



PRINCÍPIOS BÁSICOS DA TCC

Rosane Trapaga

Curso de Extensão em Dependência Química

TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

- Modalidade terapêutica fundamentada em teorias sólidas sobre os pensamentos, emoções e comportamentos e que utiliza técnicas consolidadas para o tratamento de diversos transtornos mentais.



ORIGENS DA TCC

- Origens Cognitivas
- Origens Comportamentais

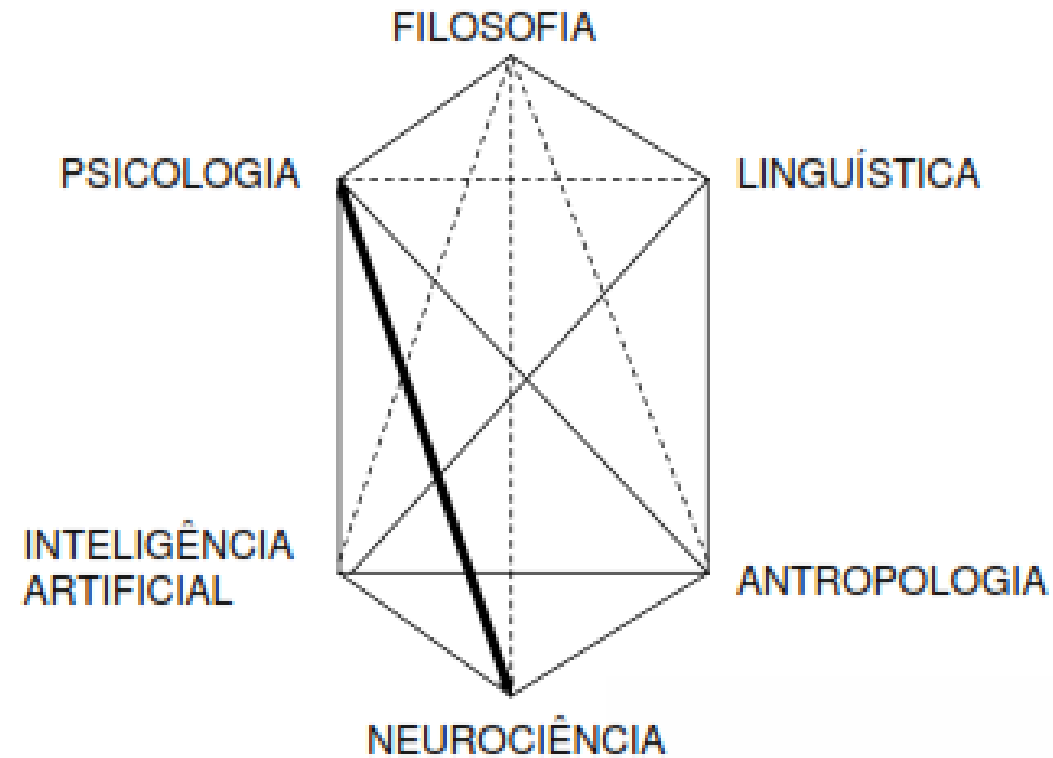


AS CIÊNCIAS COGNITIVAS

- o estudo multidisciplinar da natureza e do desenvolvimento da cognição em seres humanos, outros animais e em máquinas pensantes.
- orientado pelo paradigma da explicação e predição dos processos cognitivos



AS CIÊNCIAS COGNITIVAS



Fonte: Gardner, 1996, p. 52



PSICOLOGIA COGNITIVA

- Surge como uma das Ciências Cognitivas (1956).
- Paradigma na EXPLICAÇÃO E PREDIÇÃO dos processos mentais superiores que gerenciam o comportamento de sistemas inteligentes.
- Construto central: Representações mentais.



AS CIÊNCIAS COGNITIVAS

- *Os homens não se perturbam pelas coisas que acontecem, mas pelas opiniões sobre as coisas”*

Epíteto

- *“Se pudermos reorientar nossos pensamentos e emoções e reorganizar nosso comportamento, aprenderemos a lidar mais facilmente com o sofrimento, e também seremos capazes, acima de tudo, de impedir o aparecimento de uma porção significativa desse sofrimento.”*

Dalai Lama



AARON BECK

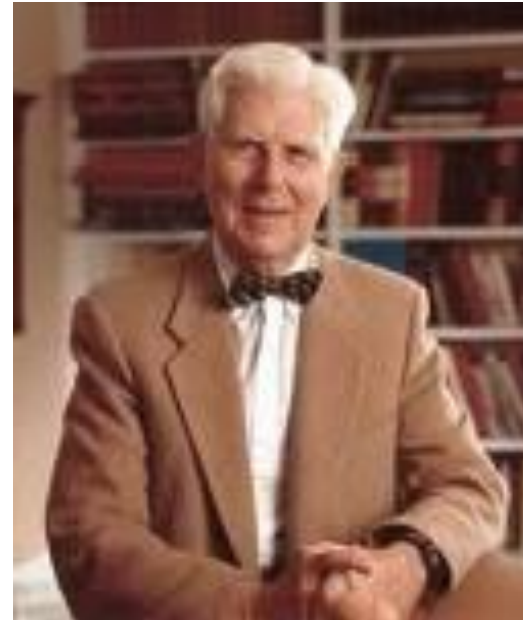
- Estudos em psicanálise
- Tríade Cognitiva da Depressão

JEFFREY YOUNG

- Transtornos de Personalidade

MARSHA LINEHAN

- Transtorno de Personalidade Borderline



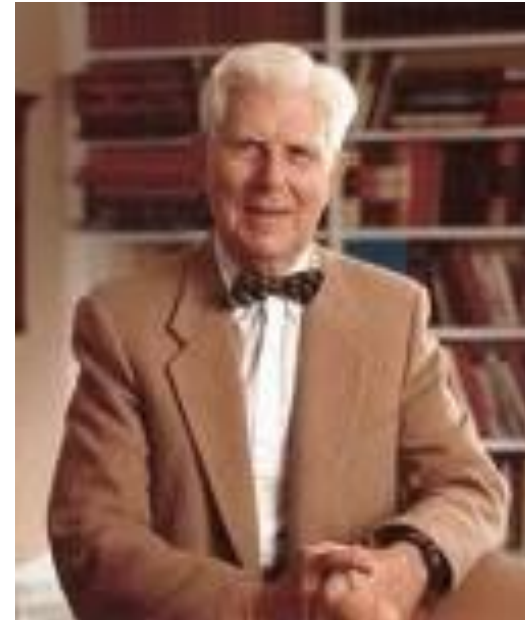
COMPORTAMENTALISMO

- Pavlov
- Skinner
- Watson
- Wolpe
- Eysenck



AARON BECK

- Inclusão de técnicas comportamentais à terapia cognitiva.



PRINCIPAIS INDICAÇÕES

- Transtornos de Humor
- Transtornos de Ansiedade
- Transtornos da Infância e Adolescência
- Transtornos Alimentares
- Transtornos da Personalidade
- Adições

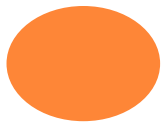
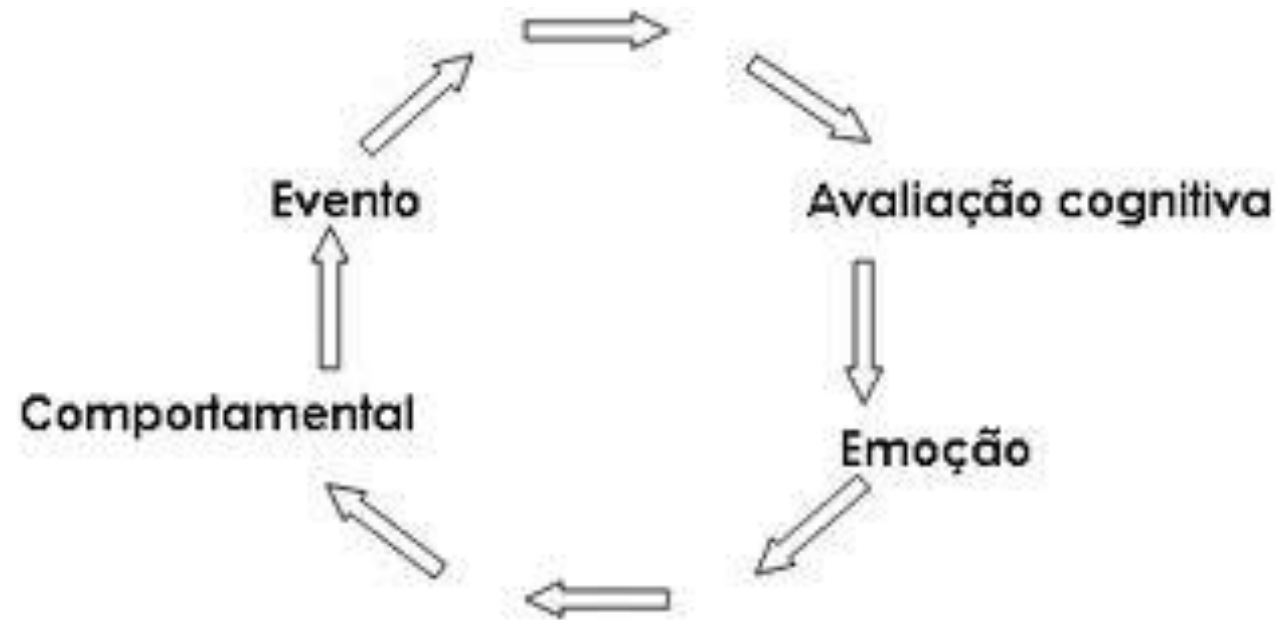


PRINCÍPIOS DA TCC

- Formulação dinâmica em termos cognitivos
- Aliança Terapêutica
- Empirismo Colaborativo
- Ênfase na resolução de problemas
- Ênfase no Presente
- Caráter Pedagógico
- Tempo limitado
- Sessões estruturadas
- Utilização de técnicas



MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

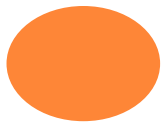


A ARQUITETURA COGNITIVA

- A concepção de arquitetura cognitiva, hoje assimilada pelas TCCs, advém dos estudos da Psicopatologia Cognitiva sob a Abordagem do Processamento da Informação.
- Tem em suas pressuposições que a Mente Humana é **ESTRUTURADA** e, portanto, há uma série de **PROCESSOS** que gerenciam a estrutura.



PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS



ESQUEMAS

- Regras fundamentais:
 - Esquema simples
 - Pressupostos intermediários
 - Crenças nucleares

- Esquemas adaptativos X desadaptativos



ERROS COGNITIVOS

- Erros na lógica dos pensamentos
 - Abstração seletiva
 - Inferência arbitrária
 - Supergeneralização
 - Maximização e minimização
 - Personalização
 - Pensamento absolutista/dicotômico



PROCESSAMENTO DA INFORMAÇÃO

- Estilos de pensamento
- Estilo atributivo
 - Interno x externo
 - Global x específico
 - Fixo x mutável



CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO

- Como o paciente pensa, sente e se comporta



ETAPAS DA TERAPIA

- Sessões iniciais
- Sessões intermediárias
- Sessões finais



REESTRUTURAÇÃO COGNITIVA

- Reconhecimento e modificação de crenças e esquemas disfuncionais
- Conseqüências diretas no comportamento



MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

- Modificação de comportamentos desadaptativos



- Entre os diversos tipos de tratamentos que as terapias cognitiva e comportamental tem sido aplicadas com sucesso encontra-se o uso na dependência de substâncias psicoativas.
- A primeira tentativa de intervenção usando um modelo cognitivo foi o Programa SMART, baseado na terapia racional emotiva comportamental de Albert Ellis.



- O termo SMART (que significa “esperto” ou “inteligente” em inglês) é um anagrama das palavras Self-Management And Recovery Treatment (tratamento de recuperação por automanejo).
- Ele ajuda os indivíduos a atingir independência de seus comportamentos aditivos, seja de substâncias ou de atividades.



- O programa fornece instrumentos e técnicas para quatro questões programáticas:
- 1) Melhorar e manter a motivação para se abster;
- 2) Enfrentamento de fissuras;
- 3) Resolução de problemas, manejo de pensamentos, sentimentos e comportamentos;
- 4) Equilíbrio no estilo de vida, balanceando satisfações momentâneas e duradouras.



CONTRAPOSIÇÃO DE IDEIAS QUE LEVAM A OUTRAS IDEIAS CAMINHO ENTRE AS IDEIAS

- Terapia comportamental dialética – Marsha linnehan
- A terapia comportamental dialética (DBT) é um protocolo clínico inicialmente desenvolvido para o tratamento de comportamentos suicidas e parassuicidas, e posteriormente estendido para algumas psicopatologias, como o transtorno da personalidade borderline. Quando aplicada na dependência química em diagnóstico dual o tratamento envolve a aprendizagem de comportamentos, divididos nos estágios (1) “alcançando as habilidades básicas”, (2) “redução do estresse pós-traumático” e (3) “resolvendo problemas de vida e aumentando o respeito próprio”.



DIALÉTICA

- promovendo objetivos opostos: mudança e aceitação (Dimeff & Linehan, 2008). O terapeuta assume uma postura dialética: por um lado, aceita a dor emocional (em vez de tentar mudar isso) e, por outro, procura modificar os antecedentes do estresse e a maneira pela qual o paciente lida com as próprias emoções (Linehan et al., 2009)



- Pacientes com TPB costumam ter crises relacionais bastante frequentes e encontram, na utilização de substâncias psicoativas, uma forma de redução desse sofrimento.
- Eles possuem um repertório comportamental mais restrito e mal-adaptativo, utilizando estratégias inadequadas de enfrentamento no caso de se depararem com situações estressantes.
- Além disso, pacientes com transtornos por uso de substâncias demonstraram ter maiores dificuldades de regulação emocional do que aqueles que têm apenas TPB (Darke & Ross, 1997; Darke, Ross, Williamson, & Teesson, 2005).



- Estudos demonstraram que os indivíduos dependentes químicos com TPB têm maiores taxas de recaída para o uso de substâncias psicoativas, de abandono do tratamento e resultados mais pobres do que aqueles sem tal comorbidade.
- Esses indivíduos tendem a descumprir as combinações da terapia, a não ser compromissados o suficiente com a mudança de comportamento, a ter baixa qualidade na aliança terapêutica, e, finalmente, a não tolerar a angústia, definida como a incapacidade de persistir no comportamento dirigido ao experimentar sofrimento emocional .
- Melhorar esses fatores-chave é fundamental para garantir a adesão dos pacientes dependentes químicos com TPB ao tratamento, bem como para aumentar sua taxa de efetividade.



- A TCD para dependentes químicos com TPB
- Para Dimeff e Linehan (2008), as metas almejadas para os indivíduos com TPB e dependentes de substâncias são:
 - • Diminuir o abuso de substâncias, incluindo drogas ilícitas e medicamentos prescritos legalmente, tomadas de uma forma não prescrita;
 - • Aliviar o desconforto físico associado à abstinência e/ou retirada;
 - • Evitar oportunidades e sugestões para o abuso da substância (lugares e situações associados ao abuso de drogas);
 - • Reduzir comportamentos que acarretem o abuso de drogas, em vez de funcionar como se o uso de drogas não pudesse ser evitado;
 - • Reforçar socialmente comportamentos saudáveis, como fomentar o desenvolvimento de novos amigos e retomar antigas amizades;
 - • Manter convívio social e atividades profissionais;
 - • Procurar ambientes que suportam a abstinência.



- A dialética estimula uma ação imediata e permanente em direção à abstinência, de forma a promover a mudança quanto ao uso de drogas, e, ao mesmo tempo, considera que a recaída poderá ocorrer sem que o paciente ou a terapia possam ser considerados falhos no alcance do resultado pretendido. A abordagem dialética, portanto, envolve a insistência pela abstinência total, mas sem um julgamento invalidante da recaída, incluindo técnicas para reduzir os perigos do excesso de dosagem, infecção e outras consequências adversas, o que está de acordo com a abordagem de redução de danos. Aceita, portanto, a recaída, mas sempre buscando a mudança do comportamento



- O terapeuta comunica ao paciente a expectativa de abstinência na primeira sessão. Ela pode parecer fora de alcance e, nesse caso, o terapeuta incentiva o paciente a se comprometer com o tempo de abstinência que ele acha possível atingir (um dia, um mês ou apenas cinco minutos). No fim desse período, o paciente renova o compromisso para um intervalo maior. Em última análise, ele atinge, em longo prazo, a abstinência estável, reunindo sucessivos períodos livres do uso de drogas



- Uma segunda estratégia de abstinência ensina, aos pacientes, a habilidade comportamental de antecipar potenciais pistas dos próximos momentos, horas e dias. Ensina, então, a preparar de forma pró-ativa respostas a situações de alto risco, que, de outro modo, poderiam pôr em perigo a abstinência. Além disso, pressiona o paciente a restringir as situações de risco para usar drogas associadas a seu antigo estilo de vida, estimulando-o, por exemplo, a obter um novo número de telefone, a contar aos amigos que abusam de drogas que interrompeu esse uso e a jogar fora objetos relacionados ao abuso de substâncias (Dimeff & Linehan, 2008).



- O objetivos específicos do tratamento:
- 1) desenvolver aprendizagem e prática de novos comportamentos substitutos para o comportamento de beber através de treinamento de habilidades inter e intrapessoais;
- 2) ensinar estratégias de enfrentamento que podem ser usadas para lidar com situações de alto risco (internas e externas) que poderiam levar ao comportamento de adição;
- 3) estabelecer estratégias gerais de mudanças no estilo de vida;
- 4) desenvolver estratégias que favoreçam a manutenção do processo de mudança nos hábitos produzidos pelo tratamento.



ALGUNS CRITÉRIOS DEVEM SER ATENDIDOS PARA O DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA INDIVIDUAL EFETIVO DE AUTOCONTROLE:

- 1) Mostrar ser eficaz na manutenção da mudança por um período significativo
- 2) Melhorar e manter a adesão às demandas do programa
- 3) Combinar técnicas cognitivas e comportamentais com mudanças globais no estilo de vida
- 4) Facilitar a motivação e habilidades de enfrentamento para mudanças contínuas na vida
- 5) Substituir padrões comuns por outras habilidades
- 6) Maximizar a generalização
- 7) Ensinar novas formas de lidar com o fracasso
- 8) Usar sistemas disponíveis de apoio



- Ao lidar com pacientes adictos, é importante para o terapeuta estar “focado”, tentando não demonstrar desesperança e desespero, mas ao mesmo tempo, não esperar progresso constante.
- Os terapeutas devem oferecer feedback, educação, técnicas e apoio a seus pacientes, mas não podem assumir a responsabilidade pelos problemas dos pacientes.
- É importante que os terapeutas permaneçam calmos numa situação de crise e auxiliem o paciente na resolução de seu problema, sabendo que não devem resolver as crises para seus pacientes.



- O modelo de aprendizagem social considera que a aprendizagem do comportamento de beber resulta de influências sociais, familiares e de pares que modelam comportamentos, crenças e expectativas referentes ao álcool.
- As atitudes e comportamentos dos pais em relação ao álcool são os melhores preditores do consumo de bebida na adolescência.



- Por exemplo, o álcool pode ser usado pelos pais para relaxar após o trabalho, e isto provavelmente cria nas crianças um modelo de comportamento de usar álcool ou maconha como um relaxante.
- Atitudes extremas em relação à sobriedade de pais abstinentes também são risco aumentado para o desenvolvimento de problemas com bebida.
- Um aspecto principal é que esse modelo pode não se aplicar somente para o comportamento de beber, mas também para o uso de uma substância que possa produzir o mesmo efeito.



- O papel do reforçamento positivo resultante dos efeitos do álcool não pode ser negligenciado, já que é um poderoso lubrificante social, facilitando a sociabilidade.
- Reforçamento negativo também atua através de redução da tensão e do humor negativo, do alívio da dor e liberação de inibições sociais.



- O papel do condicionamento pavloviano é fortalecer associações entre álcool (e outras drogas) e a satisfação associada a ele.
- É importante destacar fatores cognitivos e emocionais:
- "isto é bom ", alegria, felicidade, redução de estados negativos de humor;



- A inexistência de repertórios alternativos é essencial, uma vez que a variedade de situações agradáveis de reforçamento está reduzida (não sai mais com amigos abstêmios, não vai mais ao cinema, teatro, jogo de futebol), e o indivíduo está cada vez mais restrito ao uso do álcool.



- A abordagem cognitivo-comportamental ao abuso de álcool (e outras drogas) tem uma longa tradição e integra modelos variados para lidar com problema tão grave.



SITUAÇÕES DETERMINANTES DE RECAÍDAS EM ALCOOLISTAS

Tabela 2 – Análise de situações de recaída com alcoolistas, fumantes, viciados em heroína, jogadores compulsivos e indivíduos em dieta⁹

| Determinantes intrapessoais | |
|------------------------------------|-----|
| Emoções negativas | 35% |
| Estados físicos negativos | 3% |
| Testes de controle pessoal | 9% |
| Desejos e tentações | 11% |
| Determinantes interpessoais | |
| Conflitos interpessoais | 16% |
| Pressão social | 20% |
| Emoções positivas | 3% |



- Fatores de autoeficácia também devem ser destacados.
- O conceito de autoeficácia propõe que as pessoas tendem a repetir certos comportamentos quando acreditam em sua capacidade pessoal de desempenhar corretamente esses comportamentos.
-
- Fortalecer a autoeficácia de resistir ao uso de álcool diminui a probabilidade de recaídas.



MELHOR ENTENDIMENTO DESTE MECANISMO

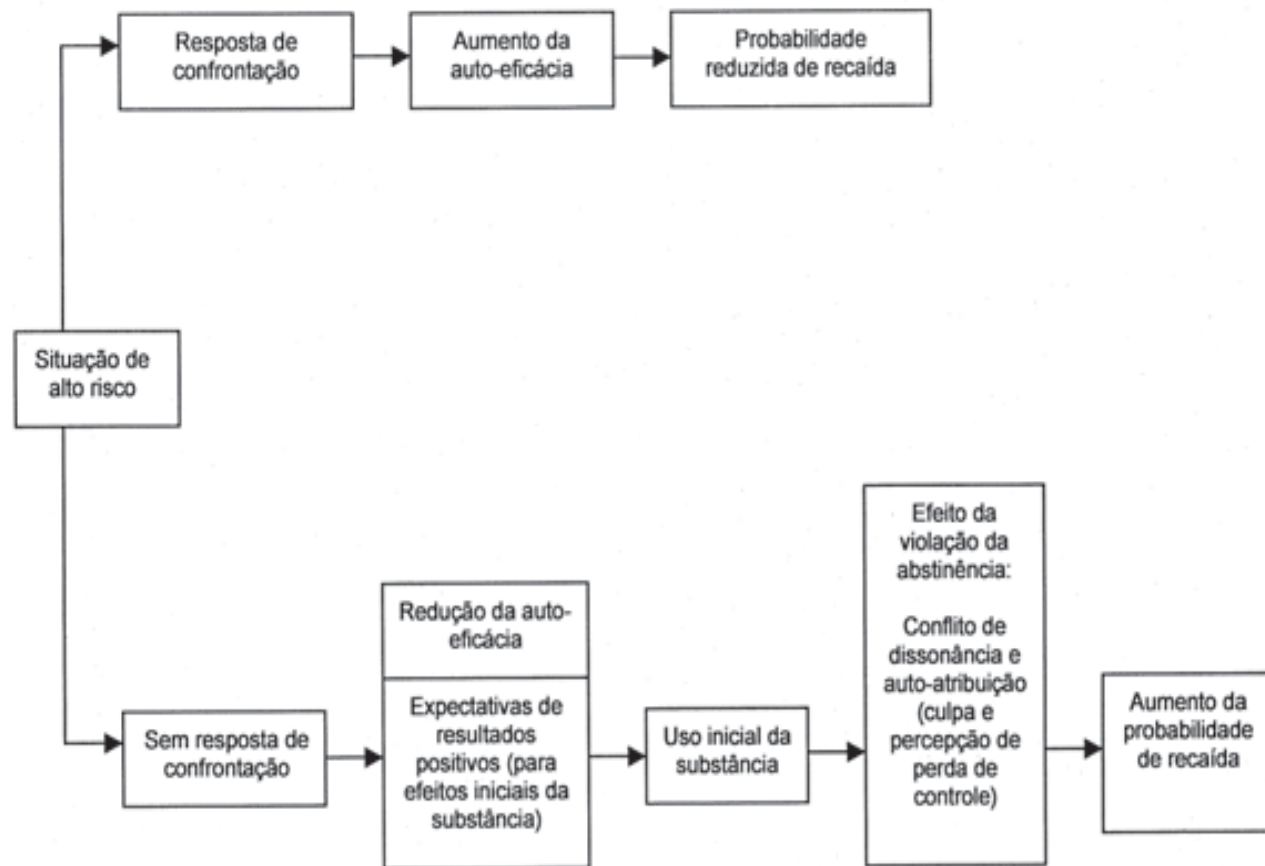


Figura 1 - Modelo cognitivo-comportamental do processo de recaídas⁹



- Mudanças no estilo de vida são um elemento central para reduzir a probabilidade de recaídas, como a redução de fontes de estresse, busca de um equilíbrio entre prazer e obrigação, prática de exercícios físicos, tentativa de melhorar a alimentação por meio de uma dieta mais balanceada, ioga, meditação ou outra forma de relaxamento e o uso de técnicas de diminuição do estresse.



- O treinamento de habilidades interpessoais envolvia como reconhecer sinais sociais; desenvolvimento da capacidade de começar, manter e mudar conversas com amigos e estranhos; fortalecimento de comportamentos assertivos, como "dizer não " ou "pedir mudanças nos comportamentos de outras pessoas ".



- Habilidades intrapessoais eram associadas com o aprendizado de estratégias de relaxamento muscular e/ou respiratório; manejo da raiva; e reestruturação cognitiva para reduzir ansiedade e/ou estados de humor depressivo.
- Outras habilidades consideradas importantes foram a identificação de situações de alto risco de recaída, como ir num bar na sexta-feira, deprimido e abstinente por vários dias, e de crenças que facilitam o uso do álcool.



- Ações para incentivar o aumento de frequência de atividades, principalmente atividades agradáveis, foram usadas como estratégias para mudança de estilo de vida, além de estímulos para participar de novos grupos sociais.



- O treinamento de habilidades interpessoais envolvia como reconhecer sinais sociais; desenvolvimento da capacidade de começar, manter e mudar conversas com amigos e estranhos; fortalecimento de comportamentos assertivos, como "dizer não " ou "pedir mudanças nos comportamentos de outras pessoas ".

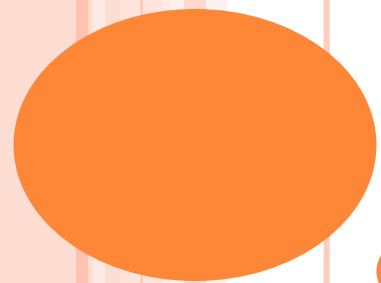


- Habilidades intrapessoais eram associadas com o aprendizado de estratégias de relaxamento muscular e/ou respiratório; manejo da raiva; e reestruturação cognitiva para reduzir ansiedade e/ou estados de humor depressivo.
- Outras habilidades consideradas importantes foram a identificação de situações de alto risco de recaída, como ir num bar na sexta-feira, deprimido e abstinente por vários dias, e de crenças que facilitam o uso do álcool.



- Ações para incentivar o aumento de frequência de atividades, principalmente atividades agradáveis, foram usadas como estratégias para mudança de estilo de vida, além de estímulos para participar de novos grupos sociais.





OBRIGADA!

rosanetrápaga@gmail.com

