauma e outros estressores psicológicos. Usando técnicas como movimento rápido dos olhos, exposição in vivo e reescrita de imagens, essa abordagem funciona para recondicionar memórias estressantes. As pessoas não precisam falar sobre seus traumas ou experiências de vida difíceis com o terapeuta para alcançar a recuperação, e o cliente está sempre no controle durante toda a sessão de ART. As pessoas são encorajadas a substituir a memória traumática por uma mais positiva de sua própria imaginação usando memória voluntária/substituição de imagem durante o processo. Essa abordagem ajuda as pessoas a mudar os sentimentos associados às memórias traumáticas, mas não os fatos. No final do tratamento, eles podem recordar os detalhes do trauma, mas não experimentam mais fortes reações físicas e emocionais

## **Duração aproximada da terapia**

Aproximadamente de 1 a 5 sessões.

## **Descrição dos procedimentos**

O terapeuta orienta o paciente a visualizar um evento angustiante ou uma metáfora representativa e ajuda o paciente a processar suas sensações somáticas associadas. A narração não é necessária, o que pode oferecer aos pacientes uma maior sensação de segurança e controle do que em outras terapias focadas no trauma. O paciente é então orientado a reescrever sua memória visual, deixando sua memória declarativa inalterada. Essa técnica de “rescripting de imagem” ajuda a eliminar fragmentos de memória resistentes. Este processo muitas vezes proporciona ao paciente um alívio psicológico significativo. Devido ao constante impulso de avanço do protocolo ART, os pacientes não precisam experimentar memórias perturbadoras por um longo período de tempo. Há também uma sensação de encerramento a cada sessão, para que os pacientes não se sintam vulneráveis, com emoções não processadas e problemas persistentes entre as sessões.

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados pela APA

Não consta.

#### Em português:

Não consta.

### Recursos de treinamento

#### Listados pela APA

Não consta.

#### Em português

- SAF-T: Técnica focada na consciência da sensação ([link](#));
- IS-ART: Terapia de resolução acelerada ([link](#));
- ARTE: Terapia de resolução acelerada ([link](#)).

### Medidas, Apostilas e Planilhas

#### Listados pela APA

Não consta.

#### Em português:

- Transtorno de estresse pós-traumático (PTSD): pontuação > 33 no DSM-V PTSD de 20 itens Lista de verificação (PCL-V) ([link](#)).

### Livros de auto-ajuda

#### Listados pela APA

- Too Good to Be True?: Accelerated Resolution Therapy - Laney Rosenzweig (2022) ([link](#)).

### Aplicativos para smartphones

#### Listados pela APA

Não consta.

## Demonstrações em vídeo

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

- Alívio de PTSD ([link](#)).

-

## Descrições em vídeo

### Listados pela APA

- A ARTE da Recuperação Rápida | Laney Rosenzweig | TEDxSpringfield ([link](#));
- PBS WEDU Quest: Terapia de Resolução Acelerada ([link](#));
- ART Treinamento e Pesquisa Internacional ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados pela APA

- Ensaio controlado randomizado de terapia de resolução acelerada (ART) para sintomas de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) relacionado ao combate (Kip et al., 2013) ([link](#));
- Terapia de resolução acelerada: ensaio controlado randomizado de uma intervenção complicada no luto (Buck et al., 2020) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados pela APA

Não consta.

## Outros recursos de tratamento

### Listados pela APA

- Racional clínico, empírico e teórico para a seleção de terapia de resolução acelerada para tratamento de transtorno de estresse pós-traumático em instalações de VA e DoD. (Kip & Diamond, 2018) ([link](#));
- Terapia de resolução acelerada: uma intervenção inovadora de saúde mental para tratar o transtorno de estresse pós-traumático (Finnegan et al., 2015) ([link](#));
- Tratamento breve de estresse pós-traumático concomitante e sintomas depressivos pelo uso de terapia de resolução acelerada. (Kip et al., 2013) ([link](#));

- Terapia de resolução acelerada. In Ritchie EC (ed.): Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Doenças Relacionadas em Veteranos de Combate (Waits, Kip e Hernandez, 2015) ([link](#));
- Terapia de resolução acelerada para PTSD (Waits, 2018) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Kevin E. Kip, PhD, Laney Rosenzweig, MS, Diego F. Hernandez, PsyD, Amy Shuman, MSW, Kelly L. Sullivan, PhD, Christopher J. Long, MSW, James Taylor, MSc, Stephen McGhee, MSc, Sue Ann Girling, BSAS, Trudy Wittenberg, BS, Frances M. Sahebzamani, PhD, Cecile A. Lengacher, PhD, Rajendra Kadel, PhD, David M. Diamond, PhD
- **Título:** Ensaio Controlado Randomizado de Resolução Acelerada Terapia (ART) para Sintomas de Combate Relacionados Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)
  - **Data de publicação:** 01 de dezembro de 2013
  - **Periódico:** Medicina Militar
  - **Número:** 12
  - **Volume:** 178
  - **Tipo da pesquisa:** Ensaio Clínico Randomizado

### Racional

Os tratamentos de primeira linha utilizados para TEPT em veteranos, são a terapia de exposição prolongada (PE), a terapia de processamento cognitivo (CPT), e a dessensibilização e reprocessamento do movimento ocular (EMDR), que tem como objetivo a diminuição dos sintomas, por meio da intrusão, evitação e excitação do TEPT, resultando na ressignificação da situação traumática. Mas, esses tratamentos são de longo prazo, caros e com alto índice de desistência, essas limitações resultam na criação da terapia de resolução acelerada (ART).

## Objetivo

Analisar por meio de um estudo randomizado a Terapia de Resolução acelerada (ART) para o tratamento de adoecimento psíquico causado pelo combate em militares.

## Método

Trata-se de um estudo controlado randomizado, no qual foram selecionados membros e veteranos de serviço dos EUA como participantes, que foram divididos aleatoriamente em dois grupos, um deles foi direcionado para o tratamento com a ART e o outro para um Regime de Controle de Atenção (AC). Quando os participantes que foram escolhidos para AC, terminaram as sessões, passaram a ter um tratamento com TARV. Os Critérios para a escolha dos participantes da pesquisa foram: ser membro do serviço dos EUA ou veterano, com idade mínima de 18 anos, apresentar sintomas de distúrbios psicológicos de trauma, apresentar pontuação 40 no PCL-M e endosso de itens do PTSD no PDSQ, saber ler e falar inglês e não apresentar nenhuma ideação suicida ou homicida, ou evidência de comportamento ou crise psicológica.

Sendo assim, a intervenção ART aconteceu entre 2 a 5 sessões de até 75 minutos, e foi dividida entre exposição imaginal (IE), Imagery Rescripting (IR) e pelo uso de movimentos oculares bilaterais. A exposição imaginal (IE) consiste no participante ser solicitado a resgatar na memória a situação traumática que ocorreu, enquanto repara nas suas sensações físicas e emocionais, o que resulta em um estado mental relaxado e de alerta, e, depois, é exposto à memória novamente durante 30 a 45 segundos. Durante esse período, foi possível perceber que houve o reconhecimento, a diminuição ou até mesmo a retirada dos sintomas emocionais e somáticos, como consequência do participante ter mantido a consciência dos sintomas enquanto acompanhava os movimentos oculares dirigidos pelo médico. Essas duas fases foram de exposição da memória alvo. Na fase de imagery rescripting (IR), é solicitado que o sujeito relembra a cena traumática e redirecione os componentes das imagens, das reações corporais e emocionais para qualquer coisa de sua preferência. Dessa forma, pode-se dizer que o tratamento foi útil, quando a cena traumática foi substituída por algo positivo, mesmo que permaneça o conhecimento da cena original.

A intervenção AC foi composta por 2 sessões de 1 hora de avaliação e planejamento de condicionamento físico, que foi realizada por um profissional de educação física para obter dados da composição corporal, o histórico de exercícios e a definição dos objetivos do condicionamento físico. Também foi utilizado a avaliação de carreira e o regime de planejamento, realizado por um conselheiro, por meio da avaliação e conclusão da escala de planejamento, que é dividida em 6 escalas: conhecimento do mundo do trabalho, conhecimento de ocupações, autoconhecimento, tomada de decisão de carreira, planejamento de carreira e implementação da carreira. Tanto na etapa de condicionamento físico quanto na de carreira, tiveram como objetivo, primeiramente, uma avaliação atual e depois, o desenvolvimento de um plano individualizado para atingir os seus propósitos.

Os participantes responderam um questionário demográfico e um histórico médico. A conclusão da linha de base de auto-relato medidas de resultado foram: Centro de 20 itens para Escala de Depressão em Estudos Epidemiológicos (CES-D); 18 itens Inventário Breve de

Sintomas (BSI); Inventário de Traço-Estado de 21 itens para Ansiedade Cognitiva e Somática (STICSA); Pittsburgh Índice de Qualidade do Sono (PSQI); Culpa Relacionada ao Trauma de 32 itens Inventário (TRGI); Inventário de crescimento pós-traumático de 21 itens (PTGI); Escala de Autocompaixão (SCS) de 26 itens; 29 itens Questionário de Agressão (AQ); e o álcool de 10 itens e o uso de Teste de Identificação de Distúrbios (AUDIT).

## Principais resultados e conclusões

As principais situações traumáticas que resultaram na procura de tratamento foram vivenciar experiências de morte ou lesões graves (36,8%), explosões de artefatos explosivos ou de combate (36,8%). Tanto o grupo de ART quanto o grupo de AC, estavam em concordância quanto às características demográficas e militares, mesmo que na ART tivesse mais servidores do exército (65,5% vs. 42,9%;  $p = 0,09$ ).

No estudo, foi observado considerações significativas quanto à intervenção em ART para diminuição de sintomas de TEPT e doenças correlacionadas e não teve nenhuma diferença considerável nos sintomas dos participantes que foram direcionados para o regime de AC, assim corroborando com a ideia de que o efeito da ART ocorre apenas pela presença do profissional. A ART em comparação com outras terapias, que são utilizadas para PTSD, é um tratamento muito mais rápido (>50%), sendo eficaz para tratar o PTSD em combate.

Os pontos fortes do estudo é constituído pelo procedimento padronizado da ART, por vários psicólogos com diversas formações, pela análise de resultado e aplicação do princípio ITT, além de não apresentar um criador e nem treinador específico erradicando o viés de apuração. As limitações do estudo consistiram no fato da ART não ter sido comparada com outros tratamentos utilizados para TEPT, como PE, CPT e EMDR.

Os participantes foram acompanhados por 3 meses após o tratamento, mas, 19% deles não disponibilizaram os seus dados para acompanhamento. Dessa forma, se faz necessário novos estudos para investigar a análise a longo prazo. Por fim, o estudo conclui que a ART é um tratamento rápido, eficaz e seguro para militares com sintomas de TEPT ocasionados pelo o combate, sendo uma possibilidade para aqueles que não apresentam o resultado desejado por meio dos outros tratamentos usados para o TEPT.

## Referências:

APA. Tratamento terapia de resolução acelerada para transtorno de estresse pós-traumático. Retirado de <https://div12.org/treatment/accelerated-resolution-therapy-for-ptsd/>.

Kip, K. E., Rosenzweig, L., Hernandez, D. F., Shuman, A., Sullivan, K. L., Long, C. J., ... & Diamond, D. M. (2013). Randomized controlled trial of accelerated resolution therapy (ART) for symptoms of combat-related post-traumatic stress disorder (PTSD). *Military medicine*, 178(12), 1298-1309.

O que é ART?. Retirado de <https://acceleratedresolutiontherapy.com/>.

Waits W., Marumoto M. & Weaver J. (2017). Accelerated Resolution Therapy (ART): a review and research to date. *Current Psychiatry Reports*, 19 (18), 1-7.



WWW.WALDEN4.COM.BR

# iW4 Livros

Leia livros on-line sobre Análise do Comportamento  
publicados pela Editora do Instituto Walden4

[Clique aqui para conhecer mais](#)

# Terapia Cognitivo Comportamental para Transtorno de Compulsão Alimentar

Camila Silva Azevedo

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte Apoio à Pesquisa

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

Nos casos de Transtorno de Compulsão Alimentar periódica (TCAP), a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) busca realizar intervenções cognitivas para diminuir os comportamentos que levam até a compulsão alimentar, aumentando o autocontrole e autonomia do paciente, além de também trabalhar a sua autoimagem.

### **Premissa básica**

A restrição alimentar leva à compulsão alimentar, o que leva a uma maior restrição alimentar. Assim, reduzir a restrição alimentar por meio de intervenções cognitivas e comportamentais pode reduzir a compulsão alimentar.

### **Essência da terapia**

A contenção alimentar promove e mantém a patologia da compulsão alimentar; assim, o tratamento é projetado para reduzir a restrição alimentar por meio de estratégias comportamentais (por exemplo, automonitoramento de comportamentos, normalização dos padrões de alimentação). O tratamento também inclui a modificação de pensamentos e cren-

ças disfuncionais sobre a forma e o peso do corpo, que também é projetado para reduzir a patologia do transtorno alimentar.

## **Duração aproximada da terapia**

Aproximadamente 16 sessões

## **Descrição dos procedimentos**

As estratégias utilizadas pela Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para o tratamento de compulsão alimentar periódica (TCAP) apresenta como objetivo a diminuição da restrição alimentar, da compulsão alimentar e da frequência de atividade física, a diminuição do distúrbio da imagem corporal, a modificação do sistema disfuncional de crenças associadas à aparência, peso e alimentação e o aumento da autoestima (Duchesne & Almeida, 2002).

## **Recursos relacionados ao tratamento**

### **Manuais de tratamento**

Listados no site da APA

- Manual de tratamento de grupo de TCC para CAMA (Mitchell) ([link](#)).

### **Recursos de treinamento**

Listados no site da APA

Não consta.

### **Medidas, Apostilas e Planilhas**

Listados no site da APA

- Formulário de automonitoramento ([link](#)).

### **Livros de auto-ajuda**

Listados no site da APA

- CBT para CAMA Manual de autoajuda (Mitchell) ([link](#));
- Superando a compulsão alimentar: o programa comprovado para aprender por que você come compulsivamente e como pode parar (Fairburn) ([link](#));

#### **Outras fontes**

- A Prática da Terapia Cognitivo-Comportamental nos Transtornos Alimentares e Obesidade (Finger, 2016) ([link](#)).

## Aplicativos para smartphones

Listados no site da APA

Não consta.

## Demonstrações em vídeo

Listados no site da APA

Não consta.

## Descrições em vídeo

Listados no site da APA

Não consta.

### Outras fontes:

- "Terapia Cognitivo-Comportamental e Compulsão Alimentar Periódica" - Canal YouTube: Terapia Cognitiva Online ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

Listados no site da APA disponíveis em língua portuguesa

- Uma comparação transdiagnóstica de terapia cognitivo-comportamental aprimorada (CBT-E) e psicoterapia interpessoal no tratamento de transtornos alimentares (Fairburn et al., 2015) ([link](#));
- Eficácia da terapia cognitivo-comportamental e fluoxetina para o tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica: uma comparação randomizada, duplo-cega e controlada por placebo (Grilo, Masheb e Wilson, 2005) ([link](#));
- Uma comparação aleatória de terapia cognitivo-comportamental em grupo e psicoterapia interpessoal em grupo para o tratamento de indivíduos com sobrepeso com transtorno da compulsão alimentar periódica (Wilfley et al., 2002) ([link](#));
- Uma comparação randomizada de terapia cognitivo-comportamental e tratamento de perda de peso comportamental para indivíduos com sobrepeso com transtorno de compulsão alimentar periódica (Munsch et al., 2007) ([link](#));
- Perda de peso, tratamentos cognitivo-comportamentais e desipramina no transtorno da compulsão alimentar periódica: um projeto aditivo (Agras et al., 1994) ([link](#)).

### Outras fontes

- Utilização de terapia cognitivo-comportamental em grupo baseada em manual em uma amostra brasileira de indivíduos obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica (Duchesne et al., 2007) ([link](#));

- A Eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento de Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico (De Abreu et al.) ([link](#));

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

Listados no site da APA disponíveis em língua portuguesa:

Não consta.

### Outras fontes:

- Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica (Duchesne et al., 2007) ([link](#));
- A importância da regulação emocional em terapia cognitivo-comportamental no transtorno de compulsão alimentar (Dos santos et al., 2020) ([link](#));
- A terapia cognitivo-comportamental como co-intervenção no tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica na obesidade (Cecchini et al., 2010) ([link](#));
- Intervenções Clínicas Voltadas para a Compulsão Alimentar na perspectiva da Terapia Cognitiva Comportamental (Lima & Santana, 2022) ([link](#));
- Obesidade Associada ao Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica : Breve aporte do Tratamento da Terapia Cognitivo Comportamental (Marques & de Oliveira, 2016) ([link](#));
- Pandemia de COVID-19 e compulsão Alimentar: Possibilidades de Tratamento com a Terapia Cognitivo comportamental (TCC) (Leite & Andrade, 2022) ([link](#));
- Compulsão Alimentar: Atuação Multidisciplinar a partir da Abordagem Cognitivo-Comportamental (Fernandes & da Silva, 2020) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

Listados no site da APA

- Tratamentos psicológicos para o transtorno da compulsão alimentar periódica (Iacovino et al., 2012) ([link](#));
- Intervenções da imagem corporal na terapia cognitivo-comportamental do transtorno da compulsão alimentar periódica: uma análise de componentes (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004) ([link](#));
- Eficácia do envolvimento do cônjuge na terapia cognitivo-comportamental para transtorno da compulsão alimentar periódica (Gorin, le Grange, & Stone, 2003) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa:

- **Autores:** Carlos M. Grilo, Robin M. Masheb, G. Terence Wilson
- **Título:** Eficácia da terapia cognitivo-comportamental e fluoxetina para o tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica: uma comparação randomizada, duplo-cega, controlada por placebo
- **Data de publicação:** 1 de fevereiro de 2005
- **Periódico:** Psiquiatria Biológica
- **Número:** 3
- **Volume:** 57
- **Tipo da pesquisa:** Randomizada, Duplo-cega, Controlada por placebo.

### Racional

O uso de medicamentos e a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) são terapêuticas eficazes para o Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), mas até então não existia nenhum estudo controlado que comparasse as terapias psicológicas com as farmacológicas, fazendo-se necessário o presente estudo.

### Objetivo

Testar a eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e fluoxetina isoladamente e em combinação para Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP).

### Método

Foram selecionados 108 participantes que apresentam quadros de Transtorno de compulsão alimentar periódica (TCAP), sendo divididos entre os seguintes tratamentos individuais de 16 semanas: a administração de 60 mg de fluoxetina diariamente, o uso de placebo, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) em conjunto com a administração de 60 mg de fluoxetina todos os dias ou a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) juntamente com o placebo.

## Principais resultados e conclusões

Dos 108 pacientes, apenas 86 (80%) terminaram os tratamentos. As taxas de remissão (zero compulsão alimentar por 28 dias) para os que completaram foram: 29% (fluoxetina), 30% (placebo), 55% (TCC+fluoxetina) e 73% (TCC+placebo). As taxas de remissão com intenção de tratar (ITT) foram: 22% (fluoxetina), 26% (placebo), 50% (TCC+fluoxetina) e 61% (TCC+placebo). Análises completas e ITT sobre remissão e medidas dimensionais de compulsão alimentar, características cognitivas e sofrimento psicológico produziram resultados consistentes. A fluoxetina não foi superior ao placebo, a TCC+fluoxetina e a TCC+placebo não diferiram, e ambas as condições de TCC foram superiores à fluoxetina e ao placebo. A perda de peso foi modesta, não demonstrou diferença entre os tratamentos, mas foi associada à remissão da compulsão alimentar.

## Referência bibliográficas

- Abreu, L. E., Stival, J. K., Hernandez, J. C., & Fidelis, P. M. (2017). A eficácia da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento de Transtorno Compulsivo Alimentar Periódico. *Revista de Trabalhos Acadêmicos Universo*, 3, 1-12.
- Cecchini, F. F., Bertini, E., Martins, M. B., Rodrigues, F. M. L., & Monson, C. A. (2010). A terapia cognitivo-comportamental como co-intervenção no tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica na obesidade. *Neurociências*, 6(2), 113-121
- Duchesne, M. & Almeida, P. E. M. (2002). Terapia cognitiva comportamental dos transtornos alimentares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl III),49-53.
- Duchesne, M., Appolinario, J. C., Rangé, B. P., Fandiño, J., Moya, T., & Freitas, S. R. (2007). Utilização de terapia cognitivo-comportamental em grupo baseada em manual em uma amostra brasileira de indivíduos obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29 (1), 23-25.
- Duchesne, M., Appolinário, J. C., Rangé, B. P., Freitas, S., Papelbaum, M., & Coutinho, W. (2007). Evidências sobre a terapia cognitivo-comportamental no tratamento de obesos com transtorno da compulsão alimentar periódica. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29 (1), 80-92.
- Fernandes, D. D. A. F., & da Silva Macário, G. C. (2020) Compulsão Alimentar: Atuação Multidisciplinar a partir da Abordagem Cognitivo-Comportamental. *Revista visões*, 7 (1), 71-77.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M. Wilson, G. T. (2005). Eficácia da terapia cognitivo-comportamental e fluoxetina para o tratamento do transtorno da compulsão alimentar periódica: uma comparação randomizada, duplo-cega, controlada por placebo. *Psiquiatria biológica*, 57 (3), 301-309
- Leite, J. L. C., & Andrade, A. A. C. (2022). Pandemia de COVID-19 e Compulsão Alimentar: possibilidades de tratamento com a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). *Cadernos de Psicologia*, 3 (5), 315-333.

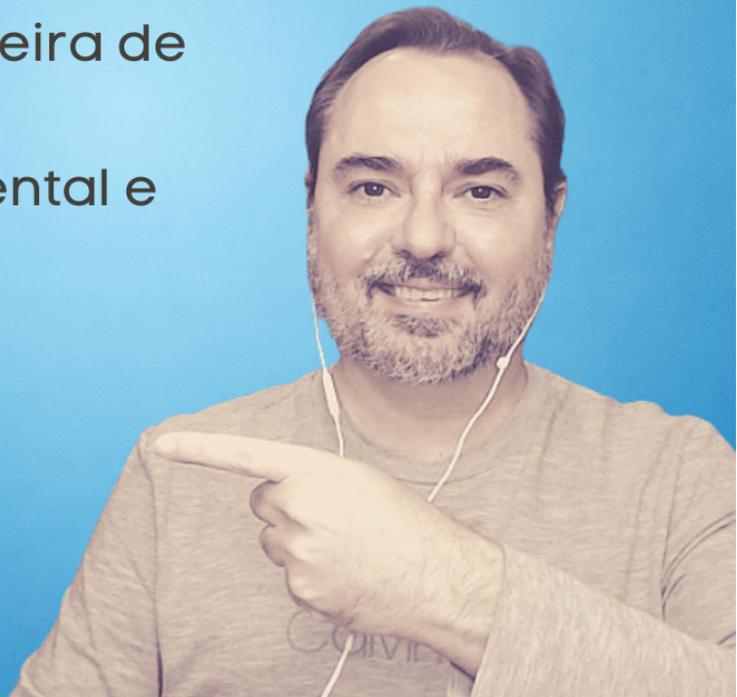
Lima K. E. O. (2022). *Intervenções clínicas voltadas para Compulsão Alimentar na perspectiva da Terapia Cognitiva Comportamental*. Trabalho de Conclusão de Curso, FAEMA-UNIFAEMA, Ariquemes, Rondônia, Brasil

Marques, E. L. L., & Baldessin A. O.(2016). Obesidade associada ao Transtorno de Compulsão Alimentar Periódica: breve aporte do tratamento da Terapia Cognitivo Comportamental. Retirado de [https://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0988](https://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0988)

# O que @s psicólog@s cientistas andam estudando?

Episódio #4

Revista Brasileira de  
Terapia  
Comportamental e  
Cognitiva



Quer saber quais são as publicações mais recentes em periódicos científicos? Acompanhe o programa "O que os psicólogos cientistas andam estudando", apresentado pelo Prof. Márcio Moreira gratuitamente no Youtube:

[Clique aqui para assistir](#)

# Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness para Depressão

Carolina Bahia Fonseca

Centro de Ensino Unificado de Brasília

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Depressão ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação.

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Suporte empírico forte.

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

O *mindfulness* é definido como uma forma específica de atenção plena, essa técnica consiste em concentração no momento atual, com uma consciência plena intencional e sem julgamentos de uma situação vivida no momento, tal prática se define como um treinamento mental com o objetivo de enfrentar situações estressantes tendo como foco a percepção consciente de experiências internas, de modo que a pessoa não esteja absorvida por essas experiências, observando o surgimento e o desaparecimento dos pensamentos e sentimentos sem se fixar aqueles valorizados e sem tentar banir os dolorosos.

### **Premissa básica**

A depressão está associada a uma rede de modos negativos de pensar e sentir. Esses modos podem ser reativados durante períodos de remissão levando à recaída.

### **Essência da terapia**

Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness (MBCT) combina conceitos centrais da terapia cognitiva com treinamento em meditação de atenção plena como meio de diminuir a reatividade cognitiva. O MBCT visa cultivar a atenção plena, incentivando os pacientes a se

familiarizarem com os modos depressivos de pensar e sentir enquanto desenvolvem ao mesmo tempo um novo (e menos reativo) relacionamento com essas experiências. Esse processo envolve enfrentar experiências internas angustiantes (ou seja, pensamentos, sentimentos) com paciência, gentileza, curiosidade e empatia. A MBCT foi originalmente projetada para prevenir a recaída em pacientes em remissão da depressão, com ênfase na detecção de sinais precoces de recaída por meio de descentralização aprimorada. Um trabalho mais recente investigou a MBCT para reduzir os sintomas depressivos residuais e a ansiedade comórbida.

## Duração aproximada da terapia

Oito sessões semanais de 2 horas, normalmente em formato de grupo (até 16 pacientes). Os pacientes são convidados a se envolver em 45 minutos de prática de meditação em casa. Um “retiro” de dia inteiro entre as sessões 6 e 7 e sessões de “reforço” pós-intervenção também podem ser incluídos.

## Descrição do procedimento

Por meio do trabalho de Assumpção (2019), os componentes centrais do treinamento são práticas formais e informais de mindfulness, atividades sobre o tema proposto em cada sessão, bem como o desenvolvimento de habilidades cognitivas e comportamentais para lidar com sintomas de depressão, ansiedade e estresse. Esses dois componentes, o cognitivo e o experiencial, compõem o típico programa MBCT. As sessões em sala de aula seguem um formato padrão no qual começam discutindo a lição de casa da sessão anterior (frequência da meditação, quaisquer obstáculos à conclusão e a experiência de meditação). Posteriormente, é realizada uma breve exposição sobre o tema da semana acompanhada de uma atividade para reforçar o conteúdo apresentado. Em seguida, são ensinadas uma ou duas práticas de atenção plena. Ao final de cada exercício de meditação, o terapeuta e o participante discutiam experiências emocionais, fisiológicas e cognitivas. Após o treinamento de mindfulness, as práticas da semana de lição de casa são explicadas e a reunião termina. Apostilas semanais também são fornecidas para ilustrar conceitos, e reflexões sobre trabalhos de casa estão incluídas.

Os trabalhos de casa incluem sessões individuais de áudio de meditação (ficheiros descarregados) correspondentes ao tema do encontro semanal, reforçando as técnicas utilizadas nas aulas. Grupo de treinamento: As sessões de treinamento de mindfulness serão realizadas uma vez por semana dentro de 6 semanas. Cada sessão terá a duração aproximada de 90 minutos. O protocolo é o seguinte: Primeira sessão: (1) introdução à atenção plena e piloto automático, (2) varredura corporal e meditação de 3 minutos. Segunda sessão: (1) apreciação do aqui e agora, (2) respiração e meditação de 3 minutos, (3) aprendizado sobre sentimentos e pensamentos. Terceira sessão: (1) permanecer no momento presente, (2) trabalhar com o corpo e a respiração e meditação de 3 minutos. Quarta sessão: (1) reconhecimento da aversão, (2) mediação do som e do pensamento. Quinto: (1) deixe estar, (2) explorando as dificuldades, (3) 87 meditação da bondade amorosa. Sexta sessão: (1) treino de recordação, (2) prevenção de recaídas, (3) varredura corporal e meditação de 3 minutos. Grupo controle: terá treinamento de Mindfulness após aguardar 6 semanas (período do grupo de treinamento).

Serão aceitos no estudo participantes que estejam em uso de psicofármacos para depressão e/ou ansiedade. Essa variável será considerada na análise dos dados como uma possível variável de confusão. Para tanto, semanalmente, serão anotados acréscimos ou suspensão de psicofármacos tanto para os participantes que iniciarem o estudo em uso de medicação quanto para os participantes que iniciarem o uso durante o programa.

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados pela APA

- Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression (2nd ed.) (Segal, Williams, & Teasdale, 2013) ([link](#)).

#### Em português

Não consta.

### Recursos de treinamento

#### Listados pela APA

- MBCT Instructor Training Workshops ([link](#)).

#### Em português

- Treine seu cérebro: Terapia cognitivo-comportamental em 7 semanas (Seth J. Gillihan., 2021) ([link](#)).

### Medidas, Apostilas e Planilhas

#### Listados pela APA

- The mindfulness-based cognitive therapy adherence scale: Inter-rater reliability, adherence to protocol and treatment distinctiveness (Segal et al., 2002) ([link](#)).

#### Em português

- Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado (Wright et al., 2018) ([link](#)).

### Livros de auto-ajuda

#### Listados pela APA

- The Mindful Way Workbook: An 8-Week Program to Free Yourself from Depression and Emotional Distress (Teasdale, Williams, & Segal, 2014) ([link](#));
- The Mindful Way through Depression: Freeing Yourself from Chronic Unhappiness (Williams, Teasdale, Segal, & Kabat-Zinn, 2007) ([link](#)).

### Em português

- Terapia cognitivo-comportamental: Estratégias para lidar com ansiedade, depressão, raiva, pânico e preocupação (Seth J. Gillihan, 2020) ([link](#));
- Mindfulness para depressão (Sophie Lazarus, 2022) ([link](#)).

## Aplicativos para smartphones

### Listados pela APA

- Oxford MBCT ([link](#)).

### Em português

- A Mindfulness App ([iOS](#));
- Smiling Mind ([iOS](#)).

## Demonstrações em vídeo

### Listados pela APA

- Mindfulness-based cognitive therapy for depression (Segal, 2005) ([link](#)).

### Em português

Não consta.

## Descrições em vídeo

### Listados pela APA

- The mindfulness way through depression (Segal, 2014) ([link](#)).

### Em português

- Seminário: A Prática da Terapia Cognitivo-Comportamental Baseada em Mindfulness ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados pela APA

- Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy (Teasdale et al., 2000) ([link](#));
- Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence (Teasdale et al., 2002) ([link](#));
- Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects (Ma & Teasdale, 2004) ([link](#));
- Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression (Kuyken et al., 2008) ([link](#));

- Antidepressant monotherapy versus sequential pharmacotherapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression (Segal et al., 2010) ([link](#));
- The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: A randomized controlled trial (van Aalderen et al., 2012) ([link](#));
- Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls (Dimidjian et al., 2014) ([link](#));
- Adding mindfulness-based cognitive therapy to maintenance antidepressant medication for prevention of relapse/recurrence in major depressive disorder: Randomised controlled trial (Huijbers et al., 2015) ([link](#));
- Effectiveness and cost-effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy compared with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse or recurrence (PREVENT): a randomised controlled trial (Kuyken et al., 2015) ([link](#));
- Relapse prevention in major depressive disorder: Mindfulness-based cognitive therapy versus an active control condition (Shallcross et al., 2015) ([link](#));
- Staying well during pregnancy and the postpartum: A pilot randomized trial of mindfulness-based cognitive therapy for the prevention of depressive relapse/recurrence (Dimidjian et al., 2016) ([link](#));
- Mindfulness-based cognitive therapy for patients with chronic, treatment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial (Cladder-Micus et al., 2018) ([link](#)).

#### Em português

- Terapia cognitiva baseada em mindfulness no atendimento clínico individual de depressão (Oliveira Almeida, Demarzo & Neufeld, 2020) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados pela APA

- The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis (Piet & Hougaard, 2011) ([link](#));
- Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: An individual patient data meta-analysis from randomized trials (Kuyken et al., 2016) ([link](#));
- Mindfulness-based cognitive therapy for the treatment of current depressive symptoms: A meta-analysis (Goldberg et al., 2019) ([link](#)).

#### Em português

- Mindfulness na abordagem de pacientes previamente diagnosticados com depressão maior: uma revisão integrativa (Tanajura et al., 2022) ([link](#));
- Terapias cognitivo-comportamentais de terceira geração no Brasil : revisão de escopo (Souza, N. F. 2022) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

### Listados pela APA

- MBCT.com, contains resources for learning about MBCT, receiving MBCT, and training in MBCT ([link](#));
- ACCESS MBCT is an international listing of mental health professionals involved in the delivery of MBCT ([link](#));
- Bangor Centre for Mindfulness Research and Practice, contains free guided mindfulness meditation practices, information about training and research on mindfulness-based interventions (including MBCT) ([link](#)).

### Em português

- sansa.health, site com tarefas diárias , aulas individualizadas, diário de humor, dicas e estratégias para criar hábitos, avaliações semanais e exercícios. ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Mira B., Cladder-Micus, Anne E. M. Speckens, Janna N Vrijzen, A Roger T. Donders, Eni S Becker, Jan Spijker
- **Título:** Terapia cognitiva baseada em mindfulness para pacientes com depressão crônica resistente ao tratamento: um estudo controlado randomizado pragmático.
- **Data de publicação:** outubro de 2018
- **Periódico:** Depression and anxiety
- **Número:** 10
- **Volume:** 35
- **Tipo da pesquisa:** Estudo Controlado Randomizado Pragmático

## Racional

Um grande número de pacientes cronicamente deprimidos não responde ao tratamento, sendo necessárias novas estratégias de tratamento para essa população, ainda não existe uma definição unificada de depressão resistente ao tratamento, para a realização do estudo foi escolhido o método de estadiamento para medir a resistência ao tratamento é denominado como a “Medida Holandesa para quantificação da resistência ao tratamento na depressão”. Em contraste com os métodos de estadiamento anteriores, o DM-TRD não se concentra apenas em tratamentos biológicos, mas também inclui tratamentos psicológicos baseados em evidências. Juntamente com o DM-TRD foi utilizado o MBCT (terapia cognitiva baseada na atenção plena) que ensina os participantes a reconhecer e desengajar-se de padrões cognitivos automáticos mal-adaptativos e a desenvolver uma atitude sem julgamento e compassiva em relação às suas próprias cognições e sentimentos.

## Objetivo

Investigar a funcionalidade do mindfulness no tratamento de pacientes com depressões crônicas resistentes ao tratamento farmacoterápico e a tratamentos psicológicos baseados em evidência como a TCC (terapia cognitivo-comportamental) ou TIP (terapia interpessoal).

## Método

Um estudo pragmático, multicêntrico, randomizado e controlado realizado comparando o tratamento usual (TAU) com MBCT + TAU em 106 pacientes ambulatoriais cronicamente deprimidos que receberam anteriormente farmacoterapia ( $\geq 4$  semanas) e tratamento psicológico ( $\geq 10$  sessões).

## Principais resultados e conclusões

Os resultados da análise ITT (intenção de tratar) não revelaram uma redução significativa nos sintomas depressivos de MBCT + TAU sobre TAU, MBCT + TAU parece ter efeitos benéficos para doenças crônicas, pacientes deprimidos resistentes ao tratamento em termos de taxas de remissão, ruminação, qualidade de vida, habilidades de atenção plena e autocompaixão. Além disso, os pacientes que completaram MBCT mostraram redução significativa dos sintomas depressivos. As razões para a não conclusão devem ser mais investigadas.

## Referências Bibliográficas

- Assumpção, A.D.F.A. (2019). *Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness para universitários com sintomas leves e moderados de depressão, ansiedade e estresse*. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Cladder-Micus, M. B., Speckens, A. E., Vrijzen, J. N., T. Donders, A. R., Becker, E. S., & Spijker, J. (2018). Mindfulness: based cognitive therapy for patients with chronic, tre-

atment-resistant depression: A pragmatic randomized controlled trial. *Depression and anxiety*, 35(10), 914-924.

# Terapia Cognitiva-Comportamental para Transtornos por Uso de Substâncias

Gabriel Duarte de Oliveira Vaz Pinto

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Transtornos do uso de substâncias e álcool ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Suporte empírico forte

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Não encontrado

## Descrição resumida do tratamento

### **Premissa básica**

À medida em que os indivíduos entendem os pensamentos e comportamentos associados ao uso de substâncias e adquirem habilidades para modificar comportamentos indesejados, eles estão mais bem equipados para identificar e lidar com gatilhos para uso, gerenciar situações de alto risco, reforçar comportamentos que se alinham com seus objetivos de recuperação e desafiar pensamentos que precipitam o uso de substâncias.

### **Essência da terapia**

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é um tratamento psicossocial transdiagnóstico que se baseia em princípios de aprendizagem. A TCC visa tratar transtornos por uso de substâncias (TUS) por meio do direcionamento de processos comportamentais e cognitivos subjacentes ao uso de substâncias. A TCC para TUS se concentra em intervir nesses processos por meio do aumento da conscientização sobre os antecedentes e consequências do uso de substâncias e alavancando os princípios de mudança de comporta-

mento para reduzir ou eliminar o uso de substâncias por meio do ambiente e do reforço social.

## Duração aproximada da terapia

Embora o número de sessões e a duração do tratamento da TCC para uso de substâncias variem muito, as abordagens padrão são aplicadas em aproximadamente de 6 a 14 sessões.

## Descrição dos procedimentos

Sugestões de leitura:

- Terapia cognitivo-comportamental de transtornos de abuso de álcool e drogas (Rangé, B. P. & Marlatt, G. A., 2008) ([link](#));
- Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Use Disorders (McHugh, R. K., Hearon, B. A., & Otto, M. W., 2010) ([link](#));
- Can Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Treat Addiction? (Buddy, T., 2020) ([link](#));
- Cognitive Behavioral Therapy (CBT) for substance Use Disorders (Hodgman-Korth, M., Fifield, J., Fuller, K., 2022) ([link](#));
- Transtorno por uso de Substâncias: o que é e como a TCC pode ajudar (Dockhorn, V., 2022) ([link](#)).

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

- Uma Abordagem Cognitivo-Comportamental: Tratamento da Dependência de Cocaína (Carroll et al., 1998) ([link](#));
- Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental de Habilidades de Enfrentamento: Um Guia de Pesquisa Clínica para Terapeutas que Tratam Indivíduos com Abuso e Dependência de Álcool (Kadden et al., 2003) ([link](#)).

### Livros disponíveis para compra através de sites externos

- Um Programa de Tratamento Cognitivo-Comportamental para Superar Problemas de Álcool: Guia do Terapeuta (Epstein & McCrady, 2009) ([link](#));
- Aconselhamento de prevenção de recaídas: estratégias clínicas para orientar a recuperação de vícios e reduzir a recaída (Daley & Douaihy, 2015) ([link](#));
- Gerenciando seu transtorno por uso de substâncias (tratamentos que funcionam), 3ª edição (Daley & Douaihy, 2019) ([link](#)).

## Recursos de treinamento

- Uma abordagem cognitivo-comportamental: tratando o vício em cocaína (Carroll et al., 1998) ([link](#));
- Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental de Habilidades de Enfrentamento: Um Guia de Pesquisa Clínica para Terapeutas que Tratam Indivíduos com Abuso e Dependência de Álcool (Kadden et al., 2003) ([link](#)).

## Medidas, Apostilas e Planilhas

- Uma Abordagem Cognitivo-Comportamental: Tratamento da Dependência de Cocaína (Carroll et al., 1998) ([link](#));
- Um Programa de Tratamento Cognitivo-Comportamental para Superar Problemas de Álcool: Formulários e Planilhas de Guia do Terapeuta (Epstein & McCrady, 2009); ([link](#));
- Caixa de ferramentas de recuperação SMART (SMART Recovery International, 2022). ([link](#));

## Aplicativos para smartphones

Há uma infinidade de aplicativos para smartphones, muitos dos quais não foram rigorosamente testados, conforme descrito por Tofighi e colegas nesta revisão: Aplicativos para smartphones direcionados ao uso de álcool e substâncias ilícitas: pesquisa sistemática em lojas de aplicativos comerciais e análise crítica de conteúdo (Tofighi et al., 2019) ([link](#))

Aqueles com mais suporte empírico e fundamentação nos princípios da TCC incluem os seguintes:

- Saying When Desenvolvido pelo Centro de Dependência e Saúde Mental, Toronto, Canadá; ([link](#));
- Vorvida® Aplicativo comercial da Orexo; ([link](#));
- A-CHESS Desenvolvido por CHESS Health; ([link](#));
- Checkup and Choices Programa desenvolvido na internet com aplicativos; ([link](#));
- reSET (prescrição digital terapêutica) por Pear Therapeutics ([link](#)).

## Demonstrações em vídeo

- Prevenção de recaídas cognitivo-comportamentais para vícios (Marlatt, s.d.) ([link](#)).

### Vídeos disponíveis para compra através de sites externos:

- Terapia Cognitivo Comportamental para Abordar os Gatilhos do Uso de Substâncias (Rede do Centro de Transferência de Tecnologia de Vícios, 2021) ([link](#)).

## Descrições em vídeo

- Terapia cognitivo-comportamental para transtornos por uso de substâncias: da teoria à prática (Fulton, 2019) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

- Entrega assistida por computador de terapia cognitivo-comportamental para dependência: um estudo randomizado de CBT4CBT (Carroll et al., 2008) ([link](#));
- Network Support II: Ensaio controlado randomizado de tratamento de Network Support e terapia cognitivo-comportamental para transtorno por uso de álcool (Litt et al., 2016) ([link](#));
- Eficácia relativa da prevenção de recaídas baseada em mindfulness, prevenção de recaídas padrão e tratamento como de costume para transtornos por uso de substâncias: um ensaio clínico randomizado (Bowen et al., 2014) ([link](#));
- Terapia de aceitação e compromisso versus terapia cognitivo-comportamental no tratamento do transtorno por uso de substâncias com mulheres encarceradas (Lanza et al., 2014) ([link](#));
- Tratamento psicossocial para transtornos por uso de metanfetaminas: um estudo preliminar randomizado controlado de terapia cognitivo-comportamental e terapia de aceitação e compromisso (Smout et al., 2010) ([link](#));
- Testando a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental para abuso de substâncias em um ambiente comunitário: dentro dos resultados do tratamento e pós-tratamento (Morgenstern et al., 2001) ([link](#));
- Estratégias cognitivo-comportamentais de prevenção de recaídas e cuidados posteriores na reabilitação do alcoolismo (Donovan & Ito, 1988) ([link](#));
- Aconselhamento em grupo versus cuidados pós-tratamento individualizado de prevenção de recaídas após tratamento ambulatorial intensivo para dependência de cocaína: resultados iniciais (McKay et al., 1997) ([link](#));
- Combinando os tratamentos de alcoolismo com a heterogeneidade do cliente: resultados de consumo pós-tratamento do Projeto MATCH (Grupo de Pesquisa do Projeto MATCH, 1997) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

- Eficácia da prevenção de recaídas: uma revisão meta-analítica (Irvin et al., 1999) ([link](#));
- Tratamento cognitivo-comportamental com adultos usuários de álcool e drogas ilícitas: uma meta-análise de ensaios controlados randomizados (Magill & Ray, 2009) ([link](#));
- Terapia Cognitivo Comportamental: Uma Meta-Análise de Resultados de Raça e Uso de Substâncias (Windsor et al., 2015) ([link](#));

- Uma meta-análise da terapia cognitivo-comportamental para transtornos por uso de álcool ou outras drogas: eficácia do tratamento por condição de contraste (Magill et al., 2019) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

- Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos por Uso de Substâncias (McHugh, Hearon e Otto, 2010) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Magill, M., Ray, L., Kiluk, B., Hoadley, A., Bernstein, M., Tonigan, J. S., & Carroll, K.
- **Título:** Uma Meta-Análise da Terapia Cognitivo-Comportamental para Transtornos por Uso de Álcool ou Outras Drogas: Eficácia do Tratamento por Condição de Contraste.
- **Data de publicação:** 10/10/2019
- **Periódico:** 1093-1105.
- **Número:** 87.
- **Volume:** 12.
- **Tipo da pesquisa:** Quantitativa.

### Racional

Esta meta-análise fornece um resumo atualizado da eficácia do tratamento em terapia cognitivo-comportamental (TCC) para transtornos por uso de álcool ou outras drogas. A TCC é eficaz para essas condições com resultados aproximadamente 15% a 26% melhores do que os resultados médios em controles não tratados ou minimamente tratados (PsycInfo Database Record (c) 2020 APA, todos os direitos reservados).

### Objetivo

Esta meta-análise examinou 30 ensaios clínicos randomizados (32 locais de estudo; 35 braços de estudo) que testaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental (TCC) para transtornos por uso de álcool ou outras drogas (AUD/SUD). O objetivo do estudo foi forne-

cer estimativas de eficácia contra três níveis de contraste experimental (ou seja, mínimo [ $k = 5$ ]; terapia não específica [ $k = 11$ ]; terapia específica [ $k = 19$ ]) para resultados de frequência e quantidade de consumo em precoce (1 - 6 meses [ $k = 41$ ]) e tardio (8+ meses [ $k = 26$ ]). Quando os tamanhos de efeito agrupados eram estatisticamente heterogêneos, os moderadores em nível de estudo foram examinados.

## Método

O tamanho do efeito ponderado de variância inversa foi calculado para cada estudo e agrupado sob suposições de efeitos aleatórios. As análises de sensibilidade incluíram testes de heterogeneidade, influência do estudo e viés de publicação.

## Principais resultados

A TCC, em contraste com o tratamento mínimo, mostrou um tamanho de efeito moderado e significativo que foi consistente entre o tipo de resultado e o acompanhamento. Quando a TCC foi contrastada com uma terapia não específica ou tratamento usual, o efeito do tratamento foi estatisticamente significativo para a frequência e quantidade de consumo no seguimento precoce, mas não tardio. Os efeitos da TCC em contraste com uma terapia específica foram consistentemente não significativos entre os resultados e os pontos de tempo de acompanhamento. Dos dez tamanhos de efeito agrupados examinados, dois mostraram heterogeneidade moderada, mas análises multivariadas revelaram poucos preditores sistemáticos de variância entre os estudos.

## Conclusões

A meta-análise atual mostra que a TCC é mais eficaz do que nenhum tratamento, tratamento mínimo ou controle não específico. Consistente com os achados de outras terapias baseadas em evidências, a TCC não mostrou eficácia superior em contraste com outra modalidade específica.

# Buscando Segurança para Abuso / Dependência de Substância Mista

Gabriel Duarte de Oliveira Vaz Pinto

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### Diagnóstico:

Abuso/Dependência de substância mista ([link](#))

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Modesto apoio à pesquisa para adolescentes

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio à pesquisa para adultos

## Descrição resumida do tratamento

### Resumo

Buscando Segurança é uma terapia de habilidades de enfrentamento focada no presente para ajudar as pessoas a alcançar a segurança de trauma/PTSD e transtorno de uso de substâncias (SUD). Ele incorpora um tom compassivo que honra o que os clientes sobreviveram e respeita seus pontos fortes. Ele foi projetado para uso flexível. É um modelo de primeiro estágio que pode ser usado desde o início do tratamento.

### Premissa básica

Exemplos de tópicos são Segurança, Pedir ajuda, Estabelecer limites nos relacionamentos, Relacionamentos saudáveis, Recursos comunitários, Compaixão, Criar significado, Descoberta, Pensamento de recuperação, Cuidar bem de si mesmo, Compromisso, Integrar o eu dividido, Autocuidado, Vermelho e Bandeiras verdes e escolhas de vida.

### Essência da terapia

A Busca por Segurança tem uma forte ênfase na saúde pública: baixo custo de implementação, com ênfase no engajamento e estratégias concretas. O modelo tem sido usado com uma ampla gama de populações vulneráveis, incluindo aqueles que são graves e crônicos, adolescentes, militares e veteranos, sem-teto, violência doméstica, justiça criminal, racial/eticamente diversos, traumatismo cranioencefálico leve ou outro comprometimento cognitivo, grave e doença mental persistente, clientes com baixa leitura ou analfabetos e outros. Também é usado para indivíduos com transtorno de TEPT ou SUD sozinho, subliminar ou uma história de qualquer um dos transtornos. Buscando Segurança foi traduzido para espanhol, francês, alemão, holandês, sueco, polonês e chinês. O modelo foi conduzido por uma ampla gama de médicos, incluindo assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros, gerentes de caso, conselheiros de saúde mental, conselheiros de abuso de substâncias, trabalhadores de emergência, defensores da violência doméstica, bem como para profissionais e liderados por colegas.

## Duração aproximada da terapia

Buscando Segurança oferece 25 tópicos de tratamento, cada um com um guia clínico e folhetos para o cliente. Os tópicos que podem ser conduzidos em qualquer ordem e número, e o ritmo e a duração das sessões podem ser determinados pelo clínico.

## Descrição dos procedimentos

Os princípios-chave do Buscando Segurança são: (1) Segurança como meta abrangente (ajudar os clientes a obter segurança em seus relacionamentos, pensamento, comportamento e emoções). (2) Tratamento integrado (trabalhando tanto no trauma quanto no abuso de substâncias ao mesmo tempo). (3) Um foco nos ideais para neutralizar a perda de ideais tanto no trauma quanto no abuso de substâncias. (4) Quatro áreas de conteúdo: cognitivo, comportamental, interpessoal e gerenciamento de caso. (5) Atenção aos processos clínicos (ajudando os médicos a trabalhar com contratransferência, autocuidado e outras questões).

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

- Najavits, LM (2002). Buscando Segurança: Um Manual de Tratamento para TEPT e Abuso de Substâncias. Nova York: Guilford Press.

Além disso, as traduções estão disponíveis em vários idiomas (consulte [SeekingSafety.org](http://SeekingSafety.org), seção Sobre Buscar Segurança).

### Recursos de treinamento

- Treinamento no local: Ver [SeekingSafety.org](http://SeekingSafety.org), seção Treinamento.

O site lista os próximos treinamentos, como agendar um treinamento e a ficha informativa do treinamento. Não há limite para o número de participantes, então alguns programas organizam um treinamento e convidam outras pessoas da região para participar. Os associados de treinamento estão disponíveis em todo o país.

### Medidas, Apostilas e Planilhas

Além do manual de tratamento, estão disponíveis materiais de implementação adicionais, incluindo vídeos de treinamento, um pôster das Habilidades de enfrentamento seguro (em inglês ou espanhol) e um baralho de Habilidades de enfrentamento seguro (em inglês ou espanhol). Consulte [SeekingSafety.org](http://SeekingSafety.org), seção Ordem.

## Aplicativos para smartphones

Também são possíveis consultas por telefone e treinamento/consulta de fidelidade. Consulte [SeekingSafety.org](http://SeekingSafety.org), seção Treinamento.

## Demonstrações em vídeo

Vídeos de treinamento também são uma opção. Consulte [SeekingSafety.org](http://SeekingSafety.org), seção Order para obter informações sobre a série de treinamento Buscando Segurança (disponível em formato DVD ou VHS).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

- Buscando tratamento de segurança para veteranos do sexo masculino com transtorno de uso de substâncias e sintomatologia de TEPT (Boden Kimerling, Jacobs-Lentz, Bowman, Weaver, Carney, Walser & Trafton, 2012) ([link](#));
- Tratamentos promissores com suporte empírico para mulheres com TEPT comórbido e transtornos por uso de substâncias (Hien, Cohen, Litt, Miele & Capstick, 2004). ([link](#));
- Buscando terapia de segurança para meninas adolescentes com TEPT e abuso de substâncias: um estudo controlado randomizado. (Najavits, Gallop & Weiss, 2006) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

- Buscando Segurança: um guia de implementação. (Najavits, 2009). ([link](#));
- Buscando terapia de segurança para homens: experiências clínicas e de pesquisa. (Najavits, Schmitz, Johnson, Smith, North, Hamilton, Walser, Reeder, Norman & Wilkins, 2009). ([link](#));
- Buscando segurança: um modelo baseado em evidências para abuso de substâncias e trauma/TEPT. (Najavits, 2007). ([link](#));
- Implementando a terapia de busca de segurança para PTSD e abuso de substâncias: diretrizes clínicas. (Najavits, 2004) ([link](#));
- Tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Abuso de Substâncias. (Najavits, 2004) ([link](#));
- Treinando médicos para conduzir o tratamento de busca de segurança para PTSD e abuso de substâncias. (Najavits, 2000) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Lisa M. Najavits
- **Título:** Tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático e Abuso de Substâncias:
  - Diretrizes clínicas para implementação da terapia de Busca de Segurança.
- **Data de publicação:** 22/09/2008
- **Periódico:** 43 - 62
- **Número:** 22
- **Volume:** 1
- **Tipo da pesquisa:** Qualitativa

### Racional

Este artigo descreve diretrizes clínicas para a implementação da terapia Buscando Segurança para transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e abuso de substâncias. A justificativa para o tratamento, chave características, evidências empíricas e sugestões de implementação são oferecidas. Estes últimos incluem como selecionar clientes e médicos para o tratamento, aplicação a uma variedade de tratamentos formatos, como tornar as habilidades mais úteis para os clientes, dificuldades típicas dos clínicos, diversidade questões, sugestões de modalidades de grupo e como envolver a equipe que não está conduzindo diretamente o tratamento. O site, [www.seekingsafety.org](http://www.seekingsafety.org), fornece informações adicionais.

### Objetivo

O Buscando Segurança foi projetado para ajudar clientes e médicos a explorar a ligação entre trauma/TEPT e abuso de substâncias, mas sem entrar em detalhes extensos sobre o passado que pode ser desestabilizador durante a recuperação inicial. Seu objetivo é fornecer uma visão focada no presente, abordagem empática que “possui” e nomeia a experiência traumática, ajuda a validar a conexão com o abuso de substâncias e fornece habilidades de enfrentamento seguras específicas para gerenciar as emoções e impulsos muitas vezes esmagadores desse diagnóstico duplo.

## Método

Buscando Segurança oferece 25 tópicos de tratamento, cada um com um guia clínico e folhetos para o cliente. Os sete tópicos interpessoais são: Pedir ajuda, Honestidade, Estabelecer limites na Relacionamentos, Relacionamentos Saudáveis, Recursos Comunitários, Cura da Raiva e Obtendo Outros para apoiar sua recuperação. Os sete tópicos comportamentais são: Desvinculando-se do Emocional Dor: Ancoragem, Cuidar Bem de Si Mesmo, Bandeiras Vermelhas e Verdes, Compromisso, Enfrentamento com gatilhos, respeitando seu tempo e autocuidado. Os sete tópicos cognitivos são: TEPT: Tomando de volta seu poder, compaixão, quando as substâncias controlam você, pensamento de recuperação, Integrando o Self Dividido, Criando Significado e Descoberta. Além disso, quatro tópicos de combinação são: Introdução ao Tratamento / Gerenciamento de Casos, Segurança, O Jogo de Escolhas de Vida (Revisão), Rescisão.

## Principais resultados e conclusões

Os problemas de implementação foram os focos deste trabalho, incluindo seleção de clientes e clínicos, dificuldades típicas, diferentes formatos, métodos de ensino, questões de diversidade, modalidade de grupo e a importância do trauma informação para todos os funcionários. Vários estudos de busca de segurança mostraram resultados promissores, mas mais pesquisas empíricas são necessárias. A esperança é que, com o tempo, mais insights de ambos os domínios clínicos e de pesquisa podem ajudar a melhorar os serviços para uma população muito necessitada.

# Terapia de Aceitação e Compromisso para Dor Crônica

Guilherme Gomes Rocha

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Dor crônica ou persistente em geral (incluindo inúmeras condições) ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte sustentação científica

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

A dor crônica se caracteriza por uma dor persistente após a cura da lesão que a originou ou relacionada a processos crônicos, de causas variadas. Além da origem da dor, ela pode ser influenciada em sua evolução, implicações e duração por aspectos psicológicos, sociais, culturais e ocupacionais.

A dor crônica pode acarretar diversas condições aversivas, tanto físicas, como psicológicas e de funcionamento na vida cotidiana, como desempenho no trabalho, interação social, familiar, atividades domésticas, entre outros aspectos de qualidade de vida.

O tratamento para dor crônica consiste em componentes biomédicos e terapias, entre elas a terapia de aceitação e compromisso.

### **Premissa básica**

Ao aceitar e aprender a conviver com a dor, pode-se limitar o controle que ela exerce sobre sua vida

## Essência da terapia

Essa terapia orienta os indivíduos a mudar suas expectativas da eliminação da dor para viver o melhor possível com a dor. Por meio de metáforas e exercícios experienciais, os indivíduos aprendem a futilidade das estratégias orientadas ao controle e os benefícios das estratégias orientadas à aceitação em resposta a experiências internas negativas, como dor e desconforto. Os indivíduos são encorajados a explorar seus valores pessoais e estabelecer metas consistentes com esses valores, a fim de melhorar a qualidade de vida e o funcionamento geral.

## Duração aproximada da terapia

Aproximadamente 8 sessões.

## Descrição dos procedimentos

São dois os objetivos principais: Aceitação de pensamentos, sentimentos, sensações corporais e memórias aversivas, isto é, a diminuição de comportamentos de fuga e esquiva, na presença desses eventos e o engajamento em ações que produzam reforçamento positivo.

Sendo assim, procura-se diminuir as respostas de fuga e esquiva da dor que tem impacto negativo na vida do indivíduo e aumentar o repertório de respostas controladas por reforçadores positivos mesmo na presença da dor

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados pela APA

- Vida com dor crônica: Guia terapêutico e livro de trabalho para o paciente (Vowles & Sorrell) ([link](#));
- Terapia de aceitação e compromisso no tratamento da dor crônica (Dahl & Lundgren; explanation and session example) ([link](#));
- TAC para dor crônica (McCracken) ([link](#)).

#### Em português

Não consta.

### Recursos de treinamento

#### Listados pela APA

- Aprendendo ACT ([link](#)).

#### Em português

Não consta.

## Medidas, Apostilas e Planilhas

### Listados pela APA

- Questionário de vida baseada em valores ([link](#));
- Inventário de dor crônica ([link](#));
- Questionário de aceitação da dor crônica - Revisado ([link](#));
- Escala de inflexibilidade psicológica na dor ([link](#));
- Questionário de ação de compromisso-18 ([link](#));
- Questionário de ação de compromisso-8 ([link](#));
- Questionário de ação de compromisso-8 com instruções de pontuação ([link](#)).

### Em português

Não consta.

## Livros de auto-ajuda

### Listados pela APA

- Terapia de aceitação e compromisso para dor crônica (Dahl et al.) ([link](#)).

### Em português

Não consta.

## Aplicativos para smartphones

### Listados pela APA

- Companheiro TAC: A armadilha de alegria com Dr. Russ Harris (Berrick Psychology) ([link](#));
- 2Morrow para dor crônica (2Morrow Health) ([link](#)).

### Em português

Não consta.

## Demonstrações em vídeo

### Listados pela APA

- ACT e flexibilidade cognitiva ([link](#)).

### Em português

Não consta.

## Descrições em vídeo

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

- IACC Séries - ACT e dor crônica - Ana de Farias e Rayana Brito ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados pela APA

- Um estudo randomizado e controlado de terapia de aceitação e compromisso e terapia cognitivo-comportamental para dor crônica (Wetherell et al., 2011) ([link](#));
- Terapia de aceitação e compromisso e tratamento de pessoas em risco de incapacidade de longo prazo resultante de sintomas de estresse e dor: um estudo preliminar randomizado (Dahl, Wilson, & Nilsson, 2004) ([link](#));
- Tratamento baseado na aceitação para pessoas com dor crônica complexa e de longa data: uma análise preliminar do resultado do tratamento em comparação com uma fase de espera (McCracken, Vowles, & Eccleston, 2005) ([link](#));
- Aceitação e ação baseada em valores na dor crônica: um estudo de eficácia e processo de tratamento (Vowles & McCracken, 2008) ([link](#));
- Visando a aceitação, a atenção plena e a ação baseada em valores na dor crônica: resultados de dois ensaios preliminares de uma intervenção ambulatorial baseada em grupo (Vowles, Wetherell, & Sorrell, 2009) ([link](#));
- Um teste de uma forma breve de terapia de aceitação e compromisso (ACT) baseada em grupo para dor crônica na prática geral: resultado piloto e resultados do processo (McCracken, Sato, & Taylor, 2013) ([link](#));

### Em português

Não consta.

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados pela APA

- Intervenções baseadas na aceitação para o tratamento da dor crônica: uma revisão sistemática e meta-análise (Veehof et al., 2011) ([link](#));
- Uma revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados de terapia de aceitação e compromisso para adultos com dor crônica: domínios de resultado, qualidade do design e eficácia (Hann & McCracken, 2014) ([link](#)).

### Em português

- Terapia de aceitação e compromisso em idosos: revisão sistemática (Medeiros & Junior, 2019) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

### Listados pela APA

- Comparação entre um protocolo baseado em aceitação e um baseado em controle cognitivo para lidar com a dor (Gutiérrez et al., 2004) ([link](#));
- Terapia de Aceitação e Compromisso e apresentação de Dor Crônica (McCracken) ([link](#));
- Uma análise prospectiva da dor e ação baseada em valores em pacientes com dor crônica (McCracken & Vowles, 2008) ([link](#));
- Funcionamento e catastrofização do paciente na dor crônica: os efeitos mediadores da aceitação (Vowles, McCracken, & Eccleston, 2008) ([link](#));
- O papel dos valores em uma abordagem cognitivo-comportamental contextual da dor crônica (McCracken & Yang, 2006) ([link](#));
- Ação comprometida: uma aplicação do modelo de flexibilidade psicológica aos padrões de atividade na dor crônica (McCracken, 2013) ([link](#));
- Desenvolvimento adicional na avaliação da flexibilidade psicológica: Um Questionário de Ação Comprometida abreviado (CAQ-8; McCracken, Chilcot, & Norton, 2014) ([link](#));

### Em português

- Terapia de aceitação e compromisso em grupo para pacientes com dor crônica (Miyazaki, 2018) ([link](#));
- Aprendendo ACT: Manual de habilidades da terapia de aceitação e compromisso para terapeutas (Luoma et al., 2022) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Lance M. McCracken, Ayana Sato, e Gordon J. Taylor
- **Título:** Um teste de uma forma breve de terapia de aceitação e compromisso (ACT) baseada em grupo para dor crônica na prática geral: resultado piloto e resultados do processo
- **Data de publicação:** 11/2013
- **Periódico:** The Journal of Pain

- **Número:** 11
- **Volume:** 14
- **Tipo da pesquisa:** Teste clínico

## Racional

Testar uma versão breve versão da ACT para dor crônica em um ambiente de atenção primária, em um pequeno RCT. O tratamento aqui testado foi concebido para ser amplamente acessível, com critérios de recrutamento altamente inclusivos e eficiente para entregar, incluindo apenas 4 sessões ao longo de 2 semanas.

## Objetivo

Realizar um teste piloto breve da efetividade da ACT para dor crônica em ambiente de atenção primária no Reino Unido.

## Método

Foram selecionados 74 participantes a partir de listas de atendimentos médicos gerais no sul da Inglaterra. A inclusão no estudo exigiu dor persistente por mais de 3 meses de duração, uma consulta relacionada à dor com o clínico geral nos últimos 6 meses, sofrimento e incapacidade significativos relacionados à dor, uso consistente de medicamentos analgésicos, capacidade de se comunicar em Inglês e idade igual ou superior a 18 anos. Parte do processo de triagem foi baseado na parte de classificação de incapacidade do questionário de classificação de dor crônica por Von Korff e colegas.

Após essa fase, todos foram alocados, de forma randômica, para o grupo de intervenção com estratégias da ACT mais tratamento usual e o grupo de controle de tratamento usual apenas. A randomização das alocações foi realizada através de números randômicos gerados por um computador. A alocação foi feita com o conhecimento dos participantes, provedores do tratamento e pesquisadores, porém as informações das avaliações da linha de base foram processadas sem conhecimento prévio dos grupos aos quais os participantes foram designados.

As medidas de resultados clínicos primários incluíram a pontuação de incapacidade do Roland and Morris Disability Questionnaire,<sup>24</sup> gravidade da depressão do Patient Health Questionnaire-9,<sup>13</sup> a pontuação de funcionamento físico do Short Form Health Survey (SF-36),<sup>33</sup> e uma pontuação de 0 a 10 classificação numérica da intensidade média da dor na última semana.

As medidas de resultados secundários incluíram o escore de funcionamento emocional do SF-36; uma pontuação de impressão global do paciente de mudança (PGIC), uma classificação numérica de 7 pontos de 1 = muito melhor a 7 = muito pior 5; e uma pergunta sobre mudanças na medicação, administrada apenas no pós-tratamento e no seguimento. As visitas de cuidados de saúde para a dor também foram rastreadas através do relatório do paciente, incluindo visitas ao médico de família, outras visitas a médicos e visitas a acidentes

e emergências durante o período anterior de 3 meses. Esses itens foram administrados antes do tratamento e apenas no acompanhamento.

As medidas do processo de tratamento incluíram uma medida de aceitação da dor, o Questionário de Aceitação da Dor Crônica de 20 itens,<sup>19</sup> e uma medida de aceitação psicológica geral, o Questionário de Ação de Aceitação de 7 itens. O Questionário de Aceitação da Dor Crônica avalia a capacidade de se envolver em atividades que incluem dor sem lutar com a dor. O Questionário de Ação de Aceitação II avalia os processos de evitação ou bloqueio no funcionamento de experiências psicológicas indesejadas. Quando os itens são invertidos para pontuação, eles são considerados um reflexo da aceitação psicológica geral.

O tratamento incluiu uma combinação de métodos para promover a flexibilidade psicológica, incluindo aceitação, defusão cognitiva e ação baseada em valores e comprometida. Ele enfatiza métodos baseados em experiência, metáfora e exposição e não enfatiza palestras e informações. Antes do início do tratamento, todos os participantes receberam um telefonema do provedor de tratamento para uma breve introdução e para começar a construir algum relacionamento. O tratamento foi fornecido por 1 de 2 psicólogos clínicos treinados, cada um com mais de 5 anos de experiência em tratamento de dor crônica e ACT. O formato do tratamento incluiu 4 sessões, cada uma com 4 horas de duração, entregues 3 sessões uma semana e 1 sessão uma semana depois.

## Principais resultados e conclusões

Imediatamente após o tratamento, em relação ao grupo com tratamento usual, os participantes do ACT demonstraram depressão mais baixa e classificações mais altas de melhora geral de acordo com os mesmos instrumentos utilizados antes da intervenção. Em um acompanhamento de 3 meses, novamente relativo para tratamento usual, aqueles em ACT demonstraram menor incapacidade geral, menos depressão e aceitação da dor significativamente maior. Análises baseadas na *Intention-to-treat* e nos participantes que realizaram o tratamento completo, talvez previsivelmente, revelaram resultados mais sóbrios e encorajadores, respectivamente.

O estudo listou algumas possíveis modificações para testes clínicos futuros sobre o tema, tendo em vista especulações sobre possível influência no resultado obtido:

- Intensificar os métodos para produzir resultados na aceitação, especialmente aceitação psicológica geral;
- Recrutar uma amostra mais homogênea em seu funcionamento atual;
- Excluir aqueles que falharam em tratamentos anteriores;
- Incluir uma avaliação presencial antes do início do tratamento;
- Incluir um componente de exercício físico;
- Permitir sessões individuais para pacientes com dificuldades de engajamento.



# Cuidados Sistemáticos para Transtorno Bipolar

Gustavo Andrade de Jesus

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Pessoas com diagnóstico de Transtorno Bipolar. ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Não encontrado.

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio científico de pesquisa para episódios de mania.

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

O Transtorno Bipolar (TB) é classificado como um adoecimento crônico, grave e com marcadores comuns de humor alternantes entre estados depressivos (com ou sem sintomas psicóticos) e estados de hipomania ou mania (com ou sem sintomas psicóticos). Esse transtorno possui dois subtipos importantes: TB tipo I e TB tipo II, respectivamente, descrito pela presença de, no mínimo, um episódio de mania com ou sem hipomania e o outro por um episódio de hipomania durante a vida (incluindo que sua ocorrência tenha sido apenas na adolescência). Via de regra os episódios se repetem várias vezes durante a vida da pessoa, com idade média para início dos sintomas de 23,3 anos, a sintomatologia pode ser heterogênea e suas variações se dão devido a intensidade e o predomínio de sintomas afetivos, alterações psicomotoras e da presença ou não de sintomas psicóticos, principalmente delírios de grandeza, místico/religioso ou paranóides. Ademais, o TB pode estar associado a comorbidades como ataques de pânico, transtorno de ansiedade, transtorno de conduta e transtorno relacionado ao uso de substâncias.

Episódios depressivos são distinguidos por humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer, associado a cinco ou mais dos seguintes sintomas: humor deprimido, diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perdas ou ganhos significativos de peso sem fazer dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, redução na capacidade de concentração, tomada

de decisão e pensamento, fadiga ou perda de energia, pensamento recorrente de morte no período de duas semanas, na maior parte do dia. Enquanto a mania é delimitada por um humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável com aumento de atividade dirigida a estímulo ou energia por pelo menos uma semana (sete dias) na maior parte do dia, adicionado a três (ou mais) dos seguintes sintomas: autoestima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão por falar, fuga de ideias, agitação psicomotora, distraibilidade e envolvimento com atividades de alto potencial para consequências dolorosas e/ou danos. Já os episódios de hipomania se configuram pelos mesmos sintomas, contudo, por período de até quatro dias.

E, vale enfatizar que pacientes dentro do espectro da bipolaridade apresentam mais episódios depressivos, possuem maior risco de tentar suicídio, e se homem com o diagnóstico, existe uma associação com uso de substâncias. Os tratamentos farmacológicos são a principal estratégia de cuidado, acrescido de tratamento psicoterápico e a depender da configuração clínica, gravidade e do histórico insucessos terapêuticos pode ser prescrito neuromodulação não invasiva e eletroconvulsoterapia.

### **Premissa básica**

Adicionadas aos cuidados usuais, práticas psicoeducativas em grupo para pessoas adultas com diagnóstico de transtorno bipolar grave e com comorbidades aprimoraram as habilidades de autogerenciamento sobre o adoecimento de modo eficaz, apesar dos sintomas.

### **Essência da terapia**

A essência dessa terapia delimita o transtorno bipolar como um adoecimento crônico que necessita de um modelo assistencial alinhado com tal concepção. Destarte, evidencia-se como componentes fundamentais, dois fatores: 1) capacitar provedores de tratamento (destaque para médicos psiquiatras e enfermeiros) através de intervenções educacionais para auxiliar o paciente a manter o tratamento farmacológico baseado em evidências e diretrizes contínuas de feedbacks sobre os cuidados prestados; e 2) práticas psicoeducativas em grupo para pessoas com diagnóstico de transtorno bipolar que comumente buscam/são encaminhados para assistência em ambulatórios e clínicas de saúde mental: gravemente doentes, altamente complexos, hospitalizações anteriores por conta do quadro psiquiátrico, tentativas de suicídio, uso de substâncias, outros transtornos psiquiátricos (transtornos ansiosos) e outras doenças médicas (a clínica do “mundo real”).

### **Duração aproximada da terapia**

É recomendado a realização de cinco sessões semanais em grupo, seguidas de sessões bimestrais por no mínimo 12 meses ou até 43 sessões.

## Descrição dos procedimentos

Os procedimentos são divididos em duas partes Treinamento para prestadores e organização do serviço de Cuidado Continuado, e as práticas psicoeducativas, denominadas de Programa de Metas de Vida:

- Parte 01:
  - 1.1) Através de uma equipe de especialista em transtorno bipolar e com treinamento sobre o protocolo, realizar a criação de uma equipe prestadora e sua capacitação para o atendimento dos pacientes com diretrizes para farmacoterapia baseada em evidências, análise de custo-benefício e diretrizes para feedback e autogestão do tratamento; e
  - 1.2) Cuidado Continuado: estruturar o funcionamento, o fluxo e os serviços dispensados pelos enfermeiros, para além das práticas de psicoeducação:
    - 1.2.1) Organizar o serviço assistencial denominado estratégia de Cuidado Continuado: o serviço de enfermagem era estruturado para prestar, além das práticas psicoeducativas, deve realizar:
    - 1.2.2) Realizar atendimento agendado: consultas agendadas para monitorização do acompanhamento do paciente independente do seu quadro clínico;
    - 1.2.3) Serviço de acesso aberto: atendimento a pacientes com demandas que não podem aguardar a próxima consulta agendada e buscam o serviço.
      - 1.2.3.1) Os enfermeiros fornecem resposta por telefone no mesmo dia e visita clínica no próximo dia útil sob demanda.
    - 1.1.3) Contato de alcance: consiste na busca e acompanhamento de pacientes que não compareceram às consultas e dos que foram admitidos em outros serviços de emergência e/ou hospitalizados.
- Parte 02: Estruturas e dispensar na modalidade de grupo o programa de psicoeducação para pessoas com transtorno bipolar:
  - 2.1) Nos primeiros meses de intervenção psicoeducar sobre os sintomas do transtorno bipolar, os perfis e sintomas pessoais, sintomas de alerta e mapeamento dos gatilhos. As sessões de psicoeducação devem estimular atividades colaborativas com análise de custo-benefício e feedback com base nas diretrizes de treinamento.
  - 2.2) Identificação dos episódios subsindrômicos de mania/hipomania, depressão e tratamento imediato.
  - 2.3) Farmacoterapia e classes de medicamentos (antimaníacos e antidepressivos), visando a tomada de decisão compartilhada e colaborativa do prestador com o paciente com base na eficácia e efeitos colaterais.

### **Observações relevantes:**

- 1) As intervenções devem ser ofertadas associadas à psicoterapia e farmacoterapia, sem alterar nenhum cuidado prescrito pelos profissionais que prestam esse serviço de modo externo.
- 2) O funcionamento do programa deve ser ambulatorial e funcionamento comercial e não deve prestar com serviço móvel de urgência.
- 3) Encaminhamentos poderão ser realizados conforme a necessidade do paciente.
- 4) Cada profissional deve atender e coordenar o cuidado de 45 a 50 pacientes adultos e com diagnóstico de transtorno bipolar.

## **Recursos relacionados ao tratamento**

### **Manuais de tratamento**

#### **Listados pela APA**

- Psicoterapia de Grupo Estruturada para Transtorno Bipolar: o Programa de Metas de Vida Não encontrado (Bauer & McBride).

#### **Em português**

Não consta.

### **Recursos de treinamento**

#### **Listados pela APA**

Não consta.

#### **Em português**

Não consta.

### **Medidas, Apostilas e Planilhas**

#### **Listados pela APA**

Não consta.

#### **Em português**

- Para a realidade brasileira, tem-se disponível os seguintes instrumentos:
- Depressão: Questionário de Transtorno de Humor (MDQ), Inventário de Depressão de Beck, Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-

D).. Mania/hipomania: Escala de Avaliação de Mania de Young (YMRS), Questionário de Autoavaliação de Hipomania - 32 (HCL-32),

## **Livros de auto-ajuda**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Aplicativos para smartphones**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Descrições em vídeo**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Referências bibliográficas: Testes clínicos**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

Não consta.

## Outros recursos de tratamento

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Mark S. Bauer, Linda McBride, William O. Williford, Henry Glick, Bruce Kinosian, Lori Altshuler, Thomas Beresford, Amy M. Kilbourne e Martha Sajatovic.
- **Título:** Collaborative Care for Bipolar Disorder: part II. Impact on Clinical Outcome, Function, and Costs (Tradução livre - Cuidado Colaborativo para Transtorno Bipolar: parte II. Impacto no Resultado Clínico, Função e Custo).
- **Data de publicação:** 07/2006 Periódico: Psychiatric Services Número: 07
- **Volume:** 57
- **Tipo da pesquisa:** Estudo clínico de eficácia simples-cego.

### Racional

Com base no modelo de Cuidado aos Doentes Crônicos, a escassez de ensaios clínicos para doenças mentais crônicas, ausência de evidências para o setor de saúde pública e a constatação de que o tratamento farmacoterapêutico tem apresentado baixa resposta terapêutica. Construiu-se, implantou e avaliou um modelo colaborativo de cuidados para doença crônica de pessoas com diagnóstico de transtorno bipolar, no qual, as intervenções eram em grupo psicoeducativo visando o aprimoramento das habilidades de au-

togerenciamento do paciente e a tomada de decisão compartilhada com o provedor/profissional de saúde.

## Objetivo

Avaliar a melhora clínica e funcional, com benefícios acumulados ao longo de três anos (com base na teoria da aprendizagem social) de pessoas diagnosticadas com transtorno bipolar com práticas psicoeducativas colaborativas. Assim como, se essas impactam os custos totais do tratamento.

## Método

Participaram do estudo 306 pessoas atendidas em 11 centros de Assuntos de Veteranos, todas com diagnóstico de transtorno bipolar com base nos critérios do DSM IV, com histórico de hospitalização, tentativas de suicídio prévias, uso de substâncias e doenças médicas ativas. Anterior às intervenções, foram aplicados os seguintes instrumentos: escala de ajustamento social - II (a primeira aplicação aconteceu anterior às intervenções e posteriormente, a cada oito semanas), questionário de qualidade de vida SF-36 (anterior às intervenções e com intervalos de 24 semanas), questionário de satisfação com o tratamento (anterior às intervenções e com intervalos de 24 semanas) e a escala de colaboração com a farmacoterapia (anterior às intervenções e com intervalos de 24 semanas). O estudo teve duração de três anos.

## Principais resultados e conclusões

Os modelos colaborativos de cuidado pode melhorar alguns resultados clínicos de pessoas com transtorno bipolar:

- 1. As intervenções foram neutras em termos de custos.
- 2. As análises indicaram que o tratamento associou-se de forma significativa com a redução das semanas de mania e não apresentou relação com as semanas de depressão. 6,2 semanas a menos de episódio de mania em comparação com os cuidados usuais de 0,3 a 12,5 semanas.
- 3. O tratamento melhorou significativamente a função social geral, incluindo trabalho, os pais e os papéis da família estendida, mas não a conjugalidade ou o lazer.
- 4. A qualidade de vida mental apresentou melhora significativa desde o sexto mês.
- 5. A farmacoterapia não apresentou diferença entre os grupos.
- 6. A satisfação com o tratamento foi maior no grupo de intervenção desde o sexto mês de avaliação.
- 7. A maioria das melhoras clínicas e funcionais ocorreu nos anos 02 e 03,

- considerando a teoria da aprendizagem social.

O estudo citou a confiabilidade dos entrevistadores, mas salientou como componentes de limitação o não cegamento total e heterogeneidade dos resultados de centro. Salientou a necessidade de mais estudos para analisar a eficácia de intervenções colaborativas para pessoas com diagnóstico de transtorno bipolar.

# Terapia Focada na Família (FFT) para Transtorno Bipolar

Gustavo Andrade de Jesus

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Pessoas com diagnóstico de Transtorno Bipolar ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Em avaliação.

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio científico de pesquisa para episódios de depressão.

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

O Transtorno Bipolar (TB) é um adoecimento crônico, grave, descrito há milênios de anos, caracterizado por alternância de estados depressivos de pelo menos 15 dias (com ou sem sintomas psicóticos) e estados de hipomania com pelo menos quatro dias de sintomas ou mania de no mínimo cinco dias (com ou sem sintomas psicóticos). Em geral, os episódios se repetem inúmeras vezes ao longo da vida das pessoas com esse diagnóstico e, costumeiramente, as mudanças comportamentais, afetivas e cognitivas dos momentos de eutimia, hipomania/mania e depressão são notórias. Impactando significativamente o paciente, a família e a sociedade, acarretando em prejuízos de reputação/moral, conjugal/familiar, relacional, financeiro, de saúde, entre outros.

O TB possui dois subtipos importantes: TB tipo I e TB tipo II, respectivamente, descrito pela presença de, no mínimo, um episódio de mania com ou sem hipomania e o outro por um episódio de hipomania durante a vida (incluindo que sua ocorrência tenha sido apenas na adolescência). A sintomatologia pode ser heterogênea e suas variações se dão devido a intensidade e o predomínio de sintomas afetivos, alterações psicomotoras e da presença ou não de sintomas psicóticos, principalmente delírios de grandeza, místico/religioso ou paranóides. Ademais, o TB pode estar associado a comorbidades como ataques de pânico

co, transtorno de ansiedade, transtorno de conduta e transtorno relacionado ao uso de substâncias.

A classificação dos episódios de mania é feita diante dos sinais e sintomas de humor persistentemente elevado, expansivo ou irritável com aumento de atividade dirigida a estímulo ou energia por pelo menos uma semana (sete dias) na maior parte do dia, adicionado a três (ou mais) dos seguintes sintomas: autoestima inflada ou grandiosidade, necessidade de sono diminuída, pressão por falar, fuga de ideias, agitação psicomotora, distraibilidade e envolvimento com atividades de alto potencial para consequências dolorosas e/ou danos. Já os episódios de hipomania se configuram pelos mesmos sintomas, contudo, por período de até quatro dias.

Já os quadros depressivos se dá frente aos sinais e sintomas de humor deprimido e/ou perda de interesse ou prazer, concomitante de cinco ou mais dos seguintes sintomas: diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perdas ou ganhos significativos de peso sem fazer dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva, redução na capacidade de concentração, tomada de decisão e pensamento, fadiga ou perda de energia, pensamento recorrente de morte no período de duas semanas, na maior parte do dia. Destaca-se que pacientes dentro do espectro da bipolaridade que apresentam mais episódios depressivos, possuem risco aumentado de tentativa de suicídio; entre os homens dentro do espectro da bipolaridade é observada uma associação significativa com o uso de substâncias. E, os tratamentos farmacológicos são a principal estratégia de cuidado, acrescido de tratamento psicoterápico e a depender da configuração clínica, gravidade e do histórico insucessos nos resultados clínicos, há a possibilidade de prescrição de neuromodulação não invasiva e eletroconvulsoterapia.

## **Premissa básica**

Ensinar as famílias a responder precocemente aos sintomas emergentes do transtorno bipolar com as melhores formas de enfrentamento.

## **Essência da terapia**

Evidenciar que as interações familiares, principalmente aquelas excessivamente negativas (emoção expressa) podem desencadear recaídas do transtorno bipolar. Ensinando a família a aprender habilidades de comunicação e resolução de problemas para reduzir os conflitos e resolver os problemas familiares. Desse modo, a FFT estabeleceu exercícios estruturados voltados para a comunicação familiar, educação sobre o transtorno bipolar e estratégias específicas para responder aos sintomas. Todo esse processo deve estar associado à farmacoterapia.

## **Duração aproximada da terapia**

O tratamento consiste em 21 sessões no decorrer de nove meses.

## Descrição dos procedimentos

A terapia envolveu o paciente e ao menos um membro da família (cônjuge, parceiro, pai ou irmão) e é implementada em 03 módulos.

1) Psicoeducação: centra-se no reconhecimento de sinais precoce de alerta de recorrência e no desenvolvimento de planos de prevenção de recaídas que envolviam vários membros da família.

a) Pacientes e familiares desenvolveram uma compreensão compartilhada dos fatores ambientais que aumentaram a vulnerabilidade dos pacientes, a recorrência e abordaram as barreiras para a adesão.

b) Fatores estressores: intercâmbio de emoções alternativas expressas - tanto como causa quanto como consequência dos sintomas de humor.

2) A fase intermediária do tratamento foca na comunicação familiar eficaz. Tem-se como princípio uma família com comunicação eficaz após as intervenções, possuem estoque de habilidades aprendidas para tornar os momentos estressantes menos desgastantes e potencializadores de crises. Para isso, utiliza-se de, por exemplo, ensaio comportamental de habilidades de fala, ensaios de escuta eficaz, entre outros.

3) A fase final volta-se para a resolução de problemas. Envolve a identificação de conflitos familiares específicos, como por exemplo: hábitos alimentares, uso de telefones ou computadores, gastar dinheiro, encontrar creches, chegar a compromissos, fazer tarefas domésticas). Emprega-se a “tempestade de ideias” para procurar soluções, posteriormente avalia-se as vantagens e desvantagens de cada solução, para escolher uma ou mais soluções e finalizar no desenvolvimento de um plano de implementação.

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados pela APA

- Transtorno Bipolar: Uma Abordagem de Tratamento Focada na Família (Miklowitz & Goldstein)

#### Em português

Não consta.

### Recursos de treinamento

#### Listados pela APA

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Para a realidade brasileira, tem-se disponível os seguintes instrumentos:

- Depressão: Questionário de Transtorno de Humor (MDQ), Inventário de Depressão de Beck, Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos (CES-D)..
- Mania/hipomania: Escala de Avaliação de Mania de Young (YMRS), Questionário de Autoavaliação de Hipomania - 32 (HCL-32),

## **Livros de auto-ajuda**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Aplicativos para smartphones**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Descrições em vídeo**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Referências bibliográficas: Testes clínicos**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Outros recursos de tratamento**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento**

### **Identificação da pesquisa**

**Autores:** David J. Miklowitz , Michael W. Otto, Ellen Frank, Noreen A. Reilly-Harrington, Jane N. Kogan, Gary S. Sachs, Michael E. Thase, Joseph R. Calabrese, Lauren B. Marangell, Michael J. Ostacher, Jayendra Patel, Marshall R. Thomas, Mako Araga, Jodi M. Gonzalez, Stephen R. Wisniewski.

**Título:** Intensive Psychosocial Intervention Enhances Functioning in Patients With Bipolar Depression: Results From a 9-Month Randomized Controlled Trial

**Data de publicação:** 2007

**Periódico:** Am J Psychiatric

**Número:** 22

**Volume:** 57

**Tipo da pesquisa:** Estudo clínico randomizado controlado.

## Racional

Compreende-se que o transtorno bipolar promove diferentes impactos negativos na vida das pessoas, incluindo a redução da funcionalidade. Entretanto, os estudos e ensaios clínicos randomizados possuem uma pequena quantidade de dados sobre funcionalidade, não sendo claro se há benefícios das intervenções psicossociais sobre a funcionalidade desses indivíduos.

## Objetivo

Examinar os efeitos da psicoterapia nos resultados funcionais (relacionamentos, satisfação com as atividades, funcionamento do trabalho/papéis e recreação), examinando se a psicoterapia intensiva afeta o funcionamento acima e além de seus efeitos na depressão.

### Método

Participaram do estudo 152 pessoas com diagnóstico de transtorno bipolar I (N = 105) e II (N = 47) com depressão subaguda. Após a randomização, 84 foram direcionados para o grupo de intervenção psicossocial intensiva (Terapia Focada na Família, Terapia Cognitivo-Comportamental - TCC e Terapia do Ritmo Interpessoal e Social) e de cuidados colaborativos.

Os 15 locais ofertaram as intervenções psicossociais de acordo com o interesse com base na capacitação teórica, técnica e metodológica, restando a seguinte divisão:

### Cuidados psicossociais intensivos:

- Terapia Focada na Família (FFT) N = 13: a terapia envolveu o paciente e ao menos um membro da família (cônjuge, parceiro, pai ou irmão) e foi implementado em 03 módulos - psicoeducação com pacientes e familiares, avaliação e intervenção sobre comunicação eficaz e treino para resolução de problemas.
- TCC N = 38: aplicada individualmente, considerou 04 componentes: psicoeducação sobre o transtorno bipolar, incluindo estratégias para identificar e intervir em sinais precoces de crises; exercícios de ativação comportamental; solução de problemas; reestruturação cognitiva.
- Terapia de Ritmo Interpessoal e Social N = 33: ênfase na regularidade dos ritmos de sono/vigília para manter a estabilidade do humor. As primeiras sessões centraram-se na identificação de uma área-chave de problemas interpessoais: áreas de disputa de luto, disputas de papéis, transições de papéis ou déficits interpessoais.

### Cuidados Colaborativos

- N = 68: os pacientes receberam uma apostila de autocuidado e uma fita de vídeo educacional que abordava informações sobre o diagnóstico, tratamento, auto-gestão do transtorno bipolar.
- As três sessões de cuidados colaborativos enfocaram a implementação de ferramentas de autogerenciamento: por exemplo, monitoramento do humor e do sono. E, o desenvolvimento de um plano individualizado de prevenção de recaídas.

Todos os participantes mantiveram uso de estabilizador de humor associado ou não a antidepressivo. Bem como, foram realizadas medidas e cálculos de integridade do tratamento.

Para as medidas comparativas utilizou-se: 1. Escala de Avaliação de Depressão de Montgomery-Asberg; e 2. LIFE-RIFT validade previamente para indivíduos com transtorno unipolar e bipolar. A medida atribui pontuação de 1 (sem deficiência/funcionamento muito bom) a 5 (muito ruim/deficiência grave) para 04 domínios: relacionamentos (família, filhos ou amigos), satisfação (comportamento e realização de atividades com a família, amigos, trabalho e finanças), desempenho no trabalho/função (emprego, família ou funções de estudante) e atividades/passatempos recreativos. No final atribui-se uma pontuação com a soma das subescalas individuais.

### Principais resultados e conclusões

As análise comparativas apontaram:

- Os participantes que receberam tratamento psicossocial intensivo, incluindo FFT apresentaram maiores escores de funcionalidade quando comparados com os do grupo de cuidados colaborativos no decorrer dos 09 meses após a intervenção;
- Os participantes do grupo de tratamento psicossocial intensivo apresentaram satisfação elevada;
- Não foram observadas diferenças significativas entre o grupo de cuidados intensivos e cuidados colaborativos sobre o funcionamento do papel/trabalho.
- A intervenção psicossocial intensiva melhorou significativamente o funcionamento do relacionamento e a satisfação com a vida dos pacientes além do nível de melhorias esperado de mudanças no humor deprimido.

O estudo evidenciou que as intervenções psicossociais intensivas produziram melhora na funcionalidade de pessoas com diagnóstico de transtorno bipolar em episódio subagudo de depressão. Observando-se assim o potencial positivo de aplicação da FFT nos cuidados de pacientes com esse adoecimento.



# Terapia Cognitiva Comportamental para a Síndrome do Intestino Irritável

Gustavo Camarço Lino

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

**Diagnóstico:**

Síndrome do Intestino Irritável. ([link](#))

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Pendência de reavaliação do tratamento.

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Base de pesquisa forte.

## Descrição resumida do tratamento

### Resumo

A Terapia Cognitivo Comportamental para a Síndrome do Intestino Irritável (SII) envolve o ensino de habilidades específicas para relaxar o corpo, enfrentar situações estressantes e lidar com sintomas desconfortáveis. O tratamento ocorre durante 10 semanas e pode ser desenvolvido em duas formas, a padrão com acompanhamento semanal, e a domiciliar, em que há pouco contato com o terapeuta, havendo apenas 4 sessões no mesmo período de tempo. Ambas as formas geram benefícios comparáveis (melhoria global dos sintomas da SII, redução da gravidade dos sintomas da SII), tanto no acompanhamento imediato, quanto no contínuo.

### Premissa básica

A SII é o transtorno intestinal mais comum, afetando até 15% dos adultos pelo mundo. Pela falta de biomarcadores, a SII é compreendida da melhor maneira a partir de uma perspectiva biopsicossocial. O modelo biopsicossocial sustenta que os processos periféricos individuais (por exemplo, predisposição genética, motilidade alterada, alterações da microbiota intestinal), processos comportamentais, e centrais (cérebro) de ordem superior (por

exemplo, enfrentamento, crenças sobre doenças, processamento central anormal de estímulos intestinais) influenciam a SII a partir da interação uns com os outros e com o ambiente (por exemplo, reforçamento de contingências, estresse interpessoal). O cerne do modelo é o reconhecimento que a SII envolve uma desregulação nas interações entre os centros emocional e cognitivo do Sistema Nervoso Central (SNC).

Apesar de alterações em qualquer nível do eixo cérebro-intestino poderem resultar em características marcantes distúrbios gastrointestinais funcionais, múltiplas linhas de evidências ressaltam a importância da atividade do SNC na modulação de sintomas, particularmente em pacientes afetados mais severamente atendidos em ambientes de cuidado terciário. A terapia cognitivo comportamental é designada para ensinar aos pacientes técnicas de mudança comportamental que corrigem déficits de habilidades que tornam os pacientes vulneráveis à dor e sintomas intestinais da SII.

## **Essência da terapia**

Os dois tratamentos psicológicos para os quais há mais suporte empírico são duas “dosagens” de Terapia Cognitivo-Comportamental, a TCC Padrão (TCC-P) e a TCC de Contato Mínimo (TCC-CM). O tratamento envolve um programa de treinamento que ensina ao paciente estratégias específicas para acalmar o corpo, lidar com situações estressantes relacionadas ao SII e aprender a ressignificá-las.

## **Duração aproximada da terapia**

Aproximadamente quatro (domiciliar) ou dez (clínica) sessões durante 10 semanas.

## **Descrição dos procedimentos**

Um programa de treinamento baseado em habilidades, a TCC-P é ministrada em 10 sessões semanais num ambiente clínico. O tratamento envolve seis etapas que se sobrepõem: (1) educação sobre estresse e sua relação com o SII; (2) monitoramento próprio de situações estressantes associadas com episódios de SII; (3) exercício para o relaxamento muscular para estimular a auto regulação psicológica a fim de cultivar um senso de autocontrole sobre sintomas gastrointestinais; (4) aprender a identificar, reavaliar e mudar pensamentos enviesados negativamente (por exemplo, catastrofização) sobre a SII; (5) mudar crenças “centrais” subjacentes (por exemplo, perfeccionismo) que alimentam cognições ameaçadoras; (6) treinamento formal em resolução flexível de problemas para fortalecer a capacidade de lidar com estressores realistas associados à SII. São passados exercícios domiciliares semanais a fim de facilitar a aquisição dessas habilidades.

A TCC-CM é uma versão domiciliar da TCC-P. Ela cobre a mesma variedade de procedimentos utilizados na TCC-P, mas se apoia extensivamente em materiais de autoestudo (conferir Lackner 2007, abaixo em Livros de Autoajuda). Enquanto a TCC-P envolve dez visitas clínicas de 1 hora cada, a TCC-CM apresenta apenas quatro sessões, de mesma duração, no mesmo período de tempo. Na primeira sessão de TCC-CM, o tratamento é explicado, são disponibilizados os materiais de estudo e são introduzidos o relaxamento muscular e o automonitoramento. O segundo encontro introduz técnicas de coping cognitivo (por exemplo,

descatastrofização, previsão de testagem). Na terceira sessão, o paciente aprende a resolução flexível de problemas e técnicas avançadas de coping cognitivo (por exemplo, modificar crenças centrais como perfeccionismo). A quarta sessão introduz habilidades de prevenção de decadência, para ajudar os pacientes a manterem os ganhos do tratamento. Duas ligações de 10 minutos são agendadas nas semanas três e sete para solucionar eventuais problemas.

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados pela APA

- Controlando a SII da Maneira Livre de Remédios (Lackner) ([link](#)).

#### Em português

Não consta.

### Recursos de treinamento

#### Listados pela APA

- Contato com a Divisão de Medicina Comportamental da Escola Jacobs de Medicina, na Universidade de Buffalo em Nova Iorque ([link](#)).

#### Em português

Não consta.

### Medidas, Apostilas e Planilhas

#### Listados pela APA

- Materiais Clínicos para TCC para a SII estão disponíveis no livro Controlando a SII da Maneira Livre de Remédios ([link](#)).

#### Em português

Não consta.

### Livros de auto-ajuda

#### Listados pela APA

- Controlando a SII da Maneira Livre de Remédios ([link](#)).

#### Em português

Não consta.

## Aplicativos para smartphones

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

Não consta.

## Demonstrações em vídeo

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

Não consta.

## Descrições em vídeo

### Listados pela APA

- Terapia Cognitivo Comportamental para a SII (Lackner) ([link](#)).

### Em português

Não consta.

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados pela APA

- Durabilidade e declínio do benefício do tratamento da terapia cognitivo-comportamental para a síndrome do intestino irritável: acompanhamento de 12 meses (Lackner et al., 2018) ([link](#));
- Efetividade clínica e de custo da terapia cognitivo-comportamental de contato mínimo versus padrão para a síndrome do intestino irritável: Resultados do IBS Outcome Study (IBSOS; Dunlap et al., 2018) ([link](#));
- Melhoria nos sintomas gastrointestinais após terapia cognitivo-comportamental para síndrome do intestino irritável refratária (Lackner et al., 2018) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental autoadministrada para síndrome do intestino irritável moderada a grave: eficácia clínica, tolerabilidade, viabilidade (Lackner et al., 2008) ([link](#)).

### Em português

- Síndrome do intestino irritável: tratamento convencional e terapia cognitivo-comportamental (Zanin 2015) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados pela APA

- Abordagem psicológica para o manejo da síndrome do intestino irritável (Hayee & Forgacs, 2007) ([link](#));
- As psicoterapias autoadministradas ou de contato mínimo com o terapeuta são um tratamento eficaz para a síndrome do intestino irritável (SII): uma revisão sistemática (Ahl et al., 2013) ([link](#));
- Aspectos biopsicossociais dos distúrbios gastrointestinais funcionais: como os processos centrais e ambientais contribuem para o desenvolvimento e a expressão de distúrbios gastrointestinais funcionais (Van Oudenhove et al., 2016) ([link](#));
- Atualização das melhores práticas: Incorporando a psicogastroenterologia no manejo de distúrbios digestivos (Keefer, Palsson e Pandolfino, 2018) ([link](#));
- Carga epidemiológica e tratamento de distúrbios intestinais funcionais sintomáticos crônicos nos Estados Unidos: uma análise nacional (Ma et al., 2021) ([link](#));
- Diretrizes de prática clínica baseadas em evidências para síndrome do intestino irritável 2020 (Fukudo et al., 2021) ([link](#));
- Diretrizes de prática clínica da Associação Canadense de Gastroenterologia para o manejo da síndrome do intestino irritável (SII) (Moayyedi et al., 2019) ([link](#));
- Diretrizes de prática clínica para síndrome do intestino irritável na Coreia (Song et al., 2018) ([link](#));
- Dor na síndrome do intestino irritável: Alguma coisa realmente ajuda? (Bou-Saba, Sanna e Camilleri, 2021) ([link](#));
- Efeito de antidepressivos e terapias psicológicas, incluindo hipnoterapia, na síndrome do intestino irritável: revisão sistemática e meta-análise (Ford et al., 2014) ([link](#));
- Eficácia a curto e longo prazo das terapias psicológicas para a síndrome do intestino irritável: uma revisão sistemática e meta-análise (Laird et al., 2016) ([link](#));
- Eficácia comparativa de terapias psicológicas para melhorar a saúde mental e o funcionamento diário na síndrome do intestino irritável: uma revisão sistemática e meta-análise (Laird et al., 2017) ([link](#));
- Eficácia das terapias psicológicas para a síndrome do intestino irritável: revisão sistemática e meta-análise de rede (Black et al., 2020) ([link](#));
- Melhor gestão da síndrome do intestino irritável (Black & Ford, 2021) ([link](#));
- Melhor manejo da síndrome do intestino irritável (Black & Ford, 2020) ([link](#));
- Novos tratamentos e alvos terapêuticos para SII e outros distúrbios intestinais funcionais (Simrén & Tack, 2018) ([link](#));
- Opções de tratamento para a síndrome do intestino irritável (Camilleri, 2018) ([link](#));
- Prática clínica: Síndrome do intestino irritável (Mayer, 2008) ([link](#));

- Síndrome do intestino irritável (Enck et al., 2016) ([link](#));
- Síndrome do intestino irritável (Ford & Vandvik, 2012) ([link](#));
- Síndrome do intestino irritável (Ford, Lacy e Talley, 2017) ([link](#));
- Síndrome do intestino irritável em adultos: diagnóstico e tratamento (diretrizes do Instituto Nacional de Saúde e Excelência Clínica (INSEC), Reino Unido, 2017) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental para síndrome do intestino irritável: uma meta-análise (Li et al., 2014) ([link](#));
- Tratamento cognitivo-comportamental para síndrome do intestino irritável: uma revisão da literatura recente (Sugaya, Shirotaki e Nakao, 2021) ([link](#));
- Tratamentos psicológicos em distúrbios gastrointestinais funcionais: uma cartilha para o gastroenterologista (Palsson & Whitehead, 2013) ([link](#));
- Tratamentos psicológicos para a síndrome do intestino irritável: uma revisão sistemática e meta-análise (Lackner et al., 2004) ([link](#));
- Um relatório da equipe de trabalho de Roma sobre terapias comportamentais cérebro-intestino para distúrbios da interação intestino-cérebro (Keefer et al., 2021) ([link](#));
- Uma revisão sistemática de tratamentos psicológicos de contato mínimo para gerenciamento de sintomas na síndrome do intestino irritável (Pajak, Lackner e Kamboj, 2013) ([link](#)).

### Em português

- Diagnóstico e tratamento da síndrome do intestino irritável: revisão sistemática (Silva et al., 2020) ([link](#));
- Influência da resposta individual ao estresse e das comorbidades psiquiátricas na síndrome do intestino irritável (Ribeiro, Silva-Fonseca e Nemer, 2011) ([link](#));
- Inovações Terapêuticas no Manejo da Síndrome do Intestino Irritável (Neto e de Freitas 2022) ([link](#));
- Intestino irritável: abordagem diagnóstica e terapêutica (Araújo, 2016) ([link](#));
- A influência das comorbidades psiquiátricas no desenvolvimento da síndrome do intestino irritável: uma revisão da literatura (Braz e Araújo, 2020) ([link](#));
- Síndrome do Intestino Irritável (Marques, 2012) ([link](#));
- Síndrome do intestino irritável: diagnóstico e tratamento (Fernandes et al., 2020) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

### Listados pela APA

- A resposta rápida à terapia cognitivo-comportamental prevê o resultado do tratamento em pacientes com síndrome do intestino irritável (Lackner et al., 2010) ([link](#));
- A terapia cognitiva para a síndrome do intestino irritável está associada à redução da atividade límbica, sintomas gastrointestinais e ansiedade (Lackner et al., 2006) ([link](#));
- A terapia comportamental cognitiva para a síndrome do intestino irritável induz alterações bidirecionais no eixo cérebro-intestino-microbioma associado à melhora dos sintomas gastrointestinais (Jacobs et al., 2021) ([link](#));
- Fatores associados à eficácia da terapia cognitivo-comportamental versus educação para pacientes com síndrome do intestino irritável (Lackner & Jaccard, 2019) ([link](#));
- Fatores psicossociais no cuidado de pacientes com distúrbios gastrointestinais funcionais (Naliboff, Lackner, & Mayer, 2008) ([link](#));
- Flexibilidade de enfrentamento, sintomas gastrointestinais e distúrbios gastrointestinais funcionais: como a pesquisa translacional de medicina comportamental pode informar a prática gastrointestinal (Radziwon & Lackner, 2015) ([link](#));
- Mediadores específicos e comuns da melhora dos sintomas gastrointestinais em pacientes submetidos à educação/apoio versus terapia cognitivo-comportamental para síndrome do intestino irritável (Lackner & Jaccard, 2021) ([link](#));
- O que é terapia comportamental e ajudará meus pacientes com SII? (Radziwon & Lackner, 2011) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental de contato mínimo versus padrão para síndrome do intestino irritável: resultados de custo-benefício de um estudo em vários locais (Dunlap, Jaccard e Lackner, 2021) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental para pacientes com síndrome do intestino irritável: insights atuais (Kinsinger, 2017) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental para SII: quão útil, com que frequência e como funciona? (Radziwon & Lackner, 2017) ([link](#));
- The Irritable Bowel Syndrome Outcome Study (IBSOS): fundamentação e desenho de um estudo randomizado, controlado por placebo com 12 meses de acompanhamento de TCC auto-administrada versus clínica para síndrome do intestino irritável moderada a grave (Lackner et al., 2012) ([link](#)).

### **Em português**

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Hazel A Everitt, Sabine Landau, Gilly O'Reilly, Alice Sibelli, Stephanie Hughes, Sula Windgassen, Rachel Holland, Paul Little, Paul McCrone, Felicity L Bishop, Kim Goldsmith, Nicholas Coleman, Robert Logan, Trudie Chalder, Rona Moss-Morris
- **Título:** Terapia cognitivo-comportamental para síndrome do intestino irritável: acompanhamento de 24 meses dos participantes do estudo randomizado ATCC-SII
- **Data de publicação:** 2019
- **Periódico:** The Lancet Gastroenterology & Hepatology
- **Número:** 11
- **Volume:** 4
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio clínico randomizado

### Racional

A Síndrome do Intestino Irritável (SII) é comum, afetando de 10% a 20% da população mundial, com várias pessoas relatando sintomas contínuos mesmo com a utilização de medicamentos. A Terapia Cognitivo Comportamental voltada a SII é recomendada, mas há pouco acesso e incertezas sobre os resultados a longo prazo. A Avaliação da Terapia Cognitivo Comportamental para a SII mostrou que em 12 meses de tratamento, as formas da TCC foram efetivas para a redução dos sintomas da SII comparado ao tratamento comum. Esse estudo buscou avaliar a efetividade da TCC para a SII num período de 24 meses. Encontrou-se que há ganhos pela TCC como tratamento para a SII em comparação apenas ao tratamento comum, mas também que alguns ganhos foram perdidos depois do tempo de 12 meses.

### Objetivo

Avaliação da Terapia Cognitivo Comportamental para SII (ATCCSII) foi um grande estudo randomizado e controlado de duas formas de TCC para pacientes com SII refratária. Os resultados do ATCCSII mostraram que, aos 12 meses, ambas as formas de TCC para SII foram significativamente mais eficazes do que o tratamento comum na redução da gravidade dos sintomas da SII em adultos com SII refratária. Este estudo de acompanhamento, por

sua vez, teve como objetivo avaliar os resultados clínicos de 24 meses dos participantes do estudo ATCCSII.

## Método

Os participantes foram 588 adultos com SII refratária recrutados de 74 postos de atenção primária de saúde, e três clínicas de gastroenterologia. Os indivíduos eram elegíveis se preenchessem os critérios Roma III para a SII, utilizassem tratamento por meio de medicação, e apresentassem os sintomas por mais de 12 meses.

Os participantes foram alocados aleatoriamente em três grupos: aqueles com acompanhamento terapêutico de TCC por telefone; um grupo com acompanhamento de TCC via internet com contato mínimo com o terapeuta e utilização do programa Regular; e um grupo com apenas o tratamento comum (grupo TAU). Sendo o grupo TAU o grupo controle, tendo em vista que os outros grupos também receberam o tratamento comum.

O grupo de TCC por telefone recebeu um manual detalhado de TCC de autogerenciamento, incluindo tarefas de casa e folhas de registro, e foram oferecidas seis sessões telefônicas de 1 hora com um terapeuta de TCC nas semanas 1, 2, 3, 5, 7 e 9. Eles também receberam duas sessões de reforço de 1 hora aos meses 4 e 8 (um total de 8 horas de apoio do terapeuta).

Os participantes do grupo TCC via internet receberam três chamadas de 30 minutos de suporte à terapia nas semanas 1, 3 e 5 e duas sessões de reforço de 30 minutos aos 4 meses e 8 meses (2,5 h de suporte do terapeuta).

A TAU foi definida como a continuação das medicações atuais, que variavam de paciente para paciente, e acompanhamento habitual de clínico geral ou consultor sem terapia psicológica.

Aos 12 meses, as informações foram coletadas sobre quaisquer alterações nos tratamentos e gerenciamento da SII durante o estudo e os números de consultas de clínico geral e consultor foram registrados para todos os três grupos.

Após as avaliações de acompanhamento de 12 meses, apenas os participantes do grupo TAU tiveram acesso ao site Regul8 (mas sem suporte terapêutico) por meio de um link de e-mail; os participantes do TCC online também tiveram acesso contínuo ao site Regul8. Os participantes de TCC por telefone não tiveram acesso ao Regul8, mas puderam continuar a usar seus manuais de TCC.

Nenhum grupo de TCC recebeu mais apoio do terapeuta. Assim, o último contato com um terapeuta experimental nos grupos de TCC por telefone e TCC pela internet foi aproximadamente 16 meses antes dos 24 meses de acompanhamento. Os participantes eram livres para buscar a TCC por qualquer meio disponível para SII ou qualquer outra condição.

A medida dos resultados se deu através de um questionário enviado impresso através de cartas, digitalmente ou feito por telefonema.

## **Principais resultados e conclusões**

No acompanhamento de 24 meses, melhorias sustentadas na SII foram observadas em ambos os grupos de TCC em comparação com TAU, embora alguns ganhos anteriores tenham sido reduzidos em comparação com os resultados de 12 meses. A TCC específica para SII tem o potencial de fornecer melhora a longo prazo na SII, alcançável em um ambiente clínico usual. Aumentar o acesso à TCC para SII pode trazer benefícios ao paciente a longo prazo.

# Ativação Comportamental para Depressão

Gustavo Camarço Lino

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

**Diagnóstico:**

Depressão ([link](#))

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio à pesquisa

## Descrição resumida do tratamento

### Resumo

A Ativação Comportamental para Depressão é uma técnica que pode ser utilizada como tratamento completo, ou como componente de uma terapia que pode incluir outras técnicas terapêuticas e possíveis medicamentos. O método envolve uma etapa inicial de informar sobre a depressão e o tratamento através de delimitação de metas a serem cumpridas. O aplicador pode personalizar o tratamento para atender as necessidades individuais do cliente e garantir que ocorra em um ritmo confortável.

### Premissa básica

Quando as pessoas ficam deprimidas, elas podem se desvincular cada vez mais de suas rotinas e se afastar de seu ambiente. Com o tempo, essa evitação estimula o humor deprimido, pois os indivíduos perdem oportunidades de serem reforçados positivamente por meio de experiências agradáveis, atividades sociais ou experiências de domínio.

### Essência da terapia

A Ativação Comportamental (AC) visa aumentar o contato do paciente com fontes de reforçamento positivo, ajudando-o a se tornar mais ativo e, dessa forma, melhorar seu

contexto de vida. Uma versão do AC (BACD) é mais breve, focando especificamente na identificação de valores que orientarão a seleção de atividades. Além do foco em aumentar as atividades, a segunda versão do AC também trabalha na identificação de processos que inibem a ativação e ensinam habilidade de resolução de problemas.

## Duração aproximada da terapia

A AC dura de 20 a 24 sessões; já a BACD dura de 8 a 15 sessões.

## Descrição dos procedimentos

O tratamento da BACD geralmente consiste em aproximadamente 8 a 15 sessões. As sessões iniciais incluem uma explicação da lógica do tratamento, obtenção de suporte ambiental e seleção de atividades e objetivos, essas sessões podem levar até 1 hora (Unidades 1-3). Com o tempo, à medida que o paciente se torna mais hábil no monitoramento, as sessões podem ser reduzidas para 15 a 30 minutos (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2000). Dependendo do andamento da terapia e do conforto do paciente com o protocolo, as sessões podem se tornar menos frequentes e até mais curtas, assim como serem manejadas por telefone. Após a introdução da lógica do tratamento, os pacientes devem ser orientados na coleta do nível de atividade basal e da gravidade dos sintomas depressivos (Unidade 4). Como etapa final na preparação do protocolo de tratamento, os pacientes devem ser direcionados para a identificação de fatores contextuais que possam estar influenciando a ocorrência do comportamento depressivo (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2000). Esse processo provavelmente se concentrará na identificação de reforçadores para comportamentos deprimidos e não deprimidos, com atenção especial ao comportamento de amigos e familiares. Uma vez que essas etapas básicas tenham sido realizadas, as atividades podem ser selecionadas e colocadas dentro da estrutura descrita acima (Unidade 5) (Lejuez, Hopko, & Hopko, 2000). Por fim, avaliação, planejamento e ajuste semanais são usados para garantir que o tratamento prossiga com sucesso (Unidade 6).

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados no site da APA

- Tratamento Breve de Ativação Comportamental para Depressão ([link](#));
- Tratamento Breve de Ativação Comportamental para Depressão: Revisão de 10 Anos ([link](#));
- Tratamento Breve de Ativação Comportamental para Depressão - Revisado ([link](#));
- Ativação Comportamental para Latinos ([link](#));
- Tratamento para Ativação Comportamental em Grupo ([link](#));

- Manual do Cliente ([link](#));
- Manual do Terapeuta ([link](#));
- Depressão em Contexto: Estratégias para Ação Guiada ([link](#));
- Ativação Comportamental para Depressão: Guia do Clínico ([link](#));
- Ativação Comportamental com Adolescentes: Um Guia Clínico ([link](#)).

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

- Ativação Comportamental ([link](#));
- Ativação Comportamental na Depressão ([link](#));
- Ativação Comportamental: Apresentando um Protocolo Integrador no Tratamento da Depressão ([link](#));
- Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo - Capítulo 9: Ativação Comportamental para Depressão ([link](#)).

## **Recursos de treinamento**

### **Listados no site da APA**

- Desenvolvimento inicial de um programa de treinamento online ([link](#)).

### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

### **Listados no site da APA**

- Revisão de Medidas ([link](#));
- Ativação Comportamental para Escala de Depressão ([link](#));
- Ativação Comportamental para Escala de Depressão - Forma Curta ([link](#));
- Ativação Comportamental para Escala de Depressão - Instruções ([link](#));
- Escala de Observação de Recompensa Ambiental ([link](#));
- Índice de Probabilidade de Recompensa ([link](#)).

### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados no site da APA**

- Superando a Depressão Um Passo de Cada Vez: a Nova Abordagem de Ativação Comportamental para Recuperar sua Vida ([link](#));

- Ativando a Felicidade: um Guia Rápido para Superar a Baixa Motivação, a Depressão ou Apenas Sentir-se Preso ([link](#)).

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

### **Aplicativos para smartphones**

#### **Listados no site da APA**

- Moodivate ([link](#));
- ¡Aptívate! ([link](#));
- Behavioral Apptivation ([link](#)).

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

### **Demonstrações em vídeo**

#### **Listados no site da APA**

- Dramatização de Derek Hopko como Discutir a Lógica do Tratamento com um Paciente ([link](#));
- Vídeos da Coalizão para o Avanço e Aplicação da Ciência Psicológica com participação do Dr. Chris Martell
  - Conceituação e Fundamentação do Caso ([link](#)) - Versão Longa ([link](#));
  - Desenvolver e Atribuir Trabalhos de Casa ([link](#)) - Versão Longa ([link](#));
  - Resolução de Problemas de Barreiras ([link](#)) - Versão Longa ([link](#)).

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

### **Descrições em vídeo**

#### **Listados no site da APA**

Não consta.

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

- A Ativação Comportamental no Combate da Depressão (para Profissionais) ([link](#));
- Ativação Comportamental: a Ferramenta mais Poderosa Contra a Depressão ([link](#));
- Ativação Comportamental Parte II- Como Conduzir a Ativação Comportamental para Depressão ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados no site da APA

- Ativação Comportamental, Terapia Cognitiva e Medicação Antidepressiva no Tratamento Agudo da Depressão Maior ([link](#));
- Ensaio Randomizado de Ativação Comportamental, Terapia Cognitiva e Medicação Antidepressiva na Prevenção de Recaída e Recorrência na Depressão Maior ([link](#));
- Ativação Comportamental Breve e Terapia de Resolução de Problemas para Pacientes Deprimidos com Câncer de Mama: Ensaio Randomizado ([link](#));
- Ativação Comportamental Versus Tratamento de Autoajuda Guiado Baseado em Mindfulness Administrado por Meio de um Aplicativo de Celular: um Estudo Controlado Randomizado ([link](#));
- Um Teste Híbrido Randomizado de Eficácia e Eficácia de Ativação Comportamental para Latinos com Depressão ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

- Eficácia da terapia cognitiva processual e da ativação comportamental no tratamento do transtorno depressivo maior: um ensaio clínico randomizado ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados no site da APA

- Tratamentos de ativação comportamental da depressão: uma meta-análise ([link](#));
- Uma Meta-Análise de Estudos Randomizados de Tratamento Comportamental da Depressão ([link](#));
- Tratamento de Ativação Comportamental para Depressão em Adultos: uma Meta-Análise e Revisão ([link](#));
- Intervenções de Ativação Comportamental para o Bem-Estar: uma Meta-Análise ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

- O Papel da Ativação Comportamental no Manejo dos Sintomas Depressivos ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

### Listados no site da APA

- Tratamentos Contemporâneos de Ativação Comportamental para Depressão: Procedimentos, Princípios e Progresso ([link](#));

- A Ativação Comportamental é um Tratamento Baseado em Evidências para a Depressão ([link](#));
- O que é Ativação Comportamental?: Uma Revisão da Literatura Empírica ([link](#));
- As Origens e o Estado Atual dos Tratamentos de Ativação Comportamental para Depressão ([link](#));
- Ativação Comportamental ([link](#));
- Ativação Comportamental: Características Distintivas ([link](#));
- Considerações Sobre o Desenvolvimento na Condução da Ativação Comportamental com Jovens ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Concepción Fernández-Rodríguez, Sonia González-Fernández, Rocío Coto-Lesmes and Ignacio Pedrosa
- **Título:** Ativação Comportamental e Terapia de Aceitação e Compromisso no Tratamento da Ansiedade e Depressão em Sobreviventes de Câncer: Um Ensaio Clínico Randomizado
  - **Data de publicação:** 2021
  - **Periódico:** Behavior Modification
  - **Número:** 5
  - **Volume:** 45
  - **Tipo da pesquisa:** Ensaio Clínico Randomizado

### Racional

A Ativação Comportamental (AC) e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) visam reduzir a evitação, inflexível de pensamentos, sentimentos e memórias dolorosas e encorajar o envolvimento em atividades relevantes. O estudo visou avaliar e comparar a eficácia de ambas as terapias, aplicadas em grupo, em sobreviventes de câncer através de um

ensaio clínico controlado randomizado. Ambos os grupos de tratamento apresentaram mudanças estatisticamente significativas, os resultados indicam uma melhora em todas as variáveis.

## Objetivo

Tendo em vista estudos publicados anteriormente, é de particular interesse desenvolver novos estudos que incluam uma lista de terapias eficazes, como condições e complicações que permitam identificar os fatores determinantes na eficácia das terapias. No entanto, na publicação do estudo, acredita-se que apenas a ACT foi estudada em sobreviventes de câncer usando esse formato, e apenas de forma limitada. A partir do método foi permitido não só comparar as terapias como analisar os resultados de cada uma de forma independente ao longo do tempo, não apenas quando terminou, mas também após um período sem qualquer intervenção.

## Método

Inicialmente foram avaliadas 98 pessoas para a pesquisa, porém, muitas não atenderam aos critérios ou não queriam participar. A amostra final do estudo foi composta por 46 pessoas que participaram de um acompanhamento realizado três meses após o término da aplicação dos tratamentos. Os participantes foram divididos em três grupos: o da Lista de Espera (grupo controle); os alocados para a AC; e os alocados para a ACT.

As pessoas pertencentes aos grupos experimentais participaram numa das terapias em estudo (AC/ACT), sendo estas aplicadas em grupo (máximo 6 pessoas) ao longo de 12 sessões semanais de 90 minutos.

As sessões foram estruturadas da seguinte forma: revisão do trabalho realizado entre as sessões e feedback sobre a adesão do paciente; trabalhar os aspectos programados para a sessão; planejamento do trabalho para a semana seguinte e tentativa de maximizar a adesão ao tratamento. Os terapeutas colocam ênfase especial em explicar o objetivo de uma tarefa e a melhor maneira de executá-la, e em motivar o participante, elogiando-o pelo progresso.

No grupo da AC, durante as sessões, o terapeuta ensinou os participantes a analisar seu comportamento em termos contextuais (rotinas do dia a dia, sintomas e limitações físicas, emoções e pensamentos sobre a doença). Pretendeu-se que os participantes aprendessem a observar a relação entre o que faziam, sentiam e pensavam e o que se passava à sua volta e, conseqüentemente, a identificar as condições que mantinham, aumentavam ou fragilizavam determinados comportamentos. Teve-se o cuidado de garantir que os participantes soubessem não apenas o que fazer e como fazer, mas também quando e onde, ou seja, que fossem capazes de reconhecer aquelas contingências com alta probabilidade de reforçar comportamentos saudáveis e importantes para eles. As principais técnicas empregadas foram auto-observação e auto-relato, elaboração de hierarquias de atividades, programação de comportamento, ensaio e modelagem de comportamento, gerenciamento de contingência e uso de metáforas e exercícios experienciais para facilitar a aceitação e distanciamento de emoções e pensamentos.

Já no grupo da ACT teve como foco aumentar a flexibilidade psicológica, focando, ao longo da terapia, os seis processos nele incluídos. As sessões de abertura visavam princi-

palmente reduzir a esquiva experiencial, a atenção inflexível, o apego ao eu conceituado e a fusão cognitiva. A partir da oitava sessão, a terapia concentrou-se especialmente em aumentar a conexão com os valores e o comprometimento com ações valiosas. As técnicas mais utilizadas para intervir nos diferentes processos foram as metáforas e os exercícios experimentais. A fim de aumentar o comprometimento com ações valiosas, além dessas técnicas, também foi feito uso de ensaio e modelagem de comportamento, programação comportamental, gerenciamento de contingência e, nos casos em que um participante não possui as habilidades necessárias para realizar uma ação voltada para um objetivo valioso, treinamento de habilidades.

Os instrumentos de pesquisa foram administrados em quatro momentos. Inicialmente foram aplicados questionários para levantamento de dados demográficos e dados relacionados às doenças. Nos momentos pré, logo após e 3 meses após o tratamento, avaliaram sintomas de depressão, ansiedade e angústia e padrões de ativação e esquiva experiencial. No pós-tratamento, um questionário sobre viabilidade e satisfação com o tratamento foi aplicado apenas nos grupos de tratamento.

## Principais resultados e conclusões

A tendência geral foi de que os participantes do grupo controle apresentassem escores piores ou muito próximos do pré-tratamento em todas as variáveis no período de acompanhamento, mesmo naqueles casos em que houve uma leve melhora no pós-tratamento avaliação. Em contraste, os participantes designados para os grupos experimentais mostraram melhorias ao longo do tempo. As melhoras tendem a ser semelhantes em ambos os grupos embora, o grupo BA obteve benefícios ligeiramente maiores.

Os grupos experimentais mostraram mudanças significativas, que refletiram em uma diminuição na ansiedade, depressão, angústia geral e esquiva experiencial e um aumento na ativação comportamental. No grupo controle, a única mudança significativa foi o aumento do comprometimento laboral no seguimento. Ambos AC e ACT provaram ser eficazes e claramente superiores a nenhum tratamento. No entanto, na maioria das variáveis analisadas, o grupo a que os participantes foram alocados não foi determinante nos resultados. Isso pode ser devido ao tamanho dos grupos.

É importante ressaltar que em ambos os grupos experimentais, os ganhos foram mantidos depois do término do tratamento. Esses resultados podem estar relacionados por conta dos participantes terem aprendido estratégias de lidar com problemas psicológicos, além disso, de preveni-los no futuro. Tendo isso em vista, é relevante relembrar que vários sobreviventes do câncer são obrigados a enfrentar dificuldades associadas à doença pelo resto de suas vidas.

Os resultados do estudo corroboram a ideia de que a AC pode ser utilizada para lidar com ansiedade, mesmo tendo sido criada para o tratamento de depressão.

# Psicoterapia Interpessoal (TIP) para Depressão

Gustavo Mortari Ferreira

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Transtorno Depressivo Maior, Transtorno distímico ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

A psicoterapia interpessoal é uma terapia com tempo limitado e que tem como foco o tratamento de transtornos depressivos, da relação dessa condição com os relacionamentos do sujeito e da busca de novas formas de lidar com os problemas decorrentes. Essa técnica pode ser dividida em 4 principais áreas problemáticas: luto, disputa de papéis, mudanças significativas na vida e isolamento social. O tratamento é dividido em 3 etapas bem estruturadas e ocorrendo entre 12 a 16 sessões. A TIP pode ocorrer em sessões individuais, em grupo, com jovens, adultos, para Transtorno Depressivo Maior, Transtorno distímico,

### **Premissa básica**

A depressão geralmente segue mudanças no ambiente interpessoal (por exemplo, na perda de um ente querido). Os sintomas deste estado podem levar ao comprometimento do funcionamento interpessoal, o que pode proporcionar eventos estressantes contínuos. O objetivo da terapia interpessoal é abordar de nova forma os eventos estressantes da vida e melhorar o suporte social para enfrentamento.

## Essência da terapia

A TIP se concentra em melhorar as relações interpessoais problemáticas ou as circunstâncias que estão diretamente relacionadas ao episódio depressivo atual.

## Duração aproximada da terapia

A TIP aguda para depressão maior é normalmente administrada em 12 a 16 sessões, embora cursos tão curtos quanto 3 a 8 sessões tenham demonstrado eficácia. O TIP de manutenção foi testado em doses semanais, quinzenais e mensais por até três anos. Uma versão mais breve e estruturada do TIP, *Interpersonal Counseling* (IPC), foi projetada para uso principalmente em ambientes não relacionados à saúde mental, como clínicas de atenção primária. O IPC é normalmente entregue em 3-8 sessões.

## Descrição dos procedimentos

A Terapia Interpessoal é uma técnica validada pela Associação Americana de Psicologia (APA). O pressuposto básico dela é que o desenvolvimento de um quadro depressivo é alterado por um contexto interpessoal em 4 áreas principais (Markowitz et al., 2005):

- Luto: resultado da perda real de alguém significativo. O foco terapêutico estará no trabalho das relações que o sujeito tem com a pessoa perdida e como pode ser retirado a paralisia do luto prolongado para poder ser criado novos vínculos e relacionamentos.
- Mudança de papéis: em geral, aparece quando a pessoa tem dificuldade em lidar com mudanças na sua vida. Ao ocorrer mudanças abruptas de papéis em funções no contexto social pode haver perdas de habilidades relacionais e adocimentos. O trabalho aqui estará em ajudar o cliente a avaliar o antigo e o novo papel de maneira real, com suas vantagens e desvantagens, procurando formas de entender esse novo espaço que ocupa de uma maneira diferente.
- Conflitos e disputas interpessoais: o foco terapêutico estará na classificação do conflito; como enfrentamento, dissolução, calma. Dependendo de qual estágio haverá estratégias diferentes para o paciente reconhecer seus sentimentos que causam o conflito e encontrar estratégias de manejá-los. Além disso, a depender da situação, buscar estratégias para resolver a situação de atrito.
- Déficit em estabelecer relações interpessoais: podem haver casos crônicos de déficit. Nesse foco podem haver perdas que ocorrem a um maior período de tempo e tem consequências como isolamento e afastamento social. É preciso uma exploração conjunta dos relacionamentos passados, buscando paralelos e repetições nesses vínculos, além de avaliar os relacionamentos atuais do paciente.

Assim, a TIP foca em identificar qual área interpessoal mais se relaciona ao estado depressivo da pessoa, além de ajudar a criar ferramentas que o ajudem a incrementar suas

habilidades interpessoais. A TIP é dividida em três fases bem estruturadas e de duração variável, com a primeira etapa de uma a três sessões, a segunda de quatro a oito sessões e a terceira de uma a três sessões.

### **Primeira fase**

A primeira fase tem como objetivo entender a história clínica do cliente, entender quais dos 4 focos que a TIP atua adequa-se mais ao contexto de adoecimento do sujeito e fazer uma visão psicoeducativa inicial sobre o adoecimento do sujeito e a técnica que será utilizada. Também é importante dar clareza ao sujeito sobre os objetivos e focos sobre o trabalho proposto

### **Segunda fase**

É utilizado de técnicas específicas para treinar e aprimorar o sujeito nas dificuldades apresentadas. Com isso, tenta-se também entender os papéis que ocupam após mudanças e/ou perdas, buscando uma percepção nova sobre suas relações e vínculos.

### **Terceira fase**

Tem como objetivo ajudar o paciente a reconhecer os ganhos que esse tratamento lhe entregou, mapear possíveis focos interpessoais problemáticos e sintomas depressivos que podem surgir posteriormente. Adicionalmente, dar suporte para o desenvolvimento de um senso de autonomia e independência em relação à terapia.

### **Observação Fase de manutenção**

Para casos em que existe grande chance de recaída ou recorrência é possível sessões de manutenção das estratégias e habilidades interpessoais adquiridas sobre os focos já trabalhados.

## **Recursos relacionados ao tratamento**

### **Manuais de tratamento**

#### **Listados pela APA**

#### **Manuais disponíveis gratuitamente:**

- Grupo de TIP para Depressão (Organização Mundial da Saúde) ([link](#)).

**Entre em contato com os autores dos seguintes manuscritos para obter estes manuais gratuitos:**

- Psicoterapia Interpessoal por Telefone (TIP-T; Blanco, Lipsitz, & Caligor, 2001) ([link](#));
- Grupo TIP em países em desenvolvimento: Uganda (Bolton et al., 2003; Verdelli et al., 2003)
- TIP para veteranos deprimidos (Stewart et al., 2014) ([link](#));
- TIP para mulheres deprimidas de baixa renda (Grote et al., 2007) ([link](#));
- Manual para TIP para mulheres deprimidas em sessão de engajamento de baixa renda (Zuckoff, Swartz e Grote) ([link](#));
  - Observe que este manual é uma versão expandida do seguinte capítulo: Zuckoff, A., Swartz, H.A., & Grote, N.K. (2015). Entrevista motivacional como prelúdio para psicoterapia para mulheres deprimidas. Em H. Arkowitz, W.R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), *Entrevista motivacional no tratamento de problemas psicológicos* (pp. 136-169). 2ª Edição. Nova York: Guilford Press.
- TIP para pacientes hispânicos deprimidos (Markowitz et al., 2009) ([link](#)).

## Livros disponíveis para compra através de sites externos

Nota: A psicoterapia interpessoal foi testada em mais de 90 ensaios clínicos. Os manuais que descrevem seus procedimentos são:

- O Guia de Psicoterapia Interpessoal (Weissman, Markowitz e Klerman) ([link](#));
  - Weissman, M.M., Markowitz, J.C., & Klerman, G.L. (2018). O guia para a psicoterapia interpessoal. Nova York: Oxford Press.
- Psicoterapia Interpessoal da Depressão (Klerman et al.; traduções em alemão, italiano, japonês e espanhol) ([link](#));
  - Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J., & Chevron, E.S. (1984). Psicoterapia Interpessoal da Depressão. Nova York: Livros Básicos.
- Guia abrangente para psicoterapia interpessoal (Weissman, Markowitz e Klerman; traduções em francês, japonês, coreano e espanhol) ([link](#));
  - Weissman, M.M., Markowitz, J.C., & Klerman, G. (2000). Guia completo para psicoterapia interpessoal. Nova York: Livros Básicos.
- Guia rápido do clínico para psicoterapia interpessoal (Weissman, Markowitz e Klerman; traduções em dinamarquês, holandês, francês, alemão, japonês, português e espanhol) ([link](#));
  - Weissman, M.M., Markowitz, J.C., & Klerman, G.L. (2007). Guia do clínico para psicoterapia interpessoal. Nova York: Oxford University Press.
- Dominando a Depressão Através da Psicoterapia Interpessoal: Manual do Paciente (Tratamentos que Funcionam; Weissman) ([link](#));
- Casebook of Interpersonal Psychotherapy (Markowitz & Weissman) ([link](#));
- Psicoterapia Interpessoal para Transtorno Distímico (Markowitz) ([link](#));

- Psicoterapia Interpessoal para Grupo (Wilfley et al.) ([link](#));
- Psicoterapia Interpessoal para Adolescentes Deprimidos (Mufson et al.) ([link](#));
- Novas aplicações de psicoterapia interpessoal (Klerman & Weissman; inclui diretrizes para TPI de manutenção para depressão maior recorrente, TPI para idosos deprimidos e pacientes medicamente doentes) ([link](#));
- Psicoterapia Interpessoal para Idosos Deprimidos (Hinrichsen & Clougherty) ([link](#));
- TIP para Pacientes HIV-positivos Deprimidos (TIP-HIV).
  - Manual disponível para compra em tradução italiana (Pergami, Grassi e Markowitz)
  - Para o manual não publicado em inglês, entre em contato com John C. Markowitz, M.D., 525 East 68th Street, New York, NY 10021

#### **Em português**

- Psicoterapia Interpessoal. Teoria E Prática ([link](#));
- Psicoterapia Interpessoal - Guia Prático do Terapeuta ([link](#)).

## **Recursos de treinamento**

### **Listados pela APA**

#### **Centros de treinamento na América do Norte**

- Departamento de Psiquiatria, Universidade de Iowa (200 Hawkins Drive, Iowa City, IA 52242); Contato: Scott Stuart, MD e Michael O'Hara, PhD (319-353-6960)
- Departamento de Psiquiatria, Hospital Mount Sinai, Universidade de Toronto (600 University Avenue, 9º andar, Toronto, ON M5G 1X5); Contato: Paula Ravitz, MD (416-586-4800 x7500)
- Departamento de Assuntos de Veteranos, Administração de Saúde de Veteranos, Washington, DC 20420; Contato: Diretor Nacional de Saúde Mental para Psicoterapia e Serviços Psicogerítricos de Saúde Mental, VA Central Office (202-461-7304)

#### **Treinamento Privado**

- Kathleen F. Clougherty, LCSW; Afiliação: Instituto Psiquiátrico do Estado de Nova York e Universidade de Columbia; Clínica Privada: 345 W 88th Street, Nova York, NY 10024; Contato: 212-873-4360 ou [fc17@columbia.edu](mailto:fc17@columbia.edu)
- Helen Verdeli, PhD; Filiação: Teachers College, Columbia University; Contato: 212-678-3099 ou [hv2009@columbia.edu](mailto:hv2009@columbia.edu)

#### **Centros de treinamento na França**

- Creatip, Paris, França; Contato: Thierry Bottai; [tobttai@hotmail.com](mailto:tobttai@hotmail.com); site aqui
  - formação em francês e inglês

- 9 sábados distribuídos ao longo do ano, setembro a junho, sextas-feiras adicionais para supervisão de grupo clínico
- inclui muitos domínios de TIP com ênfase em depressão, adolescentes e pacientes geriátricos
- Sociedade Marce de Psiquiatria Perinatal de Língua Francesa; Contato: Elisabeth Glatigny; [eglatigny@ch-perrens.fr](mailto:eglatigny@ch-perrens.fr); site aqui
  - treinamento em francês
  - o treinamento ocorre em uma cidade francesa diferente a cada ano e dura dois dias
- Dr. Antoine Guedeney (Paris) e Dra. Anne-Laure Sutter (Bordeaux); Contato: Oguz Omay ([link](#));
  - Treinamento em Paris e Bordeaux, França
  - O treinamento dura dois dias uma vez por ano em cada local
- Centro Médico Le Teppe - Unidade de Psiquiatria Perinatal; Contato: Oguz Omay ([link](#));
  - O treinamento ocorre em Le Teppe, Tain l'Hermitage, sul da França; dura dois dias duas vezes por ano
- Workshop Internacional Anual de TIP em colaboração com a International Marce Society, Postpartum Support International e Le Teppe Medical Center; Contato: Wendy Davis; [wDavis@postpartum.net](mailto:wDavis@postpartum.net); inscreva-se para o evento de setembro de 2015 aqui
  - Formação em Francês e Inglês; treinamento ocorre em Le Teppe, Tain l'Hermitage, sul da França

#### **Centros de treinamento na Turquia**

- Sociedade Turca do TIP (KTIP); Contato: Nazan Aydin ([link](#));
  - O treinamento de nível A dura dois dias; ocorre em Istambul, Ancara e várias outras cidades turcas
  - O treinamento avançado dura seis dias uma vez por ano em Istambul

#### **Centros de treinamento no Japão**

- Introdução ao TIP;
  - O treinamento ocorre em japonês; os treinamentos ocorrem a cada três meses

#### **Em português**

- Ensino Einstein -Psicoterapia Interpessoal (modelo presencial no estado de São Paulo ou remoto para todo o Brasil) ([link](#));
- CEPP - Introdução à Psicoterapia Interpessoal ([link](#)).

## Medidas, Apostilas e Planilhas

### Listados pela APA

- Escala de Resultados de Psicoterapia Interpessoal (IPOS; Markowitz et al.) ([link](#)).

### Em português

Não existe uma escala específica de psicoterapia interpessoal validada no Brasil. Contudo, normalmente são utilizadas escalas de depressão como a de Beck para avaliar os sintomas depressivos nos clientes.

## Livros de auto-ajuda

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

Não consta.

## Aplicativos para smartphones

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

Não consta.

## Demonstrações em vídeo

### Listados pela APA

- Psicoterapia Essentials to Go: Terapia Interpessoal (TIP) para Depressão (Ravitz, Watson e Grigoriadis) ([link](#));
- Psychotherapy Essentials to Go: Interpersonal Psychotherapy for Depression (Grigoriadis et al.; livro e DVD com descrições em vídeo e demonstrações) ([link](#)).

### Em português

- Tele Psicoterapia Interpessoal Breve (TelePsi) ([link](#)).

## Descrições em vídeo

### Listados pela APA

- Psychotherapy Essentials to Go: Interpersonal Psychotherapy for Depression (Grigoriadis et al.; livro e DVD com descrições em vídeo e demonstrações) ([link](#)).

### Em português

- Tele Psicoterapia Interpessoal Breve (TelePsi) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados pela APA

#### Transtorno Depressivo Maior

- Efeitos do tratamento no ajuste social de pacientes deprimidos (Weissman et al., 1974) ([link](#));
- A eficácia de drogas e psicoterapia no tratamento de episódios depressivos agudos (Weissman et al., 1979) ([link](#));
- Pacientes ambulatoriais deprimidos: Resultados um ano após o tratamento com drogas e/ou psicoterapia interpessoal (Weissman et al., 1981) ([link](#)).

#### Transtorno distímico

- O depressivo crônico na comunidade: não reconhecido e mal tratado (Weissman & Klerman, 1977) ([link](#));
- Um estudo controlado randomizado comparando moclobemida e moclobemida mais terapia interpessoal no tratamento do transtorno distímico (de Mello, Myczkowski, & Menezes, 2001) ([link](#));
- Um estudo comparativo de psicoterapia e farmacoterapia para pacientes distímicos “puros” (Markowitz et al., 2005) ([link](#));
- Estudo piloto de psicoterapia interpessoal versus psicoterapia de suporte para pacientes distímicos com abuso ou dependência secundária de álcool (Markowitz et al., 2008) ([link](#)).

#### Manutenção TIP

- Tratamento da depressão por drogas e psicoterapia (Klerman et al., 1974) ([link](#));
- Acompanhamento de mulheres deprimidas após tratamento de manutenção (Weissman, Kasl e Klerman, 1976) ([link](#));
- Redução diferencial dos sintomas por drogas e psicoterapia na depressão aguda (DiMascio et al., 1979) ([link](#));
- Recorrência precoce na depressão unipolar (Frank, Kupfer e Perel, 1989) ([link](#));
- Resultados de três anos para terapias de manutenção na depressão recorrente (Frank et al., 1990) ([link](#));
- NortrTIPilina e psicoterapia interpessoal como terapias de manutenção para depressão maior recorrente: um estudo controlado randomizado em pacientes com mais de 59 anos (Reynolds et al., 1999) ([link](#)).

### **Grupo TIP**

- Psicoterapia interpessoal em grupo para depressão em Uganda rural: um estudo controlado randomizado (Bolton et al., 2003) ([link](#));
- Adaptando a psicoterapia interpessoal de grupo para um país em desenvolvimento: Experiência na zona rural de Uganda (Verdeli et al., 2003) ([link](#));
- Psicoterapia interpessoal: ensaios de eficácia na zona rural de Uganda e na cidade de Nova York (Clougherty et al., 2006) ([link](#)).

### **Aconselhamento interpessoal (ou seja, breve TIP)**

- Aconselhamento interpessoal para frequentadores frequentes da atenção primária: um estudo de alcance telefônico (Sinai & Lipsitz, 2012) ([link](#)).

### **Em português**

- A psicoterapia interpessoal na depressão em pacientes com esquizofrenia: proposta de um modelo terapêutico a partir de três casos clínicos (Lacaz, Bressan & de Mello, 2005) ([link](#));
- Terapia Interpessoal: um modelo breve e focal (de Mello, 2004) ([link](#));
- Terapia interpessoal: teoria, formação e prática clínica em um serviço de pesquisa e atendimento em violência (Carvalho, Pupo & Mello, 2011) ([link](#)).

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

### **Listados pela APA**

- Psicoterapia interpessoal para depressão: uma meta-análise (Cuijpers et al., 2011) ([link](#));
- Eficácia comparativa de sete intervenções psicoterapêuticas para pacientes com depressão: uma meta-análise de rede (Barth et al., 2013) ([link](#));
- Mecanismos de mudança em psicoterapia interpessoal (TIP) (Lipsitz & Markowitz, 2013) ([link](#));
- Aconselhamento interpessoal (IPC) para depressão na atenção primária (Weissman et al., 2014) ([link](#)).

### **Em português**

- Psicoterapia interpessoal no manejo da depressão (Souza & Fleck, 2013) ([link](#));
- Avaliação da eficácia da psicoterapia interpessoal nos transtornos do espectro depressivo (de Mello, 2002) ([link](#)).

## **Outros recursos de tratamento**

### **Listados pela APA**

- As psicoterapias para a depressão podem ser discriminadas? Uma investigação sistemática de terapia cognitiva e terapia interpessoal (DeRubeis et al., 1982) ([link](#));
- Eficácia da psicoterapia interpessoal como tratamento de manutenção para depressão recorrente: fatores contribuintes (Frank et al., 1991) ([link](#));
- Adesão à psicoterapia de terapeutas que tratam pacientes HIV-positivos com sintomas depressivos (Markowitz et al., 2000) ([link](#)).

### Em português

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** John C. Markowitz a, b, \*James H. Kocsis Paul J. Christos, Kathryn L. Bleiberg, Michael Sacks
- **Título:** Um estudo comparativo de psicoterapia e farmacoterapia para pacientes distímicos “puros” ([link](#))
- **Data de publicação:** 2005
- **Periódico:** Journal of Affective Disorders
- **Número:** 1
- **Volume:** 89
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio Randomizado

### Racional

Nesse estudo o autor tenta comparar 4 formas de terapêutica para distímia, utilizando TPI, BSP, farmacoterapia e TPI junto a farmacoterapia. Com isso, utiliza-se de diferentes escalas de avaliação de sintomas depressivos e habilidades sociais antes e após o tratamento para tentar-se averiguar a eficácia dessas no enfrentamento da condição de distímia. De resultados mais interessantes teve que a TPI foi eficaz para o tratamento da distímia. Contudo, diferentes escalas apresentaram resultados significativamente diferentes. O tratamento de TPI junto a sertralina também mostrou resultados relevantes.

## Objetivo

Avaliar a eficácia da TIP para tratamento do transtorno distímico quando comparado à psicoterapia breve de suporte (BSP), a sertralina(antidepressivo) e o TIP em conjunto à sertralina

## Método

Os sujeitos foram recrutados de maneira aleatória por meio de panfletos, encaminhamentos e conversas no Hospital Weill Cornell de Nova York. Os possíveis participantes ainda passavam por uma avaliação por médicos e psicólogos(nível de mestrado) que utilizavam a Entrevista Clínica Estruturada para DSM IV, SCID II e 24 itens da Ham-D. Os critérios para inclusão foi: estar entre 18 e 60 anos, diagnosticado com transtorno distímico primário no DSM IV, com início precoce (antes dos 21 anos), definido pela entrevista SCID e ao menos uma pontuação de 13 no Ham-D25

Houve exclusões em casa de: episódio de transtorno depressivo maior nos últimos 6 meses; abuso ou dependência de substâncias; histórico com episódios de psicose, esquizofrenia, hipomania, síndrome mental orgânica ou mania e histórico de não resposta a antidepressivos(sertralina 50mg/dia, imipramina 150 mg/dia, fluoxetina 20mg/dia, etc.). Esses requisitos foram checados durante as entrevistas iniciais. A amostra foi dividida em 4 grupos distintos. Um grupo que receberia apenas o tratamento da Terapia Interpessoal(TIP), um grupo que teria tratamento da Psicoterapia de Suporte Breve(BSP), um grupo com tratamento farmacológico de sertralina e ainda um último grupo com tratamento de TIP com uso da sertralina(TIP/sertralina)

Os indivíduos que participaram da TIP tiveram entre 16 a 18 sessões de 50 minutos ao longo de 16 semanas. Para a farmacoterapia houve uma primeira sessão de 45 a 60 minutos, com sessões seguintes de 20 a 30 minutos nas próximas 2 semanas, e depois quinzenalmente.

Foram ainda aplicados no início e ao fim da pesquisa 4 testes distintos: testes Ham-D de 24 itens (Hamilton, 1960); o Inventário de Depressão de Beck (BDI; Beck, 1978); a Escala de Avaliação de Distímia de Cornell (CDRS; Mason et al., 1993) e a versão Social Adjustment Scale-Auto Report (SAS; Weissman e Bothwell, 1976) e o Inventário de Problemas Interpessoais (IIP; Horowitz et al., 1988). A partir desses resultados buscou-se encontrar a média dos grupos em momento pré tratamento e pós-tratamento, além de medir o *effect size*, que é a taxa que mostra o efeito do tratamento nas escalas.

Os 8 terapeutas que seguiram o manual TIP ou BSP tiveram treinamento com ao menos 2 casos antes do início da pesquisa e receberam supervisão por monitor especializado nesta técnica de atuação após cada atendimento.

## Principais resultados e conclusões

Os principais resultados são as comparação de melhora de cada grupo antes e após os diferentes tipos de tratamento. Destaca-se que os tratamentos que incluíam o TIP mostraram um *effect size* (o quanto houve melhora do quadro) maior nas escalas de Ham-D'24 e CDRS. Também é visto que o tratamento conjunto de TIP/sertralina foi mais eficaz

que a TIP isolada. Contudo, no caso da BDI e SAS o TIP e o BSP tiveram escores mais baixos que os tratamentos medicamentosos.

Ou seja, a TIP mostrou-se eficaz para o tratamento de distímia. No entanto, diferentes escalas mostraram eficiências significativamente diferentes, além de apresentar menor eficácia sem o uso conjunto à sertralina ou ao próprio uso apenas da medicação. Contudo, ao se avaliar a segurança dos participantes no tratamento (em uma escala de pontos), vemos que os grupos que usaram TIP/sertralina e TIP tiveram resultados satisfatórios (escore 4,5 e 4).

A TIP/Sertralina e Sertralina também obteve resultados maiores no IIP, que está relacionado à capacidade de resolução de problemas interpessoais. A partir disso, os autores também destacaram que a TIP se propõe a um tratamento voltado para problemáticas recentes do sujeito e criar técnicas e estratégias para lidar com relações interpessoais. Assim, nesta pesquisa não foi possível analisar os ganhos em habilidades sociais a longo prazo que essa técnica pode oferecer.

Também foi levantado que as descobertas do estudo demonstram que a medicação pode ser um primeiro passo confiável para o tratamento de pacientes distímicos, mas que a terapia TIP apresentou resultados, mesmo que ela focalize questões e problemáticas relacionadas aos episódios mais recentes do transtorno distímico. Contudo, são necessárias mais pesquisas a longo prazo para poder ser avaliados os ganhos deste tratamento a longo prazo também, pois o transtorno distímico é caracterizado por uma maior duração dos sintomas, inclusive em critérios diagnósticos.

# Treino de Habilidades Sociais (SST) para Esquizofrenia

Gustavo Mortari Ferreira

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Esquizofrenia e outros transtornos mentais graves ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Sem informações

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

A SST tem como objetivo o treino de habilidades de ensinar habilidades de comunicação, assertividade, independência e gerenciamento do próprio transtorno. Assim, por meio dos princípios da terapia comportamental, o SST é normalmente realizado em grupo com 2 terapeutas. As habilidades são divididas em etapas, as quais o terapeuta modela demonstrando em dramatizações. Os participantes repetem as dramatizações como forma de treino e aprendizagem das habilidades. Após isso, o grupo(junto aos terapeutas) fazem feedbacks e são repetidas mais práticas de treinamento. A SST tem conteúdo, número de sessões e duração das intervenções dependentes da necessidade dos clientes.

### **Premissa básica**

Ensinar pessoas com esquizofrenia ou outros transtornos mentais graves técnicas para manejar sua doença, o contexto social e adquirir habilidades para conquista de uma maior funcionalidade e independência

## Duração aproximada da terapia

Não existe um tempo pré-definido de duração da SST, variando em decorrência da demanda dos clientes.

## Descrição dos procedimentos

Na SST habilidades sociais são categorizadas como as capacidades para expressar-se emocionalmente, tanto de forma negativa quanto positiva, em contexto social, sem haver consequências aversivas a esses comportamentos. Para isso são necessárias domínio de respostas, verbais e não verbais, além de entendimento do contexto em que o sujeito está inserido em determinada interação (Bellack et al., 2013).

A SST não tem necessariamente um tempo máximo ou esperado para o tratamento. Contudo, esse tratamento tem como foco o treino e psicoeducação em algumas habilidades sociais deficitárias na esquizofrenia. Com isso, normalmente o funcionamento por módulos focaliza em alguma das habilidades sociais (Rais-Calafell et al., 2014).

Um caminho visto em revisões e pesquisas são os seguintes passos: ensino de uma habilidade social; dramatização e treino com o grupo; feedback do(s) terapeuta(s) e pares; treino novamente. É importante marcar que pessoas com esquizofrenia têm dificuldade nos processos de aprendizagem, logo deve ser feitas práticas excessivas para garantir que as práticas sejam adquiridas (Kopelowicz, 2006; Rais-Calafell et al., 2014; Granholm et al., 2005).

Algumas das principais habilidades que devem ser treinadas na SST são: percepção social, comportamentos regidos por normas, capacidade de filiação, habilidades de fazer e responder perguntas, falar em público e processamento de informações sociais (Rais-Calafell et al., 2014)

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados no site da APA

- Bellack, AS, Bennett, ME, Gearon, JS (2006). Tratamento comportamental para abuso de substâncias em pessoas com doença mental grave e persistente . Nova York: Taylor e Francis.
- Bellack, AS. Mueser, KT, Gingerich, S., & Agresta, J. (2004). Treinamento de habilidades sociais para esquizofrenia: um guia passo a passo (segunda edição). Nova York: Guilford Press.

#### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## **Recursos de treinamento**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Livros de auto-ajuda**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Aplicativos para smartphones**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Descrições em vídeo**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Referências bibliográficas: Testes clínicos**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Outros recursos de tratamento**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento**

### **Identificação da pesquisa**

- **Autores:** Eric Granholm, John R. McQuaid, Fauzia Simjee McClure, Lisa A. Auslander, Dimitri Perivoliotis, Paola Pedrelli, Thomas Patterson, Dilip V. Jeste
- **Título:** Ensaio clínico randomizado de treino cognitivo-comportamental em habilidades sociais para pacientes ambulatoriais idosos ou meia-idade com esquizofrenia crônica
- **Data de publicação:** 1 de março de 2005

- **Periódico:** The American Journal of Psychiatry
- **Número:** 162
- **Volume:** 3
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio clínico randomizado

## Objetivo:

Buscar validação empírica para tratamento de pacientes velhos com esquizofrenia a nível crônico.

## Método

Foi utilizado um ensaio clínico randomizado que incluiu cerca de 76 pacientes entre 42 e 74 anos, sendo que: 22 tinham esquizofrenia com características paranoicas; 22 esquizofrenia indiferenciada; 2 com características desorganizadas; 2 com esquizofrenia residual; e 28 com comorbidade com transtorno esquizoafetivo. Foi utilizado o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais em sua quarta edição (DSM-IV).

Ao início do tratamento, 46 pacientes tomam antipsicóticos atípicos, 17 antipsicótico típicos, 7 tomavam ambos antipsicóticos(típicos e atípicos) e 6 não tomavam medicação antipsicótica. 36 participantes também tomavam antidepressivos e 22 estabilizadores de humor.

O estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade da Califórnia, em San Diego. As pesquisas ocorreram tanto nos centros de pesquisa(N=52) quanto em instalações na própria comunidade. O termo de consentimento foi enviado e devolvido por escrito e após avaliações iniciais eles foram aleatoriamente designados para 2 possíveis grupos: (i) tratamento tradicional para esquizofrenia e (ii) tratamento tradicional em conjunto ao SST.

Para avaliar o funcionamento social foi usado a Pesquisa de Habilidades de Vida (*Living Skills Survey*) e o UCSD Performance-Based Skills Assessment para avaliar os ganhos em habilidades sociais. Além disso, foi utilizado a Escala Síndrômica de Sintomas Positivos e Negativos (*Positive and Negative Syndrome Scale*), Escala Hamilton para Depressão para avaliar ganhos secundários, Escala de Insight Cognitivo de Beck e o Teste de Modulação e Compreensão(*Comprehensive Module Test*) para avaliar autoconfiança e auto reflexão das pessoas do estudo. Essas escalas foram usadas em 3 momentos, ao início, meio e final do tratamento.

Já na intervenção com SST os pacientes receberam 24 sessões de 2 horas semanais de psicoterapia em grupo, havendo pausa de 30 minutos no meio. Os componentes do treinamento foram baseados na linha da Terapia Cognitivo Comportamental, especificamente no treinamento de habilidades sociais disponibilizado pela Psychiatric Rehabilitation Consultants. Foi focalizado: desenvolver estratégias para compensar déficits cognitivos e identificar/criar crenças limitantes relacionadas à idade avançada dos pacientes.

Foi utilizado um modelo de 3 módulos com 4 sessões, auto suficientes, fazendo que o paciente tenha que completar 2 vezes esse modelo para serem totalizadas as 24 ses-

sões. Isso ocorreu tanto por haver saída e entradas de pacientes entre os módulos e também para checar se a exposição repetida ao material poderia melhorar o aumento da aquisição de habilidades.

No primeiro módulo os pacientes usaram dever de casa e marcações para identificar a relação entre pensamento, sentimentos e comportamentos e notar disfunções ou incongruências entre eles. Os pacientes também realizaram atividades para testar suas crenças, tendo como alvo primário as vozes e fenômenos delirantes. Para facilitar a aprendizagem dessas técnicas foi criado ajudas mnemônicas como cartões com os estágios da identificação e análise de pensamentos.

No segundo módulo era focado nas habilidades de comunicação e interação em contexto social. Com uso de role-playing foi focado nas capacidades de relatar sintomas, expressar sentimentos positivos e/ou negativos, assertividade nas interações e aderência de práticas de lazer no dia-a-dia.

No último módulo foi treinado a habilidade de resolver problemas. Foi criada a sigla "SCALE", em inglês, que traduzido ficará como especificar, considerar possíveis soluções, avaliar a melhor alternativa, desenvolver um plano, executar e analisar os resultados. Nesse momento também foi focado questões relacionadas à lidar com sintomas estressores, uso de medicação, usar transporte público, higiene, nutrição, atividades de lazer, etc.

O crivo dos terapeutas foi que sejam mestres ou doutores com ao menos 2 anos de experiência clínica e que foram treinados por pelo menos 30 sessões gravadas que eram vistas e avaliadas de forma aleatória pelos pesquisadores. A fim de estratificar a função e papel que eles ocupariam ou não nas sessões de pesquisa. Finalmente, os pacientes tiveram adesão de 86% até o fim do tratamento.

## Principais resultados e conclusões

Os resultados trouxeram questões interessantes para essa pesquisa. Primeiro que ambos os tratamentos não apresentaram diferença significativa na escala de Avaliação de Habilidades em Desempenho UCSD. É justificado que esse instrumento tem medidas que não foram treinadas com uso da SST, o que pode ter acarretado nesse resultado.

Mesmo que o UCSD delimitou que não houve melhoras tão expressivas nas habilidades sociais, a Pesquisa de Habilidade de vida mostrou que pacientes tratados com SST mostram-se mais propensos a participar de interações sociais e a desafiar os pensamentos delirantes relacionados ao transtorno.

Os clientes de SST apresentaram, mesmo com idade mais avançada e longo histórico de adoecimento mental, proatividade nos grupos e aprenderam as intervenções realizadas. A localização do centro de saúde, junto com a disponibilidade de transporte e alimentação parece que foram cruciais para o baixo abandono do grupo.

Os clientes que usaram da SST também tiveram habilidades de insight cognitivo e auto reflexão melhores que tratados apenas com terapia tradicional, o que gerou queda significativa dos sintomas positivos ao fim da pesquisa. Contudo, essa mudança de perspectiva veio acompanhada em conjunto a aumento dos sintomas depressivos nas escalas de Beck e de Hamilton.

Ou seja, o SST mostrou eficácia para melhora de sintomas negativos e positivos da esquizofrenia, aumentando capacidades de auto reflexão, insight cognitivo e busca por interação social, No entanto, gera aumento de sintomas depressivos. Assim, a pesquisa contou com menos participantes que o idealizado pelos pesquisadores e dificuldade de fatores inespecíficos ou externos ao setting de tratamentos, mas mostra grandes indícios de suporte de estudo da terapia cognitivo comportamental nesse contexto.

## Referência bibliográficas

- Bellack, A. S., Mueser, K. T., Gingerich, S., & Agresta, J. (2013). *Social skills training for schizophrenia: A step-by-step guide*. Guilford Publications.
- Granholm, E., McQuaid, J. R., McClure, F. S., Auslander, L. A., Perivoliotis, D., Pedrelli, P., ... & Jeste, D. V. (2005). A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 520-529.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., & Zarate, R. (2006). Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 32(suppl\_1), 12-23.
- Rus-Calafell, M., Gutiérrez-Maldonado, J., Ribas-Sabaté, J., & Lemos-Giráldez, S. (2014). Social skills training for people with schizophrenia: What do we train?. *Psicología Conductual*, 22(3), 461.

# Terapia Comportamental Dialética Radicalmente Aberta para Distúrbios de SuperControle

Iane Andrade Neves

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Depressão ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Modesto apoio à pesquisa

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

A Terapia Comportamental Dialética – Radicalmente Aberta (Radically Open Dialectical Behavior Therapy) é uma terapia baseada em evidências para a depressão crônica resistente a tratamento com transtorno de personalidade comórbido e para a anorexia nervosa. Criada por Thomas Lynch, a RO-DBT é baseada em pesquisas que ligam a expressão das emoções à formação de vínculos sociais de longo prazo, necessários durante a evolução para a sobrevivência da espécie humana, tribal por natureza.

### **Premissa básica**

A Terapia Comportamental Dialética Radicalmente Aberta ou RO DBT difere significativamente de outras abordagens de tratamento, principalmente por vincular as funções comunicativas da expressão emocional à formação de laços sociais estreitos e por meio de habilidades direcionadas à sinalização social, abertura e resposta flexível. RO DBT é o primeiro tratamento no mundo a priorizar a sinalização social como o principal mecanismo de mudança.

Essência da terapia RO DBT é um tratamento trans diagnóstico direcionado a um espectro de distúrbios caracterizados por controle inibitório excessivo ou supercontrole (OC). O supercontrole está associado ao isolamento social, solidão, mau funcionamento interpes-

soal e problemas de saúde mental graves e difíceis de tratar, como anorexia nervosa, depressão crônica e transtorno de personalidade obsessiva-compulsiva (por exemplo, Lynch & Cheavens, 2008; Zucker et al., 2007). Indivíduos com distúrbios de supercontrole geralmente sofrem silenciosamente, mesmo que seu sofrimento não seja aparente. O tratamento RO DBT envolve sessões individuais de tratamento e aulas de treinamento de habilidades e gira em torno de cinco temas OC: expressão emocional inibida e dissimulada; comportamento focado hiper detalhado e excessivamente cauteloso; comportamento rígido e governado por regras; estilo indiferente e distante de se relacionar; e alta comparação social e inveja/amargura.

## Duração aproximada da terapia

A duração recomendada e pesquisada para o tratamento ambulatorial é de aproximadamente 30 semanas de sessões individuais simultâneas de terapia RO DBT e aulas de treinamento de habilidades.

### Descrição dos procedimentos

A Terapia Comportamental Dialética Radicalmente Aberta (RO-DBT) é um modelo de terapia desenvolvido para pessoas que sofrem com supercontrole, que apresentam um nível de autocontrole que interfere em sua capacidade de funcionar de forma efetiva, conectar-se com os outros e ser flexível quando necessário. A RO-DBT apresenta quatro modos: terapia individual, classe de habilidades, coaching telefônico (quando necessário) e consultoria para terapeutas.

A RO DBT é especialmente eficaz para transtornos como anorexia nervosa, transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), ansiedade e depressão refratárias e transtornos de personalidade cluster A e C.

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Livros disponíveis para compra através de sites externos

- Terapia comportamental dialética radicalmente aberta: teoria e prática para o tratamento de distúrbios de supercontrole (Lynch, 2018) ([link](#));
- O manual de treinamento de habilidades para terapia comportamental dialética radicalmente aberta: um guia clínico para o tratamento de distúrbios de supercontrole (Lynch, 2018) ([link](#)).

#### Disponíveis em língua portuguesa

- Terapia Comportamental Dialética - Swales – Sinopsys. Segunda edição, 2022.

## Recursos de treinamento

A Radially Open é a empresa oficial de treinamento para RO DBT. Eles oferecem treinamento on-line e off-line introdutório, intensivo e abrangente para profissionais de saúde mental que desejam desenvolver serviços de DBT radicalmente abertos para pacientes com problemas de saúde mental graves e difíceis de tratar. ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Medidas, Apostilas e Planilhas

### Listados no site da APA

- Os Folhetos e Planilhas de Habilidades RO DBT podem ser baixados do site do editor. ([link](#));
- Materiais de avaliação para adultos: Os materiais para avaliar o excesso de controle dos apêndices do RO DBT Textbook podem ser baixados do site do editor. ([link](#));
- Materiais de avaliação para adolescentes: Medida de triagem para jovens com excesso e falta de controle (YOU-C) (Lenz et al., 2021). ([link](#));
- Materiais de avaliação para crianças de 4 a 7 anos: The Overcontrol in Youth Checklist (OCYC) (Gilbert et al., 2019). ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Livros de auto-ajuda

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Aplicativos para smartphones

### Listados no site da APA

- O aplicativo Grow RO é um aplicativo complementar ou independente para iPhones para ajudar pessoas com habilidades RO DBT, rastreamento de cartão diário, ativação de segurança social e auto-indagação ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Demonstrações em vídeo

### Listados no site da APA

- Cursos de vídeo sob demanda e demonstrações estão disponíveis aqui: ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Descrições em vídeo

### Listados no site da APA

- Uma variedade de podcasts e vídeos sobre RO DBT está disponível gratuitamente aqui: ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados no site da APA

- Depressão refratária - mecanismos e eficácia da terapia comportamental dialética radicalmente aberta (RefraMED): resultados de um estudo randomizado sobre benefícios e danos (Lynch et al., 2020) ([link](#));
- Terapia comportamental dialética radicalmente aberta para depressão refratária: o RefraMED RCT (Lynch et al., 2018) ([link](#));
- Intervenção em grupo informada por DBT radicalmente aberta para controle excessivo: um estudo controlado com acompanhamento de 3 meses (Keogh et al., 2016) ([link](#));
- Adaptando a terapia comportamental dialética para pacientes adultos com anorexia nervosa – Um estudo piloto (Chen et al., 2014) ([link](#));
- Terapia Comportamental Radicalmente Aberta para Anorexia Nervosa em adultos: Viabilidade e resultados de um programa de internação (Lynch et al., 2013) ([link](#));
- Tratamento de adultos mais velhos com transtorno de personalidade comórbido e depressão: uma abordagem de terapia comportamental dialética (Lynch et al., 2007) ([link](#));
- Terapia comportamental dialética para idosos deprimidos: um estudo piloto randomizado (Lynch et al., 2003) ([link](#));
- Terapia comportamental dialética radicalmente aberta adaptada para adolescentes: uma série de casos (Baudinet et al., 2021) ([link](#));
- Terapia comportamental dialética radicalmente aberta para anorexia nervosa: um estudo de projeto experimental de caso único de linha de base múltipla em 13 casos (Isaksson et al., 2021) ([link](#));

- Avaliação da terapia comportamental dialética radicalmente aberta em uma equipe de saúde mental da comunidade adulta: eficácia em pessoas com transtornos do espectro do autismo (Cornwall et al., 2020) ([link](#));
- Visando o supercontrole desadaptativo com terapia comportamental dialética radicalmente aberta em um programa diurno para adolescentes com transtornos alimentares restritivos: uma série de casos não controlados (Baudinet et al., 2020) ([link](#));
- Depressão refratária – Mecanismos e avaliação da terapia comportamental dialética radicalmente aberta (RO-DBT) [REFRAMED]: Protocolo para ensaio randomizado (Lynch et al., 2015) ([link](#)).

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

### **Listados no site da APA**

- Terapia comportamental dialética radicalmente aberta: sinalização social, utilidade trans diagnóstica e evidências atuais (Gilbert et al., 2020) ([link](#)).

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Outros recursos de tratamento**

### **Listados no site da APA**

- Edição Especial sobre DBT RO no Terapeuta Comportamental ([link](#));
- Lista completa de trabalhos de pesquisa sobre RO DBT e Overcontrol. ([link](#));
- Blogs sobre RO DBT escritos por uma variedade de terapeutas e clientes. ([link](#));
- Ficha informativa sobre RO DBT no site da ABCT. ([link](#)).

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Thomas R Lynch, Roelie J Hempel, Ben Whalley, Sarah Byford, Rampaul Chamba, Paul Clarke, Susan Clarke, David Kingdon, Heather O'Mahen, Bob Remington, Sophie C Rushbrook, James Shearer, Maggie Stanton, Michaela Swales, Alan Watkins e Ian T Russel.
- **Título:** Terapia comportamental dialética radicalmente aberta para depressão refratária: o RefraMED RCT.
- **Data de publicação:** Dezembro de 2018
- **Periódico:** Avaliação de Eficácia e Mecanismo
- **Número:** 7
- **Volume:** 5

### Racional

Cerca de um terço dos pacientes deprimidos não respondem à medicação antidepressiva (ADM) e a psicoterapia tradicional mostra benefícios limitados. No entanto, a maioria dos estudos randomizados excluiu os pacientes mais doentes, especialmente com transtorno de personalidade comórbido. A terapia comportamental dialética radicalmente aberta (RO DBT) é um novo tratamento direcionado à personalidade emocionalmente supercontrolada, que é comum na depressão refratária.

### Objetivo

Avaliar a eficácia, custo-efetividade e mecanismos terapêuticos de RO DBT para pacientes com depressão refratária.

### Método

O estudo Refractory depression: Mechanisms and Efficacy of RO DBT (RefraMED) foi um estudo randomizado multicêntrico, de grupos paralelos, no qual os participantes foram randomizados para receber RO DBT mais tratamento usual (TAU) ou apenas TAU. Os participantes foram avaliados aos 7, 12 e 18 meses após a randomização. Mecanismos terapêuticos foram explorados em análises causais.

Os participantes foram recrutados em três organizações do NHS de cuidados secundários no Reino Unido: Dorset, Hampshire e North Wales.

Os pacientes eram elegíveis se tivessem idade  $\geq 18$  anos, tivessem uma pontuação na Escala de Avaliação de Hamilton para Depressão (HRSD) de pelo menos 15, tivessem um diagnóstico atual de transtorno depressivo maior na Entrevista Clínica Estruturada para o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*, Quarto Edition Axis I, estavam sofrendo de depressão refratária ou crônica e, em seu episódio atual, tomaram uma dose adequada de ADM por pelo menos 6 semanas sem alívio. Os pacientes que preencheram os critérios para transtorno de personalidade dramático-errática (Cluster B), transtorno bipolar ou psicose ou que tiveram um diagnóstico primário de dependência ou abuso de substâncias foram excluídos.

A intervenção, RO DBT, compreendeu 29 sessões individuais semanais com duração de 1 hora e 27 aulas semanais de habilidades com duração de 2,5 horas. Os participantes alocados no TAU poderiam acessar qualquer tratamento oferecido pelo NHS ou em particular.

A pontuação de HRSD relatada 12 meses após a randomização e o custo por ano de vida ajustado pela qualidade (QALY).

## Principais resultados e conclusões

Um total de 250 participantes foram alocados aleatoriamente: 162 (65%) participantes foram randomizados para RO DBT mais TAU e 88 (35%) foram randomizados para TAU. A diferença entre RO DBT e TAU no desfecho primário aos 12 meses não foi estatisticamente significativa. No entanto, após 7 meses, os participantes randomizados para RO DBT reduziram substancialmente e significativamente os sintomas depressivos, em relação ao TAU, em 5,40 pontos HRSD [diferença média padronizada 1,03 pontos, intervalo de confiança (IC) de 95% 0,94 a 9,85 pontos;  $p = 0,02$ ]. Posteriormente, RO DBT permaneceu o melhor tratamento com reduções líquidas, mas não significativas, de 2,15 pontos HRSD (diferença média padronizada 0,41 pontos, 95% CI -2,28 a 6,59 pontos;  $p = 0,29$ ) após 12 meses e 1,69 pontos (diferença média padronizada 0,32 pontos, IC 95% -2,84 a 6,22 pontos;  $p = 0,42$ ) após 18 meses. Os participantes alocados no TAU poderiam acessar qualquer tratamento oferecido pelo NHS ou em particular. Os participantes randomizados para RO DBT relataram flexibilidade psicológica e enfrentamento emocional significativamente melhores do que os participantes TAU; essas diferenças aumentaram com o tempo. Do ponto de vista do NHS e dos serviços sociais pessoais, RO DBT não foi custo-efetivo; a taxa de custo-efetividade incremental foi de £ 220.000 por QALY, consideravelmente acima do limite de disposição a pagar de £ 30.000 definido pelo Instituto Nacional de Saúde e Excelência em Cuidados (NICE). Os participantes RO DBT relataram oito possíveis reações adversas graves em comparação com nenhum dos participantes TAU; no entanto, acreditamos que esse desequilíbrio foi resultado de grandes diferenças nas oportunidades de reporte.

Embora RO DBT tenha atingido o tamanho do efeito alvo ( $d$  de Cohen) com um  $d$  de 0,4 no ponto final primário de 12 meses, isso não foi significativo. RO DBT não foi custo-efetivo pelos critérios do NICE. No entanto, RO DBT melhorou a flexibilidade psicológica e o enfrentamento emocional, que são mecanismos potenciais de mudança.

## Referência bibliográficas

Lynch T. R., Hempel R. J., Whalley B., Byford S., Chamba R., Clarke P., Clarke S., Kingdom D., O'Mahen H., Remington B., Rushbrook S.C., Shearer J., Stanton M., Swales M., Watkins A. & Russell I. T. (2018). Radically open dialectical behaviour therapy for refractory depression: the RefraMED RCT. *NIHR Journals Library*, 5 (7).

# Terapia focada no Esquema para Transtorno de Personalidade Borderline

Isabela Martins Aversa

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Transtorno de personalidade Borderline ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Não consta.

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Modesto

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

O Transtorno de Personalidade Borderline (ou Transtorno de Personalidade Limítrofe) é um transtorno de personalidade caracterizado por um padrão difuso de instabilidade e hipersensibilidade nos relacionamentos pessoais, na autoimagem e afetos e em impulsividade acentuada (Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: *DSM-5*, 2014). Os indivíduos com o transtorno podem realizar esforços desesperados para evitar abandono, tem uma perturbação de identidade, com instabilidade acerca da autoimagem, um padrão de relacionamentos interpessoais instáveis e intensos, sentimentos crônicos de vazio, raiva intensa, apresentam mudanças súbitas de humor com instabilidade afetiva, impulsividade em alguma área da vida (como gastos em excesso ou comer descontroladamente) e podem ainda realizar comportamentos autodestrutivos como ameaças suicidas ou comportamento de automutilação. Uma das técnicas utilizadas para o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline é a Terapia do Esquema (TE), ou Terapia Focada no Esquema. A TE é uma abordagem integrativa fundada nos princípios da terapia cognitivo-comportamental e depois expandida para incluir técnicas e conceitos de outras psicoterapias. Os terapeutas do esquema ajudam os pacientes a mudar seus padrões de vida (ou esquemas) autodestrutivos e desadaptativos, utilizando técnicas cognitivas, comportamentais e focadas na emoção. O tratamento se concentra no relacionamento com o terapeuta, na vida diária fora da terapia e

nas experiências traumáticas da infância, que são comuns no transtorno de personalidade Borderline (American Psychological Association).

### **Premissa básica**

Todos têm necessidades emocionais básicas e precisam compreendê-las. Quando necessidades emocionais não são satisfeitas, associadas com tendências de personalidade e acontecimentos ambientais, ocorre a formação de esquemas desadaptativos (EDs).

### **Essência da terapia**

As técnicas de terapia dos esquemas se concentram em enfraquecer os esquemas desadaptativos, buscando suprir, dentro dos limites terapêuticos, as necessidades não atendidas que deram origem à eles, além de fortalecer estratégias de enfrentamento mais adaptativas e funcionais para lidar com a realidade. Os esquemas desadaptativos surgem na infância e representam emoções e comportamentos disfuncionais ou autodestrutivos que se manifestam na vida adulta.

### **Duração aproximada da terapia**

Não consta.

### **Descrição dos procedimentos**

A Terapia de Esquemas (TE) trabalha intervindo em esquemas desadaptativos dos pacientes. Esquemas são padrões de sentimentos e percepções do paciente em relação a si mesmo e ao mundo de maneira geral. No caso de alguém com diagnóstico de transtorno de personalidade, como o Transtorno Borderline, um esquema disfuncional surge sem que a pessoa saiba de onde ele veio, qual a origem de seus pensamentos e sentimentos negativos. Em tratamentos utilizando a TE, o psicólogo auxilia o paciente a identificar seus esquemas disfuncionais, suas origens e estratégias utilizadas para lidar com eles. Para obtenção dessas informações, podem ser utilizadas algumas ferramentas, como o “Questionário de esquemas de Young”. A partir disso, o objetivo da terapia passa a ser a ressignificação dos esquemas disfuncionais, enfraquecendo-os e reforçando modos de enfrentamento saudáveis e funcionais, bem como romper os mecanismos de manutenção dos esquemas disfuncionais e adquirir condições de suprir necessidades básicas.

### **Recursos relacionados ao tratamento**

#### **Manuais de tratamento**

**Listados no site da APA**

Não consta.

### **Disponíveis em língua portuguesa**

- Manual de técnicas em terapia do esquema (Schütz).

## **Recursos de treinamento**

### **Listados no site da APA**

Não consta.

### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

### **Listados no site da APA**

Não consta.

### **Disponíveis em língua portuguesa**

- Questionário de esquemas de Young (YSQ).
- Inventário de Evitação de Young-Rygh (YRAI).
- Inventário de Modos Esquemáticos de Young-Atkinson (YAMI).
- Baralho das Necessidades Emocionais Básicas.
- Baralho dos Esquemas e Modos.

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados no site da APA**

Não consta.

### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Aplicativos para smartphones**

### **Listados no site da APA**

Não consta.

### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

### **Listados no site da APA**

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Descrições em vídeo

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

- Palestra: Terapia do Esquema para TPB (Salvador, 2020) ([link](#));
- Esquema de abandono no Transtorno de Personalidade Borderline (Santiago, 2021) ([link](#));
- Como agem as pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline - Modos em Terapia do Esquema (Santiago, 2021) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados no site da APA

- Terapia do Esquema: Um guia do praticante (Young, Klosko & Weishaar, 2003) ([link](#));
- Psicoterapia ambulatorial para transtorno de personalidade limítrofe: ensaio randomizado de terapia focada no esquema versus psicoterapia focada na transferência (Giesen-Bloo *et al.*, 2006) ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

- Modos esquemáticos nos Transtornos de Personalidade Borderline - abordagens em Terapia do Esquema (Maffini, Finoqueto & Cassel, 2020) ([link](#));
- Terapia focada em Esquemas no Tratamento do Transtorno Borderline (Oliveira & Balz, 2017) ([link](#));
- A Terapia do Esquema (TE) no tratamento dos transtornos de personalidade do Cluster B (Soares & Soares, 2021) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

### Listados no site da APA

Não consta.

**Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Josephine Giesen-Bloo, Richard Van Dyck, Philip Spinhoven, Willem Van Tilburg, Carmen Dirksen, Thea Van Asselt, Ismay Kremers, Marjon Nadort & Arnoud Arntz.
- **Título:** Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy.
- **Data de publicação:** junho de 2006.
- **Periódico:** Archives of General Psychiatry
- **Número:** não consta.
- **Volume:** 63
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio clínico randomizado

### Racional

Diversas modalidades de abordagens psicológicas já foram estudadas e se mostraram eficazes para tratamento do Transtorno de personalidade Borderline (TPB). No entanto, essa eficácia mostrou-se apenas em alguns aspectos, como diminuição das tentativas de suicídio. Nenhum tratamento psicoterápico ou farmacológico mostrou eficácia para todos os aspectos do TPB. Assim, o ensaio clínico randomizado comparou a eficácia de duas abordagens para alcançar a recuperação total de pacientes diagnosticados com TPB. Sendo eles a Terapia focada em Esquemas e a Terapia Focada na Transferência. A primeira consiste em uma abordagem integrante das terapias cognitivas, enquanto a última possui uma base psicodinâmica. Ambas buscam não apenas a redução de comportamentos autolesivos, mas também realizar uma modificação nos aspectos patológicos da personalidade dos pacientes.

### Objetivo

O objetivo do estudo consistiu em comparar a eficácia do tratamento para Transtorno de personalidade Borderline por meio de duas abordagens terapêuticas: Terapia focada em

Esquemas e Terapia Focada na Transferência. A finalidade foi compreender em que medida o tratamento utilizando essas terapias é capaz de trazer uma melhoria na qualidade de vida dos pacientes, bem como reduzir disfunções psicopatológicas em geral, originadas pelo transtorno.

## Método

O estudo foi realizado em quatro comunidades de saúde mental e a randomização se deu a partir de dois grupos: um dos grupos recebeu tratamento com base na Terapia focada em Esquemas (totalizando 44 pacientes) e outro, na Terapia Focada na Transferência (totalizando 42 pacientes). Cada um dos participantes já havia recebido diagnóstico clínico de TPB, utilizando critérios do DSM-IV, e tiveram ainda uma avaliação geral antes do início dos tratamentos. Avaliações periódicas foram realizadas ao longo do estudo, de 3 em 3 meses, durante o período de 3 anos.

A avaliação inicial contou com uma triagem, uma entrevista semiestruturada e o uso de Índice de Gravidade do Transtorno de Personalidade Borderline (BPDSI-IV), sendo que neste Índice, os participantes deveriam pontuar no mínimo 20 para serem selecionados para a pesquisa. Os nove psicoterapeutas que atenderam os participantes, em ambas as abordagens selecionadas, eram filiados a uma das quatro comunidades de saúde mental e receberam supervisão durante os atendimentos.

Assim, após esses critérios estabelecidos, iniciaram-se as sessões com os participantes, tendo duração de 50 minutos e sendo realizadas duas vezes por semana. Os tratamentos foram utilizados a partir de diferentes estratégias e técnicas, dentro das abordagens supracitadas. Para a Terapia focada em Esquemas, o paciente entra em recuperação e remissão dos sintomas do transtorno quando os esquemas disfuncionais não possuem mais controle e governo sobre a vida do paciente. Já para a Terapia Focada na Transferência, essa melhora se dá quando boas e más representações de si mesmo e dos outros são integradas e quando é feita uma resolução de relações objetais internalizadas primitivas fixas. Não foi permitido o uso de nenhum outro tipo de tratamento ao longo da pesquisa.

## Principais resultados e conclusões

Como resultados da pesquisa, pode-se concluir de maneira geral que a Terapia focada em Esquemas mostrou-se significativamente mais eficaz, em comparação com a Terapia Focada na Transferência, para o tratamento do Transtorno de Personalidade Borderline, considerando o Índice de Gravidade do Transtorno de Personalidade Borderline. A Terapia dos Esquemas apresentou resultados mais eficazes em relação a melhorias na qualidade de vida dos pacientes, bem como na redução de disfunções psicopatológicas características do TPB. No entanto, ambas apresentaram melhorias estatisticamente e clinicamente significativas como formas de tratamento. Ademais, as taxas de abandono para pacientes tratados com Terapia Focada na Transferência foram maiores do que para os tratados utilizando a abordagem Terapia focada em Esquemas.

## Referência bibliográficas

American Psychiatric Association (APA). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

Cognitivo Blog (2019). Terapia do esquema: como e por que aplicar? Retirado de: <https://blog.cognitivo.com/terapia-do-esquema-como-e-por-que-aplicar/>

Cognitivo Blog (2021). Quais são as técnicas em terapia do esquema e como utilizá-las? Retirado de: <https://blog.cognitivo.com/tecnicas-em-terapia-do-esquema/>

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T. & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, 63(6), 649-658.

Instituto Paranaense de Terapia Cognitiva (2019). O que é a Terapia do Esquema. Retirado de <https://iptc.net.br/o-que-e-a-terapia-do-esquema/>

Schütz, N. T. (2022). Manual de técnicas em terapia do esquema. Sinopsys Editora.

# Terapia de restrição do sono para Insônia

João Pedro de Macedo Brito

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento:

### Diagnóstico:

Insônia ([link](#))

### Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:

Forte

### Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:

Forte

## Descrição resumida do tratamento

### Resumo

A restrição do sono é um tratamento comportamental para a insônia. Funciona para melhorar a eficiência do sono, limitando a proporção entre o tempo na cama e o tempo dormindo. A técnica de restrição do sono funciona em um nível menos extremo para aumentar a vontade do insone de dormir, levando a uma consolidação do seu sono, que se tornará mais eficiente e menos intermitente.

### Premissa básica

A terapia de restrição do sono consiste na redução do tempo despendido na cama de modo a que este se aproxime do tempo total de sono. Ou seja, se o insone relata que dorme uma média de 4 horas por noite e permanece na cama por sete horas, a recomendação inicial é reduzir o tempo despendido na cama para 4 horas.

### Essência da terapia

A restrição do sono é um tipo de Terapia Cognitivo-Comportamental, e foi desenvolvida na década de 80 pelo Dr. Arthur Spielman, neurologista e especialista em medicina do sono.

## **Duração aproximada da terapia**

O tempo de duração da terapia varia diante da adequação ao tratamento de cada indivíduo, ou seja, não há quantitativamente um tempo específico para o seu término e ele se adequa à medida em que o tempo que o indivíduo permanece dormindo se aproxima do tempo que o indivíduo permanece na cama.

## **Descrição dos procedimentos**

O primeiro passo do procedimento é acompanhar os padrões de sono do sujeito, mantendo assim um registro diário de horas dormidas, catalogando as horas efetivas de sono e as horas em que o cliente passa na cama sem conseguir dormir. Esse registro deve ser realizado por algumas semanas para que se tenha uma média de tempo dormido por noite.

Utilizando esse registro em média quantitativa, o indivíduo deve começar a usar a quantidade de tempo que dorme para determinar a quantidade de tempo que ele passará na cama. Por exemplo, se ele dorme em média cinco horas por noite, com base em seus registros de sono, só poderá ficar na cama por 5 horas.

O cálculo efetivo do sono deve ser realizado diariamente. Uma vez que o indivíduo consegue dormir pelo menos 85% do tempo que passa na cama, ele poderá elevar o tempo que se encontra deitado em 15 minutos. Esse padrão deve ser repetido até que o indivíduo atinja a meta de horas dormidas que almeja.

## **Recursos relacionados ao tratamento**

### **Manuais de tratamento**

Listados no site da APA

Não consta.

Em português

Não consta.

### **Recursos de treinamento**

Listados no site da APA

Não consta.

Em português

Não consta.

### **Medidas, Apostilas e Planilhas**

Listados no site da APA

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Livros de auto-ajuda**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Aplicativos para smartphones**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Descrições em vídeo**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

- Como Realizar a Restrição do Sono?[Diário do Sono - Tratamento Para Insônia]. ([link](#));
- Restrição do Sono: o componente #2 da Terapia Cognitivo-Comportamental para Insônia. ([link](#));
- Restrição de sono para a insônia???. ([link](#));
- O Que É Restrição do Sono? 3ro Componente da TCC-i. Coragem Contra Insônia[Tratamento Para Insônia] ([link](#));

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

Listados no site da APA

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

Listados no site da APA

Não consta.

**Em português**

- Berlim, M. T., Lobato, M. I., & Manfro, G. G. (2005). Diretrizes e algoritmo para o manejo da insônia. *Psicofármacos: Consulta Rápida, Porto Alegre*, 385-396. ([link](#));
- Passos, G. S., Tufik, S., Santana, M. G. D., Poyares, D., & Mello, M. T. D. (2007). Tratamento não farmacológico para a insônia crônica. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 29, 279-282. ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

Listados no site da APA

Não consta.

**Em português**

Não consta.

Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

## Identificação da pesquisa

- **Autores:** Antonio Fernando III; Bruce Arroll; Karen Falloon
- **Título:** A double-blind randomised controlled study of a brief intervention of bedtime restriction for adult patients with primary insomnia
- **Data de publicação:** 03/2013
- **Periódico:** J Prim Health Care

- **Número:** 5
- **Volume:** 1
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio Clínico controlado aplicado de forma aleatória

## Racional

A insônia primária é o tipo mais comum de insônia, e seu tratamento com a CBT-I é totalmente efetivo como comprovado em vários estudos, no entanto, a CBT-I é uma terapia que leva muito tempo e tem a necessidade de um psicoterapeuta acompanhando o caso constantemente. Dessa forma, supõe-se se apenas a SRT (Sleep restriction Therapy) já seria eficaz para o tratamento de insônia.

## Objetivo

Verificar se apenas o uso da SRT já seria o bastante ou ideal para se tratar a insônia primária do insone.

## Método

Para a pesquisa se dar início foi publicado em um jornal local sobre o estudo, onde como critérios de inclusão têm-se: ser maior de 16 anos, obter uma pontuação menor ou igual a 8 dentro da HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), e saber ler e falar a língua inglesa. Inicialmente era realizada uma entrevista via telefone com o responsável pela pesquisa para entender se o participante sofria de insônia, no entanto, como este processo tomava muito tempo, passou a ser enviado via email a ASQV1 (Auckland Sleep Questionnaire Version 1), um questionário de 7 páginas que avalia os sintomas de insônia no sujeito.

Os participantes que entraram nos critérios de inclusão realizavam uma entrevista cara a cara com os pesquisadores, onde durante essa entrevista foi entregue um folheto informativo sobre a pesquisa, onde abordava apenas um dos métodos de tratamento de insônia não medicamentosos (do grupo controle), informando que o outro método (SRT) apenas iria ser informado no final da pesquisa. Ao final da entrevista com o pesquisador, foi assinado o formulário de consentimento para o estudo.

Os participantes receberam um diário de sono para ser preenchido nas duas semanas anteriores à entrevista e foram solicitados a interromper qualquer medicação hipnótica por um mês antes do estudo, além de não fazer o uso de medicações durante as seis semanas do estudo. Usando o diário do sono, foi determinado quanto tempo cada participante relatou gastar na cama e quanto tempo eles sentiram que realmente estavam dormindo durante esse tempo. A alocação para um dos dois grupos foi selada em envelopes opacos numerados que foram abertos em ordem, geralmente na presença de dois investigadores (o que garantiu a ocultação da randomização), os pacientes foram randomizados para dois grupos paralelos e, além disso, instruções escritas sobre higiene do sono foram dadas a ambos os grupos.

Com base na rotina de seu sono e nas informações do diário, o grupo de intervenção recebeu instruções personalizadas na hora de dormir sobre a SRT e horário de vigília a ser respeitado nas seis semanas seguintes. Houve uma visita em duas semanas para verificar se

os pacientes entenderam as instruções dadas na primeira visita e, com seis semanas, um funcionário do Departamento da Universidade de Auckland de Medicina Psicológica telefonou para os pacientes e perguntou o quão bem eles estavam dormindo em no mês passado em comparação com antes do estudo: “muito pior”, “pior”, “igual”, “melhor” ou “muito melhor”. O funcionário foi instruído a não perguntar sobre a intervenção do paciente e assim permaneceram cegos à intervenção. Os resultados esperados da pesquisa eram os de que o grupo de intervenção teria um resultado melhor do que os que não realizaram o SRT e seguiram apenas instruções básicas sobre higiene do sono, esperando uma significância de  $p=0.05$  e  $\beta=0.2$ . A análise dos resultados foi conduzida usando o Qui-Quadrado. O estudo foi conduzido de acordo com a declaração CONSORT e a coleta de dados foi de março de 2006 a janeiro de 2008.

## Resultados e conclusões

Um total de 224 pessoas responderam ao questionário, onde foram vetados de realizar a pesquisa aqueles que não tinham sintomas de insônia primária (172 participantes), restando 52 participantes com insônia primária. Destes, 7 desistiram antes da randomização e 2 pessoas perderam o acompanhamento após a randomização, um do grupo intervenção (SRT) e um do grupo controle. No total, separaram-se 22 participantes no grupo de intervenção e 23 no grupo controle.

Como resultado da pesquisa, dos 22 participantes do grupo de intervenção, 16 afirmaram que o seu sono estava melhor ou muito melhor, e 6 afirmaram estar o mesmo, pior, ou muito pior. Já no grupo controle, 8 participantes afirmaram que o seu sono estava melhor ou muito melhor, e 15 afirmaram estar o mesmo, pior, ou muito pior.

A partir dos dados acima, utilizando a análise com método Qui-Quadrado, obtêm-se o valor de  $p=0.0107$ . Levando em consideração que duas pessoas abandonaram o estudo na etapa de follow up, o “p” significativo para análise passa a ser o de  $p=0.0085$ .

O estudo nos mostra que restrições de sono levam a melhores resultados no combate à insônia primária, quanto aos resultados específicos, o grupo controle mostra melhores de 35% dos participantes, relatando que passam agora a dormir melhor ou muito melhor, todavia o grupo de intervenção demonstra uma melhora em 73% dos participantes, relatando agora dormir melhor ou muito melhor. Isso sugere que, para um terço dos pacientes com insônia primária, a higiene básica do sono pode ser eficaz, enquanto outro terço se beneficiará ainda mais com a adição de restrição de hora de dormir.

## Referência bibliográficas

Fernando, A., 3rd, Arroll, B., & Falloon, K. (2013). A double-blind randomised controlled study of a brief intervention of bedtime restriction for adult patients with primary insomnia. *Journal of primary health care*, 5(1), 5–10.

# Terapia Focada na Emoção para Depressão

Letícia Lelis de Carvalho Paranhos

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

**Diagnóstico:**

Depressão. ([link](#))

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação.

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Modesto apoio à pesquisa.

## Descrição resumida do tratamento

### Resumo

A Terapia Focada na Emoção (EFT), também conhecida como terapia de processo experiencial, é uma terapia que focaliza o processo emocional da pessoa, com a intenção de entender como são suas reações emocionais a eventos sociais. A EFT é baseada exclusivamente nas emoções, integrando aspectos de terapias humanistas como a Gestalt, terapia existencial e terapia baseada na pessoa, e, de acordo com Leslie Greenberg e Robert Elliott em seu livro de 2014, a EFT procura "entender que as emoções são adaptativas e orientam a tendência para o crescimento, porém podem se tornar problemáticas por causa de traumas passados ou porque fomos ensinados a ignorá-los ou descartá-los".

### Premissa básica

A terapia focada na emoção (EFT) para a depressão baseia-se na abordagem experiencial de processo mais geral de Greenberg (2004), projetada para ajudar os pacientes a identificar, utilizar e processar emoções. Acredita-se que a depressão envolve o processamento inibido de emoções e experiências, e o terapeuta fornece um ambiente seguro e calmante para reduzir a ansiedade e a evitação associadas a emoções difíceis.

## Essência da terapia

A terapia focada na emoção inclui três fases específicas: Consciência da Emoção, Regulação da Emoção e Utilização ou Transformação da Emoção. Os pacientes aprendem a aumentar a consciência de suas emoções, aprofundar suas experiências emocionais, entender respostas emocionais não saudáveis para que possam ser reguladas ou usadas para gerar alternativas emocionais mais adaptativas e usar emoções saudáveis para orientar a ação.

## Duração aproximada da terapia

Esta terapia normalmente inclui de 16 a 20 sessões.

## Descrição dos procedimentos

Uma sessão de EFT funcionaria como qualquer outra sessão de psicoterapia, porém com um foco maior nas emoções e no presente. A EFT foca no presente, no que acontece na sessão, às vezes tem dever de casa, e a orientação para o terapeuta é para ele tentar constantemente criar segurança na sessão para que o cliente possa se tornar vulnerável a crescer, a dar sentido ao que está acontecendo aqui e agora (Johnson, 2020, [link](#)).

Fazendo perguntas simples, validando as pessoas, mostrar a elas os padrões em que estão presos e a reformulá-los, estabelecer constantemente novas interações que levam a vínculos poderosos, são todos passos a serem seguidos durante o processo terapêutico. Em cada sessão, é sugerido o seguinte processo:

- **Começar com o processo presente:** "*O que está acontecendo agora?*" Este processo visa juntar as emoções e o processo de interação entre paciente e terapeuta.
- **Aprofundar a emoção:** "*Como você está se sentindo agora?*" Aqui você se aprofunda mais nas emoções mais primitivas, suaves, e ver como elas estão sendo mostradas.
- **Criar uma nova mensagem:** Um passo focado no processo, desacelerado, focando no que está acontecendo atualmente na sessão. É importante destilar e aprofundar a emoção, para criar uma nova mensagem baseada na nova experiência vivida no consultório.
- **Elaborar novos passos:** Chegando ao fim da sessão, elaborar novos passos a serem seguidos no futuro, de acordo com o que foi discutido.
- **Dar um laço na sessão:** Finalizar construindo um senso de competência no cliente, para que ele consiga processar melhor suas emoções.

Dependendo de onde o cliente está emocionalmente, o nível de abordar suas emoções vão mudar. São três níveis:

**1) Desescalando o ciclo negativo:** ajude-os a ver o padrão em que estão presos, entenda o que está acontecendo, enquadre o padrão negativo como o problema a ser abordado.

**2) Reestruturando o vínculo:** aprofunde-se e crie uma experiência corretiva, como conversas que precisam de um forte abraço depois.

**3) Consolidação:** veja todas as mudanças que foram feitas durante o processo terapêutico, tendo um olhar para o futuro.

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

- Terapia Focada na Emoção (Greenberg)

### Recursos de treinamento

#### Indicados no site da APA

- Clínica de Terapia Focada nas Emoções da Universidade de York ([link](#));
- Sociedade Internacional para Terapia Focada nas Emoções (isEFT) ([link](#));

#### Outras fontes

- Curso de EFT ([link](#)).

## Medidas, Apostilas e Planilhas

#### Indicados no site da APA

Não consta.

#### Outras fontes

- (Em Inglês – Apostila) *Recognizing How We Think, Feel and Behave* ([link](#));
- (Em Inglês – Checklist) *Conflict Resolution Checklist* ([link](#));
- (Em Inglês – Exercício) *Emotion Regulation Worksheet* ([link](#));
- (Em Inglês – Exercício) *Emotional Footprint Exercise* ([link](#));
- (Em Inglês – Exercício) *Radical Acceptance* ([link](#));
- (Em Inglês – Exercício) *Emotional Mental Models* ([link](#)).

## Livros de auto-ajuda

#### Indicados no site da APA

Não consta.

#### Outras fontes

- "Sobre autoestima e amor próprio", de Marina Leme e Ricardo Wakida Caputo ([link](#));
- "Hold Me Tight", de Dr. Sue Johnson ([link](#));
- "Working with Emotions in Psychotherapy", de Leslie S. Greenberg e Sandra C. Paivio ([link](#));
- "Narrative Processes in Emotion-Focused Therapy for Trauma", de Sandra C. Paivio e Lynne Angus ([link](#));
- "Emotion-Focused Workbook: A Guide to Compassionate Self-Reflection", de Bridget Quebodeaux ([link](#)).

## Aplicativos para smartphones

### Indicados no site da APA

Não consta.

### Outras fontes

- Sintelly ([Android](#) | [iOS](#));
- Moodflow ([Android](#) | [iOS](#));
- Emotional Intelligence EQ IQ ([Android](#));
- Egao ([Android](#) | [iOS](#));

## Demonstrações em vídeo

### Indicados no site da APA

- Terapia Focada na Emoção para Depressão (Greenberg) ([link](#));
- Terapia focada na emoção ao longo do tempo (Greenberg) ([link](#));
- Psicoterapia Experimental de Processo: Uma Abordagem Focada na Emoção (Greenberg) ([link](#)).

## Descrições em vídeo

### Indicados no site da APA

Não incluso.

### Outras fontes

- "Dr. Les Greenberg explicando a Terapia Focada nas Emoções" ([link](#));
- "O que é a Terapia Focada nas Emoções?" ([link](#));
- "Terapia focada na emoção (EFT) - Pós-Graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental" ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

- "Aquela coisa do trabalho na cadeira foi ótima": um estudo piloto de terapia focada na emoção baseada em grupo para ansiedade e depressão (Robinson, McCague e Whissel, 2014) ([link](#));
- Manutenção de ganhos após terapias experienciais para depressão (Ellison, Greenberg, Goldman e Angus, 2009) ([link](#));
- Os efeitos de adicionar intervenções focadas na emoção ao relacionamento terapêutico no tratamento da depressão (Goldman, Greenberg, & Angus, 2006) ([link](#));
- Comparando a eficácia do processo experiencial com psicoterapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão (Watson, Gordon, Stermac, Kalogerakos, & Steckley, 2003) ([link](#));
- Terapia experiencial da depressão: efeitos diferenciais de condições de relacionamento centrado no cliente e intervenções experienciais de processo (Greenberg & Watson, 1998) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Indicados no site da APA

Não consta.

### Outras fontes

Não consta.

## Outros recursos de tratamento

- Estudos de caso no tratamento da depressão com foco na emoção: uma comparação de resultados bons e ruins (Watson, Goldman e Greenberg) ([link](#));
- Imersão e distanciamento durante a assimilação de experiências problemáticas em um caso de bom resultado de terapia focada na emoção (Barbosa et al., 2016) ([link](#));
- Retrocessos no processo de assimilação de experiências problemáticas em casos de terapia da depressão focada na emoção (Mendes et al., 2016) ([link](#));
- Avaliando a mudança autonarrativa do cliente na terapia da depressão focada na emoção: uma análise intensiva de caso único (Angus & Kagan, 2013) ([link](#));
- Investigação de caso único de um grupo de terapia focada na emoção para ansiedade e depressão (Robinson, McCague e Whissell, 2012) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Jeanne C. Watson, Laurel B. Gordon, Lana Stamac, Freda Kalogerakos, Patricia Steckley
- **Título:** Comparando a efetividade da psicoterapia processo-experimental com a cognitivo-comportamental no tratamento da depressão.
- **Data de publicação:** Agosto, 2003
- **Periódico:** National Library of Medicine: National Center for Biotechnology Information
- **Número:** 71
- **Volume:** 4
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio Clínico Randomizado

### Racional

A essência da pesquisa foi comparar dois modelos de terapia para depressão, sendo utilizado a Terapia Cognitivo Comportamental, *CBT* e a Terapia Processo Experimental, *PET*. Para experimentar com tratamentos de terapia diferentes, sessões psicoterápicas deverão ser realizadas, e o modo que os pesquisadores realizaram essa pesquisa não só limitou o seu público de pesquisa, como também encontraram uma forma de quantificar um experimento predominantemente qualitativo.

### Objetivo

O objetivo foi determinar a eficácia específica e diferencial de ambos os tratamentos, Terapia Cognitivo Comportamental (*CBT* ou *TCC*) e Terapia Processo Experimental (*PET* ou *EFT*), ao longo do tempo.

### Método

Participaram do estudo sessenta e seis (66) pacientes, todos diagnosticados com Transtorno Depressivo Maior, de acordo com o critério diagnóstico do DSM-IV. Não podiam participar da pesquisa aqueles que: (a) estavam atualmente usando medicação ou fazendo parte de outra forma de tratamento; (b) incapaz de entender e falar Inglês; (c) atualmente ou

previamente diagnosticado com algum dos seguintes transtornos do DSM-IV do Eixo I: abuso de substâncias, psicose, depressão maníaca, um transtorno alimentar, ou algum do DSM-IV Eixo II: borderline, anti-social ou esquizotípico; ou (d) em alto risco de suicídio.

Eram quinze (15) terapeutas realizando o estudo, sendo oito (8) da *CBT* e sete (7) da *PET*. O terapeuta mais novo tinha 26 anos de idade, enquanto o mais velho tinha 43 anos de idade.

Tinha um profissional de cada modalidade que providenciava treinamento e supervisão para os quinze terapeutas. Seu treinamento era de acordo com os manuais de *CBT* de Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) e de *PET* de Greenberg, Rice e Elliot (1993) ou o de Greenberg e Watson (1998). Cada terapeuta recebeu duas horas de treinamento por semanas e por quatro meses, sendo no total 32 horas de treinamento para cada profissional.

O protocolo para cada tratamento variava de acordo com a teoria. Para a *CBT*, o tratamento foi principalmente uma terapia cognitiva com alguns componentes comportamentais, como o registro de atividades diárias e experimentos comportamentais. Para a *PET*, os terapeutas integravam técnicas centradas no cliente e Gestalt, que incluía: o uso de duas cadeiras, o uso de uma cadeira vazia, o desdobramento evocativo sistemático, e o foco para resolver os problemas cognitivo-afetivos dos clientes na terapia. Quando achavam apropriado, os terapeutas implementaram intervenções específicas nas declarações que indicavam um enfrentamento de dificuldades específicas de processamento. Havia então uma expectativa geral de que os terapeutas implementassem um mínimo de uma (1) intervenção a cada duas (2) a três (3) sessões, entre as sessões três (3) e quinze (15).

A coleta de dados quantitativos foi realizada com o uso de instrumentos psicoterápicos, como:

- **SCID-IV:** É um instrumento utilizado para avaliar os transtornos do Eixo I e II do DSM-IV, sendo um instrumento altamente confiável para o diagnóstico dos distúrbios do Eixo I e II.
- **Beck Depression Inventory (BDI):** O BDI, ou o Inventário de Depressão de Beck, é um inventário de 21 itens para avaliar a depressão, onde as pontuações de valor dez (10) e acima são consideradas como sintomáticas de depressão.
- **Inventory of Interpersonal Problems (IIP):** O IIP, ou o Inventário de Problemas Interpessoais, é um instrumento de autorrelato composto por 127 itens, que mede o sofrimento decorrente de fontes interpessoais. As respostas são pontuadas e correspondem a oito (8) subescalas: Dominador/Controlador, Vingativo/Egocêntrico, Frio/Distante, Socialmente inibido, Não assertivo, Excessivamente acomodado, Auto-sacrifício, e Intrusivo/Necessito.
- **Rosenberg Self-Esteem Inventory (RSE):** O RSE, ou o Inventário de Auto-Estima de Rosenberg, é uma escala usada para avaliar os níveis de auto-estima dos clientes. Foi usada uma versão com dez (10) itens retirados da escala original.
- **Symptom Checklist-90 - Revised (SCL-90-R):** O SCL-90-R, ou a Lista de Verificação de Sintomas-90 - Revisada, é um questionário de autorrelato de 90 itens que mede o sofrimento psicológico geral.

- *Dysfunctional Attitudes Scale* (DAS): O DAS, ou a Escala de Atitudes Disfuncionais, é um inventário de 40 itens de atitudes disfuncionais para medir a vulnerabilidade à depressão.
- *Problem-Focused Style of Coping* (PF-SOC): O PF-SOC, ou Estilo de Enfrentamento Focado no Problema, é um questionário de autorrelato composto por 18 itens que identificam três (3) estilos de enfrentamento: reflexivo, supressivo e reativo. Os fatores supressivos e reativos foram relatados como preditores de depressão, ansiedade, frequência de problemas e ajuste psicológico.

## Principais resultados e conclusões

Consistente com estudos anteriores, os resultados deste estudo demonstraram a eficácia tanto da *PET* quando da *CBT* no tratamento do Transtorno Depressivo Maior. A ausência de diferenças entre os grupos de tratamento em termos de depressão, autoestima, atitudes disfuncionais e nível geral de angústia é consistente com a maioria dos estudos de resultados que procuraram contrastar dois ou mais tratamentos genuínos. O tamanho de efeito entre os dois grupos no final da terapia em termos de depressão e angústia geral dos sintomas, são muito pequenos. Embora um tamanho de amostra muito maior poderia ser capaz de detectar essas diferenças muito pequenas, é improvável que isso tenha algum significado prático ou clínico no tratamento da depressão. No entanto, isso não pode ser assim para mudanças na auto-estima e atitudes disfuncionais dos clientes. O tamanho dos efeitos para a diferença entre grupos no pós-tratamento para a auto-estima e atitudes disfuncionais caem entre tamanhos de efeito pequeno e médio, e podem se beneficiar de uma investigação mais aprofundada com amostras maiores.

Em contraste com as outras medidas, houveram diferenças entre os dois tratamentos em termos de relatos dos clientes sobre seus problemas interpessoais. Os clientes de *PET* relataram que eram significativamente menos dominadores e controladores, excessivamente acomodados, abnegados, intrusivos e carentes, e que eram mais auto afirmativos do que os clientes da *CBT*. Os clientes da *CBT* não relataram nenhuma mudança em seu nível de assertividade e comportamento excessivamente acomodado. A descoberta de que a *CBT* é menos eficaz no tratamento da sensação de dificuldades interpessoais dos clientes do que outras terapias corrobora os resultados do segundo estudo de Sheffield (1990), que descobriu que os clientes tratados com terapia exploratória relataram uma maior redução em seus problemas do que os clientes que recebem *CBT* prescritiva. A descoberta também é consistente com a observação de que a *CBT* negligenciou focar ou lidar adequadamente com questões interpessoais, enfatizando a cognição e a razão.

# Controle Comportamental de Peso

Letícia Lelis de Carvalho Paranhos

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Distúrbios Alimentares e Controle de Peso ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento Pendente de Reavaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte Apoio à Pesquisa

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

Existe uma grande variedade de técnicas, entre elas cognitivas, comportamentais, emocionais e interpessoais. Essas técnicas permitem ao paciente reaprender sobre suas crenças, valores, comportamentos, filosofias e criar métodos mais eficazes para lidar com esses padrões em seu dia a dia.

**Técnicas Cognitivas:** são técnicas destinadas a modificar um conjunto de crenças e pensamentos automáticos, evitar previsões negativas e restabelecer valores pessoais, rótulos negativos e críticas severas a respeito de si e do mundo.

**Técnicas Comportamentais:** são aplicadas para alterar comportamentos, desenvolvendo uma postura mais esperançosa, por meio de relaxamentos e exercícios role-play, para modelar novos comportamentos.

**Técnicas Emocionais:** técnicas para desenvolver a auto aceitação, desenvolver a inteligência emocional, autocompaixão e favorecer relacionamentos mais saudáveis, a partir da percepção do outro e de si mesmo.

**Técnicas Interpessoais:** buscam desenvolver a comunicação, a escuta ativa, a linguagem corporal e a auto expressão, facilitando as relações sociais.

## **Premissa básica**

Os comportamentos alimentares e de atividade são reforçados por pistas e consequências que podem ser internas (por exemplo, pensamentos e sentimentos) ou externas (por exemplo, ambiente, comportamentos). A modificação seletiva desses fatores internos e externos pode facilitar mudanças positivas na dieta e no exercício. Além disso, fornecer metas e métodos mensuráveis para monitorar o progresso em direção a essas metas pode promover mudanças de comportamento.

## **Essência da terapia**

A perda de peso requer o gasto de mais energia do que se ingere. Para a maioria, isso envolve alterar os hábitos alimentares e de exercícios. O tratamento é projetado para ajudar os indivíduos a diminuir a ingestão de energia e aumentar o gasto de energia, fornecendo metas claras de alimentação e exercícios e maneiras de monitorar esses comportamentos. O automonitoramento aumenta a conscientização sobre os comportamentos de saúde, tornando-os mais suscetíveis à mudança. O tratamento também inclui a modificação dos sinais e consequências que controlam os comportamentos alimentares e de atividade.

## **Duração aproximada da terapia**

25-44 sessões.

## **Descrição dos procedimentos**

A terapia Cognitivo-Comportamental é uma abordagem estruturada, estabelecida a partir da colaboração entre terapeuta e paciente. A técnica consiste em buscar uma reestruturação cognitiva sobre emoções e comportamentos, por meio de intervenções sobre as cognições baseadas em eventos significativos para o paciente. Existem muitas técnicas, e uma que poderá ser usada para a perda de peso é a técnica de listas.

Criar uma lista de vantagens e desvantagens para manter o comportamento "ruim" e criar outra lista de vantagens e desvantagens em mudar o mesmo comportamento. Depois, focar nas vantagens em manter o comportamento e, ao mesmo tempo, questionar essas vantagens e dar uma resposta a elas. Importante também organizar rotinas, lidar com obstáculos que aparecerem, pensamentos disfuncionais, começar a questionar esses obstáculos e pensamentos, tudo com a ajuda do terapeuta. Constantemente reforçar o que é positivo, o que traz uma sensação boa, e procure fazer mais do que te faz sentir bem, até ficar mais fácil.

Tentar controlar obstáculos que aparecem no ambiente, mais comumente conhecidos como desculpas. Retirar obstáculos quando necessário para facilitar um comportamento (ir à academia) e adicionar obstáculos quando precisar dificultar um comportamento (comer exageradamente).

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados no site da APA

- Informações do Conselheiro - Look AHEAD (Grupo de Pesquisa Look AHEAD) ([link](#));
- Manual do Conselheiro - Look AHEAD (Grupo de Pesquisa Look AHEAD) ([link](#));
- Manual do Conselheiro do Programa de Prevenção do Diabetes: Sessões - Básicas (Grupo de Pesquisa do Programa de Prevenção do Diabetes) ([link](#));
- Manual do Conselheiro do Programa de Prevenção do Diabetes: Após as Sessões - Básicas (Grupo de Pesquisa do Programa de Prevenção do Diabetes) ([link](#)).

#### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

### Recursos de treinamento

#### Listados no site da APA

- Look AHEAD Session Outlines (Grupo de Pesquisa Look AHEAD) ([link](#)).

#### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

### Medidas, Apostilas e Planilhas

#### Listados no site da APA

- Materiais do Paciente - Look AHEAD (Grupo de Pesquisa Look AHEAD) ([link](#));
- Look AHEAD: Planejando com antecedência para eventos de vida (Grupo de Pesquisa Look AHEAD) ([link](#));
- Manual do Paciente do Programa de Prevenção do Diabetes: Sessões - Básicas (Grupo de Pesquisa do Programa de Prevenção do Diabetes) ([link](#));
- Manual do Paciente do Programa de Prevenção do Diabetes: Após as Sessões - Básicas (Grupo de Pesquisa do Programa de Prevenção do Diabetes) ([link](#));
- Manual do Paciente do Programa de Prevenção do Diabetes: Opcional (Grupo de Pesquisa do Programa de Prevenção do Diabetes) ([link](#));
- Manual de Estilo de Vida para Jovens e Adolescentes (TODAY Lifestyle Program) ([link](#));
- Manual de Estilo de Vida para Apoio Familiar (TODAY Lifestyle Program) ([link](#));

- Formulários de registro de mudança de estilo de vida para jovens e adolescentes (TODAY Lifestyle Program) ([link](#));
- Cartazes de Estilo de Vida para Jovens e Adolescentes(TODAY Lifestyle Program) ([link](#)).

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

- Estratégias para maior controle do peso no longo prazo ([link](#)).

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados no site da APA**

- "*A pasta de trabalho cognitivo-comportamental para controle de peso: um programa passo a passo*" de Michele Laliberte PhD, Randi Em. McCabe PhD e Valerie Taylor MD PhD ([link](#));
- "*Tratamento cognitivo-comportamental para obesidade: um guia clínico*" de Zafra Cooper, Christopher G. Fairburn e Deborah M. Hawker ([link](#));
- "*Manual de Tratamento da Obesidade*" de Thomas A. Wadden e Albert J. Stunkard ([link](#));
- "*O Programa de Aprendizagem para Controle de Peso*" de Kelly D. Brownell, Ph.D. ([link](#)).

### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Aplicativos para smartphones**

### **Listados no site da APA**

Não consta.

### **Disponíveis em língua portuguesa**

- MyFitnessPal ([Android](#) | [iOS](#));
- Contador de Calorias FatSecret ([Android](#) | [iOS](#));
- Lifesum ([Android](#) | [iOS](#));
- Tecnonutri ([Android](#) | [iOS](#));
- YAZIO ([Android](#) | [iOS](#)).

## **Demonstrações em vídeo**

### **Listados no site da APA**

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Descrições em vídeo

### Listados no site da APA

Não incluso.

### Disponíveis em língua portuguesa

- "Terapia Cognitivo Comportamental para Dieta e Exercícios!" - Terapia Cognitiva Online ([link](#));
- "Emagrecer a Mente para Emagrecer o Corpo" - Rosângela Nascimento - Psicóloga Terapia Online ([link](#));
- "Tcc do Emagrecimento - Terapia Cognitivo Comportamental do Emagrecimento" - Dafne Secco · Você De Bem ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados no site da APA

- "Look AHEAD (Action for Health in Diabetes): Projeto e métodos para um ensaio clínico de perda de peso para a prevenção de doenças cardiovasculares em diabetes tipo 2" (Look AHEAD Research Group, 2003) ([link](#));
- "Acompanhamento de 10 anos da incidência de diabetes e perda de peso no Estudo de Resultados do Programa de Prevenção do Diabetes" (Grupo de Pesquisa do Programa de Prevenção do Diabetes, 2009) ([link](#));
- "Comparação de estratégias para manter a perda de peso: O estudo controlado randomizado de perda de peso" (Svetkey et al., 2008) ([link](#));
- "Provisão de alimentos versus planos de refeições estruturados no tratamento comportamental da obesidade" (Wing et al., 1996) ([link](#));
- "Testando um novo tratamento cognitivo-comportamental para obesidade: um estudo randomizado controlado com acompanhamento de três anos" (Cooper et al., 2010) ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

- "Análise dos comportamentos de adesão ao tratamento em adultos portadores de diabetes mellitus tipo 2" (Coelho e Amaral, 2012) ([link](#));
- "Sobrepeso e controle de peso: pensamento leigo e suas dimensões normativas" (Justo, Camargo e Bousfield, 2018) ([link](#));
- "Obesidade: um problema comportamental?" (Cunha, 1983) ([link](#));
- "O manejo da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da obesidade em adultos" (Batista, Matos e Tomaz, 2020) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados no site da APA

- "Resultados de perda de peso: Uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos de perda de peso com acompanhamento mínimo de 1 ano" (Franz et al., 2007) ([link](#));
- "Manutenção da perda de peso a longo prazo: uma meta-análise de estudos americanos" (Anderson et al., 2001) ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

- "Obesidade: Terapia Cognitivo-Comportamental" (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia, 2005) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

### Listados no site da APA

- *Action for Health in Diabetes: Look AHEAD Clinical Trial* (Grupo de Pesquisa Look AHEAD) ([link](#)).

### Disponíveis em língua portuguesa

- *Terapia cognitivo-comportamental é benéfica no tratamento da obesidade* (Constantino, 2021) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Zafra Cooper, Helen A. Doll, Deborah M. Hawker, Susan Byrne, Gilie Bonner, Elizabeth Eeley, Marianne E. O'Connor, Christopher G. Fairburn
- **Título:** Testando um novo tratamento cognitivo-comportamental para obesidade: um estudo controlado randomizado com acompanhamento de três anos
- **Data de publicação:** 4 de agosto de 2010
- **Periódico:** Behavior Research and Therapy
- **Número:** 8
- **Volume:** 48
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio Clínico Randomizado

## Racional

A essência da pesquisa foi comparar qual modelo de terapia teria melhores resultados com a perda de peso de pessoas obesas. Ambos os tratamentos selecionados resultaram em uma perda de peso, as participantes foram acompanhadas por três anos após a pesquisa, e a grande maioria recuperou o peso perdido.

## Objetivo

Examinar os efeitos imediatos e de longo prazo de um novo tratamento cognitivo-comportamental que foi explicitamente projetado para minimizar essa recuperação de peso pós-tratamento.

Um objetivo subsidiário do estudo foi explorar a relação entre compulsão alimentar, perda de peso e recuperação de peso.

## Método

Cento e cinquenta (150) mulheres com obesidade foram aleatoriamente designadas para Terapia Cognitivo-Comportamental (*Cognitive Behavioral Therapy* - **CBT**), Terapia Comportamental (*Behavioral Therapy* - **BT**) ou Auto-Ajuda Guiada (*Guided Self-Help* - **GSH**). Aqueles das condições CBT e BT receberam tratamento durante 44 semanas, enquanto GDH levou 24 semanas. Cada participante foi acompanhado por três anos a partir da semana 44 (ou seja, o fim das condições de CBT e BT). Nenhum tratamento adicional foi fornecido após o término do tratamento (semana 24 para aqueles em GSH; semana 44 para aqueles em BT e CBT). O tamanho da amostra foi determinado *a priori* para fornecer poder suficiente (80%) para detectar uma diferença de 30% em *p* bilateral  $< 0,05$  entre CBT e BT na quantidade de peso recuperado no acompanhamento.

O protocolo do estudo foi aprovado pelo Conselho de Revisão Institucional Local. Antes de ser inscrito no estudo, cada participante em potencial forneceu consentimento informado por escrito ao investigador clínico sênior (ZC ou CGF), que explicou previamente a natureza e o objetivo do estudo e forneceu uma folha de informações aprovada.

Os participantes em potencial eram elegíveis para participar se atendessem aos seguintes critérios: (1) sexo feminino, (2) idade entre 20 e 60 anos, (3) índice de massa corporal (peso em kg/altura em m<sup>2</sup>; IMC) entre 30,0 e 39,9, (4) disponíveis para tratamento por 44 semanas e (5) dispostos a participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: (1) perda de peso de 10% ou mais nos últimos seis meses, (2) doença médica ou psiquiátrica grave (incluindo diabetes tipo I ou tipo II), (3) tratamento psiquiátrico ou psicológico atual e (4) distúrbios ou tratamentos conhecidos por afetar a alimentação, o peso ou a taxa metabólica e distúrbios nos quais a restrição calórica ou de gordura é contraindicada. Aqueles que receberam tratamento para hipertensão ou hipercolesterolemia foram elegíveis para participar, desde que sua condição estivesse estável com medicação nos últimos três meses. Os participantes que relataram compulsão alimentar eram elegíveis para participar.

## Principais resultados e conclusões

Os três grupos de tratamento foram semelhantes em relação à idade, estado civil, histórico de peso e histórico familiar de obesidade. No entanto, eles diferiram em relação ao peso basal e IMC, com aqueles designados para TCC tendo um peso médio (DP) menor (92,3 kg (8,8 kg)) e, conseqüentemente, IMC no início do tratamento do que aqueles que foram alocados para BT (95,2 kg (11,2 kg)) ou GSH (95,9 kg (9,2 kg)). Como há evidências de uma associação positiva entre o peso pré-tratamento e a mudança de peso absoluto após o tratamento (Latner et al., 2009, Teixeira et al., 2005), as análises subsequentes foram ajustadas para o peso inicial.

Vinte e um participantes (14%) não completaram o tratamento (4 GSH (8%), 9 BT (18%), 8 CBT (16%);  $\chi^2 = 2,49$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,29$ ) e dois foram retirado por motivos médicos, um de cada CBT e BT. A adesão ao protocolo de avaliação foi alta. Novecentas e vinte e uma das 1.050 avaliações (87,7%) foram realizadas face a face com a obtenção de dados objetivos de peso. Não houve diferenças entre os grupos de tratamento em sua conformidade com o protocolo de avaliação (KW  $\chi^2 = 0,58$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,75$ )

Em 44 semanas, os participantes perderam em média 9,0% de seu peso inicial, com mais da metade (60,7%) perdendo 5% ou mais e mais de um terço (36,0%) 10% ou mais. A porcentagem de participantes que perderam 5% ou mais de seu peso inicial em 44 semanas foi maior entre aqueles que receberam BT e CBT do que entre aqueles que receberam GSH (76%, 71% e 35%, respectivamente;  $\chi^2 = 21,1$ ,  $df = 2$ ,  $p < 0,001$ ), assim como a porcentagem que perdeu 10% ou mais (54% em BT, 37% em CBT, 18% em GSH;  $\chi^2 = 14,5$ ,  $df = 2$ ,  $p = 0,001$ ).

Duas conclusões principais podem ser tiradas dos resultados. Nenhum dos dois é novo. A primeira é que entre as pessoas com obesidade é notavelmente difícil manter um novo peso mais baixo após a perda de peso. Isso pode ser feito ( Ikeda et al., 2005 , Wing e Phelan, 2005 ), mas não é comum. As razões para isso não são conhecidas. É possível que os processos especificados pela teoria da TCC realmente operem, mas nosso tratamento não foi suficientemente eficaz para modificá-los. Assim, não é possível determinar a partir deste estudo se a teoria está incorreta ou se a TCC não foi suficientemente potente. Alternativa ou adicionalmente, outros processos podem ser amplamente responsáveis pela recuperação do peso.

A segunda conclusão tem implicações de longo alcance. Ela decorre da constatação de que a mudança sustentada de comportamento em pessoas com obesidade é notavelmente difícil de alcançar, ao contrário da situação com pessoas com distúrbios alimentares (por exemplo, Fairburn et al., 2009 ). Esta é uma descoberta suficientemente robusta para tornar eticamente questionável afirmar que os tratamentos psicológicos para a obesidade “funcionam” na ausência de dados sobre seus resultados a longo prazo. Uma implicação adicional é que a pesquisa psicossocial sobre obesidade talvez deva se afastar do trabalho sobre tratamento e, em vez disso, se concentrar na prevenção.

## Referências

- Ikeda, J., Amy, N.K., Ernsberger, P., Gaesser, G.A., Glenn, A., Berg, F.M., Clark A. C., Parham E. S. & Peters P.(2005) The national weight control registry: a critique. *Journal of Nutrition and Behavior*, 37 (4), 203-205.
- Fairburn, C.G. & Wilson, G.T. (1993) *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. Guilford Press: New York
- Latner, J.D., Wilson, G.T., Jackson, M.L., Stunkard, A.J. (2009). Greater history of weight-related stigmatizing experiences is associated with greater weight loss in obesity treatment. *Journal of Health Psychology*, 14 (2), 190-199.
- Teixeira, P.J., Going, S.B., Sardinha, L.B., Lohman, T.G. (2005). A review of psychosocial pre-treatment predictors of weight control. *Obesity Reviews*, 6 (1),43-65.
- Wing, R.R., Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *American Journal of Clinical Nutrition*, 82 (1 Suppl.),222-225.

# Terapia Focada nas Emoções (Casais)

Lucas Marini Guedes

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Terapia de Casal Focada nas Emoções

### **Diagnóstico:**

Angústia no Relacionamento com Cônjuge ou Parceiro Íntimo ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Pendente

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte

## Descrição resumida do tratamento

A Terapia Focada nas Emoções baseia-se em pesquisas sobre vínculos afetivos e apresenta guias/mapas para melhorar o entendimento sobre as relações, levando às pessoas da relação uma compreensão sobre fatores importantes dentro de um relacionamento, sobre como as relações funcionam, sobre o que não funciona em uma relação e como levar a relação a um melhor funcionamento. O foco de investigação da TFE está em como as pessoas experienciam os relacionamentos, como os sujeitos da relação expressam suas emoções, a partir de um olhar sistêmico sobre todo aquele vínculo, o observando como um todo, permitindo enxergar padrões existentes dentro dessa relação para então mudá-los, encorajando comportamentos mais positivos. O objetivo central é criar um laço emocional mais seguro entre os indivíduos que se relacionam e há ainda como premissa o foco no presente e em como torná-lo mais agradável naquele contexto relacional, assim como a busca por um ambiente terapêutico seguro para ambos os lados da relação. As etapas da TFE são: a criação de uma comunicação entre as pessoas, seguido do aprofundamento nas questões emergentes durante a sessão, então o esclarecimento da mensagem que aquela questão/sentimento está passando, logo, a reflexão sobre o momento em que a mensagem foi passada e finalmente o terapeuta leva a atenção dos pacientes à forma como a conversa, sobre o que afeta a relação, ocorreu de forma assertiva, possibilitando a repetição desse comportamento positivo. O mesmo processo é repetido durante as sessões, permitindo a percepção dos sentimentos uns dos outros e a mudança de comportamento a partir de conversas profundas que trazem temas como o medo envolvido em relações amorosas. Com a TFE as relações passam a ser mais acolhedoras e assertivas, proporcionando abertura e entendimento no relacionamento.

## Premissa Básica

A Terapia Focada nas Emoções para Casais (TFE) é baseada no apego e conceitua os padrões de interação negativos e rígidos e absorvendo o afeto negativo que tipifica o sofrimento nos relacionamentos de casal em termos de desconexão emocional e apego inseguro. Presume-se que a mudança na TFE ocorra, não por insight, catarse ou habilidades aprimoradas per se, mas pela formulação e expressão de uma nova experiência emocional que transforma a natureza do drama interacional, particularmente no que se refere às necessidades e emoções de apego.

## Essência da terapia

A TFE baseia-se em princípios humanísticos e sistêmicos para ajudar a criar um vínculo de apego mais seguro em um relacionamento. Este modelo integra a perspectiva intrapsíquica proporcionada pelas abordagens experienciais com uma perspectiva sistêmica interpessoal para ajudar os parceiros angustiados a moldar a acessibilidade emocional, a capacidade de resposta e o envolvimento - os elementos-chave da segurança do apego. O processo de TFE envolve três etapas. O primeiro estágio, a redução do ciclo, ajuda o casal a entender como suas interações negativas conduzem a um ciclo de angústia auto-reforçador. No final deste estágio, o casal internalizou que o problema é seu ciclo de auto-reforço associado a rupturas de apego, levando a ressignificar o problema como seu ciclo negativo. A segunda fase, as interações de reestruturação, envolve a formação de novas experiências emocionais centrais e novas interações que levam a uma conexão mais segura. Os parceiros são incentivados a explorar e compartilhar suas vulnerabilidades e necessidades de apego com seu parceiro na sessão, em encenações estruturadas e focadas. Esses eventos criam novos ciclos construtivos de contato e carinho, promovendo apego seguro. O terceiro estágio da TFE, a consolidação, envolve ajudar os casais a usar seu vínculo de apego mais seguro e melhorar o funcionamento do relacionamento para resolver problemas em suas vidas cotidianas e criar uma história de resiliência e domínio em seu relacionamento. A terapia de casais TFE também usa o mesmo processo de 5 etapas que as terapias individuais e familiares de TFE para promover mudanças. Os parceiros são incentivados a explorar e compartilhar suas vulnerabilidades e necessidades de apego com seu parceiro na sessão, em encenações estruturadas e focadas. Esses eventos criam novos ciclos construtivos de contato e carinho, promovendo apego seguro. O terceiro estágio da TFE, a consolidação, envolve ajudar os casais a usar seu vínculo de apego mais seguro e melhorar o funcionamento do relacionamento para resolver problemas em suas vidas cotidianas e criar uma história de resiliência e domínio em seu relacionamento. A terapia de casais TFE também usa o mesmo processo de 5 etapas que as terapias individuais e familiares de TFE para promover mudanças. envolve ajudar os casais a usar seu vínculo de apego mais seguro e um

melhor funcionamento do relacionamento para resolver problemas em suas vidas cotidianas e criar uma história de resiliência e domínio em seu relacionamento. A terapia de casais TFE também usa o mesmo processo de 5 etapas que as terapias individuais e familiares de TFE para promover mudanças. envolve ajudar os casais a usar seu vínculo de apego mais seguro e um melhor funcionamento do relacionamento para resolver problemas em suas vidas cotidianas e criar uma história de resiliência e domínio em seu relacionamento. A terapia de casais TFE também usa o mesmo processo de 5 etapas que as terapias individuais e familiares de TFE para promover mudanças.

## **Duração**

A TFE é uma terapia breve de curto prazo que normalmente leva entre 8 a 20 sessões para mover um casal através dos três estágios. Como regra geral, o primeiro estágio, a desescalada, geralmente requer 75% do número total de sessões para que um casal diminua seu sofrimento emocional quando acionado e crie segurança emocional de forma confiável fora do consultório de terapia. Uma vez que isso ocorre, o segundo estágio, conexão/vinculação profunda, utiliza todas as sessões restantes, exceto algumas, reservadas para o estágio final - consolidando os ganhos. Uma variedade de variáveis de confusão pode aumentar o número de sessões necessárias.

## **Descrição dos procedimentos**

O tratamento é dividido em três etapas principais, sendo a primeira a Desconstrução do ciclo de interações negativas do casal, dividida em quatro passos: criação de uma aliança terapêutica e explicação sobre as questões centrais do conflito do casal usando uma perspectiva de apego; Identificação de padrões de interações para que o casal entenda o ciclo interacional que gera insegurança do apego e a angústia do relacionamento; Acesso as emoções não reconhecidas em relação ao relacionamento; Redefinição do problema de acordo com o ciclo, as emoções na relação e as necessidades de apego (Johnson et al, 1999).

A segunda etapa, composta por três passos, é a Mudança dos comportamentos interacionais, composta por: Promoção da identificação das necessidades integração dessas necessidades nas interações de relacionamento; Encorajamento da aceitação da nova construção relacional; Facilitação da expressão de necessidades e desejos e criação de engajamento emocional.

A terceira e última etapa do processo terapêutico é a Consolidação ou Integração, composta por dois passos: Facilitação do surgimento de novas soluções para problemas antigos do relacionamento; Consolidação de novas posições relacionais e novos ciclos de comportamento de apego. ([link](#)).

## **Recursos relacionados ao tratamento**

### **Manuais de tratamento**

**Listados pela APA**

- Attachment Theory in Practice: Emotionally Focused Therapy (EFT) with Individuals, Couples, and Families (Johnson, 2019)

### **Em português**

Não consta.

## **Recursos de treinamento**

### **Listados pela APA**

- Centro Internacional de Terapia Focada nas Emoções e procurando na seção Recursos do Terapeuta ([link](#))
- The Emotionally Focused Casebook: New Directions in Treating Couples (Furrow, Johnson, & Bradley, 2011)
- Emotionally Focused Therapy for Couples (Greenberg, L. S., & Johnson, S. M., 1988)
- Becoming an Emotionally Focused Couple Therapist: The Workbook (Johnson, S., et al., 2005)
- Attachment Processes in Couple and Family Therapy (Johnson & Whiffen (Eds.), 2003)
- The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy: Creating Connection (2nd ed.) (Johnson, 2004)
- Emotionally Focused Couple Therapy with Trauma Survivors: Strengthening Attachment Bonds (Johnson, 2002)
- The Heart of the Matter: Emotion in Marital Therapy (Johnson & Greenberg (Eds.), 1994)
- The Practice of Emotionally Focused Marital Therapy: Creating Connection (Johnson, 1996)

### **Em português**

- Treinamento nível 1 “externship”: Terapia Focada nas Emoções com Casais (EFT) ([link](#))
- TFE Brasil - Instituto Brasileiro de Terapia Focada nas Emoções e Psicoterapias Integrativas ([link](#))

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

### **Listados pela APA**

- Emotion-Focused Therapy–Therapist Fidelity Scale (EFT-TFS): Conceptual development and content validity (Denton, Johnson, & Burlison, 2009)
- Measuring fidelity in Emotionally Focused Couples Therapy (EFT): A pilot test of the EFT Therapist Fidelity Scale (Sandberg et al., 2015)

### **Em português**

Não consta.

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados pela APA**

- Hold Me Tight: Seven Conversations for a Lifetime of Love (Johnson, 2008)
- Created for Connection: The “Hold Me Tight” Guide for Christian Couples (Johnson & Sanderfer, 2016)
- An Emotionally Focused Workbook for Couples: The Two of Us (Kallos-Lilly & Fitzgerald, 2014)
- Emotionally Focused Couple Therapy for Dummies (Bradley & Furrow, 2013)
- Love Sense: The Revolutionary New Science of Romantic Relationships (Johnson, 2013)

### **Em português**

Não consta.

## **Aplicativos para smartphones**

### **Listados pela APA**

Não consta.

### **Em português**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

### **Listados pela APA**

Não consta.

### **Em português**

Não consta.

## **Descrições em vídeo**

### **Listados pela APA**

- O que é Terapia Focada nas Emoções (ou EFT) ([link](#))
- As Leis do Amor ([link](#))
- Acalmando o cérebro ameaçado ([link](#))
- Sentido do Amor, do Bebê ao Adulto (Sue Johnson e Ed Tronick) ([link](#))

### Em português

- Treinamento - Terapia de Casal Focada nas Emoções ([link](#))
- Amor e apego: A Terapia Focada nas Emoções com Casais | CEFI com Giulia Altera (Itália) ([link](#))
- O que é a Terapia Focada nas Emoções? ([link](#))

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados pela APA

- Previsão de eventos chave de mudança na terapia de casal focada emocionalmente (Dalglish et al., 2015) ([link](#))
- Nutrindo conexões após o trauma na infância: um estudo controlado randomizado de terapia de casal focada emocionalmente para mulheres sobreviventes de abuso infantil (Dalton et al., 2013) ([link](#))
- Aumentando o tratamento com medicação antidepressiva de mulheres deprimidas com terapia focada emocionalmente para casais: um estudo piloto randomizado (Denton, Wittenborn e Golden, 2012) ([link](#))
- Terapia Focada na Emoção para casais no tratamento da depressão: um estudo piloto (Dessaulles, Johnson e Denton, 2003) ([link](#))
- Comparação de abordagens integradas sistêmicas e emocionalmente focadas na terapia de casais (Goldman & Greenberg, 1992) ([link](#))
- Intervenção conjugal emocionalmente focada para casais com filhos com doenças crônicas (Gordon-Walker et al., 1996) ([link](#))
- Efeitos de um componente de treinamento de comunicação adicionado a uma terapia de casal focada emocionalmente (James, 1991) ([link](#))
- Terapia de casais focada emocionalmente: um estudo de resultados (Johnson & Greenberg, 1985) ([link](#))
- Efeitos diferenciais de intervenções experienciais e de resolução de problemas na resolução de conflitos conjugais (Johnson, & Greenberg, 1985) ([link](#))
- Preditores de sucesso na terapia conjugal emocionalmente focada (Johnson, SM, & Talitman, E., 1997) ([link](#))
- Acalmando o cérebro ameaçado: aproveitando o conforto do contato com terapia focada na emoção (Johnson et al., 2013) ([link](#))
- Terapia de casal com foco emocional para pais que criam uma criança com transtorno do espectro do autismo: um estudo piloto (Lee, Furrow e Bradley, 2017) ([link](#))
- Terapia focada emocionalmente para casais e sobreviventes de abuso sexual na infância (MacIntosh & Johnson, 2008) ([link](#))

- Baixo desejo sexual em mulheres: Os efeitos da terapia conjugal (McPhee, Johnson e Van der Veer, 1995) ([link](#))
- Resolvendo lesões de apego em casais usando EFT: Passos para o perdão e a reconciliação (Makinen, & Johnson, 2006) ([link](#))
- Uma intervenção de casais para pacientes com câncer avançado e seus cônjuges: resultados de um estudo piloto (McLean et al., 2008) ([link](#))
- Uma intervenção baseada em casal para pacientes e cuidadores que enfrentam câncer em estágio terminal: resultados de um estudo controlado randomizado (McLean et al., 2013) ([link](#))
- A eficácia da terapia de casais focada emocionalmente com veteranos com TEPT: um estudo piloto (Weissman et al., 2017) ([link](#))
- Ensaio controlado randomizado de terapia de casal focada emocionalmente em comparação com o tratamento usual para depressão: resultados e mecanismos de mudança (Wittenborn et al., 2018) ([link](#))

### **Em português**

Não consta.

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

### **Listados pela APA**

- Terapia de casais com foco emocional: uma revisão sistemática de sua eficácia nos últimos 19 anos (Beasley & Ager, 2019) ([link](#))
- Terapia de casais com foco emocional: status e desafios (Johnson et al., 1999) ([link](#))
- Uma revisão da pesquisa em Terapia Focada nas Emoções para casais (Wieve & Johnson, 2016) ([link](#))
- O que funciona para quem: Uma revisão meta-analítica da terapia conjugal e de casais em referência ao sofrimento conjugal (Wood et al., 2005) ([link](#))
- Pesquisa sobre o tratamento do sofrimento do casal (Lebow et al., 2012) ([link](#))

### **Em português**

- Terapia de casal e estratégias de resolução de conflito: Uma revisão sistemática (Costa et al., 2017)
- Emotionally Focused Therapy e mudança na conjugalidade: Um estudo de revisão sistemática. (Sotero S. C. D. S., 2019)

## **Outros recursos de tratamento**

### **Listados pela APA**

- Emotionally Focused Individual Therapy – DVD ([link](#))

- Emotionally Focused Family Therapy: Restoring Connection and Promoting Resilience (Furrow et al., 2019)

### Em português

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Andrea K. Wittenborn, Ting Liu, Ty A. Ridenour, E. Megan Lachmar, Erica A. Mitchell, Ryan B. Seedall.
- **Título:** Ensaio controlado randomizado de terapia de casal focada emocionalmente em comparação com o tratamento usual para depressão: resultados e mecanismos de mudança ([link](#)).
- **Data de publicação:** 2018.
- **Periódico:** Journal of Marital and Family Therapy.
- **Número:** 3
- **Volume:** 45
- **Tipo da pesquisa:** Ensaios Controlado Randomizado.

### Racional

Tendo em vista o poder incapacitante do Transtorno Depressivo Maior no mundo e a relação entre esse transtorno e o sofrimento com questões conjugais, levando também em consideração a eficácia da psicoterapia para depressão e a Terapia Focada na Emoção (TFE) para problemas relacionais, se faz necessário explorar as diferenças entre o modelo de terapia convencional e a TFE no tratamento da depressão maior relacionado a essas questões conjugais, buscando estabelecer sua eficácia.

### Objetivo

Foi objetivado o esclarecimento sobre as seguintes questões: a TFE é um método mais eficaz para tratamento de casais e de depressão quando comparado ao tratamento tradicional? A melhora na qualidade de relação do casal reduz sintomas depressivos?

## **Método**

Os participantes foram casais, em maioria comprometidos ou morando juntos por pelo menos um ano e heterossexuais e foram selecionados a partir de e-mails, publicações e convites aos quais responderam. A partir disso os participantes responderam a um questionário online para verificar se possuíam os critérios para participação na pesquisa e então foram encaminhados para um laboratório onde seria realizado uma pesquisa sobre suas linhas de base. Esses foram então randomicamente selecionados para realizarem tratamento com a TFE ou com tratamento convencional. Ambos contaram com 15 encontros de uma hora de duração com a realização de um questionário após cada sessão.

## **Principais resultados e conclusões**

Quando comparado ao tratamento tradicional, a TFE obteve melhores resultados quanto à satisfação dos pacientes com seus relacionamentos, o que foi consideravelmente maior em mulheres; Em homens, a TFE apresentou maior redução da depressão, porém em mulheres os resultados foram equivalentes; Os resultados indicam que a TFE pode produzir resultados mais eficazes do que outras psicoterapias com casais.

# Terapia de Aceitação e Compromisso para Depressão

Lucas Marini Guedes

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Terapia de Aceitação e Compromisso para Depressão

### **Diagnóstico:**

Depressão ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Pendente

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Moderado

## Descrição resumida do tratamento

A Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) considera que os sentimentos, pensamentos e emoções das pessoas devem ser validados por mais dolorosos que pareçam e que apenas fazem parte de um momento em que a pessoa está vivendo, tendo em vista que devemos aceitar o fato de que, assim como os momentos positivos da vida, passamos também por momentos negativos. As técnicas da ACT contam com exercícios de *mindfulness* podendo ser compostos por meditações, exercícios respiratórios e outras atividades que trazem a consciência para o aqui e agora. Nesse modelo de terapia, os valores servem como um guia para onde se deseja direcionar no processo, o que faz com que o paciente esteja mais comprometido com o processo.

### **Premissa Básica**

Os clientes aprendem a reconceituar pensamentos, sentimentos, memórias e sensações físicas evitadas ou temidas de maneira adaptativa.

### **Essência da terapia**

O uso de estratégias de aceitação e atenção plena ajuda os clientes a estarem totalmente presentes no momento e a aceitarem emoções negativas. As estratégias de comprometo-

timento e mudança de comportamento ajudam os clientes a mudar ou persistir em comportamentos mais alinhados com seus próprios valores. Usadas em conjunto, essas estratégias aumentam a flexibilidade psicológica do cliente.

## Duração

Aproximadamente 12 sessões.

## Descrição dos procedimentos

A ACT é realizada de acordo com 7 passos fundamentais sendo o primeiro voltado para o esclarecimento sobre os malefícios do controle excessivo e para a busca do foco do paciente no momento presente. O segundo passo é a defusão cognitiva onde busca-se a compreensão do paciente sobre o fato de não ser definido pelo que está sentindo. A terceira etapa se dirige a aceitação do paciente de seus sentimentos, como uma alternativa a tentativa de mudança dos sentimentos (esquiva experiencial), buscando a abertura do cliente para sua experiência emocional. O quarto passo é a identificação de valores, dos quais objetifica-se a aproximação simultaneamente ao processo terapêutico. Na quinta etapa busca-se a auto observação, de sentimentos, emoções, pensamentos etc. Então, na sexta sessão busca-se o comprometimento com a ação com foco nas mudanças que se deseja obter. A próxima e última etapa focaliza na construção de padrões maiores de ação comprometida a serviço dos valores, o que pode levar mais tempo e mais sessões.

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados pela APA

- Grupo ACT para Depressão e Ansiedade (Aconselhamento e Serviços Psicológicos da Universidade de Cornell) ([link](#));
- Tratamento em grupo da depressão (Zettle) ([link](#));
- Pole to Pole: Uma abordagem para exploração e comunicação em bipolar (Walton et al.) ([link](#));
- Depressão pós-parto (Klausen) ([link](#));
- A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy (Hayes & Strosahl)
- Acceptance and Commitment Therapy, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change (Hayes, Strosahl, & Wilson)
- ACT for Depression: A Clinician's Guide to Using Acceptance and Commitment Therapy in Treating Depression (Zettle)

- ACT Made Simple: An Easy-To-Read Primer on Acceptance and Commitment Therapy (Harris)
- Learning ACT: An Acceptance and Commitment Therapy Skills-Training Manual for Therapists (Luoma, Hayes, & Walser)

#### **Em português**

Não foi encontrado

## **Recursos de treinamento**

### **Listados pela APA**

- ACT para Transtornos de Depressão e Ansiedade (Harris) ([link](#)).

### **Em português**

- Formação em Terapia de Aceitação e Compromisso - ACT (IBAC) ([link](#));
- Formação em Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT): do básico ao avançado (Centro Paradigma) ([link](#)).

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

### **Listados pela APA**

- Escala de Autocompaixão ([link](#));
- Questionário de controle de pensamento ([link](#));
- Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ) ([link](#));
- Questionário de Experiências (QE) ([link](#));
- Escala de vergonha internalizada ([link](#));
- Inventário de Supressão do Urso Branco (WBSI) ([link](#));
- Questionário de Aceitação e Ação-II ([link](#)).

### **Em português**

Não consta.

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados pela APA**

- Get Out of Your Mind and Into Your Life: The New Acceptance and Commitment Therapy (Hayes & Smith);
- The Happiness Trap: How to Stop Struggling and Start Living: A Guide to ACT (Harris);
- The Little ACT Workbook (Sinclair & Beadman);

- The Mindfulness and Acceptance Workbook for Depression: Using Acceptance and Commitment Therapy to Move Through Depression and Create a Life Worth Living (Robinson & Strosahl).

#### **Em português**

- Terapia de Aceitação e Compromisso (Hayes, Strosahl & Wilson);
- Introdução à Terapia de Aceitação e Compromisso (Saban, Hayes & Pistorello);
- Aprendendo ACT (Luoma, Hayes & Walser).

## **Aplicativos para smartphones**

### **Listados pela APA**

- ACT Coach (U.S. Department of Veterans Affairs) ([link](#));
- ACT Companion The Happiness Trap App (Berrick Psychology) ([link](#)).

### **Em português**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

### **Listados pela APA**

Não consta.

### **Em português**

Não consta.

## **Descrições em vídeo**

### **Listados pela APA**

Não consta.

### **Em português**

- Terapia de Aceitação e Compromisso - Visão geral ([link](#));
- O que é a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) ([link](#));
- O que é Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT)? ([link](#));
- Uma introdução à ACT - Terapia de Aceitação e Compromisso ([link](#)).

## **Referências bibliográficas: Testes clínicos**

### **Listados pela APA**

- Eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso para Depressão, Bem-Estar Psicológico e Sentimento de Culpa em Crianças Diabéticas de 7-15 Anos. (Ataie et al., 2015) ([link](#));
- Uma intervenção baseada em Terapia de Aceitação e Compromisso de quatro sessões para sintomas depressivos ministrada por estudantes de psicologia em nível de mestrado: um estudo preliminar. (Kohtala et al., 2015) ([link](#));
- Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) versus Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para cuidadores familiares de demência com sintomas depressivos significativos: Resultados de um ensaio clínico randomizado. (Losada et al., 2015) ([link](#));
- Um estudo comparativo de eficácia da Terapia de Aceitação e Compromisso e terapia cognitiva de grupo para transtorno depressivo maior. (Tamannaifar et al., 2014) ([link](#));
- Eficácia da terapia de aceitação e compromisso na depressão. (Zhao et al., 2013) ([link](#));
- Terapia de aceitação e compromisso para depressão: um ensaio clínico randomizado preliminar para desempregados em licença médica de longo prazo. (Folke et al., 2012) ([link](#));
- Eficácia de uma intervenção precoce baseada na terapia de aceitação e compromisso para adultos com sintomatologia depressiva: avaliação em um ensaio clínico randomizado. (Bohlmeijer et al., 2011) ([link](#));
- Terapia de Aceitação e Compromisso para o Tratamento da Depressão Adolescente: Um Estudo Piloto em Ambulatório de Psiquiatria. (Hayes et al., 2011) ([link](#));
- Tratamento de pacientes internados com comorbidade de depressão e transtornos por uso de álcool: uma comparação da terapia de aceitação e compromisso. (Petersen & Zettle, 2009) ([link](#));
- Um estudo randomizado de eficácia controlada de Terapia de Aceitação e Compromisso e Terapia Cognitiva para ansiedade e depressão. (Forman et al., 2007) ([link](#));
- Terapias cognitivas e contextuais de grupo no tratamento da depressão. (Zettle & Rains, 1989) ([link](#));
- Terapia de aceitação e compromisso como intervenção baseada na web para sintomas depressivos: ensaio clínico randomizado. (Pots et al., 2016) ([link](#));
- Terapia de aceitação e compromisso baseada na Web para sintomas depressivos com suporte mínimo: um estudo controlado randomizado. (Lappalainen et al., 2015) ([link](#));
- ACT baseado na Internet versus presencial? Um estudo controlado randomizado de duas maneiras de fornecer Terapia de Aceitação e Compromisso para sintomas depressivos: Um acompanhamento de 18 meses. (Lappalainen et al., 2014) ([link](#));

- Ativação comportamental baseada na Internet e tratamento baseado em aceitação para depressão: um estudo controlado randomizado. (Carlbring et al., 2013) ([link](#)).

#### **Em português**

- Terapia de aceitação e compromisso no tratamento da fobia de espaços fechados: ensaio clínico randomizado (Vogel, K., 2014) ([link](#));
- Protocolo baseado na terapia de aceitação e compromisso para depressão geriátrica. (Medeiros & Júnior, 2021) ([link](#));
- ACT em Grupo para Manejo de Ansiedade entre Universitários: Ensaio Clínico Randomizado (Almeida et al, 2022) ([link](#));
- Intervenção psicossocial intensiva baseada na terapia de aceitação e compromisso para pessoas com sobrepeso e obesidade. (Finger, 2017) ([link](#)).

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

### **Listados pela APA**

- Terapia de aceitação e compromisso – Sabemos o suficiente? Meta-análises cumulativas e sequenciais de ensaios clínicos randomizados. (Hacker et al., 2016) ([link](#));
- Uma meta-análise da eficácia da terapia de aceitação e compromisso para problemas de saúde mental e física clinicamente relevantes (A-Tjak et al., 2015) ([link](#));
- Terapias cognitivas e comportamentais de “terceira onda” versus tratamento usual para depressão (Churchill et al., 2013) ([link](#));
- DBT, FAP e ACT: Quão orientadas empiricamente são as novas tecnologias de terapia comportamental? (Hayes, et al. 2004) ([link](#));
- Controle disfuncional pelo comportamento verbal do cliente: O contexto de dar razão. (Zettle & Hayes, 1986) ([link](#)).

### **Em português**

- Terapia de aceitação e compromisso em idosos: revisão sistemática (Medeiros & Hartmann, 2019) ([link](#)).

## **Outros recursos de tratamento**

### **Listados pela APA**

- Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) Facilitada (Fogel) ([link](#)).

### **Em português**

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Losada, A., Márquez-González, M., Romero-Moreno, R., Mausbach, B. T., López, J., Fernández-Fernández, V., & Nogales-González, C.
- **Título:** Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) versus Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) para cuidadores familiares de demência com sintomas depressivos significativos: Resultados de um ensaio clínico randomizado. ([link](#)).
- **Data de publicação:** 2015
- **Periódico:** Journal of Consulting and Clinical Psychology
- **Número:** 4
- **Volume:** 83
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio clínico randomizado

### Racional

Considerando a efetividade da Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) e da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT) e tendo em vista que não existem estudos que comprovam a eficácia da ACT para cuidadores de pessoas com demência, tornou-se necessário realizar a pesquisa.

### Objetivo

O objetivo do artigo é analisar a diferença na eficácia de duas psicoterapias na redução de sintomas de depressão e ansiedade para alterar variáveis específicas de coping em cuidadores familiares de demência.

### Método

Foram selecionados aleatoriamente 135 participantes, cuidadores com sintomatologia depressiva, que foram separados em um grupo controle e dois grupos em que seria feita intervenção. Foram realizadas medições antes e após a intervenção para avaliar sintomatologia depressiva, ansiedade, lazer, pensamentos disfuncionais e esquiva experiencial.

## **Principais resultados e conclusões**

Os resultados apontaram para eficácia da intervenção psicológica comparada ao grupo controle e maior eficácia da TCC para depressão. Para ansiedade, o grupo que passou por intervenção com ACT obteve melhores resultados e maior taxa de recuperação. Houve mudanças significativas no lazer e em pensamentos disfuncionais para ambas as psicoterapias, mas apenas no grupo que passou pela ACT foram observadas mudanças na esqui-va experiencial. Foi concluído que houveram resultados semelhantes para ambas as aborda-gens e a ACT foi considerada um modelo eficaz para os participantes selecionados.

# Remediação Cognitiva Para Esquizofrenia

Marcelo Ferreira Custódio

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Déficits Cognitivos associados a esquizofrenia ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Está em análise.

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio à pesquisa.

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

As funções cognitivas e executivas, como aprendizagem e memória, velocidade de processamento e atenção sustentada, são frequentemente prejudicadas nos casos de esquizofrenia. A Remediação Cognitiva (RC) ou Intervenções de Reabilitação Cognitiva são projetadas para melhorar a capacidade do paciente no desempenho de atividades diárias. A estratégia consiste em treinar a cognição e a memória por meio da prática repetida de tarefas cognitivas e/ou treinamento de estratégia. A maioria das intervenções de RC leva em consideração os *déficits* motivacionais e emocionais que também estão frequentemente presentes na esquizofrenia. A pesquisa mostrou que essa intervenção produz resultados em medidas neuropsicológicas de cognição, variando de pequenos a médios efeitos. No entanto, ainda não está certo se essas melhorias são sustentadas ou se se traduzem em melhor funcionamento cognitivo do paciente. Há evidências de que os resultados podem ser melhores se a RC for associada a outros métodos de reabilitação psiquiátrica como emprego apoiado, treinamento de habilidades sociais, etc.

### **Premissa básica**

A Remediação Cognitiva (RC) é uma prática baseada em evidências para pessoas com esquizofrenia e transtornos psicóticos, que pode ser definida estritamente como um conjunto de exercícios cognitivos ou intervenções compensatórias destinadas a melhorar o

funcionamento neuropsicológico. Em sua essência, consiste em técnicas de treinamento para melhorar a memória e, dessa forma, melhorar o desempenho do paciente em habilidades psicossociais como interação social, gerenciamento de doenças, ir à escola, trabalho, interações sociais e vida independente. É um conjunto de exercícios cognitivos ou intervenções compensatórias destinadas a melhorar o funcionamento cognitivo. Do ponto de vista do campo da reabilitação psiquiátrica, a RC é uma terapia que envolve o paciente em atividades de aprendizado que aprimoram as habilidades neurocognitivas relevantes para atingir metas funcionais.

## **Duração aproximada da terapia**

O tratamento normalmente dura de 3 a 6 meses, mas pode variar de várias semanas a 2 anos, dependendo do cenário de tratamento, objetivos e/ou gravidade dos déficits. A frequência das sessões pode variar de uma a 10, com duração de uma hora por semana.

## **Descrição dos procedimentos**

Esse estudo consiste em uma revisão sistemática de seis estudos meta-analíticos que, embora difiram em foco, com exceção de um (Pilling et al. 2002), todos encontraram efeitos de moderados a grandes (Krabbendam e Aleman 2003; Kurtz et al. 2001; McGurk et al. , 2007b; Suslow et al. 2001; Twamley et al. 2003), de acordo com o objetivo de cada tratamento.

## **Recursos relacionados ao tratamento**

Cada abordagem da RC vai exigir material próprio. A maioria dos programas de RC usa exclusivamente um pacote de *software* de treinamento cognitivo. Em outras abordagens, portanto, podem ser usados objetos auxiliares como calendários instrucionais, lápis, papel e objetos que ajudam a promover a ambientalização necessária para lembrar tarefas corriqueiras, como por exemplo, recipientes de medicamentos e outros.

## **Manuais de tratamento**

### **Listados pela APA**

Não consta.

### **Em português**

- Treinamento de atenção e memória na Esquizofrenia: um manual prático ([Link](#)).

## **Recursos de treinamento**

### **Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Livros de auto-ajuda**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

- Treinamento de atenção e memória na Esquizofrenia: um manual prático (Pontes e Elkis, 2009) ([Link](#)).

## **Aplicativos para smartphones**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

- RehaCom, um software de reabilitação cognitiva com base em investigações no campo da neuropsicologia e adaptado a vários idiomas ([Link](#)).

## **Demonstrações em vídeo**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

- Neuropsicologia: instrumento de reabilitação cognitiva para os processos atencionais e perceptivos ([Link](#)).

## **Descrições em vídeo**

**Listados pela APA**

Não consta.

**Em português**

- Remediação Cognitiva: você realmente sabe o que é? ([Link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados pela APA

- Um Programa de Treinamento para a Remediação de Déficits Cognitivos na Esquizofrenia.
- Terapia psicológica integrada para pacientes com esquizofrenia ([Link](#));
- Manual do Clínico, Alliance for the Study of Cognitive Disorders
- Como ajudar pacientes psiquiátricos com déficits cognitivos: um guia para familiares e amigos ([Link](#));
- O desenvolvimento de um programa de remediação cognitiva assistido por computador para pacientes com esquizofrenia ([Link](#));
- Terapia de Remediação Cognitiva para Esquizofrenia: Teoria e Prática ([Link](#)).

### Em português

Não consta.

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

Não consta.

## Outros recursos de tratamento

### Listados pela APA

- Desempenho neurocognitivo normal após prática prolongada em pacientes com esquizofrenia (Wexler, Hawkins, Rounsavill, Anderson, Sernyak e Green, 1997) ([Link](#));
- Os efeitos de uma abordagem remediadora da terapia cognitiva para esquizofrenia, em Resultado e inovação no tratamento psicológico da esquizofrenia (Spaulding, Reed, Strozbach, Sullivan, Weiler e Richardson, 1998) ([Link](#));
- Computer assisted learning in psychiatric rehabilitation (Medalia e Revheim, 1999) ([Link](#));
- Os efeitos da remediação neurocognitiva no processamento executivo em pacientes com esquizofrenia (Wyke, Reeder, Corner, Williams e Everitt, 1999) ([Link](#));
- Terapia de aprimoramento neurocognitivo com terapia de trabalho: efeitos no desempenho de testes neuropsicológicos. (Bell, Bryson, Greig, Corcoran e Wexler, 2001) ([Link](#));

- A remediação das habilidades de resolução de problemas na esquizofrenia (Medalia, Revheim Casey, 2001) ([Link](#));
- Remediação de habilidades de resolução de problemas na esquizofrenia: evidência de um efeito persistente (Medalia, Revheim Casey, 2002) ([Link](#));
- Uma revisão do treinamento cognitivo na esquizofrenia (Twamley Elizabeth, Dilip e Bellack, 2003) ([Link](#));
- O que prevê uma boa resposta às intervenções de remediação cognitiva? (Medalia e Richardson, 2005) ([Link](#));
- Terapia de remediação cognitiva na esquizofrenia: ensaio controlado randomizado (Wykes, Reeder, Landau, Everitt, Knap, Patel e Romeo, 2007) ([Link](#)).

### Em português

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Bruce E. Wexler, Keit A. Hawkins, Bruce Rounsaville, Margot Anderson, Michael J. Sernyaka e Michael F. Green.
- **Título:** Desempenho neurocognitivo normal após prática prolongada em pacientes com esquizofrenia.
- **Data de publicação:** 1997
- **Periódico:** Schizophrenia Research
- **Número:** 173-180
- **Volume:** 26
- **Tipo da pesquisa:** Teste randomizado

### Racional

O objetivo geral do estudo, diferentemente de estudos anteriores, não foi determinar se os pacientes poderiam melhorar o desempenho em uma tarefa por meio de treinamento, mas saber se eles poderiam atingir níveis de desempenho dentro da faixa normal por meio do domínio contínuo de tarefas progressivamente mais difíceis.

## **Objetivo**

Comparar os efeitos e a duração de intervenções de remediação cognitiva entre pacientes com esquizofrenia e participantes saudáveis.

## **Método**

22 pacientes praticaram tarefas perceptivas, de memória e motoras sustentadas 5 vezes/semana durante 10 semanas. As tarefas eram inicialmente fáceis o suficiente para os pacientes fazerem bem, mas foram se tornando gradualmente mais difíceis ao longo das 10 semanas. Os pacientes receberam remuneração base e suplementos monetários baseados em desempenho. Nenhum treinamento ou instrução contínua foi fornecido, e os ganhos de desempenho foram assumidos como dependentes do aprendizado implícito. Os resultados obtidos foram comparados com o grupo controle (5 participantes saudáveis). É possível dar mais informações dos instrumentos de avaliação e da intervenção?

## **Principais resultados e conclusões**

Depois desse período, 16 dos 22 pacientes tiveram desempenho tão bom ou melhor do que o melhor o grupo controle em tarefas perceptivas e de memória, e 11 pacientes tiveram desempenho dentro da faixa do grupo controle em tarefa motora. Metade dos pacientes fez novamente o teste 6 meses após o treinamento e manteve o desempenho supranormal, enquanto os outros apresentaram declínios acentuados no desempenho. Pacientes com esquizofrenia parecem ter maior potencial de melhora neurocognitiva, e potencialmente para o emprego, do que geralmente se pensa.

# Tratamento de Adaptação Cognitiva para Esquizofrenia (TAC)

Marcelo Ferreira Custódio

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

**Diagnóstico:**

Esquizofrenia ([link](#))

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Não consta

**Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Modesto suporte de pesquisa (provavelmente eficaz)

## Descrição resumida do tratamento

### Resumo

O Treinamento de Adaptação Cognitiva (TAC) é projetado para melhorar o funcionamento diário, ensinando o indivíduo com esquizofrenia a usar estratégias que compensem (ou contornem) os déficits cognitivos associados à esquizofrenia. Os planos de tratamento são baseados em uma avaliação de nível de apatia versus desinibição do indivíduo; e nível de comprometimento na resolução de problemas. O terapeuta vai até a casa ou ambiente de trabalho do paciente e elabora estratégias compensatórias para enfrentar esses desafios. Por exemplo, se uma pessoa tem dificuldade em começar atividades de autocuidado, são criados sinais e listas de verificação para ajudá-la a lembrar e sequenciar as atividades diárias. Esses sinais e listas são colocados à vista na área de convívio para guiar o paciente nas suas atividades rotineiras. A intervenção normalmente ocorre ao longo de vários meses e inclui várias visitas à casa e/ou local de trabalho do cliente.

### Premissa básica

Consiste em deixar à vista do paciente uma série de sinais e mensagens que vão ajudá-lo a se orientar para realizar tarefas rotineiras.

## **Essência da terapia**

Treinar o paciente para assimilar uma série de tarefas corriqueiras, compensando uma deficiência cognitiva.

## **Duração aproximada da terapia**

Vários meses, mas não tem um prazo específico.

## **Descrição dos procedimentos**

O terapeuta vai até a casa ou ambiente de trabalho do paciente e elabora lembretes e sinais que vão funcionar como apoio para guiar o paciente que tem dificuldade em realizar tarefas diárias.

## **Recursos relacionados ao tratamento**

### **Manuais de tratamento**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

### **Recursos de treinamento**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

### **Medidas, Apostilas e Planilhas**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

### **Livros de auto-ajuda**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Aplicativos para smartphones**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Descrições em vídeo**

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## **Referências bibliográficas: Testes clínicos**

**Listados no site da APA**

- Ensaio randomizado controlado do uso de estratégias compensatórias para melhorar o funcionamento adaptativa em pacientes externos com esquizofrenia (Rando Velligan , Bow-Thomas, Huntzinger, Ledbetter, Prihoda e Miller, 2000). ([Link](#))

- Um estudo piloto randomizado único-cego de estratégias compensatórias em pacientes externos de esquizofrenia (Velligan, Prihoda, Ritch, Maples, Bow-Thomas e Dassori, 2002). ([Link](#));

**Em português**

Não consta.

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

**Listados no site da APA**

- Treinamento de adaptação cognitiva: o uso de estratégias compensatórias na reabilitação psicossocial de pacientes com esquizofrenia (Velligan, 2000). ([Link](#)).

**Em português**

Não consta.

## Outros recursos de tratamento

**Listados no site da APA**

Não consta.

**Em português**

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Dawn I. Velligan, Ph.D., C. Christine Bow-Thomas, Ph.D., Cindy Huntzinger, B.A., Janice Ritch, M.A., Natalie Ledbetter, M.A., Thomas J. Prihoda, Ph.D., and Alexander L. Miller, M.D.
- **Título:** Randomized Controlled Trial of the Use of Compensatory Strategies to Enhance Adaptive Functioning in Outpatients With Schizophrenia
- **Data de publicação:** 2000
- **Periódico:** The American Journal of Psychiatry
- **Número:** 157
- **Volume:** 8
- **Tipo da pesquisa:** estudo randomizado

### Racional

Esse estudo buscou avaliar as evidências de que o Treinamento de Adaptação Cognitiva (TAC) ajuda as pessoas com esquizofrenia a realizar melhor suas tarefas cotidianas. Os resultados foram satisfatórios, já que 16 dos 22 participantes, após dez semanas submetidos ao TAC, obtiveram resultados em tarefas de memória e percepção melhores que os do grupo controle. Em tarefa motora, 11 obtiveram resultados semelhantes aos do grupo controle.

## Objetivo

O Treinamento de Adaptação Cognitiva (TAC) é uma abordagem de tratamento psicossocial projetada para melhorar o funcionamento adaptativo usando estratégias compensatórias em casa ou no ambiente de trabalho para contornar os déficits cognitivos associados à esquizofrenia. Os autores testaram o efeito do treinamento de adaptação cognitiva no nível de funcionamento adaptativo em pacientes ambulatoriais com esquizofrenia.

## Método

Quarenta e cinco pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo do DSM-IV foram aleatoriamente designados por 9 meses para uma das três condições de tratamento: 1) acompanhamento de medicação padrão, 2) acompanhamento de medicação padrão mais treinamento de adaptação cognitiva e 3) medicação padrão acompanhamento mais uma condição projetada para controlar o tempo do terapeuta e fornecer mudanças ambientais não relacionadas a déficits cognitivos. Avaliações abrangentes foram realizadas a cada 3 meses por avaliadores que desconheciam a condição de tratamento.

## Principais resultados e conclusões

Diferenças significativas foram encontradas entre os três grupos de tratamento nos níveis de sintomas psicóticos, motivação e funcionamento global no final do período de estudo de 9 meses. Os pacientes no grupo de treinamento de adaptação cognitiva em geral tiveram níveis mais altos de melhora, em comparação com aqueles nas demais condições de tratamento. Além disso, os três grupos tiveram taxas de recaída significativamente diferentes durante o estudo de 9 meses: 13% para o grupo de treinamento de adaptação cognitiva, 69% para o grupo em que o tempo do terapeuta e as mudanças ambientais foram controlados e 33% para o grupo que recebeu apenas acompanhamento padrão. O estudo concluiu que estratégias compensatórias podem melhorar os resultados para pacientes com esquizofrenia.

## Referência bibliográfica

Ensaio controlado randomizado do uso de estratégias compensatórias para melhorar o funcionamento adaptativo em pacientes com esquizofrenia (Velligan, Bow-Thomas, Huntzinger, Ritch, Ledbetter, Prihoda e Miller, 2000).

# Terapia Cognitivo Comportamental Para Transtorno de Pânico

Maria Eduarda Borges Duarte

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Transtorno de Pânico ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio à pesquisa

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

O transtorno de pânico é uma condição crônica que se caracteriza pela presença de ataques de ansiedade repentinos, seguidos de sintomas afetivos e físicos. Existe um medo de que novos ataques aconteçam, o que faz com que a pessoa passe a evitar situações em que o pânico possa acontecer. Embora o tratamento medicamentoso seja eficaz, não funciona para todos. A terapia cognitivo-comportamental vem como alternativa, fornecendo uma terapia breve - ao redor de 12 sessões -, mas com respostas a curto e longo prazo para os sintomas principais, podendo diminuir os sintomas de ansiedade antecipatória, evitação fóbica e agorafobia.

### **Premissa básica**

Pensamentos, sentimentos e comportamentos estão inter-relacionados, portanto, alterar um pode ajudar a aliviar os problemas do outro.

## Essência da terapia

A terapia cognitiva visa ajudar a pessoa a identificar, desafiar e modificar ideias disfuncionais relacionadas a sintomas de pânico (por exemplo, consequências catastróficas de sensações corporais). A prevenção de pânico e sinais de pânico é direcionada por meio de exercícios de exposição, incluindo exposições *in vivo* (por exemplo, ir a lugares lotados ou dirigir no trânsito) e interoceptivas (por exemplo, sensações corporais).

## Duração aproximada da terapia

Aproximadamente de 12 a 16 sessões

## Descrição dos procedimentos

A TCC é um tratamento breve, entre 10 a 20 sessões estruturadas, com objetivos claros a serem atingidos, buscando corrigir interpretações catastróficas e medos relacionados a sensações corporais e evitações. Pode ser usada em qualquer etapa do tratamento e concomitante com tratamentos medicamentosos. Pode ser trabalhada com diversos recursos: psicoeducação, técnicas para lidar com ansiedade (relaxamento muscular e respiração abdominal ou diafragmática), reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva e exposição *in vivo* gradual. As sessões de TCC para transtorno de pânico são estruturadas seguindo um modelo básico proposto por JS Beck em 'Terapia Cognitiva: Teoria e Prática'. Sessões iniciais servem para avaliar o paciente, realizar a psicoeducação e as técnicas de treinamento para ansiedade. Com o avanço das sessões, as intervenções cognitivas e exposição interoceptiva e *in vivo* passam a ter mais ênfase. As sessões finais são para a consolidação de ganhos e aos esforços para a prevenção de recaídas. (Manfro et al, 2008)

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados pela APA

- Anxiety and Panic Disorder: Patient Treatment Manual (Andrews et al.) - ([Link](#))

#### Em português

- Ataques e Transtorno de Pânico (John W. Barnhill) - ([Link](#))
- Vencendo O Pânico - Terapia Integrativa Para Quem Sofre E Para Quem Trata O Transtorno De Pânico E A Agorafobia (Manual Do Terapeuta) - ([Link](#))

## Livros Disponíveis Para Compra Através de Sites Externos

#### Listados pela APA

- Phobic Disorders and Panic in Adults: A Guide to Assessment and Treatment (Antony & Swinson) - ([Link](#))
- Mastery of Your Phobia and Panic: Therapist Guide (Craske & Barlow) - ([Link](#))
- Understanding and Treating Panic Disorder: Cognitive-Behavioural Approaches (Taylor) - ([Link](#))

#### **Em português**

- Transtorno de Pânico: teoria e clínica (Nardi, A. E, Quevedo, J, da Silva, A. G) - ([Link](#))

## **Recursos de treinamento**

### **Listados pela APA**

- Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy

### **Em português**

Não encontrado

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

### **Listados pela APA**

- Panic Disorder Severity Scale – Self Report Form - ([Link](#))
- Agoraphobic Cognitions Questionnaire
- Body Sensations Questionnaire
- Anxiety Sensitivity Index

### **Em português**

- Transtorno de Pânico: Protocolo Clínico - ([Link](#))
- Questionário de Pânico (Rangé, 1996)
- Crenças de Pânico (Wenzel, Sharp, Brown, Greenberg & Beck, 2006)
- Inventários de Ansiedade (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988)
- Escala de Sensações Corporais e Escala de Cognitiones Agorafóbicas (Chambliss, Caputo, Bright & Gallagher, 1984)
- Escala de Pânico e Agorafobia (Bandelow, 1995)
- Escala SF-36 (Ciconelli, Ferraz & Santos, 1998)

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados pela APA**

- 10 Simple Solutions to Panic: How to Overcome Panic Attacks, Calm Physical Symptoms, and Reclaim Your Life (Antony & McCabe) - ([Link](#))
- Mastery of Your Anxiety and Panic: Workbook (Barlow & Craske) - ([Link](#))
- Don't Panic: Taking Control of Anxiety Attacks (Wilson) - ([Link](#))
- An End to Panic: Breakthrough Techniques for Overcoming Panic Disorder (Zuercher-White) - ([Link](#))

#### **Em português**

- Desconstruindo a ansiedade: Um guia para superar os maus hábitos que geram agitação, preocupação e medo (Brewer (Autor) e Medina (Tradutor), 2021) - ([Link](#))
- Ataque de Pânico: Não entre em pânico e supere o transtorno (Kust, 2022) - ([Link](#))

## **Aplicativos para smartphones**

### **Listados pela APA**

- iCBT (Bonfire Development Advisors) - (AppleStore)
- Stop Panic & Anxiety Self-Help (Excel at Life) - ([Link](#))

### **Em português**

- Be Okay (Helena Leitão - Radix, 2017) - ([Link](#))

## **Demonstrações em vídeo**

### **Listados pela APA**

- Cognitive Therapy for Panic Disorder (Clark) - ([Link](#))
- Cognitive Therapy Over Time (Dobson) - ([Link](#))
- Evidence-Based Treatment Planning for Panic Disorder (Bruce & Jongasma) - ([Link](#))
- Cognitive-Behavioral Therapy for Clients with Anxiety and Panic (Olatunji) - ([Link](#))

### **Em português**

- Não encontrado

## **Descrições em vídeo**

### **Listados pela APA**

- Fight or Flight? Overcoming Panic and Agoraphobia (Rapee) - ([Link](#))
- Effectively Managing Panic Disorder (AnxietyBC) - ([Link](#))

### **Em português**

- Vida Mental | TCC | Como identificar e manejar o transtorno de pânico? (Ana Carolina Schmidt de Oliveira, Canal Vida Mental, 2017) - ([Link](#))
- Como a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) trabalha a Síndrome do Pânico? (Diego Candelero Falco, Terapia Cognitiva Online, 2020) - ([Link](#))

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados pela APA

- Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder (Telch et al., 1993) - ([Link](#))
- Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial (Barlow, Gorman, Shear, & Woods, 2000) - ([Link](#))
- A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder (Roy-Byrne et al., 2005) - ([Link](#))
- Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up (Craske, Brown, & Barlow, 1991) - ([Link](#))
- Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia (Marks et al., 1993) - ([Link](#))
- Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder (Craske, Maidenberg, & Bystritsky, 1995) - ([Link](#))

### Em português

- Preditores e Moderadores da Eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental e da Terapia de Aceitação e Compromisso em Grupo para Pacientes com Transtorno do Pânico (Leticia León-Quismondo, 2016) - ([Link](#))
- Terapia Cognitivo Comportamental no Transtorno do Pânico (Antonio E Nardi, 2007) - ([Link](#))

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados pela APA

- Cognitive-behavioral therapy and the treatment of panic disorder: Efficacy and strategies (Otto & Deveney, 2005) - ([Link](#))
- Treatment of panic (Schmidt & Keough, 2010) - ([Link](#))
- A meta-analysis of the efficacy of psycho- and pharmacotherapy in panic disorder with and without agoraphobia (Mitte, 2005) - ([Link](#))
- A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder (Gould, Otto, & Pollack, 1995) - ([Link](#))
- Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Current status (Landon & Barlow, 2004) - ([Link](#))

- A meta-analysis of the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A comparison of psychopharmacological, cognitive-behavioral and combination treatments (Van Balkom et al., 1997) - ([Link](#))

- Psychological treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A meta-analysis (Sánchez-Meca, Rosa-Alcázar, Marín-Martínez, & Gómez-Conesa, 2010) - ([Link](#))

#### **Em português**

- Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos (Rangé, 2008) - ([Link](#))

- Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico (Manfro et al., 2008) - ([Link](#))

- Transtorno De Pânico E Terapia Cognitivo-Comportamental: Aspectos Clínicos E Tratamento (Trindade et al., 2017) - ([Link](#))

- Transtorno de pânico: da teoria à prática (Shinohara, 2005) - ([Link](#))

## **Outros recursos de tratamento**

### **Listados pela APA**

- Cognitive-behavioral therapy for panic disorder: A review of treatment elements, strategies, and outcomes (Rayburn & Otto, 2003) - ([Link](#))

- The effects of treatment compliance on outcome in cognitive-behavioral therapy for panic disorder: Quality versus quantity (Schmidt & Woolaway-Bickel, 2000) - ([Link](#))

- When anxiety symptoms masquerade as physical symptoms: What medical specialists know about panic disorder and available psychological treatments (Teng, Chaison, Hamilton, Bailey, & Dunn, 2008) - ([Link](#))

- Treatment of Panic Disorder: A Consensus Development Conference (Author: Wolfe; Editor: Maser) - ([Link](#))

- Panic Disorder and Its Treatment (Editors: Pollack & Rosenbaum) - ([Link](#))

- Anxiety and Its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic (Barlow) - ([Link](#))

- Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective (Beck, Emery, & Greenberg, 2005) - ([Link](#))

### **Em português**

- Não encontrado

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Michelle G. Craske, Emanuel Maidenberg e Alexander Bystritsky
- **Título:** Terapia Cognitivo-Comportamental Breve versus Terapia Não Diretiva para Transtorno de Pânico
- **Data de publicação:** Junho de 1995
- **Periódico:** Jornal de Terapia Comportamental e Psiquiatria Experimental
- **Número:** Edição 2
- **Volume:** Volume 26
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio clínico randomizado

### Racional

Levando em consideração pesquisas anteriores, fica comprovado a eficácia da TCC para o tratamento de transtorno de pânico, sendo mais eficiente que a passagem do tempo sozinho, relaxamentos e psicoterapia de suporte não diretiva. Porém, uma pesquisa de Shear, Pilonis, Cloitre e Leon (1994) afirma que o tratamento não diretivo pode ser tão eficaz quanto a TCC. A razão do presente ensaio clínico randomizado está ligado à comprovação de eficácia das duas terapias, pensando em questões tanto do tratamento em si, como eficiência de custos, disponibilidade e a eficácia a longo prazo.

### Objetivo

O estudo atual avaliou uma abordagem custo-eficiente da TCC para transtorno do pânico, comparando quatro sessões de TCC com terapia de suporte não diretiva. Esses breves tratamentos foram feitos a uma amostra de pacientes que procuravam farmacoterapia para seu problema de ansiedade.

### Método

#### Projeto

O estudo foi um desenho misto 2 (tratamento) x 2 (avaliação). Os tratamentos foram terapia cognitivo-comportamental (TCC) versus terapia de suporte não diretiva (NST). A atribuição do tratamento foi aleatória. As avaliações foram no pré e pós-tratamento.

### **Participantes**

Os participantes eram pessoas à procura de tratamento para transtorno do pânico, que responderam à publicidade ou foram auto-encaminhados ou encaminhados por outros para o 'Programa de Ansiedade do Instituto Neuropsiquiátrico' da UCLA.

A amostra final incluiu 20 mulheres e 10 homens, cuja média de idade foi de 36,1 anos com duração média do problema foi de 9,9 anos. 24 participantes eram brancos, quatro eram hispânicos, um era asiático e um era afro-americano. Todos os indivíduos foram selecionados para elegibilidade para um estudo farmacológico. Os critérios de inclusão foram: idade entre 18 e 65 anos; um diagnóstico principal de transtorno de pânico com ou sem agorafobia, atribuído a partir da administração da Entrevista Clínica Estruturada para DSM-III-R (SCID; Spitzer & Williams, 1986) e as seções de transtorno de pânico e agorafobia dos Transtornos de Ansiedade Agenda de entrevistas revisada (ADIS-R; DiNardo & Barlow, 1988); disposição para atribuição aleatória de 17 semanas ou placebo ou regimes de dosagem variados de um medicamento psicoativo (ou seja, Klonopin); e retirada bem-sucedida de medicamentos psicotrópicos por pelo menos 7 dias antes da avaliação diagnóstica inicial.

Foram utilizadas entrevistas estruturadas do tipo SCID e ADIS-R que geralmente produzem diagnósticos altamente confiáveis. Os diagnósticos foram feitos pela equipe da clínica e verificados por um psiquiatra que se reuniu brevemente com cada paciente. Os indivíduos receberam 4 semanas de TCC ou NST antes de entrar no teste de medicação.

### **Medidas**

*Avaliação do Clínico.* As seções de transtorno de pânico e agorafobia do ADIS-R (DiNardo & Barlow, 1988) foram administradas na pré e pós-avaliação por um avaliador independente. Foi analisada o grau de preocupação com a recorrência do pânico e o número de situações agorafóbicas evitadas pelo menos levemente.

*Questionários de Autorrelato.* Uma bateria de questionários padronizados foi administrada. Estas incluíam medidas específicas para o transtorno do pânico: Índice de Sensibilidade à Ansiedade (Reiss, Peterson, Gursky & McNally, 1986) e Questionário de Medo (Marks & Mathews, 1979). Medidas gerais de angústia incluíram: a Ansiedade em Quatro Dimensões (Bystritsky, 1990) e Escala de Sintomas Subjetivos (Hafner & Marks, 1976).

*Automonitoramento.* Os indivíduos registraram os ataques de pânico à medida que ocorreram, usando os Registros de Ataque de Pânico (Rapee, Craske e Barlow, 1990). Além disso, os indivíduos automonitoraram ao final de cada dia: ansiedade máxima, depressão média e preocupação média ou nível de preocupação com pânico.

## Principais resultados e conclusões

*Avaliação do Clínico.* O grau médio de preocupação com o pânico foi avaliado antes e depois de submetidos à TCC, assim sendo relatado menos preocupação na pós-avaliação em comparação com a pré-avaliação. O número de situações agorafóbicas classificadas como evitadas não mudou levando em consideração a passagem de tempo ou entre os grupos.

*Questionário de Autorrelato.* Os escores obtidos no 'Índice de Sensibilidade à Ansiedade' não reduziram resultados significativos considerando a passagem de tempo ou a amostra dos grupos. Porém, duas subescalas do 'Questionário de Medo' se mostraram significativas, fobia social e angústia fóbica. Efeitos simples da interação mostraram que as autoavaliações diminuíram da pré para pós-avaliação para os sujeitos da TCC, mas não mudaram para a amostra da Terapia de Suporte Não Diretiva. Não foram obtidas diferenças significativas das subescalas de fobia de sangue/lesão, agorafobia ou miséria/depressão do Questionário de Medo.

*Mudança Clinicamente Significativa.* A Classificação ADIS-R de preocupação com pânico e de situações de agorafobia evitadas foram reduzidas do pré para o pós. Os testes mostraram que mais indivíduos em TCC atenderam ao critério de ataque de pânico e se preocuparam com o critério de pânico, do que sujeitos Terapia de Suporte Não Diretiva. Outro ponto significativo foi que indivíduos, após a conclusão da terapia, se recusaram a participar dos testes de medicação. Isso ocorreu com seis sujeitos que fizeram TCC e um que fez Terapia de Suporte Não Diretiva.

*Conclusões Principais do Estudo.* (1) Quatro sessões de TCC foram mais eficazes do que quatro sessões semanais de Terapia de Suporte Não Diretiva nesta amostra em termos de pânico, preocupação com pânico e medo fóbico. (2) TCC pode ser viável para pacientes que com transtorno de pânico que frequentem ambientes com orientação médica, mostrando que esses podem recusar tratamento medicamentoso, entendendo a TCC como primeira opção de tratamento. (3) Enquanto quatro semanas são eficazes para o tratamento, o resultado é significativamente menor que o tratamento normal feito em 12 a 16 semanas.

Embora comprovadas as vantagens da TCC, estudo anterior de Shear et al. (1994) mostra que a TCC não é mais eficaz do que a terapia de suporte, desde que esta seja conduzida por mais de 15 sessões.

## Referências Bibliográficas

- Craske, M. G., Maidenberg, E., & Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus nondirective therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(2), 113-120.
- Manfro, G. G., Heldt, E., Cordioli, A. V., & Otto, M. W. (2008). Terapia cognitivo-comportamental no transtorno de pânico. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30, s81-s87.
- Rangé, B. (2008). Tratamento cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico e agorafobia: uma história de 35 anos. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25, 477-486.



# Exposição e Prevenção de Resposta Para Transtorno Obsessivo-Compulsivo

Maria Luiza Almeida Santos Ribeiro  
*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Transtorno Obsessivo-Compulsivo ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Forte apoio à pesquisa

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio à pesquisa

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

O tratamento busca, através da exposição do sujeito com TOC aos estímulos que lhe causam medo, modificar a forma que o paciente percebe tais situações para que consigam lidar com elas de forma saudável sem a necessidade da realização de compulsões.

### **Premissa básica**

À medida que os indivíduos confrontam seus medos e interrompem sua resposta de fuga, eles acabam reduzindo sua ansiedade.

### **Essência da terapia**

Indivíduos com TOC confrontam repetidamente os pensamentos, imagens, objetos e situações que os deixam ansiosos e/ou iniciam suas obsessões de forma sistemática, sem realizar comportamentos compulsivos que normalmente servem para reduzir a ansiedade. Por meio desse processo, o indivíduo aprende que não há nada a temer e as obsessões não causam mais angústia.

## Duração aproximada da terapia

Aproximadamente 12 sessões

## Descrição dos procedimentos

Inicialmente, o terapeuta juntamente com o paciente fazem uma avaliação e um planejamento do tratamento, onde é realizado uma psicoeducação sobre o transtorno e o tratamento em si, e é feita uma coleta das informações referentes ao sintoma do paciente, identificando os estímulos externos e internos que desencadeiam os pensamentos obsessivos. Cataloga-se o conteúdo das obsessões e compulsões, discute-se qual a função desses e identificam os possíveis resultados caso os rituais não sejam realizados. Em seguida é orientado ao paciente para que ele faça uma lista dos estímulos que lhe causam medo em ordem crescente do que lhe gera menos medo ao que gera mais, ou seja, faz-se uma hierarquia de medo. E, ao longo das sessões, o paciente é exposto a tais estímulos de acordo com a hierarquia, é solicitado que seja feito, também, fora do consultório, por conta própria. Tal exposição é realizada tanto *in vivo* como de forma imaginária, assim o paciente entende que as consequências temidas não se realizam, e aprende a lidar com a angústia e a incerteza sem precisar realizar uma compulsão. Após cada sessão o terapeuta e o paciente revisam a experiência realizada e se as expectativas foram atingidas e o que ele aprendeu daquilo. E à medida que o paciente consegue enfrentar tais medos, passa a subir na hierarquia, assim, enfrentam situações que são mais angustiantes. Também é feito um planejamento de prevenção de recaídas ao final (Petersen, 2019).

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados pela APA

- Tratamento do Transtorno Obsessivo Compulsivo (Steketee) - ([Link](#))
- Prevenção de Exposição e Resposta (Ritual) para Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Guia do Terapeuta (Foa, Yadin e Lichner) - ([Link](#))

#### Em português

- TOC: Manual de terapia cognitivo-comportamental para o transtorno obsessivo-compulsivo (Cordioli) - ([Link](#))
- Vencendo o Transtorno Obsessivo-Compulsivo: Manual de Terapia Cognitivo-Comportamental para Pacientes e Terapeutas (Cordioli) - ([Link](#))

## Recursos de treinamento

#### Listados pela APA

- O Centro de Tratamento e Estudo da Ansiedade da Universidade da Pensilvânia, na Filadélfia, PA oferece workshops sobre EX/RP. ([Link](#))

- O Instituto Americano de Terapia Cognitiva em Nova York oferece workshops no tratamento do TOC, usando elementos de terapia cognitiva e prevenção de exposição e resposta. (Link)
- A Association for Behavioral and Cognitive Therapies já ofereceu workshops com treinamento em terapia de exposição para TOC em sua conferência anual. (Link)
- O Beck Institute na Filadélfia, PA oferece treinamento em EX/RP. (Link)

#### **Em português**

- Intervenções para o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC) (Dra. Joana Singer) - (Link)

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

### **Listados pela APA**

- Tratando seu TOC com Terapia de Prevenção de Exposição e Resposta (Ritual): Manual (Yadin, Foa e Lichner) - (Link)
- Inventário Obsessivo-Compulsivo – Revisado (Foa et al.) - (Link)

### **Em português**

- Como Lidar Com O Transtorno Obsessivo-compulsivo (Lopes e Nascimento) - (Link)

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados pela APA**

- Pare de ficar obcecado!: Como superar suas obsessões e compulsões (edição revisada) (Foa & Wilson) - (Link)

### **Em português**

- Controlando O Toc Com Tcc Para Leigos (d’Ath e Willson) - (Link)

## **Aplicativos para smartphones**

### **Listados pela APA**

- O Live OCD Free foi desenvolvido para orientar os usuários através do ExRP para OCD. (Link)

### **Em português**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

### **Listados pela APA**

Não consta.

#### **Em português**

- TÉCNICA TERAPIA DE EXPOSIÇÃO E PREVENÇÃO DE RESPOSTA (Fabio Silva) - (Link)

## **Descrições em vídeo**

### **Listados pela APA**

Não consta.

#### **Em português**

- EPR - A Terapia para o TOC (Lucas Lucchesi) - (Link)
- EPR no tratamento do TOC - Psicóloga Lilian Félix (com você Psicologia) - (Link)
- Exposição e Prevenção de Resposta no TOC - Psicóloga Kelliny Dório (com você Psicologia) - (Link)
- Como quebrar o ciclo do TOC? (com você Psicologia) - (Link)

## **Referências bibliográficas: Testes clínicos**

### **Listados pela APA**

- Terapia cognitivo-comportamental versus risperidona para aumentar os inibidores da recaptação de serotonina no transtorno obsessivo-compulsivo: um ensaio clínico randomizado (Simpson et al., 2013) - (Link)
- Acompanhamento de seis meses de um estudo controlado randomizado aumentando o tratamento com inibidor de recaptação de serotonina com exposição e prevenção ritual para transtorno obsessivo-compulsivo (Foa et al., 2013) - (Link)
- Eficácia da exposição e prevenção ritual para transtorno obsessivo-compulsivo: Randomizado em comparação com amostras não randomizadas (Franklin et al., 2000) - (Link)
- Terapia cognitiva e exposição in vivo no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo (van Oppen et al., 1995) - (Link)
- Exposição deliberada e bloqueio de rituais obsessivo-compulsivos: efeitos imediatos e de longo prazo (Foa et al., 1984) - (Link)
- Efeitos diferenciais da exposição e prevenção de resposta em lavadores obsessivo-compulsivos (Foa, Steketee e Milby, 1980) - (Link)
- Efeitos da exposição imaginal a desastres temidos em damas obsessivo-compulsivos (Foa et al., 1980) - (Link)

#### **Em português**

- Relação entre a concentração de serotonina no plasma rico em plaquetas e a resposta à terapia comportamental baseada em exposição com prevenção de resposta no transtorno obsessivo-compulsivo (Sampaio, 2007) - (Link)

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados pela APA

- Eficácia dos tratamentos psicológicos e farmacológicos para transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão quantitativa (Abramowitz, 1997) - (Link)

### Em português

- Terapias de base cognitivo-comportamental do transtorno obsessivo-compulsivo: revisão sistemática da última década (Prazeres et al., 2007) - (Link)
- A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo (Cordioli, 2008) - (Link)

## Outros recursos de tratamento

### Listados pela APA

Não consta.

### Em português

Não consta.

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Martin E. Franklin; Jonathan S. Abramowitz; Michael J. Kozak; Jill T. Levitt; Edna B. Foa
- **Título:** Eficácia da Exposição e Prevenção de Resposta para Obsessivo-Compulsivos
  - **Desordem:** Randomizado Comparado com Amostras Não Randomizadas
  - **Data de publicação:** 2000
  - **Periódico:** Journal of Consulting and Clinical Psychology
  - **Número:** 4

- **Volume:** 68
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio clínico randomizado

## Racional

No estudo realizado por Franklin et al. (2000), os autores abordam que diversas pessoas com o diagnóstico de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) apresentam comorbidades como Transtorno Depressivo, por exemplo, porém quando são realizadas pesquisas para um eventual tratamento essas pessoas são excluídas por conta destas comorbidades a fim de encontrar um resultado mais homogêneo e com menos riscos de ser invalidado.

## Objetivo

O estudo tem como objetivo verificar a eficácia da terapia de Exposição e Prevenção de Resposta com pessoas que têm o diagnóstico de TOC independentemente da existência ou não de comorbidades clínicas, do histórico de tratamento, da idade, tratamento psicofarmacológico, ou a severidade do TOC.

## Método

**Recrutamento:** Os participantes foram recrutados através de encaminhamentos dos profissionais da saúde e/ou grupos de defesa do paciente, por exemplo, a *OC Foundation*, assim como através de anúncios nas mídias sociais da clínica e por programas de pesquisa.

**Participantes:** todos os pacientes que concordaram em participar da pesquisa foram recrutados, mesmo aqueles com alguma comorbidade, problema de saúde, idade avançada, histórico de tratamento, entre outros. Ao todo, participaram 110 pessoas com idades entre 18 e 74 anos. E mais da metade dos participantes (54%) possuíam algum transtorno psiquiátrico como comorbidade, com destaque para Transtorno Depressivo Maior.

Foram utilizados três instrumentos de medida, sendo eles o Y-BOCS, que é uma entrevista semi estruturada referente ao TOC, com escala para a severidade dos sintomas obsessivos e compulsivos, separadamente, juntamente como um checklist de obsessões e compulsões. O segundo instrumento utilizado foi o HRSD para mensurar sintomas depressivos. E o terceiro instrumento foi o BDI para chegar à gravidade dos sintomas depressivos em relação à cognição, motivação, psicomotricidade, e afetividade.

Para o tratamento, foram realizadas 3 sessões de planejamento seguidas de 15 sessões de exposição e prevenção, sendo estas com duração de 2 horas cada durante 4 semanas. As sessões de planejamento do tratamento serviram para a coleta dos dados referentes à natureza dos sintomas, a hierarquia desses, e para o aprendizado dos participantes sobre o TOC e sobre a técnica usada.

Para os exercícios de exposição, o participante deveria elencar de forma crescente, do menos ansiogênico para o mais, quais fatores desencadeavam o aparecimento das obsessões e compulsões. E assim os participantes passaram a serem expostos gradualmente a tais estímulos. Para a prevenção de rituais, os pacientes eram instruídos a não realizarem seus ritu-

ais compulsivos quando expostos aos estímulos ansiogênicos, assim, sendo aconselhados a utilizarem outros mecanismos para lidar com a situação de forma mais saudável.

## **Principais resultados e conclusões**

Através do Y-BOCS, foi observado uma redução de 60% dos sintomas do TOC após o tratamento. Também foi analisada uma redução de 57% dos sintomas depressivos através do BDI.

O estudo apresenta que a técnica de exposição e prevenção de sintomas do TOC apresenta redução clinicamente significativa dos sintomas, até mesmo em pacientes com diversas comorbidades ou histórico de tratamento complexo. E deve ser ressaltado que os terapeutas que vão aplicar essa técnica devem ser muito bem treinados para que se possa ter o melhor resultado possível.

## **Referências Bibliográficas**

Petersen, Marcela Leão. (2019). A terapia cognitivo-comportamental no tratamento das compulsões mentais. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(2), 92-99.

# Terapia de Processamento Cognitivo para Transtorno de Estresse Pós-traumático

Maria Luiza Almeida Santos Ribeiro  
*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Transtorno de Estresse Pos-traumatico ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte suporte a pesquisa

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

É um modelo de reestruturação cognitiva, que compreende que as interpretações que o sujeito faz do evento traumático é o que gera as emoções relacionadas ao trauma. Pensando nisso, a Terapia de Processamento Cognitivo busca fazer uma releitura do evento traumático, ressignificando-o, criando uma explicação mais funcional para o paciente (Knapp & Caminha, 2003)

### **Premissa básica**

Alterar o conteúdo das crenças sobre um trauma pode impactar as respostas emocionais e comportamentais ao trauma

### **Essência da terapia**

A terapia de processamento cognitivo, ou CPT, é uma terapia cognitiva que se concentra inicialmente na questão de por que o trauma ocorreu e, em seguida, nos efeitos do trauma nas crenças dos clientes sobre si mesmos, os outros e o mundo por meio do uso de planilhas progressivas.

## Duração aproximada da terapia

Aproximadamente 12 sessões.

## Descrição dos procedimentos

Esta terapia busca em suas intervenções educar, estruturar cognitivamente e reescrever o trauma. Trabalha-se com os conceitos de “crença no mundo justo”, assimilação e superacomodação, assim como a relação ao pensar-sentir. Nas primeiras 7 sessões são trabalhadas a educação, através do diálogo socrático realiza-se um exame dos pensamentos e reconstroem-se habilidades. Nas próximas 5 sessões as crenças do sujeito são desafiadas a partir de temáticas de segurança, confiança, poder, autoestima e intimidade(Surís et al., 2013).

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados no site da APA

- Terapia de Processamento Cognitivo Veterano/Versão Militar: Manual do Terapeuta (Resick, Monson, & Chard, 2014) - ([Link](#))
- Terapia de Processamento Cognitivo Veterano/Versão Militar: Manual do Grupo do Terapeuta (Chard, Resick, Monson e Kattar, 2013) - ([Link](#))
- Versão para veteranos/militares da terapia de processamento cognitivo: manual de materiais para terapeutas e pacientes (Resick, Monson e Chard, 2014) - ([Link](#))

#### Disponíveis em língua portuguesa

- Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos: Tratamento Passo a Passo (Barlow, 2016) - ([Link](#))

### Recursos de treinamento

#### Listados no site da APA

- Treinamento online gratuito com créditos CE e exemplos em vídeo de cada sessão - ([Link](#))
- Consulte CPTforPTSD.com para workshops, oportunidades de consulta e níveis de treinamento - ([Link](#))
- Materiais introdutórios e recursos de CE por meio do Centro Nacional para PTSD da Administração de Veteranos - ([Link](#))

#### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Medidas, Apostilas e Planilhas

### Listados no site da APA

- Inventário de Cognições Pós-Traumáticas (PTCI) ; Subescalas para PTCI ; Chave de pontuação para PTCI - ([Link](#))
- Lista de verificação de PTSD para DSM-5 (PCL-5) - ([Link](#))
- Planilha ABC - ([Link](#))
- Planilha de Crenças Desafiadoras - ([Link](#))

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Livros de auto-ajuda

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

- Pós-traumático (Obrien, 2020) - ([Link](#))

## Aplicativos para smartphones

### Listados no site da APA

- Aplicativo CPT Coach disponível gratuitamente no iTunes - ([Link](#))
- Aplicativo PTSD Coach disponível gratuitamente no iTunes - ([Link](#))

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Demonstrações em vídeo

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Descrições em vídeo

### Listados no site da APA

- Candace Monson e Kevin Beasley descrevem CPT (Veterans Health Administration, 2004) - ([Link](#))

- Vídeo informativo para clientes disponível no site do National Center for PTSD no CPT - ([Link](#))

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados no site da APA

- Ensaio controlado de psicoterapia para sobreviventes congolezes de violência sexual (Bass et al., 2013) - ([Link](#))
- Uma avaliação da terapia de processamento cognitivo para o tratamento do transtorno de estresse pós-traumático relacionado ao abuso sexual na infância (Chard, 2005) - ([Link](#))
- Divulgação e experiência com terapia de processamento cognitivo (Chard et al., 2012) - ([Link](#))
- Comparando a resposta à terapia de processamento cognitivo em veteranos militares com transtorno de estresse pós-traumático sublimiar e limiar (Dickstein et al., 2013) - ([Link](#))
- Um estudo de eficácia controlado randomizado em vários locais da terapia de processamento cognitivo para transtorno de estresse pós-traumático relacionado a militares (Forbes et al., 2012) - ([Link](#))
- Terapia manualizada para TEPT: flexionando a estrutura da terapia de processamento cognitivo (Galovski et al., 2012) - ([Link](#))
- Terapia de processamento cognitivo para veteranos com TEPT comórbido e transtornos por uso de álcool (Kaysen et al., 2014) - ([Link](#))
- Identificando padrões de mudança de sintomas durante um estudo controlado randomizado de terapia de processamento cognitivo para transtorno de estresse pós-traumático relacionado a militares (Macdonald et al., 2011) - ([Link](#))
- Mudanças no ajustamento social com terapia de processamento cognitivo: Efeitos do tratamento e associação com mudança de sintomas de TEPT (Monson et al., 2012) - ([Link](#))
- Terapia de processamento cognitivo para veteranos com transtorno de estresse pós-traumático relacionado a militares (Monson et al., 2006) - ([Link](#))
- Terapia de processamento cognitivo para transtorno de estresse pós-traumático entregue a veteranos rurais por meio de saúde telemental: um ensaio clínico randomizado de não inferioridade (Morland et al., 2014) - ([Link](#))
- Um ensaio clínico randomizado para dismantelar componentes da terapia de processamento cognitivo para transtorno de estresse pós-traumático em mulheres vítimas de violência interpessoal (Resick et al., 2008) - ([Link](#))

- Resultados de longo prazo de tratamentos cognitivo-comportamentais para transtorno de estresse pós-traumático entre mulheres sobreviventes de estupro (Resick et al., 2012) - ([Link](#))
- Associações entre agrupamentos de sintomas de funcionamento e TEPT em um estudo de dismantelamento da terapia de processamento cognitivo em mulheres sobreviventes de violência interpessoal (Shnaider et al., 2014) - ([Link](#))
- Um ensaio clínico randomizado de terapia de processamento cognitivo para veteranos com TEPT relacionado a trauma sexual militar (Suris et al., 2013) - ([Link](#))
- Resultados funcionais de longo prazo de mulheres recebendo terapia de processamento cognitivo e exposição prolongada (Wachen et al., 2014) - ([Link](#))

#### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

### **Listados no site da APA**

Não consta.

### **Disponíveis em língua portuguesa**

- Indicações de tratamento psicoterápico individual no Transtorno de Estresse Pós-Traumático (Teche & Ramos-Lima, 2016) - ([Link](#))

## **Outros recursos de tratamento**

### **Listados no site da APA**

- About Face (um site disponível através do Centro Nacional de TEPT do VA) - ([Link](#))

### **Disponíveis em língua portuguesa**

Não consta.

## **Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento**

### **Identificação da pesquisa**

- **Autores:** Alina Surís, Jessica Link-Malcolm, Kathleen Chard, Chul Ahn, e Carol North

- **Título:** Um ensaio clínico randomizado de terapia de processamento cognitivo para veteranos com TEPT relacionado a trauma sexual militar - [Link](#)
- **Data de publicação:** Fevereiro de 2013
- **Periódico:** Journal of Traumatic Stress
- **Número:** 1
- **Volume:** 26
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio clínico randomizado

## Racional

O estudo aborda que a violência sexual dentro das forças armadas dos Estados Unidos vem aumentando bastante, por isso as agressões sexuais ou atos de assédio sexual ocorridos durante o serviço militar de um sobrevivente passaram a ser reconhecidos como um trauma sexual militar (TSM). Assim, foram criados dentro da Administração de Saúde de Veteranos serviços para este tipo de trauma. A literatura também demonstrou que o TSM tem forte associação com outras condições clínicas, como o Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT), estudos apontam que veteranos que tiveram TSM possuem o risco de apresentar o TEPT 9 vezes mais do que aquelas que não passaram por tal trauma. O impacto de uma violência sexual dentro do ambiente militar também é bastante delicado visto que a maioria dos agressores são companheiros de combate ou superiores das vítimas, o que as mantém em constante convivência com aqueles que as violentaram. Estudos já apontaram que a Terapia de Processamento Cognitivo (TPC) é bastante efetiva em casos de TEPT, assim como na redução dos sintomas do TEPT em vítimas de agressões sexuais.

## Objetivo

Este estudo tem como objetivo avaliar a efetividade da Terapia de Processamento Cognitivo no tratamento do TEPT e de sintomas depressivos relacionados ao TSM a partir de um ensaio randomizado e controlado comparando a TPC com a Terapia Centrada no Presente (TCP).

## Método

Participantes de ambos os sexos foram recrutados através de anúncios e propagandas nos centros de veteranos. Foram criados critérios de inclusão e exclusão para a participação desses indivíduos sendo eles: O sujeito deveria ter o diagnóstico de TEPT relacionado ao TSM, o evento traumático deveria ter acontecido a mais de 3 meses antes, o participante deveria ter mais de uma memória do trauma, qualquer medicação psiquiátrica usada deveria estar estável por mais de 6 semanas, não poderia haver o uso de substâncias ativas nos últimos 3 meses, não poderia apresentar sintomas psicóticos, transtorno bipolar instável, intenção suicida ou homicida, comprometimento cognitivo grave, não poderia estar realizando uma psicoterapia com foco no TEPT e nem estar em um relacionamento violento. Ao final, participaram cerca de 129 pessoas.

Cada participante recebeu um número aleatório e foi encaminhado para um terapeuta de acordo com sua numeração. Todos os participantes realizaram 12 sessões de terapia. As medições dos sintomas foram feitas com o instrumento CAPS, que é uma entrevista clínica semiestruturada que mediu a frequência e a intensidade desses sintomas. Ao todo foram identificados 17 sintomas pós-traumáticos.

## Principais resultados e conclusões

Os resultados mostraram que não houveram diferenças estatisticamente significativas entre a TPC e a TCP, embora haja um pequeno favorecimento para a TPC relacionados aos efeitos da terapia. A partir do autorrelato dos participantes e da avaliação dos terapeutas, pode-se perceber uma melhora significativa dos sintomas do TEPT e dos sintomas depressivos daqueles sujeitos de realizaram a TPC, embora não sejam estatisticamente significativos. Ambos os grupos de análise obtiveram uma redução de seus sintomas relacionados ao TEPT e ao Transtorno Depressivo. Em relação a desistência do tratamento, cerca de 18% daqueles que estavam realizando a terapia com TCP desistiram enquanto 35% dos que estavam realizando com a TPC desistiram. Acredita-se que isso ocorreu pois a Terapia de Processamento Cognitivo demanda mais dos pacientes em termos enfrentamento do trauma.

## Referência bibliográficas

- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 25 (suppl 1), 31-36.
- Surís, A., Link-Malcolm, J., Chard, K., Ahn, C., & North, C. (2013). A randomized clinical trial of cognitive processing therapy for veterans with PTSD related to military sexual trauma. *Journal of traumatic stress*, 26(1), 28-37.

# Terapia de resolução de problemas para depressão

Pedro Lucas Alves Araújo Guimarães Coelho

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Depressão ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação.

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio à pesquisa.

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

O tratamento busca desenvolver a identificação e definição de problemas no cenário depressivo de forma adequada, viabilizando a formulação de soluções para as problemáticas definidas, assim como a seleção das práticas mais eficazes para a adaptação ao contexto, avaliando também os resultados dos novos métodos de solução em comparação aos prévios.

### **Premissa básica**

A maneira pela qual as pessoas, histórica e atualmente, lidam com eventos estressantes existentes por meio da resolução efetiva de problemas sociais pode afetar o grau em que elas experimentarão sofrimento psicológico.

### **Essência da terapia**

Terapia Contemporânea de Resolução de Problemas, ou PST, é uma intervenção transdiagnóstica, geralmente considerada sob um guarda-chuva cognitivo-comportamental, que aumenta o ajuste adaptativo aos problemas da vida e ao estresse treinando os indivíduos em várias ferramentas afetivas, cognitivas e comportamentais. O treinamento visa várias barreiras para a resolução eficaz de problemas. Por meio da prática experiencial, o PST ajuda

as pessoas a treinar seus cérebros para superar as barreiras comuns à maneira como reagem e tentam resolver problemas da vida real.

## **Duração aproximada da terapia**

Aproximadamente 12 sessões; no entanto, mudanças efetivas foram observadas em programas de PST com apenas 4 sessões e podem se estender a intervenções de longo prazo quando os indivíduos têm estilos de resolução de problemas de longo prazo e inflexíveis ou um alto grau de desregulação emocional.

## **Descrição dos procedimentos**

Na etapa inicial do tratamento, é desenvolvido o vínculo entre terapeuta e indivíduo, fundamentando base imprescindível para o desenvolvimento da prática de solução de problemas. A partir disso, indivíduo e terapeuta definem através da avaliação de queixas e relatos quais são os problemas de forma específica, passíveis de alteração através de intervenção. Em seguida, é realizada a formulação de um inventário de possíveis soluções, desenvolvidas através de práticas como o método brainstorm, cabendo ao terapeuta acolher as propostas iniciais e evitar expressões de julgamento acerca destas. Posteriormente, é realizada uma revisão das propostas realizadas, assim como a seleção das melhores e mais viáveis práticas de solução de problemas, levando em consideração quesitos como bem-estar a curto e a longo prazo, emocional, pessoal e social, assim como tempo e esforço investidos. Por fim, é realizada a implementação das práticas por parte do indivíduo, assim como o acompanhamento com o terapeuta para garantir a viabilidade dos métodos de solução de problemas, comparando os resultados obtidos com o objetivo proposto, assim como em comparação aos métodos prévios (Nezu, 1986).

## **Recursos relacionados ao tratamento**

### **Manuais de tratamento**

#### **Listados pela APA**

- Terapia de resolução de problemas: um manual de tratamento (Nezu, Nezu e D'Zurilla) ([link](#))

#### **Em português**

- Terapia de resolução de problemas: um manual de tratamento (Nezu, Nezu e D'Zurilla, Editora Roca) ([link](#))

### **Recursos de treinamento**

#### **Listados pela APA**

Não consta.

### **Em português**

- Treinamento em solução de problemas: intervenção em mulheres com depressão (Cade e Prates, 2001) ([link](#))

## **Medidas, Apostilas e Planilhas**

### **Listados pela APA**

- Materiais instrucionais de terapia de resolução de problemas e folhetos para pacientes (Nezu, Nezu e D'Zurilla)
- Inventário de resolução de problemas sociais revisado (SPSI-R; D'Zurilla, Nezu e Maydeu-Olivares) ([link](#)).

### **Em português**

Não consta.

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados pela APA**

- Resolvendo os problemas da vida: um guia de 5 etapas para melhorar o bem-estar (Nezu, Nezu e D'Zurilla) ([link](#)).

### **Em português**

Não consta.

## **Aplicativos para smartphones**

### **Listados pela APA**

- Seguindo Adiante (Departamento de Assuntos de Veteranos dos EUA e Departamento de Defesa dos EUA) ([link](#)).

### **Em português**

Não consta.

## **Demonstrações em vídeo**

### **Listados pela APA**

- Terapia de resolução de problemas (APA/Nezu & Nezu) ([link](#))

### **Em português**

Não consta.

## **Descrições em vídeo**

### **Listados pela APA**

Não consta.

### Em português

- Resolução de Problemas: técnica altamente eficaz em 5 passos (Gabriela Afonso) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados pela APA

- Eficácia de uma abordagem de terapia de resolução de problemas sociais para depressão unipolar (Nezu, 1986) ([link](#));
- Melhorar os resultados da depressão em idosos com doenças médicas comórbidas (Harpole et al., 2005) ([link](#));
- Gestão de cuidados colaborativos da depressão tardia na atenção primária: um estudo controlado randomizado (Unützer et al., 2002) ([link](#));
- Terapia de ativação comportamental e resolução de problemas para pacientes deprimidos com câncer de mama: suporte preliminar para diminuição da ideação suicida (Hopko et al., 2013) ([link](#));
- Efeitos da terapia de resolução de problemas nos resultados de saúde mental em cuidadores familiares de pessoas com um novo diagnóstico de comprometimento cognitivo leve ou demência precoce: um estudo controlado randomizado (Garand et al., 2013) ([link](#));
- Treinamento de resolução de problemas para cuidadores familiares de pessoas com lesões cerebrais traumáticas: um estudo controlado randomizado (Rivera et al., 2008) ([link](#));
- Terapia de resolução de problemas e terapia de suporte em idosos com depressão maior e disfunção executiva: efeito sobre a deficiência (Alexopoulos et al., 2011) ([link](#));
- Depressão pós-intervenção de seis meses e resultados de incapacidade da terapia de resolução de problemas de telessaúde domiciliar para idosos deprimidos, de baixa renda e confinados em casa (Choi et al., 2014) ([link](#));
- Ensaio controlado randomizado de gerenciamento de cuidados colaborativos de depressão entre pacientes de baixa renda com câncer (Ell et al., 2008) ([link](#));
- The Pathways Study: Um estudo randomizado de cuidados colaborativos em pacientes com diabetes e depressão (Katon et al., 2004) ([link](#));
- Tratamento de resolução de problemas e psicoeducação em grupo para depressão: ensaio multicêntrico randomizado controlado (Dowrick et al., 2000) ([link](#));
- Escitalopram e terapia de resolução de problemas para prevenção da depressão pós-AVC: um estudo controlado randomizado (Robinson et al., 2000) ([link](#));
- Terapia de resolução de problemas para prevenção de recaídas na depressão (Nezu & Nezu, 2010) ([link](#));

- Terapia de resolução de problemas sociais para depressão unipolar: uma investigação inicial de desmantelamento (Nezu & Perri, 1989) ([link](#));
- Projeto Genesis: Avaliando a eficácia da terapia de resolução de problemas para pacientes adultos com câncer angustiados (Nezu et al., 2003) ([link](#)).

#### **Em português**

- Terapia cognitivo comportamental em um caso clínico de depressão: atendimento de plantão psicológico na modalidade on-line ([link](#)).

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

### **Listados pela APA**

- A eficácia da terapia de resolução de problemas na redução de problemas de saúde mental e física: uma meta-análise (Malouff, Thorsteinsson, & Schutte, 2007) ([link](#));
- Terapias de resolução de problemas para depressão: uma meta-análise (Cuijpers, van Straten, & Warmerdam, 2007) ([link](#));
- Terapia de resolução de problemas para depressão: uma meta-análise (Bell & D'Zurilla, 2009) ([link](#));
- Terapias psicológicas breves para ansiedade e depressão na atenção primária: meta-análise e meta-regressão (Cape et al., 2010) ([link](#));
- Psicoterapia breve para depressão: uma revisão sistemática e meta-análise (Nieuwsma et al., 2012) ([link](#));
- Eficácia comparativa de sete intervenções psicoterapêuticas para pacientes com depressão: uma meta-análise de rede (Barth et al., 2013) ([link](#));
- Terapia de resolução de problemas para depressão em adultos: uma revisão sistemática (Gellis & Kenaley, 2008) ([link](#)).

#### **Em português**

Não consta.

## **Outros recursos de tratamento**

### **Listados pela APA**

- Moving Forward (programa web gratuito e interativo de 6 horas; Departamento de Assuntos de Veteranos dos EUA e Departamento de Defesa dos EUA) ([link](#));
- Resolução de problemas sociais como fator de risco para depressão (Nezu, Nezu, & Clark, 2008) ([link](#));
- Tratamento da depressão para idosos medicamente doentes em casa: usando terapia de resolução de problemas baseada em evidências (Gellis & Nezu, 2011) ([link](#)).

## Em português

Não consta.

# Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

## Identificação da pesquisa

- **Autores:** Linda Garand, Donna E. Rinaldo, Mary M. Alberth, Jill Delany, Stacey L. Beasock, Oscar L. Lopez, Mary Amanda Dew.
- **Título:** Efeitos da terapia de resolução de problemas nos resultados de saúde mental em cuidadores familiares de pessoas com um novo diagnóstico de comprometimento cognitivo leve ou demência precoce: um estudo controlado randomizado.
- **Data de publicação:** 2014
- **Periódico:** The American Journal of Geriatric Psychiatry
- **Número:** 8
- **Volume:** 22
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio clínico controlado randomizado

## Racional

Os autores buscam avaliar os efeitos na saúde mental de uma intervenção de auto-gestão baseada nos princípios da terapia de resolução de problemas (PST), especificamente projetados para cuidadores familiares relativamente jovens, comumente afetados por sintomas de ansiedade e depressão, avaliando a eficácia do uso de PST para o tratamento de sintomas depressivos e ansiosos.

## Objetivo

O estudo tem como objetivo avaliar os efeitos da terapia de solução de problemas na saúde mental de cuidadores de idosos com diagnósticos recentes de Comprometimento Cognitivo Leve (CCL) ou demência precoce.

## Método

Participaram do estudo setenta e três (43 CCL e 30 com demência precoce) cuidadores familiares, sendo aleatoriamente designados para receber PST ou uma condição de com-

paração (educação nutricional), designados como Grupo PST e Grupo NT. Fatores de depressão, ansiedade e orientação para resolução de problemas foram avaliados no início e em 1, 3, 6 e 12 meses após a intervenção, em entrevistas com os participantes. Foram utilizados três instrumentos de medida: Center for Epidemiological Studies-Depression Scale (CESD) para sintomas depressivos; Estado do Inventário de Ansiedade Traço de Estado (IDATE) para traços de ansiedade e o Social Problem Solving Inventory e Revised: Short Form para a avaliação dos métodos de resolução de problemas. Os participantes receberam duas fases de tratamento; a primeira fase envolveu seis sessões realizadas na casa do cuidador com aproximadamente 2 semanas de intervalo, cada uma com duração aproximada de 1,5 horas. A segunda fase incluiu três contatos telefônicos (com aproximadamente 2 semanas de intervalo) para reforçar os princípios ensinados durante a primeira fase, cada um com duração aproximada de 45 minutos. Foram comparadas as características basais dos integrantes de ambos os grupos, e os dados convertidos para análise.

## **Principais resultados e conclusões**

O estudo apontou a intervenção com a abordagem de Terapia de Resolução de Problemas como viável e aceitável para o tratamento de cuidadores familiares de idosos com novo diagnóstico cognitivo, além de apresentar redução significativa dos sintomas depressivos, em comparação ao grupo sustentado pela educação nutricional.

Ademais, também foi apontada a redução de sintomas ansiosos e orientação negativa para o problema, trazendo maior embasamento para o uso de PST na abordagem de sintomas ansiosos e depressivos.

# Terapia Cognitivo Comportamental para TDAH Adulto

Pedro Lucas Alves Araújo Guimarães Coelho

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (adulto) ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Não consta.

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio à pesquisa

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

O tratamento é uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis) (Beck, 2014).

### **Premissa básica**

A maneira pela qual as pessoas interpretam cada situação influenciará em suas emoções e comportamentos (Beck, 2014).

### **Essência da terapia**

A Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) foca na modificação de pensamentos e comportamentos que fortalecem os efeitos danosos de distúrbios, instruindo técnicas às pessoas para que estas possam conter os principais sintomas do mesmo, bem como, às auxilia no trato com suas emoções, ansiedade, depressão, autoestima entre outras inúmeras comorbidades (Lopez, Torrente, Ciapponi et al, 2018).

## Duração aproximada da terapia

Não consta.

## Descrição dos procedimentos

No início das sessões, é restabelecida a aliança terapêutica, checando o humor, os sintomas e experiências do paciente durante a semana que passou e pedir que nomeie os problemas que mais deseja ajuda para resolver. Ademais, são revisadas as atividades de autoajuda (“exercícios de casa” ou “plano de ação”) realizadas pelo paciente. Quando discutido um problema específico que o paciente coloque em pauta, são coletados dados a respeito do problema, conceituando cognitivamente as dificuldades do paciente (perguntando sobre seus pensamentos, emoções e comportamentos específicos associados ao problema), realizando colaborativamente uma estratégia de ação. (Beck, 2014)

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados no site da APA

Não consta.

#### Disponíveis em língua portuguesa

- Terapia Cognitivo Comportamental: Teoria e Prática (Beck, 2014). ([link](#));
- A Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em evidências (Dobson e Dobson, 2011) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica (Knapp, 2009) ([link](#));
- Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado (Wright et al; 2018) ([link](#)).

### Recursos de treinamento

#### Listados no site da APA

Não consta.

#### Disponíveis em língua portuguesa

- Técnicas Utilizadas Para O Tratamento Do Transtorno De Déficit De Atenção E/Ou Hiperatividade (TDAH) Na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) (Souza e Da Silva, 2021). ([link](#));

- A eficácia da Terapia Cognitivo-Comportamental para o tratamento do TDAH adulto (Rodrigues, 2016) ([link](#)).

## Medidas, Apostilas e Planilhas

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

- A Terapia Cognitivo-Comportamental baseada em evidências (Dobson e Dobson, 2011) ([link](#)).

## Livros de auto-ajuda

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

- Caixinha antidepressão: 100 práticas com técnicas de terapia cognitivo-comportamental, neurociência e psicologia evolutiva (Barbosa, 2019) ([link](#));
- Treine seu cérebro: Terapia cognitivo-comportamental em 7 semanas (Gillihan, 2021) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental para leigos (Branch et al; 2019) ([link](#)).

## Aplicativos para smartphones

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

- Cogni ([link](#));
- Youper (Youper, Inc) ([link](#));
- Diário RPD (Marcos Costa) ([link](#)).

## Demonstrações em vídeo

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

- Simulação de aplicação de técnica da terapia cognitiva comportamental - TCC. A Técnica apresentada. (Marco Aurélio) ([link](#)).

## Descrições em vídeo

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

- TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL - TCC: quais os seus benefícios (Cantinho da Psicóloga) ([link](#));
- Como a Terapia Cognitiva atua com pacientes com TDAH? (Terapia Cognitiva Online) ([link](#));
- Terapia Cognitivo-Comportamental e o TDAH em Adulto (Terapia Cognitiva Online) ([link](#));
- LIVE | Terapia Cognitivo-Comportamental e o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (Terapia Cognitiva Online) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

Não consta.

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis em língua portuguesa

- Terapia Cognitivo-Comportamental para adolescentes com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: uma revisão sistemática de literatura (Braun et al; 2019) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

### Listados no site da APA

- Safren SA, Perlman CA, Sprich S, Otto MW. Dominando seu TDAH adulto: uma abordagem de terapia cognitivo-comportamental. Nova York, NY: Oxford University Press; 2005.
- Safren SA, Sprich S, Perlman CA, Otto MW. Dominando seu TDAH adulto: um manual do cliente do programa de tratamento cognitivo-comportamental. Nova York, NY: Oxford University Press; 2005.

- Solanto, MV Terapia Cognitivo-Comportamental para TDAH em Adultos: Visando a Disfunção Executiva. Nova York, NY: The Guilford Press; 2011.

#### Disponíveis em língua portuguesa

- Avaliação e diagnóstico em terapia cognitivo-comportamental (Araújo e Sino-hara, 2002) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Fang Huang , Yi-lang Tang, Mengjie Zhao, Yanfei Wang, Meirong Pan, Yufeng Wang, e Qiujin Qian.
- **Título:** Terapia cognitivo-comportamental para TDAH em adultos: um ensaio clínico randomizado na China.
- **Data de publicação:** 2017
- **Periódico:** Sociedade Profissional Americana de TDAH e Distúrbios Relacionados (APSARD).
- **Número:** 9
- **Volume:** 23
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio Clínico Randomizado

### Racional

Os autores buscam avaliar a eficácia da TCC em grupo com e sem sessões de reforço em pacientes adultos chineses com TDAH, assim como investigar a hipótese da potencialidade da TCC em grupo na melhora dos sintomas centrais do TDAH e redução das deficiências, assim como a hipótese de que a TCC com sessões de reforço forneceria benefícios adicionais para os principais sintomas do TDAH, bem como para as deficiências.

### Objetivo

O estudo tem como objetivo investigar os efeitos da Terapia Cognitivo-Comportamental em grupo e suas sessões de reforço para pacientes adultos chineses com TDAH.

## Método

Participaram do estudo 108 pacientes ambulatoriais das clínicas psiquiátricas do Sexto Hospital da Universidade de Pequim, que desejavam receber TCC entre setembro de 2013 e fevereiro de 2015. Estes foram divididos em três grupos por separação randomizada, sendo estes: Grupo Apenas TCC (n = 43), Grupo TCC + reforço (n = 43) e Grupo controle com pacientes em lista de espera (n = 22). O desfecho primário foi a pontuação da Escala de Avaliação do TDAH (ADHD-RS). Os desfechos secundários incluíram emoção, função executiva (FE), impulsividade, autoestima e qualidade de vida na 12<sup>a</sup> e 24<sup>a</sup> semana. A TCC foi realizada semanalmente da primeira à 12<sup>a</sup> semana e as sessões de reforço foram realizadas mensalmente da 13<sup>a</sup> à 24<sup>a</sup> semana. Todas as sessões tiveram duração de 120 minutos e foram realizadas em grupos, com cada grupo com 8 a 12 pacientes. As sessões semanais de TCC tinham seis módulos, incluindo organização e planejamento, redução da distração, pensamento adaptativo, lidar com a procrastinação, construção de relacionamento útil e revisão. O principal objetivo das sessões de reforço é consolidar as habilidades aprendidas e desenvolver estratégias para lidar com a recorrência ou recaída.

## Principais resultados e conclusões

Inicialmente, ao final da 12<sup>a</sup> semana, os escores de ADHD-RS, Função Executiva (FE) e impulsividade mostraram melhora significativa no grupo TCC + reforço, quando comparado ao grupo controle. Na 24<sup>a</sup> semana, as diferenças entre o Grupo Apenas TCC e o Grupo TCC + Reforço não foram significativas. A partir dos dados analisados, os autores concluíram que a TCC foi eficaz para o tratamento de pacientes adultos chineses com TDAH. Ademais, pontuam que as sessões de reforço não aparentam fornecer benefícios adicionais significativos.

## Referência bibliográfica

Beck, J. S. (2014). *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática*. Artmed: Rio Grande do Sul.

Lopez, P. L., Torrente, F. M., Ciapponi, A., Lischinsky, A. G., Cetkovich- Bahamas M., Rojas, J. I., Romano, M., Manes, F. F.(2018). Cognitive-behavioural interventions for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev.*, 23(3), 1-99.

# Terapia de casais focada nas emoções

Rafaela Cássia Fanti

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Dificuldade de relacionamento com o cônjuge ou parceiro íntimo. ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação.

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte apoio à pesquisa.

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

A Terapia Focada nas Emoções para Casais (EFT) tem como base o apego e a conceitualização de padrões de interação e afetos negativos ou rígidos, se tornando aversivos e tipificam o sofrimento no relacionamento do casal. O intuito é uma mudança nesses padrões comportamentais, a fim de criar um apego mais seguro dentro do relacionamento, ressignificando situações consideradas aversivas e que estão, de algum modo, causando sofrimento psíquico ao casal.

### **Premissa básica**

A Terapia Focada nas Emoções para Casais (EFT) é baseada no apego e conceitua os padrões de interação negativos e rígidos e o afeto negativo absorvente que tipificam o sofrimento nos relacionamentos de casal em termos de desconexão emocional e apego inseguro. Presume-se que a mudança na EFT ocorra, não por insight, catarse ou habilidades aprimoradas per se, mas pela formulação e expressão de uma nova experiência emocional que transforma a natureza do drama interacional, particularmente no que se refere às necessidades e emoções do apego.

## Essência da terapia

EFT baseia-se em princípios humanísticos e sistêmicos para ajudar a criar um vínculo de apego mais seguro em um relacionamento. Este modelo integra a perspectiva intrapsíquica proporcionada por abordagens experienciais com uma perspectiva sistêmica interpessoal para ajudar os parceiros angustiados a moldar a acessibilidade emocional, a capacidade de resposta e o engajamento - os elementos-chave da segurança do apego. O processo de EFT envolve três etapas. O primeiro estágio, desescalamento do ciclo, ajuda o casal a entender como suas interações negativas conduzem a um ciclo auto-reforçador de angústia. No final deste estágio, o casal internalizou que o problema é seu ciclo de auto-reforço associado a rupturas de apego, levando a reenquadrar o problema como seu ciclo negativo. O segundo estágio, reestruturar as interações, envolve a formação de novas experiências emocionais centrais e novas interações que levam a uma conexão mais segura. Os parceiros são encorajados a explorar e compartilhar suas vulnerabilidades e necessidades de apego com seu parceiro na sessão, em encenações estruturadas e focadas. Esses eventos criam novos ciclos construtivos de contato e carinho, promovendo um apego seguro. O terceiro estágio da EFT, consolidação, envolve ajudar os casais a usar seu vínculo de apego mais seguro e melhorar o funcionamento do relacionamento para resolver problemas em suas vidas cotidianas e criar uma história de resiliência e domínio em seu relacionamento. A terapia de casais EFT também usa o mesmo processo de 5 etapas que as terapias individuais e familiares de EFT para promover a mudança.

## Duração aproximada da terapia

EFT é uma breve terapia de curto prazo que normalmente leva entre 8 a 20 sessões para mover um casal através dos três estágios. Como regra geral, o primeiro estágio, desescalamento, geralmente requer 75% do número total de sessões para que um casal diminua seu sofrimento emocional quando acionado e crie segurança emocional de forma confiável fora do consultório de terapia. Uma vez que isso ocorra, o segundo estágio, conexão/vinculação profunda, utiliza quase todas as sessões restantes reservadas para o estágio final - ganhos consolidados. Uma variedade de variáveis de confusão pode aumentar o número de sessões necessárias.

## Descrição dos procedimentos

Esse modelo de terapia utiliza perspectivas intrapsíquicas com base em abordagens experienciais com perspectivas sistêmica interpessoal dos parceiros, moldando acessibilidade emocional, capacidade de resposta e engajamento - elementos chaves da segurança do apego.

**Primeiro estágio:** ajuda o casal a entender como as interações negativas estão conduzindo a um ciclo auto reforçador de angústia. No final deste estágio, o casal internalizou que o problema é seu ciclo de auto-reforço associado a rupturas de apego.

**Segundo estágio:** trabalha-se a reestruturação das interações envolvendo a formação de novas experiências emocionais centrais que levam a uma conexão mais segura - parceiros

são encorajados a explorar e compartilhar vulnerabilidades e necessidades em encenações estruturadas e focadas a partir da demanda, com foco na construção de carinho e contato.

**Terceiro estágio:** há a consolidação e envolvimento em ajudar os casais a utilizar esse vínculo de apego mais seguro que foi construído. Dessa forma, tende a melhorar o funcionamento do relacionamento no que diz respeito a resolução de problemas na vida cotidiana.

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados no site da APA

- Teoria do Apego na Prática: Terapia Focada nas Emoções (EFT) com Indivíduos, Casais e Famílias 1ª Edição (Johnson) ([link](#)).

#### Em português

- Manual de Terapia Cognitivo Comportamental para Casais e Família (Dattilio) ([link](#)).

### Recursos de treinamento

#### Listados no site da APA

- O Casebook Emocionalmente Focado: Novas Direções no Tratamento de Casais (Furrow, Johnson, & Bradley, 2011) ([link](#));
- Terapia Focada nas Emoções para Casais (Greenberg, LS, & Johnson, SM, 1988) ([link](#));
- Tornando-se um terapeuta de casal focado nas emoções: o livro de exercícios (Johnson, S., et al., 2005) ([link](#));
- Processos de Apego em Terapia de Casal e Família (Johnson & Whiffen (Eds.), 2003) ([link](#));
- A Prática da Terapia de Casal Focada nas Emoções: Criando Conexão (2ª ed.) (Johnson, 2004) ([link](#));
- Terapia de Casal Focada Emocionalmente com Sobreviventes de Trauma: Fortalecendo os Laços de Apego (Johnson, 2002) ([link](#));
- The Heart of the Matter: Emotion in Marital Therapy (Johnson & Greenberg (Eds.), 1994) ([link](#));
- A Prática da Terapia Conjugal Focada Emocionalmente: Criando Conexão (Johnson, 1996) ([link](#)).

#### Em português

- Terapias cognitivo-comportamentais para casais e família: bases teóricas, pesquisas e intervenções (Cardoso e Paim) ([link](#));
- A clínica das emoções: Teoria e Prática da Terapia Focada nas Emoções (Mendes e Greenberg) ([link](#));
- Teoria do Apego: Fundamentos, Pesquisas e Implicações Clínicas (Abreu) ([link](#)).

## Medidas, Apostilas e Planilhas

### Listados no site da APA

- Terapia Focada na Emoção – Escala de Fidelidade do Terapeuta (EFT-TFS): Desenvolvimento conceitual e validade de conteúdo (Denton, Johnson e Burleson, 2009) ([link](#));
- Medindo a fidelidade na terapia de casais com foco emocional (EFT): um teste piloto da EFT Therapist Fidelity Scale (Sandberg et al., 2015) ([link](#)).

### Em português

Não consta.

## Livros de auto-ajuda

### Listados no site da APA

- Hold Me Tight: Sete Conversas para uma Vida de Amor (Johnson, 2008) ([link](#));
- Criado para conexão: o guia “Hold Me Tight” para casais cristãos (Johnson & Sanderfer, 2016) ([link](#));
- Um livro de exercícios com foco emocional para casais: nós dois (Kallos-Lilly & Fitzgerald, 2014) ([link](#));
- Terapia de casal focada nas emoções para leigos (Bradley & Furrow, 2013) ([link](#));
- Love Sense: The Revolutionary New Science of Romantic Relationships (Johnson, 2013) ([link](#)).

### Em português

- As cinco linguagens do amor: como expressar um compromisso de amor a seu cônjuge (Chapman, 2013) ([link](#));
- Comunicação & intimidade: o segredo para fortalecer seu casamento (Chapman, 2021) ([link](#));
- Diálogo sim, briga não: 100 perguntas para melhorar a relação do casal (Figueiredo & Lima, 2018) ([link](#)).

## Aplicativos para smartphones

### Listados no site da APA

Não consta.

### Em português

Não consta.

## Demonstrações em vídeo

### Listados no site da APA

• Vídeos de treinamento desenvolvidos profissionalmente demonstrando todos os aspectos da Terapia de Casal Focada nas Emoções estão disponíveis seguindo o link para o [Centro Internacional de Terapia Focada](#) nas Emoções e procurando na seção “Recursos do Terapeuta”. Uma amostra dos títulos que podem ser encontrados lá incluem:

- Passo a Passo da Terapia Focada nas Emoções: um curso online completo
- Moldando uma conexão segura: estágios 1 e 2 da terapia de casal focada nas emoções
- Enfrentando o Dragão Juntos. EFT com casais traumatizados

### Em português

- Amor e Apego: A Terapia Focada nas Emoções com Casais ([link](#));
- Treinamento - Terapia de Casal Focada nas Emoções ([link](#)).

## Descrições em vídeo

### Listados no site da APA

- O que é Terapia Focada nas Emoções (ou EFT)
- As Leis do Amor
- Acalmar o cérebro ameaçado
- Sentido do amor, do bebê ao adulto (Sue Johnson e Ed Tronick)

### Em português

- Como a Terapia Focada nas Emoções Funciona Q&A ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Listados no site da APA

• Prevendo os principais eventos de mudança na terapia de casal com foco emocional (Dalglish et al., 2015) ([link](#));

- Cultivando conexões após o trauma na infância: um estudo controlado randomizado de terapia de casal com foco emocional para mulheres sobreviventes de abuso na infância (Dalton et al., 2013) ([link](#));
- Aumentando o tratamento medicamentoso antidepressivo de mulheres deprimidas com terapia focada emocionalmente para casais: um estudo piloto randomizado (Denton, Wittenborn e Golden, 2012) ([link](#));
- Terapia Focada na Emoção para casais no tratamento da depressão: Um estudo piloto (Dessaulles, Johnson, & Denton, 2003) ([link](#));
- Comparação de abordagens integradas sistêmicas e emocionalmente focadas na terapia de casais (Goldman & Greenberg, 1992) ([link](#));
- Intervenção conjugal com foco emocional para casais com filhos com doenças crônicas (Gordon-Walker et al., 1996) ([link](#));
- Efeitos de um componente de treinamento de comunicação adicionado a uma terapia de casais com foco emocional (James, 1991) ([link](#));
- Terapia de casais com foco emocional: um estudo de resultado (Johnson & Greenberg, 1985) ([link](#));
- Efeitos diferenciais de intervenções experienciais e de resolução de problemas na resolução de conflitos conjugais (Johnson, & Greenberg, 1985) ([link](#));
- Preditores de sucesso na terapia conjugal com foco emocional (Johnson, SM, & Talitman, E., 1997) ([link](#));
- Acalmando o cérebro ameaçado: aproveitando o conforto do contato com a terapia focada nas emoções (Johnson et al., 2013) ([link](#));
- Terapia de casal com foco emocional para pais que criam uma criança com transtorno do espectro do autismo: um estudo piloto (Lee, Furrow e Bradley, 2017) ([link](#));
- Terapia focada nas emoções para casais e sobreviventes de abuso sexual na infância (MacIntosh & Johnson, 2008) ([link](#));
- Baixo desejo sexual em mulheres: os efeitos da terapia conjugal (McPhee, Johnson e Van der Veer, 1995) ([link](#));
- Resolvendo lesões de apego em casais usando EFT: Passos para o perdão e a reconciliação (Makinen, & Johnson, 2006) ([link](#));
- Uma intervenção de casais para pacientes com câncer avançado e seus cônjuges cuidadores: Resultados de um estudo piloto (McLean et al., 2008) ([link](#));
- Uma intervenção baseada em casal para pacientes e cuidadores que enfrentam câncer em estágio terminal: resultados de um estudo controlado randomizado (McLean et al., 2013) ([link](#));
- A eficácia da terapia de casais focada emocionalmente com veteranos com TEPT: um estudo piloto (Weissman et al., 2017) ([link](#));

- Ensaio controlado randomizado de terapia de casal com foco emocional em comparação com o tratamento usual para depressão: resultados e mecanismos de mudança (Wittenborn et al., 2018) ([link](#)).

#### **Em português**

- O treinamento da expressividade emocional na resolução de conflitos de casais (Campetti, 2013) ([link](#)).

## **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

### **Listados no site da APA**

- Terapia de casais com foco emocional: uma revisão sistemática de sua eficácia nos últimos 19 anos (Beasley & Ager, 2019) ([link](#));
- Terapia de Casais Focada nas Emoções: Status e desafios (Johnson et al., 1999) ([link](#));
- Uma revisão da pesquisa em Terapia Focada nas Emoções para casais (Wieve & Johnson, 2016) ([link](#));
- O que funciona para quem: Uma revisão meta-analítica da terapia conjugal e de casais em referência ao sofrimento conjugal (Wood et al., 2005) ([link](#));
- Pesquisa sobre o tratamento do sofrimento do casal (Lebow et al., 2012) ([link](#)).

#### **Em português**

- Terapia focada nas emoções e processos de mudança em psicoterapia ([link](#)).

## **Outros recursos de tratamento**

### **Listados no site da APA**

- Os seguintes recursos podem ser encontrados no [International Center for Emotional Focused Therapy](#) na seção “Hold Me Tight”:
  - Hold Me Tight – Programa de educação e aprimoramento de relacionamento – Online
  - Hold Me Tight – Programa de educação e aprimoramento de relacionamento – Workshops em todo o mundo
  - Hold Me Tight para casais cristãos – Programa de educação e aprimoramento de relacionamento – Workshops em todo o mundo
  - O programa Hold Me Tight Let Me Go para famílias com adolescentes – Workshops em todo o mundo
- Terapia Individual Focada nas Emoções – ([link](#) DVD);
- Terapia familiar focada nas emoções: Restaurando a conexão e promovendo a resiliência (Furrow et al., 2019) ([link](#)).

#### **Em português**

- Emotionally Focused Therapy e mudança na conjugalidade: Um estudo de revisão sistemática - ([link](#))

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Wittenborn A.K, Liu T., Ridenour T.A., Lachmar E.M., Mitchell E.A., Seedall R.B.
- **Título:** Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change
- **Data de publicação:** agosto de 2018
- **Periódico:** Journal of marital and family therapy
- **Número:** 45
- **Volume:** 3
- **Tipo da pesquisa:** Estudo controlado randomizado

### Racional

Partindo do pressuposto que, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, (2017) o Transtorno Depressivo Maior é a principal causa mundial de incapacidade médica e a A Terapia Focada nas Emoções (EFT) é uma das poucas psicoterapias para casais baseadas em evidências (Johnson, Hunsley, Greenberg e Schindler, 1999), não está claro como a EFT, um tratamento destinado ao sofrimento conjugal, também alivia a depressão. Contudo, há evidências que a má qualidade do relacionamento pode estar associada ao desenvolvimento futuro de sintomas depressivos, e os sintomas depressivos podem estar vinculados ao desenvolvimentos de problemas no relacionamento. O estudo realizou, então, um teste piloto de eficácia de EFT para depressão a partir de comparação entre grupos utilizando a EFT e tratamento usual, logo aqueles tratamentos que eram operados nos ambientes comunitários diferentes de EFT, com o acréscimo de tentar examinar os mecanismos subjacentes de mudança com avaliação semanal.

### Objetivo

O presente estudo teve como objetivo abordar se a EFT proporciona melhorias maiores nos sintomas depressivos e na satisfação do relacionamento para parceiros masculinos e femininos em comparação com os cuidados habituais, bem como se há a melhora

na na satisfação com o relacionamento é o meio pelo qual a terapia de casal reduz a depressão.

## Método

Para iniciar a pesquisa, foram recrutados casais na área metropolitana na região do Meio Atlântico dos Estados Unidos, sendo que para participar do estudo deveriam ser parceiros comprometidos - casados ou coabitando por pelo menos 1 ano - que estivessem com desavenças ou que pelo menos um parceiro estivesse com depressão leve ou moderada. Utilizou-se o Inventário de Depressão de Beck (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996) para verificar os casos de depressão, sendo assim, foram incluídos casais que ambos estavam deprimidos e, também, aqueles que estivessem utilizando medicamentos psicotrópicos com dose estável por dois meses foram incluídos.

Ao final, 16 casais foram selecionados. Os casais eram predominantemente casados, brancos e de classe média, além de todos serem heterossexuais. Doze homens e sete mulheres estavam pelo menos levemente deprimidos pelo Inventário. Depois, os participantes que tiveram interesse preencheram um questionário e assinaram o termo de consentimento, além da conclusão de uma avaliação de pesquisa inicial. Por fim, os casais foram randomizados para EFT ou cuidados habituais.

Todos os casais receberam a proposta de completar 15 sessões de terapia de 1 (uma) hora cada nos consultórios de ambientes de prática comunitária, mas um casal solicitou que seu atendimento fosse no laboratório da universidade devido à proximidade e o mesmo foi atendido.

Por fim, além da triagem e das avaliações iniciais, os casais preencheram questionários após cada sessão e concluíram o processo por meio de pesquisas on-line ou pesquisas com lápis e papel nos consultórios. Todo o cuidado com sigilo após o preenchimento foi devidamente feito.

## Principais resultados e conclusões

De um modo geral, os resultados mostram que a utilização do EFT foi associado a um maior aumento na satisfação do relacionamento entre ambos os parceiros, sendo semelhantes para homens e mulheres os modelos estatísticos. Todavia, houve um maior contraste quanto a diferença de gênero no aumento da satisfação por semana - mulheres indicaram um maior aumento.

Ainda, há diferenças de gênero quanto aos resultados de depressão associados ao EFT: nas mulheres, diminuição da depressão associadas ao EFT e aos cuidados habituais e para homens diminuição da depressão é maior para EFT aos tratamentos habituais.

Durante as 15 sessões, homens e mulheres do grupo EFT obtiveram ganhos estatisticamente significativos na satisfação do casal quando comparados aos tratamentos habituais, principalmente no que diz respeito à depressão nos homens do grupo EFT. O apego promove segurança no relacionamento, então aquelas ameaças e divergências começam a ter um novo significado, principalmente no contexto das necessidades, isso porque, o casal começa a enxergar a situação como alvo de mudança ao invés de problemas individuais.

Quando o casal trabalha junto, sensações de desamparo, isolamento e desesperança dão lugar a uma nova realidade e ajudam a superar a depressão e passam para uma satisfação conjunta do casal, dando mais suporte de eficácia à EFT.

Essas mudanças em depressão e satisfação podem ocorrer de forma simultâneas ou não, logo é de suma importância lembrar que melhorar um sintoma não depende de outro, ou seja, para melhorar a depressão não basta somente melhorar a satisfação, mas há casais que irão responder da forma contrária. Afinal, embora a EFT tenha como foco melhora na qualidade do relacionamento, a depressão é uma síndrome sistêmica, logo podem aparecer concomitantemente. No estudo, haviam somente depressão leve e moderada.

## Limitações

A amostra é apenas de 16 casais, logo é difícil generalizar os resultados obtidos para as demais populações e configurações. Além disso, as mulheres na condição EFT iniciaram o tratamento com menor sintomatologia depressiva em comparação com o tratamento usual simplesmente devido ao acaso. Ademais, metade dos terapeutas de EFT possuía graduação em terapia familiar e matrimonial (MFT), enquanto nenhum dos terapeutas de cuidados habituais possuía graduação em MFT.

## Referência bibliográficas

Beck A. T., Steer R. A. & Brown G. K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. Psychological Corporation: San Antonio.

# Seleção Sistemática de Tratamento para Populações Ambulatoriais Gerais

Raíssa Alves Carvalho

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Condições mistas de ansiedade ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte sustentação científica

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

De acordo com Jardim (2009), a Seleção Sistemática de Tratamento foi criada por pesquisadores dos EUA, que liderados por Lerry E. Beutler, em 1983, desenvolveram a “psicoterapia eclética”. Essa abordagem busca combinar diferentes metodologias visando estudar a efetividade e eficácia das psicoterapias e suas aplicações no contexto clínico, levando em consideração as técnicas específicas de cada uma delas. De acordo com essa perspectiva, é necessário estudar os resultados terapêuticos, por meio de verificações empíricas, para determinar especificamente como se dará as intervenções, ao descrever as variáveis relevantes para o diagnóstico, prognóstico, avaliação de resultados e condução do processo. Essa abordagem fornece ferramentas que buscam mensurar, qualificar e pesquisar aspectos que são decisivos no vínculo terapêutico, uma vez que considera a qualidade da relação terapeuta-paciente como o fator primordial nos resultados das intervenções. É por meio da utilização de diversos instrumentos que buscam medir diversas variáveis intrapsíquicas para obter dados para analisar a díade terapeuta-paciente. O STS é um “programa de computador que processa as informações sobre variáveis tais como características de paciente, terapeuta, patologia e técnica, e fornece dados sobre o tratamento e terapeuta mais indicados para o caso, bem como o prognóstico para o caso e um gráfico de avaliação do desenvolvimento da psicoterapia” (Jardim & Gomes, p.3, 2009).

## **Premissa básica**

SST (Systematic Treatment Selection) é um tratamento baseado em evidências que usa princípios empíricos para compilar um plano de tratamento integrado para identificar procedimentos que otimizem a mudança clínica, com base nas qualidades pessoais dos clientes e nas características do problema. Os terapeutas podem usar os princípios STS dentro ou entre teorias para adaptar o tratamento às necessidades de seus clientes.

## **Essência da terapia**

SST é uma “psicoterapia prescritiva” que orienta os terapeutas na escolha de procedimentos e modalidades de tratamento de uma ampla variedade de abordagens, seguindo princípios de mudança baseados em evidências. A terapia STS integra terapias cognitivo-comportamentais e psicodinâmicas no que diz respeito aos estilos de enfrentamento dos clientes.

## **Duração aproximada da terapia**

A terapia SST é realizada em um período de 8 a 24 sessões. A duração varia de acordo com os níveis de comprometimento funcional dos clientes, prontidão para mudança e flexibilidade dos terapeutas para selecionar e usar intervenções eficazes que se ajustem ao paciente. Os efeitos são geralmente retidos ao longo de 6 e 12 meses de acompanhamento.

## **Descrição dos procedimentos**

A terapia SST mistura diversas estratégias de eficácia e efetividade, visando identificar quais as variáveis de pacientes e de terapeutas são decisórias para a qualidade da relação terapêutica. Dentre algumas das variáveis citadas estão as características de personalidade tanto do terapeuta como do paciente, motivação do paciente, gravidade do diagnóstico, recursos envolvidos na situação como rede de apoio e trabalho, tempo que mudanças esperadas começaram a acontecer, etc. Sendo assim, é possível apontar um caminho mais específico de fatores que são importantes e que influenciam nessa relação, através do estudo das percepções e avaliações críticas do terapeuta e do paciente.

Para tal objetivo, o modelo descreve definições operacionais sobre características de pacientes, terapeutas e intervenções, a fim de privilegiar o encontro terapeuta cliente promovendo maior efetividade dos tratamentos na forma do entrecruzamento de variáveis (Jardim, 2008, p.34)

Um dos grandes desafios foi ressaltado por Gomes, Reck, Bianchi & Ganzo (1993 apud Jardim, 2008) é que ao serem questionados acerca da qualidade da terapia, os pacientes e terapeutas tendem a considerar como positivo qualquer tratamento psicológico. Dessa forma, se torna mais difícil a identificação de indicadores no sucesso psicoterapêutico com precisão.

Ao descrever operacionalmente esses indicadores desenvolveram o SST que é um software que processa as informações de determinadas variáveis (características do terapeuta e paciente, patologia e técnica) e então aponta para quais tratamentos e terapeutas são mais indicados para aquele caso específico, o prognóstico e um gráfico de avaliação do desenvolvimento do tratamento psicológico (Jardim, 2008).

O programa (S.S.T.), bem como a operacionalização da abordagem eclética, articula-se em torno de cinco fatores que, segundo Beutler e equipe, influem decisivamente nos resultados terapêuticos. São elas: (1) severidade do problema. (2) motivação, (3) complexidade do problema. (4) potencial de resistência ou reação, e (5) estilos de coping (Gaw & Beutler, 1995 apud Jardim, 2008, p.30).

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

Não consta.

### Livros

- Psicoterapia Prescritiva (Beutler & Harwood, 2000) ([link](#))
- Diretrizes para o Tratamento Sistemático do Paciente Deprimido (Beutler, Clarkin e Bongar, 2000) ([link](#))
- Princípios de Mudança Terapêutica que Funcionam (Castonguay & Beutler, 2006) ([link](#))
- Princípios da Psicoterapia Mudam que Funcionam: Aplicações, Vol II (Castonguay, Constantino e Beutler, chegando em 2019) ([link](#)).

### Recursos de treinamento

- Treinamento de Supervisão 1: História e Desenvolvimento de Oito Princípios Fundamentais de STS ([link](#));
- Treinamento de Supervisão 2: Princípios STS 1-4 e Suas Aplicações ([link](#));
- Treinamento de Supervisão 3: Princípios STS 5-8 e Suas Aplicações ([link](#));
- Treinamento de Supervisão 4: Formulação e Avaliação de Caso STS ([link](#));
- Treinamento de Supervisão 5: Prática de Caso Adicional e Resumo dos 8 Princípios STS ([link](#));
- Treinamento do Terapeuta 1: Resistência do Paciente ([link](#));
- Treinamento do Terapeuta 2: Estilo de Enfrentamento do Paciente ([link](#)).

## Medidas, Apostilas e Planilhas

- Medições STS: Innerlife for Clinicians (Beutler, William e Norcross, 2009) ([link](#));
- Medições STS: Innerlife for Clients (Beutler, William e Norcross, 2009) ([link](#));
- Escala de Avaliação do Processo do Terapeuta (TPRS) Versão Curta (Kimpara , Regner e Beutler, 2013) ([link](#));
- Folhetos para os Princípios STS 18 (Beutler, Clarkin e Bongar 2000) ([link](#));
- Apostilas para treinamento de supervisão (Beutler, Kimpara e Forester, 2014) ([link](#)).

## Livros de auto-ajuda

- Estou louco, ou é meu psiquiatra? (Beutler, Bongar e Shurkin, 1988) ([link](#));
- Autoajuda que funciona: recursos para melhorar a saúde emocional e fortalecer os relacionamentos, 4ª edição (Norcross et al., 2014) ([link](#)).

## Aplicativos para smartphones

- Aplicativos para smartphones STS Innerlife (Beutler & Heller, 2017) ([link](#)).

## Demonstrações em vídeo

- Simpósio Convidado do ICP 2016 (46 minutos) (Beutler, 2016) ([link](#));
- Selecionando o tratamento mais apropriado para cada paciente (entrevista) (Beutler, 2016) ([link](#));
- Larry Beutler & Robbie Jogando Sem Freio (Beutler, 2010, Nature of Our Relationships) ([link](#)).

## Descrições em vídeo

### Listados pela APA

- Larry E. Beutler on selecting the most appropriate treatment for each patient ([link](#))
- ICP 2016 Invited Symposium ([link](#))

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

- Preditores de resposta diferencial a procedimentos psicoterapêuticos cognitivos, experienciais e autogerenciados (Beutler et al., 1991) ([link](#));
- Procurando por efeitos diferenciais: Preditores transculturais da eficácia da psicoterapia diferencial (Beutler, Mohr, Graw, Engle e MacDonald, 1991) ([link](#));

- Tratamento diferencial paciente X manutenção dos efeitos do tratamento entre psicoterapias cognitivas, experienciais e autodirigidas (Beutler, Machado, Engle, & Mohr, 1991) ([link](#));
- Interações entre o processo de psicoterapia e os atributos do paciente que predizem a eficácia do tratamento com álcool: um relatório preliminar (Karno, Beutler e Harwood, 2002) ([link](#));
- Uma comparação dos indicadores Dodo, EST e ATI entre pacientes deprimidos dependentes de estimulantes comórbidos (Beutler et al., 2003) ([link](#));
- Efeitos comuns e específicos do tratamento de casais para o alcoolismo: um teste do modelo genérico de psicoterapia (Harwood, Beutler, Castillo, & Karno, 2006) ([link](#));
- Variáveis comuns, específicas e de ajuste de tratamento no resultado da psicoterapia (Beutler, Forrester, Gallagher-Thompson, Thompson e Tomlins, 2012) ([link](#));
- Supervisão baseada em evidências: Acompanhamento de resultados e princípios de ensino de mudança na supervisão clínica para trazer a ciência para a prática integrativa (Holt et al., 2015) ([link](#));
- Todas as terapias cognitivas são iguais? Uma comparação do processo de terapia cognitiva e não cognitiva e implicações para a aplicação de tratamentos empiricamente apoiados (ESTs) (Malik, Beutler, Alimohamed, Gallagher-Thompson, & Thompson, 2003) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

- Estilo de enfrentamento (2ª ed.; Beutler, Harwood, Kimpara, Verdirame e Blau, 2011) ([link](#));
- Nível de Resistência/Reatância (2ª ed.; Beutler, Harwood, Michelson, Song & Holman, 2011) ([link](#));
- Estilos de enfrentamento (3ª ed.; Beutler, Edwards, Kimpara, & Miller, no prelo) ([link](#));
- Reatância/Resistência (3ª ed.; Edwards, Beutler, & Someah, no prelo) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

- Intervenções psicoterapêuticas comuns, específicas e transversais (Beutler, Forrester, Holt e Stein, 2013) ([link](#));
- Seleção Sistemática de Tratamento (STS) e Terapia Prescritiva (Beutler, Harwood, Bertoni e Thomann, 2002) ([link](#));
- Terapias Integrativas e Ecléticas na Prática (Beutler, Consoli, & Williams, 1995) ([link](#));
- Tornando a avaliação relevante para o planejamento do tratamento: O formulário de classificação do clínico STS (Fisher, Beutler e Williams, 1999) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Mitchell P. Karnoa,\* , Larry E. Beutlerb, T. Mark Harwoodb
- **Título:** Interactions between psychotherapy procedures and patient attributes that predict alcohol treatment effectiveness: A preliminary report ([link](#))
- **Data de publicação:** 2002
- **Periódico:** Addictive Behaviors
- **Número:** 5
- **Volume:** 27
- **Tipo da pesquisa:** Ensaio clínico controlado randomizado

### Racional

Ao considerar a complexidade do tratamento para o alcoolismo as abordagens no geral falham em algum quesito específico. Isso se dá provavelmente porque nenhum tratamento único é eficaz para todos os pacientes, e uma metodologia específica deve ser pautada nas características singulares daquela pessoa. Apesar das variáveis, há indicativos que apontam que descompactar manuais de tratamentos e classificar as intervenções em grupos funcionais que refletem objetivos ou qualidades semelhantes pode melhorar a previsão das investigações. Sendo assim, procedimentos semelhantes que diferenciam-se nas teorias e manuais, podem compartilhar resultados comuns. Esse é o trabalho que a Seleção Sistemática de Tratamento (SST) busca realizar, ao pontuar que as características do paciente, do terapeuta e do tratamento impactam na eficácia de uma psicoterapia. Por não encontrarmos estudos empíricos com a SST, na área de tratamento do alcoolismo, busca-se por meio desse estudo uma avaliação dessa teoria, aplicada a esse contexto. Uma vez que considera-se uma teoria que pode explicar de uma forma melhor as interações entre os tratamentos para o alcoolismo e os próprios alcoólatras.

### Objetivo

Pesquisar sobre como a eficácia do tratamento do alcoolismo varia de acordo com as características do paciente e as intervenções do terapeuta ao longo de todo o processo.

## Método

Participaram da pesquisa 75 pacientes (63 homens e 12 mulheres) que foram selecionados a partir dos critérios que incluíam um teste de triagem de alcoolismo de Michigan (MAST) com pontuação maior que seis, uso de álcool como um problema primário e estar em um relacionamento por pelo menos 6 meses. Os 75 participantes depois de consentirem suas participações na pesquisa, foram aleatoriamente designados para uma das formas de tratamento de alcoolismo, sendo elas TCC (Terapia cognitivo-comportamental) ou TST (Terapia de sistemas familiares). Contudo, apenas 47 desses participantes concluíram todas as etapas da pesquisa, tornando válida a participação para o estudo.

Ambos os tratamentos foram entregues em um formato de 20 sessões que incluíam o parceiro ou cônjuge do paciente que era alcoólatra. A amostra deste estudo frequentou entre 12 e 20 sessões, durante um período de 7-58 semanas. Os terapeutas de cada uma das abordagens receberam treinamento dos autores do manual de tratamento, através de experiências didáticas e dramatização. Para a realização do estudo, utilizou-se informações de avaliação pré-tratamento como os atributos do paciente, avaliações dos observadores das psicoterapias e uma medida de resultado de consumo avaliada no final do tratamento. Todos os terapeutas receberam supervisão semanalmente, utilizando as sessões gravadas em vídeo e também verificações semanais da fidelidade sobre a adesão ao tratamento.

Uma análise preliminar do principal efeito da modalidade de tratamento no resultado do consumo de álcool foi realizada usando a análise de variância com o consumo de base inserido como covariável. Análises de regressão linear hierárquica separadas foram então usadas para examinar cada interação paciente-terapia como um preditor do uso de álcool durante a fase de manutenção do tratamento. A terceira etapa de cada análise incluiu a interação entre o paciente e os efeitos da terapia. Visando examinar as interações entre as características do paciente e a modalidade de tratamento, como preditores do uso de álcool, utilizou-se um conjunto de análises de regressão. A partir desse conjunto de análises, comparou-se os efeitos que envolvem o processo terapêutico e os que envolvem as modalidades de tratamento.

## Principais resultados e conclusões

Este estudo demonstrou que a eficácia do tratamento do alcoolismo pode ser prevista pela interação entre as características do paciente e o processo de psicoterapia na sessão avaliado no início do tratamento. Observou-se que as relações entre o sofrimento emocional, o foco do terapeuta no afeto, a reação do paciente e a diretividade do terapeuta foram importantes preditores do uso de álcool durante a fase de manutenção do tratamento.

Sendo assim, a adaptação dos tratamentos de alcoolismo com base nas características pessoais de cada indivíduo pode aumentar a eficácia do tratamento. E de acordo com os dados levantados, a avaliação das principais características do paciente no início do tratamento é válida para direcionar e moldar o modo como a psicoterapia será realizada. Esses resultados oferecem algumas diretrizes para personalizar o tratamento de alcoólatras.

É importante ressaltar as limitações deste estudo no quesito do pequeno número de participantes e a taxa de seguimento foi moderada. Devido ao tamanho limitado da amostra

não foi possível incluir uma grande quantidade de variáveis de controle para as análises, por exemplo variáveis demográficas). Dessa forma, para um maior compreensão dos efeitos entre pacientes e a terapia no contexto de tratamento do alcoolismo é necessário que mais pesquisas sejam realizadas.

## Referências Bibliográficas

Jardim, A., & Gomes, W. B. (2009). Psicoterapia e personalidade: impacto da interação entre terapeuta e paciente na avaliação de resultados. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(1), 2-11.

Jardim, A. P. (2008). Influências do desenvolvimento psicológico e da personalidade na relação entre terapeutas e pacientes. Tese de Doutorado.

# Terapia Comportamental Dialética para Transtorno de Personalidade Borderline

Teresa Salim de Araújo

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Transtorno de Personalidade Borderline ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Critérios fortes

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

A Terapia Comportamental Dialética foi desenvolvida por Linehan com intuito de tratar comportamentos suicidas crônicos, que posteriormente, estendeu a pacientes que atenda.

Os critérios de transtorno de personalidade borderline, com risco alto de vida, comportamentos que ameaçam a vida, incluindo automutilação, tendências suicidas, comportamentos autodestrutivos, relações interpessoais tumultuadas entre outros. A Terapia Comportamental Dialética é complexa porém é flexível ao ser adaptável às necessidades e demandas de cada paciente e em cada momento. A DBT (Terapia comportamental dialética) organiza o tratamento ambulatorial em terapia individual semanal, treinamento semanal de habilidades em grupo, consultoria por telefone e uma equipe de consultoria entre pares de terapeutas de DBT.

### **Premissa básica**

Um subconjunto de indivíduos experimenta emoções mais intensamente do que outros. Para regular emoções intensificadas, eles tendem a reagir de maneira mais extrema e

impulsiva (por exemplo, automutilação, tentativas de suicídio). Pensa-se que a falta de consciência e aceitação dessas experiências emocionais interfere no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes para o sofrimento.

## **Essência da terapia**

A terapia comportamental dialética ensina aos clientes habilidades comportamentais em atenção plena, tolerância ao sofrimento, eficácia interpessoal e regulação emocional.

## **Duração aproximada da terapia**

Varia, mas geralmente dura de 1 a 1,5 anos, incluindo terapia individual e grupos de habilidades.

## **Descrição dos procedimentos**

A Terapia Comportamental Dialética é um protocolo de atendimento clínico, dividido em 3 etapas, com metas comportamentais específicas, organizadas em forma de pré-requisitos: o 1 estágio é chamado de “alcançando as habilidades básicas” composto de metas terapêuticas, por exemplo reduzir comportamentos que interferem na qualidade de vida e reduzir comportamentos de suicídio ou parassuicídio; o segundo estágio é intitulado de “redução do estresse pós traumático” focando na meta de descrever e aceitar as interações aversivas “traumáticas” que comumente paciente com Transtorno de Personalidade Borderline passaram na história de vida; e no 3 estágio é intitulado de “resolvendo problemas da vida e aumentando o respeito próprio”, utiliza a interação terapeuta-paciente como ambiente facilitador de reforçar comportamentos do paciente relacionados a capacidade de confiar em si mesmo, validar opiniões próprias, emoções e ações. Para melhor compreender tal terapia, utilizam-se procedimentos de aceitação e mudança, os quais consistem em estratégias de aceitação em amplificar e reforçar as percepções de pacientes com borderline. Linehan, autora da terapia, divide didaticamente em “emocional”, “comportamental” e “cognitiva” utilizando estratégias valendo-se da aplicação da tecnologia comportamental para mudança de tal, subdividindo-se em “exposição”, treinamento de habilidades, modificação cognitiva e manejo de contingências. (Abreu & Abreu, 2016, p. 47-53)

## **Recursos relacionados ao tratamento**

### **Manuais de tratamento**

- Tratamento Cognitivo-Comportamental do Transtorno de Personalidade Borderline (Linehan) ([link](#));
- Manual de treinamento de habilidades para o tratamento do transtorno de personalidade borderline (Linehan) ([link](#));

- Fazendo Terapia Comportamental Dialética: Um Guia Prático (Koerner) ([link](#));
- Manual de treinamento de habilidades de DBT expandido: DBT prático para autoajuda e configurações de tratamento individual e em grupo (Pederson & Pederson) ([link](#));
- Terapia Comportamental Dialética na Prática Clínica: aplicações em diferentes transtornos e cenários (Dimeff, Rizvi & Koerner) ([link](#));
- DBT 3 BOOKS IN 1: Transtorno de Personalidade Borderline, Mãe Borderline, Terapia Comportamental Dialética (Lawson) ([link](#));
- Manual de Habilidades em DBT para adolescentes (Rathus & Miller) ([link](#));
- Terapia Comportamental Dialética (Swales & Heard) ([link](#)).

## Recursos de treinamento

- DBT ® - Conselho de Certificação Linehan ([link](#));
- Tecnologia comportamental: opções de treinamento para indivíduos e equipes (incluindo workshops, treinamento on-line, treinamento para equipes e consultoria) ([link](#));
- Grupo de treinamento de habilidade (DBT) para adultos: aprenda a lidar com as emoções ([link](#)).

## Medidas, Apostilas e Planilhas

- Apostilas e Planilhas de Treinamento de Habilidades DBT ® (Linehan) ([link](#));
- FORMAÇÃO EM DBT- PORTAL COMPORTE-SE ([link](#));
- Formação em DBT- Terapia Comportamental Dialética pela IACEP parceria com o Instituto Continuum ([link](#)).

## Livros de auto-ajuda

- O livro de habilidades de terapia comportamental dialética: exercícios práticos de DBT- McKay, Wood e Brantley ([link](#));
- Amar alguém com transtorno de personalidade limítrofe: como evitar que emoções fora de controle destruam seu relacionamento- Manning ([link](#));
- O casal de alto conflito: um guia de terapia comportamental dialética para encontrar paz, intimidade e validação-Fruzzetti ([link](#));
- Anticrises psicológicas: 100 cards para ajudar você a lidar com situações extremas- Catelan ([link](#)).

## Aplicativos para smartphones

- Cartão Diário DBT e Treinador de Habilidades (Durham DBT, Inc.) ([link](#));
- DBT Self-Help (Cognitus Psykoterapi & Utveckling) ([link](#));
- Impulse DBT (Cogni) ([link](#)).

## Demonstrações em vídeo

- Terapia Comportamental Dialética com Alan Fruzzetti ([link](#));
- Terapia comportamental dialética com Marsha Linehan ([link](#));
- Terapia comportamental dialética com Wilson Melo ([link](#));
- Como funciona o tratamento da terapia comportamental dialética? Por CEFI/FACEFI ([link](#));
- DBT- Terapia comportamental Dialética com Douglas José Resende Lima ([link](#)).

## Descrições em vídeo

- Terapia Comportamental Dialética (Centro de Recursos BPD) ([link](#));
- Terapia Comportamental Dialética: Teoria, Tratamento e Pesquisa (Fruzzetti) ([link](#));
- Repensando o TPB: a visão de um clínico (Linehan) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

- Ensaio controlado randomizado de dois anos e acompanhamento de DBT versus terapia por especialistas em comportamentos suicidas e TPB (Linehan et al., 2006) ([link](#));
- Terapia comportamental dialética de pacientes limítrofes com e sem problemas de uso de substâncias: implementação e efeitos a longo prazo (van den Bosch, Verheul, Schippers e van den Brink, 2002) ([link](#));
- Terapia comportamental dialética para pacientes com transtorno de personalidade borderline e dependência de drogas (Linehan, Schmidt et al. 1999) ([link](#));
- Eficácia da terapia comportamental dialética hospitalar para transtorno de personalidade limítrofe: um estudo controlado (Bohus et al., 2004) ([link](#));
- Impacto da DBT versus tratamento comunitário por especialistas na experiência emocional, expressão e aceitação no transtorno de personalidade limítrofe (Neacsiu, Lungu, Harned, Rizvi e Linehan, 2014) ([link](#));
- Uso de habilidades de terapia comportamental dialética como mediador e resultado do tratamento para transtorno de personalidade borderline (Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010) ([link](#));

- Treinamento de habilidades DBT em comparação com terapia de grupo padrão no transtorno de personalidade borderline: um ensaio clínico controlado randomizado de 3 meses (Soler et al., 2009) ([link](#));
- Terapia comportamental dialética para mulheres com transtorno de personalidade borderline: ensaio clínico randomizado de 12 meses na Holanda (Verheul, Van Den Bosch et.al. 2003) ([link](#)).

## Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas

- Terapias psicológicas para transtorno de personalidade borderline (Stoffers et al., 2012) ([link](#));
- Pesquisa sobre terapia comportamental dialética para transtorno de personalidade borderline (Koerner & Linehan, 2000) ([link](#));
- Terapia comportamental dialética: status atual, desenvolvimentos recentes e direções futuras (Robins & Chapman, 2004) ([link](#));
- Terapia comportamental dialética para transtorno de personalidade borderline: uma meta-análise usando modelagem de efeitos mistos (Kliem, Kroger e Kosfelder, 2010) ([link](#)).

## Outros recursos de tratamento

- Terapia comportamental dialética para transtorno de personalidade borderline: teoria e método (Linehan, 1987) ([link](#));
- Custo-benefício financeiro da terapia comportamental dialética (resumido por Miga, Karlson e DuBose de Krawitz) ([link](#));
- Mecanismos de mudança na terapia comportamental dialética: observações teóricas e empíricas (Lynch, Chapman, Rosenthal, Kuo e Linehan, 2006) ([link](#));
- A aplicação da terapia comportamental dialética para pacientes com transtorno de personalidade borderline em unidades de internação (Swenson, Sanderson, Dulit, & Linehan, 2001) ([link](#));
- Como a DBT facilita a retenção do tratamento entre indivíduos com transtorno de personalidade borderline comórbido e transtornos por uso de substâncias? (Bornovalova & Filhas, 2007) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Andrada D. Neacsiu, Anita Lungu , Melanie S. Harned & Shireen L. Rizvi
- **Título:** Impacto da terapia comportamental dialética versus tratamento comunitário por especialistas na experiência emocional, expressão e aceitação no transtorno de personalidade limítrofe
- **Data de publicação:** 2013
- **Periódico:** Pesquisa e Terapia Comportamental
- **Número:** 47
- **Volume:** 54
- **Tipo da pesquisa:** Estudo Controlado Randomizado

### Racional

A Terapia Comportamental Dialética baseia-se na Teoria Biossocial, compreendendo a vulnerabilidade biológica, interações com o ambiente familiar utilizando a dialética para equilibrar e tolerar extremos presentes em comportamentos e pensamentos de pacientes Borderline (Rodrigues, 2017). Ou seja, a Terapia Comportamental Dialética visa preencher um espaço na psicopatologia ao tentar compreender, avaliar e tratar pacientes com transtorno de personalidade borderline.

### Objetivo

Analisar dados secundários de um estudo controlado randomizado com o objetivo de avaliar a eficácia única do DBT quando comparado ao Tratamento Comunitário por Especialistas (CTBE) na mudança da experiência, expressão e aceitação de emoções negativas

### Método

Participantes: 101 mulheres entre 18-45 anos. Critérios: devem ter histórico intencional recente ou recorrente, definido como duas tentativas de suicídio ou episódios autolesivos nos últimos cinco anos e nas últimas oito semanas. Critérios de exclusão: 1) diagnóstico ao longo da vida de esquizofrenia, transtorno esquizoafetivo, transtorno bipolar, transtorno psicótico sem outra especificação ou retardo mental, 2) um transtorno convulsivo que requer

medicação, 3) um mandato para tratamento e 4) a necessidade de tratamento primário para outra condição debilitante.

Terapia dialética comportamental consiste em: a) psicoterapia individual semanal (1 h/semana); (b) treinamento de habilidades em grupo (2,5 horas/semana); (c) consulta por telefone (quando necessário); e (d) reunião semanal da equipe de consulta do terapeuta.

Tratamento comunitário por especialistas na experiência emocional consiste em nomeação de especialistas a partir de treinamentos e experiências clínicas. Foram utilizados Inventário de expressão de raiva traço-estado (STAXI), Questionário de aceitação e ação (AAQ), Questionário de sentimentos pessoais 2 (PFQ2) e Escala de Ansiedade Manifesto de Taylor (TMAS). Na análise de dados, a abordagem realizada foi a modelagem linear hierárquica, ou seja, medir os dados no decorrer do estudo desde o pré-tratamento até 24 meses, com intervalos de 4 meses

Sobre o Inventário de expressão de raiva traço-estado, segundo Dias (2015), são 56 itens com 6 sub-escalas: estado de raiva, traço de raiva, expressão de raiva para fora ou Ira manifesta, expressão de raiva para dentro ou ira contida, controle de raiva para fora ou controle externo e controle de raiva para dentro ou controle interno. Os fatores aparecem como: Perco as estribeiras; Aborreço-me quando não sou reconhecido(a) por fazer um bom trabalho; Tento ser tolerante e compreensivo(a) entre outros itens podendo quantificar na escala de 0 à 5, sendo zero raramente e 5 muito frequente.

Sobre o questionário de aceitação e ação AAQ-2, segundo Otero (2016), é um instrumento de avaliação da capacidade de agir, de forma consciente, com base em valores, tal habilidade está relacionada ao contatar o momento presente, de forma consciente, mudar ou persistir no comportamento enquanto servir a fins valorizados. Para responder esse teste, terá a seguinte instrução: "A seguir, você encontrará uma lista de afirmações. Por favor, avalie quanto cada afirmação é verdadeira para você e circule o número correspondente. Use a escala abaixo para fazer sua escolha", podendo classificar em uma escala de 1 à 7 (nunca, muito raramente, raramente, algumas vezes, frequentemente, quase sempre e sempre). Os itens são os seguintes: Minhas experiências e lembranças dolorosas dificultam que eu viva a vida que eu gostaria. Tenho medo dos meus sentimentos. Eu me preocupo em não conseguir controlar minhas preocupações e sentimentos.;Minhas lembranças dolorosas me impedem de ter uma vida plena.;Emoções causam problemas na minha vida. Parece que a maioria das pessoas lida com suas vidas melhor do que eu.; e Preocupações atrapalham o meu sucesso.

Para o Questionário de sentimentos pessoais, são 22 itens classificando-os de 0 à 4 (eu não experimento esse sentimento, eu espero um pouco esse sentimento, eu experimento moderadamente, eu experimento fortemente, eu experimento muito fortemente). As instruções do questionário é, o seguinte: Para cada um dos sentimentos listados a seguir, indique o grau em que você atualmente sinte cada uma dessas emoções quando você pensa sobre a ofensa relacionada ao álcool. Leia cada item e, em seguida, marque a resposta apropriada no espaço ao lado da palavra. Use a seguinte escala para registre suas respostas, no caso dessa pesquisa foi utilizado para medir o uso abusivo de álcool (Scherer, 2010). Os sentimentos são Constrangimento ,Culpa leve ,Sentindo-se ridículo,Preocupe-se em ferir ou ferir alguém, Tristeza, Autoconsciência, Sentindo-se humilhado ,Culpa intensa, Arrependimento, Sentindo-se "infantil" , Felicidade leve, Sentindo-se impotente, paralisado, Depressão, Sensação de

rubor, Sentindo que você merece críticas por o que você fez, Sentindo-se risível, Raiva, Prazer, Sentindo-se nojento para os outros e Remorso.

Para finalizar, a Escala de Ansiedade Manifesto de Taylor tem como objetivo quantificar o conceito de nível de motivação, definido operacionalmente como um síndrome de comportamento, conjunto de ajustamentos típicos e observáveis, assim definindo melhor a ansiedade, segundo Amorim (2007). Ao todo são 50 itens, podendo classificar entre falso e verdade, por exemplo: Certamente me falta autoconfiança, Eu tenho medo de coisas ou pessoas que eu sei que não poderiam me machucar, Não consigo manter minha mente em uma coisa, Trabalho sob muita tensão entre outros itens.

## Principais resultados e conclusões

Os resultados indicam que DBT diminuiu a evitação experiencial e expressou raiva significativamente mais do que CTBE. Não foram encontradas diferenças entre DBT e CTBE na melhora da culpa, vergonha, ansiedade ou supressão, traço e controle da raiva. Esses resultados sugerem que a DBT tem efeitos únicos na melhora da expressão de raiva e evitação experiencial, enquanto as mudanças na experiência de emoções negativas específicas podem ser explicadas por fatores gerais associados à terapia especializada. Implicações dos resultados são discutidas.

O traço raiva, ao utilizar o Inventário de expressão de raiva traço-estado, com subescalas de Anger In, Anger Out, Controle de Raiva e traço de raiva, indicou que em ambos os tratamentos ofertados houve efeitos significativos de melhora no decorrer do tempo, nas quatro variáveis. Sobre a variável específica Anger Out, a Terapia dialética comportamental mostrou redução significativa na expressão de raiva, enquanto a comunitária por especialistas em experiências emocionais não. Na evitação experiencial, houve diferença significativa na Terapia dialética comportamental ao relacionar o efeito da terapia e o efeito de interação (tempo) do que a terapia comunitária. Na vergonha, ambas terapias demonstraram melhoras significativas. Para a Culpa, ambos tratamentos demonstraram melhoras significativas. Por fim, na ansiedade, ambos tratamentos também resultaram em melhoras significativas.

O estudo examinou duas hipóteses em amostras de mulheres suicidas e autolesivas com Transtorno de Personalidade Borderline: a experiência, expressão e aceitação das emoções negativas melhoram no decorrer do tratamento; a Terapia Dialética Comportamental demonstram maiores melhorias nesses resultados do que o tratamento de especialistas não comportamentais. Neste estudo, foram possíveis pontuar três hipóteses nas análises: a primeira pontua que ambos os tratamentos levaram a melhoras significativas; demonstram que o sofrimento emocional e a evitação experiencial, vistos como causadores de comportamentos disfuncionais do Transtorno de Personalidade Borderline, terão melhoras administradas por tais Terapias. A aquisição de habilidades de enfrentamento é um mecanismo de mudança de sofrimentos primários em vários tratamentos; o segundo pontua que não houve diferença significativa entre as terapias na redução da intensidade de qualquer emoção específica, seja a raiva, ansiedade, culpa e vergonha. É possível que a melhora e redução das emoções negativas aconteçam independentemente da orientação teórica. O terceiro, a Terapia Dialética Comportamentos resultou em melhoras significativas que a Terapia Comunitária por especialistas na expressão de raiva e evitação experiencial. Porém, dada a sensibilidade e reatividade emocional do Transtorno de Personalidade Borderline pode aumentar a capaci-

dade de experimentar efetividade nas emoções negativas intensificadas e que, de certa forma, reduz qualquer comportamento mal adaptativo.

## Limitações

Primeira limitação, o número de participantes das medidas administradas foi pequeno. Portanto, é importante que futuros estudos tenham amostras maiores. Segunda limitação, não foram realizadas avaliações diretas da regulação e desregulação emocional, portanto a premissa da Terapia Comportamental Dialética está ligada à desregulação emocional. Diante disso, a Terapia Comportamental Dialética deve avaliar como afeta os índices de regulação emocional, como consciência emocional, desregulação emocional e uso de estratégias de regulação emocional.

## Referências bibliográficas

Abreu P. R. & Abreu J. H. S. S. (2016). Terapia comportamental dialética: um protocolo comportamental ou cognitivo? *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 18 (1), 45-58.

Amorim M.A (2007). *A escala de ansiedade manifesta: elaboração, validade e aplicações atuais*. Retirado de

<https://silo.tips/download/a-escala-de-ansiedade-manifesta-elaboracao-validade-e-aplicacoes-atuais>.

Dias C.S.B.M.R. (2015). *A raiva: relações com a vinculação e com os estilos parentais percebidos* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.

Otero T.B. (2016). *Evidências de validade do AAQ-2 (Questionário de aceitação e ação II) em profissionais da atenção à saúde no Brasil e correlações com ansiedade, mindfulness e auto-compaixão* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, São Paulo.

Rodrigues L. E.B. (2017). *Terapia Comportamental Dialética e Terapia de Aceitação e Compromisso: uma introdução para profissionais da saúde mental* (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Rio Grande do Sul.

Scherer M. (2010). *Forgiveness and the Bottle: promoting self-forgiveness in individuals with alcohol misuse* (Dissertação de Doutorado). Universidade de Virgínia, Richmond, Virgínia.

# Terapia Cognitivo-Comportamental para Depressão em pessoas com Diabetes

Teresa Salim de Araújo

*Centro de Ensino Unificado de Brasília*

## Identificação do tratamento

### **Diagnóstico:**

Depressão ([link](#))

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 2015:**

Tratamento pendente de reavaliação

### **Status do tratamento de acordo com os critérios de 1998:**

Forte

## Descrição resumida do tratamento

### **Resumo**

O tratamento descrito neste guia do terapeuta destina-se a pessoas que sofrem de depressão e vivem com doenças crônicas. Como resultado de sua saúde precária, muitos indivíduos com doenças crônicas ficam deprimidos e não conseguem manter rotinas estáveis de autocuidado. Usando este guia, os terapeutas podem ajudar os clientes com doenças crônicas a desenvolver habilidades e técnicas essenciais que permitirão que eles cuidem melhor de si mesmos. O programa incorpora um módulo exclusivo de Life-Steps que ensina estratégias para acompanhar seus regimes médicos, incluindo dicas para lembrar de tomar medicamentos, chegar a consultas médicas no horário e comunicar-se efetivamente com os médicos. Com base nos princípios da TCC, este guia fornece aos terapeutas uma visão geral dos comportamentos de adesão para doenças selecionadas, incluindo câncer, HIV, diabetes, e hipertensão, entre outros. Abrange habilidades de adesão, integradas com estratégias cognitivas e comportamentais para gerenciar a depressão, como gerenciamento de atividades prazerosas, pensamento adaptativo, resolução de problemas e treinamento de relaxamento. O guia conclui com sugestões sobre como os clientes podem gerenciar suas doenças e evitar a recaída em comportamentos que pioram sua condição médica, citados por Safren, Gonzalez e Soroudi (2007).

## **Premissa básica**

Diabetes é um grupo de doenças crônicas que exige que o paciente faça mudanças no estilo de vida e se envolve regularmente em muitos comportamentos de saúde complicados para evitar o desenvolvimento de complicações médicas, algumas das quais com risco de vida. Pessoas com diabetes são duas vezes mais propensas a desenvolver depressão em comparação com o público em geral e comumente experimentam uma condição que muitas vezes se sobrepõe à depressão chamada “angústia do diabetes”. O sofrimento do diabetes é o sofrimento emocional diretamente relacionado ao fardo de viver com o diabetes. Fatores psicológicos podem afetar a adesão ao regime de diabetes, o que afeta diretamente o bem-estar fisiológico e a qualidade de vida de uma pessoa com diabetes.

## **Essência da terapia**

A Terapia Cognitivo-Comportamental aborda as questões psicológicas e de adesão que são importantes para o bem-estar geral das pessoas com diabetes. As habilidades da TCC são usadas para abordar cognições e comportamentos inerentes à depressão que afetam os comportamentos de autocuidado necessários para aderir ao regime médico. O resultado é uma autoeficácia aprimorada para gerenciar comportamentos de autocuidado com diabetes e aquisição de habilidades de enfrentamento para gerenciar sintomas depressivos e comportamentos de autocuidado.

## **Duração aproximada da terapia**

10-12 sessões, embora o protocolo seja flexível e possa ser adaptado às necessidades do paciente.

## **Descrição dos procedimentos**

Os principais módulos da TCC-AD são (1) psicoeducação e entrevista motivacional sobre o tratamento da depressão e adesão ao regime médico; (2) treinamento de adesão; (3) agendamento de atividades; (4) reestruturação cognitiva; (5) resolução de problemas; (6) treino de relaxamento/respiração diafragmática; e (7) revisão, manutenção e prevenção de recaídas. O tratamento segue uma abordagem modular para que as principais habilidades da TCC possam ser aprendidas, seguidas de um trabalho focado em problemas específicos do indivíduo.

Para maximizar o equilíbrio entre fornecer suporte aos clientes e também ensinar novas habilidades, recomendamos que o formato de cada sessão comece com uma verificação de humor (fornecemos a Escala de Depressão do Centro de Estudos Epidemiológicos; CES-D), uma revisão de adesão e de lição de casa e progresso contínuo dos módulos anteriores, e definir uma agenda para a sessão. Isso deve ser feito no início de cada sessão, independentemente de ser um novo módulo ou uma continuação de um módulo. Também recomendamos que os terapeutas sejam flexíveis com os clientes em termos da ordem dos módulos, da quantidade de tempo gasto em cada módulo e da aplicação de problemas emergentes do cliente aos módulos específicos de tratamento.

Essa abordagem modular ajuda a tornar o tratamento mais relevante para cada cliente e permite uma sequência mais flexível na entrega de intervenções com base nos problemas apresentados pelo cliente. e a aplicação de problemas emergentes do cliente aos módulos específicos de tratamento. Essa abordagem modular ajuda a tornar o tratamento mais relevante para cada cliente e permite uma sequência mais flexível na entrega de intervenções com base nos problemas apresentados pelo cliente. e a aplicação de problemas emergentes do cliente aos módulos específicos de tratamento. Essa abordagem modular ajuda a tornar o tratamento mais relevante para cada cliente e permite uma sequência mais flexível na entrega de intervenções com base nos problemas apresentados pelo cliente.

Cada módulo se baseia nos módulos anteriores, e cada sessão começa com uma avaliação e discussão sobre depressão e adesão na semana anterior. O curso do tratamento é projetado para ser semelhante a uma terapia cognitivo-comportamental padronizada, mas embora os clientes aprendam as principais habilidades da TCC (reestruturação cognitiva e programação de atividades), o treinamento ativo na resolução de problemas e relaxamento também é implementado. As técnicas de resolução de problemas complementam o treinamento de habilidades para adesão.

Porque as habilidades de resolução de problemas podem ser prejudicadas como resultado da depressão e porque habilidades eficazes de resolução de problemas são importantes para o manejo de doenças médicas, é essencial ensinar diretamente essas habilidades. Finalmente, ensinamos relaxamento aplicado e respiração lenta para ajudar os pacientes a lidar com os efeitos colaterais dos medicamentos, sintomas relacionados à doença ou dor. Esses exercícios de relaxamento também podem melhorar a higiene do sono e o controle do estresse. (Retirado do livro Lidando com a Doença crônica: uma abordagem de terapia cognitivo-comportamental para adesão e depressão- Guia do Terapeuta)

## Recursos relacionados ao tratamento

### Manuais de tratamento

#### Listados no site da APA

- Lidando com a Doença Crônica: Uma Abordagem de Terapia Cognitivo-Comportamental para Adesão e Depressão (Safren, Gonzalez e Soroudi, 2008) ([link](#)).

#### Em português

- Depressão: Guia Prático (Aprahamian, 2020) ([link](#));
- Terapia Cognitivo- Comportamental no tratamento da dor (Angielotti, 2008) ([link](#));
- Depressão- avanços em psicoterapia (Rehm, 2016) ([link](#));
- Depressão: causas e tratamento (Beck e Alford, 2011) ([link](#)).

### Recursos de treinamento

#### Listados no site da APA

Não consta.

#### Em português

- Especialização Multiprofissional em Avaliação e Tratamento Interdisciplinar de dor pelo EEP ([link](#));
- Curso de Diabetes na atenção básica pelo Hospital Sirio Libanês ([link](#));
- Associação Nacional de Atenção ao Diabetes - Congressos, cursos de educação continuada ([link](#)).

### Medidas, Apostilas e Planilhas

#### Listados no site da APA e Disponíveis na língua portuguesa

- Libertando-se da Depressão e do Diabetes – O livreto do paciente descreve a relação entre depressão e diabetes ([link](#));
- O lado emocional do diabetes: 10 coisas que você deve saber – o livreto do paciente descreve aspectos cognitivos, emocionais, sociais e comportamentais de viver com diabetes ([link](#));
- Escala de Angústia do Diabetes (Polonsky et al., 2005) ([link](#));
- Escala de Angústia do Diabetes para Adultos com Diabetes Tipo 1 (Fisher et al., 2015) ([link](#));
- Escala de Angústia do Diabetes para Pais de Adolescentes com Diabetes Tipo 1 (Hessler et al., 2016) ([link](#));

- Escala de Angústia do Diabetes para Parceiros de Adultos com Diabetes Tipo 1 (Polonsky et al., 2016) ([link](#));
- Escala de Atitudes e Comportamento de Hipoglicemia (Polonsky et al., 2015) ([link](#));
- Escala de Confiança Hipoglicêmica (Polonsky et al., 2017) ([link](#));
- Problems Areas in Diabetes- Versão Brasileira (Centro de Diabetes Joslin) ([link](#));
- Questionário de Atividades de Autocuidado com o Diabetes (Diabetes Academy Mergentheim 2013) ([link](#)).

## **Livros de auto-ajuda**

### **Listados no site da APA**

- Diabetes Burnout: O que fazer quando você não aguenta mais (Polonsky, 1999) ([link](#));
- Dealing with Diabetes Burnout: How to Recharge and Get Back on Track When You Feel Frustrated and Overwhelmed Living with Diabetes (Vieira, 2014) ([link](#));
- Bright Spots & Landmines: The Diabetes Guide I Wish Someone Had Handed Me (Brown, 2017) ([link](#));
- The Type 1 Life: A Road Map for Parents of Children with Newly Diagnosed Type 1 Diabete (Freeman, 2018) ([link](#));

- Disponíveis na língua portuguesa ([link](#));
- Há vida com Diabetes (Rosa, 2020) ([link](#));
- 12 coisas que você precisa saber para tratar a Diabetes... agora! (Hirsh, 2003) ([link](#));
- Tudo o que você precisa saber sobre Diabetes (Benchimol e Seixas, 2006) ([link](#)).

## Aplicativos para smartphones

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis na língua portuguesa

- Aplicativo CONEMO Em pesquisa pela USP sobre os efeitos de lidar com a saúde mental e doenças crônicas como diabetes: ([link](#));
- Aplicativo Cingulo (Android) ([link](#));
- Deprexis (autorizado pela anvisa em jul/2022) ([link](#));
- Aplicativo: Happify: ([link](#)).

## Demonstrações em vídeo

### Listados no site da APA

Não consta.

### Disponíveis na língua portuguesa

- Intervenção clínica em grupo online para pacientes com diabetes segundo a Terapia Cognitivo-comportamental: ([link](#));
- Elaboração e Validade Inicial De Um Programa Psicoeducativo Para Depressão E Ansiedade Para Pessoas Com Diabetes Mellitus (Propsid): ([link](#)).

## Descrições em vídeo

### Listados no site da APA

- Behavioral Diabetes Institute – O Behavioral Diabetes Institute fornece vários vídeos que descrevem o tratamento da depressão no diabetes, o lado emocional do diabetes e apresentações destinadas a pessoas com diabetes. ([link](#));
  - Presentations for health care professionals ([link](#));
- Doctors Can Aid Patients' Self-Management Through Personalized Communication of Metabolic Results (2009) ([link](#));
- The Psychological Side of Type 1 Diabetes. (2011) ([link](#));
  - Presentations for spouses or partners of people with diabetes

- The Psychological Side of Type 1 Diabetes. (2011) ([link](#));
- Presentations for parents of children or teens with diabetes ([link](#));
- The Psychological Side of Type 1 Diabetes. (2011) ([link](#));
  - Presentations for people with type 1 diabetes ([link](#));
- Search for a Cure (2011) ([link](#));
- The Psychological Side of Type 1 Diabetes. (2011) ([link](#));
  - Presentations for people with type 2 diabetes ([link](#));

- Being Diagnosed with Type 2 Diabetes: A Panel of Patients Discusses Their Emotional Experiences (2014) ([link](#));
- Diabetes Burnout – From Discouraged to Encouraged (2012) ([link](#));
- A New Approach to Blood Glucose Monitoring (2009) ([link](#)).

### Em português

Não consta.

## Referências bibliográficas: Testes clínicos

### Diabetes tipo 2

- A terapia cognitivo-comportamental com foco em depressão e ansiedade é eficaz para pessoas com problemas de saúde física de longo prazo? Um estudo controlado no contexto do diabetes mellitus tipo 2 (Wroe et al., 2018) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental baseada na Web para depressão em pessoas com diabetes mellitus: um estudo controlado randomizado (Newby et al., 2017) ([link](#));
- Resultados psicossociais e clínicos de uma terapia cognitivo-comportamental para asiáticos e ilhéus do Pacífico com diabetes tipo 2: um ensaio clínico randomizado (Inouye et al., 2015) ([link](#));
- Um estudo controlado randomizado de terapia cognitivo-comportamental para adesão e depressão (TCC-AD) em pacientes com diabetes tipo 2 não controlada (Safren et al., 2014) ([link](#));
- O efeito da terapia cognitivo-comportamental em grupo nos sintomas depressivos em pessoas com diabetes tipo 2: um ensaio clínico controlado randomizado (Sharif et al., 2014) ([link](#));
- Uma intervenção psicoeducacional (SWEEP) para mulheres deprimidas com diabetes (Penckofer et al., 2012) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental para depressão no diabetes mellitus tipo 2: um estudo randomizado e controlado (Lustman et al., 1998) ([link](#));
- Previsão da resposta à terapia cognitivo-comportamental da depressão no diabetes tipo 2 (Lustman et al., 1998) ([link](#)).

### Diabetes tipo 1

- Uma intervenção baseada em terapia cognitivo-comportamental entre pacientes adultos com diabetes tipo 1 mal controlados – um estudo controlado randomizado (Amsberg et al., 2009) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental (TCC) comparada com treinamento de conscientização de glicose no sangue (BGAT) em pacientes diabéticos tipo 1 mal controlados: efeitos a longo prazo na HbA moderados pela depressão: um estudo controlado randomizado (Snoek et al., 2008) ([link](#));

- Efeitos a curto prazo do treinamento cognitivo comportamental em grupo (TCCG) em pacientes adultos com diabetes tipo 1 em controle glicêmico ruim prolongado: um estudo controlado randomizado (Van der Ven et al., 2005) ([link](#)).

### **Diabetes tipo 1 e tipo 2 misto**

- A redução dos sintomas depressivos prevê um melhor controle glicêmico: resultados secundários do estudo DIAMOS (Schmitt et al., 2017) ([link](#));
- O efeito de um Programa de Tratamento Cognitivo Comportamental Específico para Diabetes (DIAMOS) para pacientes com diabetes e depressão subclínica: Resultados de um estudo controlado randomizado (Hermanns et al., 2015) ([link](#));
- Efeito de uma intervenção digital sobre sintomas depressivos em pacientes com comorbidade hipertensão ou diabetes no Brasil e no Peru: Dois ensaios clínicos randomizados (Araya et al., 2021) ([link](#)).

### **Referências bibliográficas: Meta-análises e revisões sistemáticas**

- Intervenções baseadas na web para depressão em indivíduos com diabetes: revisão e discussão (Franco, Gallardo e Urtubey, 2018) ([link](#));
- Uma revisão sistemática e meta-análise de ensaios clínicos randomizados de terapia cognitivo-comportamental para pacientes com diabetes e depressão (Li et al., 2017) ([link](#));
- Terapia cognitivo-comportamental na melhora dos sintomas de depressão em pacientes com diabetes: uma meta-análise de ensaios clínicos randomizados (Wang et al., 2017) ([link](#));
- Intervenções psicológicas para o gerenciamento de resultados glicêmicos e psicológicos do diabetes mellitus tipo 2 na China: uma revisão sistemática e meta-análises de estudo controlado randomizado (Chapman et al., 2015) ([link](#));
- Uma revisão do tratamento da depressão no diabetes: descobertas emergentes (Markowitz et al., 2011) ([link](#)).

### **Outros recursos de tratamento**

- Efeitos da terapia de aprimoramento motivacional mais terapia cognitivo-comportamental nos sintomas depressivos e na qualidade de vida relacionada à saúde em adultos com diabetes mellitus tipo II: um estudo controlado randomizado (Huang et al., 2016) ([link](#));
- Terapia de aprimoramento motivacional com e sem terapia cognitivo-comportamental para tratar diabetes tipo 1: um estudo randomizado (Ismail et al., 2008) ([link](#));
- Efeitos do coaching cognitivo comportamental nos sintomas depressivos em uma amostra de pacientes diabéticos tipo 2 internados na Nigéria (Onyechi et al., 2016) ([link](#));

- A Terapia Cognitiva Baseada em Mindfulness beneficia igualmente todas as pessoas com diabetes e queixas emocionais comórbidas? Moderadores no estudo Di-aMind (Nykicek et al., 2016) ([link](#));
- Eficácia do gerenciamento do estresse cognitivo-comportamental no estresse psicológico e controle glicêmico no diabetes gestacional: um estudo controlado randomizado (Zaheri, Najar e Abbaspoor, 2017) ([link](#)).

## Descrição de uma pesquisa que fornece suporte empírico para o tratamento

### Identificação da pesquisa

- **Autores:** Chiung-Yu Huang, Hui-Ling Lai, Chun-I Chen, Yung-Chuan Lu, Su-Chen Li, Long-Whou Wang e Yi Su
- **Título:** Efeitos da terapia de aprimoramento motivacional mais terapia cognitivo-comportamental sobre sintomas depressivos e qualidade de vida relacionada à saúde em adultos com diabetes mellitus tipo II: um estudo controlado randomizado
- **Data de publicação:** 2015
- **Periódico:** Quality of Life Research
- **Número:** 25
- **Volume:** -
- **Tipo da pesquisa:** Estudo Controlado Randomizado

### Racional

A Terapia cognitivo-comportamental foi desenvolvida, na década de 1960, por Aaron Beck apresentados os pilares principais do seu pensamento: a reestruturação cognitiva e a resoluções de problema, tendo como característica a modificação do humor e de pensamentos e comportamentos disfuncionais, utilizando técnicas cognitivas e comportamentais, citado por Agostinho, Donadon e Bullamah (2019). A TCC baseia-se no entendimento de que nossa interpretação sobre determinada situação influencia de forma direta nossas reações emocionais, físicas e comportamentais relacionadas a essa experiência. Portanto, "[...] em sua forma geral, essa teoria especifica que a melhora sintomática no transtorno psicológico resulta da modificação do pensamento disfuncional, e que a melhora durável (redução de relapso) resulta da modificação de crenças 'mal adaptativas'" (Beck & Alford, 2000, p. 36).

### Objetivo

Este artigo avalia a eficácia da terapia de melhoria motivacional mais terapia comportamental em sintomas depressivos, hemoglobina glicosilada, glicemia de jejum, índice de massa corporal (IMC) e qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com diabetes

### Método

Um estudo controlado foi controlado para comparar pacientes que receberam intervenção comportamental com controles não tratados em medidas de resultados de saúde. Um total de 31 participantes do grupo de intervenção e 30 controles foram selecionados de

pacientes que preencheram os critérios de inclusão de um ambulatório de endocrinologia de base hospitalar. As medidas de extinção, incluindo sintomas depressivos, hemoglobina glicosilada, glicemia de jejum, IMC e qualidade de vida física e mental foram coletadas antes (T1), após (T2) e após 90 dias (T3) após a intervenção.

Os participantes foram considerados elegíveis seguindo tais critérios: 20 anos de idade ou mais; ter realizado a avaliação na escala C16 do Centro de Estudos Epidemiológicos Depressão (CES-D), indicando significativo ou sintomatologia nível depressivos. Os critérios de exclusão foram: uso abusivo de álcool ou drogas, doença neurológica clinicamente visualizado, tais como: doenças médicas e deficiências físicas que afetam gravemente a disfunção cognitiva do indivíduo

A intervenção do grupo experimental foi realizada juntamente a Terapia cognitivo-comportamental e a Terapia de aprimoramento motivacional (MET), além dos cuidados dito abaixo. No grupo experimental, foram realizados somente os cuidados habituais de terapia nutricional médica, educação e suporte para o autocontrole do diabetes.

A duração das intervenções no grupo experimental foi de: 4 sessões de MET durante um mês e 8 sessões de TCC por mais dois meses. O programa de tratamento teve intuito de melhorar as habilidades de enfrentamento em indivíduos com diabetes, seguindo duas propostas: entrevistas motivacionais e tratamento de resolução de problemas, cada um durando cerca de 80 minutos, em dois grupos de 15 a 16 pessoas.

O protocolo do estudo ocorreu em 3 etapas: as primeiras quatro sessões forneceram educação alimentar, prevenção de complicações, mudanças no estilo de vida e comportamentos sobre controle de estresse para pacientes diabéticos, incluindo também incentivo à auto-expressão do indivíduo e expressão de empatia fornecida pelo psicoterapeuta; a segunda etapa foram de 5 à 8 sessões com avaliação das habilidades e treinamento de técnicas de resolução de problemas, enquanto o psicoterapeuta trabalhou diversos cenários comuns com pacientes diabéticos. Na terceira etapa foram 9 a 12 sessões consistiam manter e aumentar a motivação para melhor realizar e participar das atividades da rede de apoio do indivíduo. Durante todo o processo terapêutico, o psicoterapeuta manteve a escuta empática, feedbacks assertivos e acessos ao suporte social de cada indivíduo.

A Terapia de Aprimoramento Motivacional foi desenvolvida por Miller e Rollnick, em 1983, focando e atuando na própria motivação dos pacientes para a mudança e a adesão ao tratamento. É um estilo clínico habilidoso para evocar nos pacientes as suas boas motivações para fazer mudanças comportamentais no interesse de sua própria saúde, principalmente em contextos que são necessárias melhorias significativas nos estágios de mudança, na época foram voltadas à redução do consumo de drogas como o aumento do período de abstinência, citados por Almeida e Sartes (2021).

## **Principais resultados e conclusões**

A intervenção comportamental facilitou uma melhora significativa no ajuste psicológico e no controle glicêmico, fortalecendo as habilidades de controle do diabetes e levando a resultados saudáveis. É possível que enfermeiros e psiquiatras possam realizar a intervenção comportamental para pacientes com diabetes para diminuir seus sintomas depressivos.

Compartilhar experiências de discussão e resolução de problemas é um método particularmente útil para o autocontrole, e isso será uma influência benéfica em pesquisas futuras.

### Referência bibliográficas

Almeida E. A. S. & Sartes L. M. A. (2021). A terapia cognitivo comportamental aplicado ao CAPS ad: Uma Revisão de Escopo. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 21 (2), 61-63.

Agostinho T. F. , Donadon, M. F. & Bullamah S. K. (2019). Terapia Cognitivo-comportamental e depressão: intervenções no ciclo de manutenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 15(1), 59-95.

Beck A. T. & Alford B. A. (2000). *O poder integrador da terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.