

Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático

Cognitive therapy for posttraumatic stress disorder

Paulo Knapp^a e Renato Maiato Caminha^b

^aPsiquiatra. Mestre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil. ^bUniversidade do Vale do Rio dos Sinos, Centro de Ciências da Saúde, Faculdade de Psicologia. São Leopoldo, RS, Brasil

Resumo Os autores descrevem o quadro de Estresse Pós-traumático (TEPT) dentro do modelo cognitivo-comportamental. São discutidos os fatores que determinam a vulnerabilidade ao desenvolvimento do TEPT. São apresentados os fundamentos da abordagem cognitiva dos quadros de TEPT e um roteiro do conteúdo e duração da psicoterapia desses casos é proposto.

Descritores Transtorno de estresse pós-traumático. Terapia cognitiva. Vulnerabilidade.

Abstract *The authors describe the clinical presentation of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) according to the cognitive-behavioral model. The vulnerability factors for the development of PTSD are discussed. The foundations of the cognitive approach to PTSD are presented and guidelines on the contents and duration of the psychotherapy is proposed.*

Keywords *Posttraumatic stress disorder. Cognitive therapy. Vulnerability.*

Introdução

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é uma psicopatologia que se desenvolve como resposta a um estressor traumático, real ou imaginário, de significado emocional suficiente para desencadear uma cascata de eventos psicológicos e neurobiológicos relacionados. O indivíduo envolvido em um acidente de trânsito, ou numa situação de assalto, de seqüestro ou de estupro, perde o controle físico e psicológico da situação, experimentando níveis elevados de ansiedade, alterando os padrões normais da neuroquímica, e, por conseguinte, das cognições, dos afetos e dos comportamentos.

No cérebro humano, as alterações decorrentes do trauma nada mais são do que uma tentativa de resposta adaptativa à nova ordem imposta por eventos que desestruturam gerenciadores cognitivo-comportamentais, os Esquemas (conjunto de crenças, regras e pressupostos que regem nosso modo de ver e interpretar a nós mesmos e ao mundo). A repercussão é sentida não apenas na estrutura neural, mas também em seus efeitos funcionais, nas cognições formadas a partir do evento traumático, nas impressões afetivas, nos comportamentos e nas reações fisiológicas. Se o estresse é severo, prolongado ou crônico, os mecanismos compensatórios podem ser superados, es-

gotados ou incapazes de restaurarem a homeostase, segundo Perry & Pollard.¹ O trauma força o organismo a criar um persistente grupo de respostas compensatórias, com um gasto energético elevado e mal-adaptativo, formando um novo estado de equilíbrio, mas menos flexível.¹

As experiências traumáticas - armazenadas nas memórias cognitiva, emocional e motora - geram um padrão característico de estimulação da memória e estruturas corticais e subcorticais associativas, facilitando ao cérebro associações (pareamentos) entre os diversos estímulos sensoriais presentes no evento. Desenvolve-se, também, uma certa vulnerabilidade para falsas associações e generalizações com outros acontecimentos não ameaçadores.

A fase inicial aguda do impacto pode estar associada à dor, medo e terror, talvez levando para elementos dissociativos - fatores prognósticos para o desenvolvimento do TEPT. Passando a fase aguda, há tendência a períodos de paralisação/entorpecimento, embotamento ou descrença. O agravamento da memória inicial (registro primário) acontece através das memórias visuais e do fenômeno de reexperiência, da situação traumática nas vias cognitiva e comportamental, com conseqüente esquiva de estímulos associados ao trauma.

Modelos comportamental e cognitivo

A ansiedade é um padrão de resposta incondicionado, com um conjunto de reações fisiológicas referentes à emissão de comportamentos de luta ou fuga frente a situações perigosas. Sob a ótica darwiniana, são respostas adaptativas que evitam o não-reconhecimento e a exposição do organismo a situações potencialmente perigosas. A ansiedade, portanto, está a serviço da preservação da vida. Frente à intensa manifestação de ansiedade que uma pessoa experimenta quando é assaltada à noite em uma rua escura, é natural que ocorra uma forma de condicionamento pavloviano através de pareamentos de estímulos neutros e condicionados, ou seja, estímulos neutros para gerar ansiedade, como a rua escura (EN), passam a ser estímulos condicionados (EC), capazes de gerar respostas condicionadas (RC) de ansiedade. Desse modo, é natural que uma pessoa sinta seu nível de ansiedade aumentar quando estiver novamente em uma rua escura.

Na lógica do modelo de condicionamento clássico seria correto esperarmos a extinção das respostas condicionadas com o passar do tempo, se não houvesse nova exposição ao evento traumático. Para compreendermos o motivo da permanência dos padrões de respostas de ansiedade, temos de reconhecer o condicionamento operante de Skinner, que nos proporciona fatores para uma compreensão mais aprofundada do esquema pavloviano. É através dele que conseguimos entender como se mantém o esquema de respostas de esquiva, geradas pelo aumento da ansiedade. O não-processamento da experiência traumática se dá pela evitação de lembranças e reações afetivas decorrentes do trauma. Quando a pessoa evita sair à rua pela ansiedade sentida ao estar exposta novamente à situação originária do trauma, ela está reforçando negativamente o esquema de esquiva, fazendo com que a resposta de esquiva aumente de frequência. Sair à rua supostamente permitiria o controle ou a redução da ansiedade, mas essa fuga da exposição acaba por reforçar seu trauma.

A base dos vários modelos explicativos, que levam em consideração os processos cognitivos envolvidos na formação do TEPT, sugerem que a capacidade de adaptação do sujeito ao evento traumático requer e depende do processamento e da integração do ocorrido nos esquemas cognitivos pré-existentes no repertório do sujeito e o subsequente desenvolvimento de novos esquemas, conforme propõe Horowitz.² O autor acredita que a formação dos esquemas geradores de ansiedade e esquiva seria resultante da incapacidade do sujeito em processar a informação adequadamente, isto é, os processos cognitivos estariam agindo como se não conseguissem fazer a “digestão mental” da situação traumática.

Alguns autores, como Jones & Barlow,³ Cremer et al⁴ e Horowitz² sugerem as seguintes etapas para que ocorra a formação de respostas consideradas patológicas:

1. Vulnerabilidade biológica: predisposição do indivíduo a responder ao estresse com hiperexcitabilidade autonômica;
2. Exposição objetiva: requer que ocorra um evento traumático, real ou presumido, que seja imprevisível e incontrolável;
3. Acionamento de rede de informações pré-existentes, incluindo percepções subjetivas e significados atribuídos ao evento ocorrido;

4. Hipervigilância: foco seletivo de atenção às informações ameaçadoras, reais ou presumidas;
5. Esquema condicionado de revivência do trauma: seria uma tentativa de processar e integrar o ocorrido, gerando o processamento de informação do evento traumático, e tendo como produto a ativação da emoção;
6. Esquiva: surge como tentativa de reduzir a ansiedade provocada pelos sintomas de revivência e situações condicionadas ao trauma;
7. Sucesso ou fracasso na formação de TEPT: depende da capacidade de ocorrência do processamento da informação, ou seja, se o processamento foi completado e assimilado.

Na mesma lógica do modelo cognitivo de Horowitz, existe a proposta desenvolvida por Lang,⁵ chamada de Teoria do Processamento Emocional, indicando que o processamento emocional acontece a partir da rede de informações que o sujeito possui na memória sobre a situação temida, sobre respostas comportamentais emitidas normalmente nestas situações e sobre os significados (semânticos, afetivos) atribuídos à situação temida e aos comportamentos emitidos. Seligman⁶ contribui para a compreensão da formação de respostas de TEPT através da teoria do Desamparo Aprendido. A equação proposta pelo autor sugere que diante de um estímulo aversivo surgem reações de desamparo, que tem como produto final a dificuldade de aprendizagem e a emissão de novos padrões de respostas. O modelo do desamparo aprendido explicaria o comportamento depressivo inerente aos pacientes que desenvolvem TEPT, bem como a perceptível redução do padrão de respostas nos mais diversos níveis de interação com o ambiente social e afetivo.

Numa ótica mais ampla, ainda em termos de fatores ligados ao surgimento do transtorno, Keane et al⁷ apontam para a importância do amparo social implicado, tanto no surgimento, quanto na reabilitação de pacientes com TEPT. Amparo social é considerado aqui como a percepção do indivíduo em pertencer a diversos grupos de arranjos sociais; como a uma família, uma escola, uma igreja, um grupo de amigos, um clube; ou mesmo ter a quem recorrer quando necessita de apoio, enfim, ter referências simbólicas e concretas. Quanto maior a “plasticidade social” e as habilidades sociais de um indivíduo, menor a probabilidade de sofrer os impactos do estresse e maior sua condição de reparar os efeitos de estresses ambientais circunstanciais.

Técnicas cognitivas e comportamentais

Dentre as possíveis técnicas cognitivas-comportamentais propostas por diversos autores, destacamos:

- Treinamento de Inoculação de Estresse (TIE);
- Treinamento de Habilidades Sociais (THS);
- Treinamento de Auto-Instrução (TAI);
- Dessensibilização Sistemática;
- Técnicas de Relaxamento Muscular Progressivo e Respiração;
- Prevenção da Recaída.

O Treinamento de Inoculação de Estresse (TIE) foi desenvolvido por Meichenbaum⁸ em 1974, inicialmente como uma forma de tratamento geral para as fobias. Calhoun & Resick⁹ afirmam que a técnica pretende dar ao paciente um domínio sobre seus medos através da re-significação da memória traumática e do

ensino de habilidades de manejo frente às situações temidas.

Os autores dividem o TIE em duas fases. Primeiramente, deve ser realizado um mapeamento da gravidade e impacto do problema, considerando a frequência da resposta, sua magnitude, duração, amplitude, consequências e resultados. Também é necessária uma compreensão situacional do problema, bem como dos aspectos comuns e padrões envolvidos. A primeira fase prepara o paciente para o tratamento, incluindo um enfoque educativo que permite a compreensão da natureza e origem do medo e da ansiedade, embasada na teoria da aprendizagem social de Bandura.¹⁰ Também é fornecida uma explicação do modelo cognitivo-comportamental, que enfatiza o paciente a identificar as complexas relações interdependentes entre os fatores afetivos, cognitivos, comportamentais, fisiológicos e sociais/ambientais. Uma vez compreendidas, o paciente aprende a identificar e automonitorar essas correlações fora das sessões, através do Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD), no modelo de Judith Beck,¹¹ ou segundo o modelo de Registro de Pensamentos de Padesky,¹² composto de 9 colunas. Ainda nesta primeira fase do tratamento, paciente e terapeuta constroem conjuntamente o entendimento cognitivo do trauma vivido pelo paciente, equacionando os prováveis pressupostos, regras, crenças e decorrentes comportamentos de proteção que o paciente utiliza para diminuir seu sofrimento. Essa concepção cognitiva, única e específica para cada paciente, pode ser delineada em forma de um Diagrama de Conceitualização Cognitiva, de Beck.¹¹

A segunda fase do TIE é o treinamento de habilidades de manejo e enfrentamento, com orientação para a solução de problema, que inclui, em seqüência; definição de habilidade de manejo, com uma base racional e uma explicação do mecanismo pelo qual a habilidade funciona; várias demonstrações e ensaios da habilidade dentro do consultório através de dramatizações e outras técnicas; aplicação pelo paciente, fora da sessão, da habilidade em uma área problemática que não esteja necessariamente relacionada com os comportamentos visados; revisão em sessão de como a habilidade funcionou, com avaliação da auto-eficácia do paciente; promoção de reajustes necessários; e, por fim, aplicação e prática da habilidade com um dos medos focalizados, desde o considerado mais fácil de enfrentar, até o mais difícil.

O modelo proposto por Deffenbacher¹³ utiliza técnicas de inoculação de estresse, mas acentua a reconceitualização da memória traumática. A técnica da recordação através da imaginação, em que o paciente lembra da experiência relevante delineando os detalhes da cena de forma gradual, é um importante instrumento que viabiliza a reconceitualização. As intervenções podem incluir a reestruturação cognitiva para o diálogo disfuncional consigo mesmo, além do treinamento de relaxamento para ativação emocional e fisiológica, de comportamento para os déficits em habilidades, de resolução de problemas, de auto-eficácia e auto-reforço, entre outros.

A Dessensibilização Sistemática, desenvolvida originariamente por Wolpe¹⁴ em 1958, é um conjunto de técnicas de exposição à vivência traumática. A exposição ao vivo é precedida pela exposição imaginária, construída dentro do consultório, e trabalhada numa hierarquia de situações temidas – desde as consideradas mais fáceis de enfrentamento, até as mais difíceis. Foa &

Kozac¹⁵ utilizam-se bastante da exposição sistemática sugerindo que por meio dela a memória poderia alterar sua estrutura semântica gerando um registro mnêmico mais preciso e atual, integrando o trauma aos esquemas cognitivos pré-existentes e criando novos repertórios cognitivo-comportamentais. Semelhantemente, a Teoria do Processamento Emocional de Lang,⁵ sugere que a exposição repetida à lembrança traumática num ambiente controlado, terapêutico, gerará a habituação ao medo e posterior modificação do esquema disfuncional de esquiva.

A Terapia de Processamento Cognitivo de Astin & Resick,¹⁶ como todos os modelos de reestruturação cognitiva, tem como princípio básico a idéia de que as emoções não surgem apenas do trauma, mas das interpretações que os indivíduos fazem do fato ocorrido e do modo como se perceberam diante da ocorrência do trauma. Nesse processo, o paciente apresenta de forma gradual as situações traumáticas experimentadas e o terapeuta faz uma mediação, para que a memória possa ser re-interpretada, re-significada, buscando desativar o sistema de revivência anteriormente estabelecido. Possibilita que o paciente elabore uma releitura sobre o ocorrido, gerando uma explicação mais funcional e adequada para o evento traumático. A TPC combina o principal ingrediente das terapias baseadas na exposição, com os componentes da reestruturação cognitiva encontrados na maioria das terapias de base cognitiva.⁹

O modelo de tratamento integrado, apresentado por Caminha,¹⁷ conjuga elementos de várias técnicas descritas na literatura. O trabalho começa com a coleta de dados em que paciente e terapeuta criam repertórios multisensoriais relativos à memória traumática, como também para memórias com valência positiva (boas lembranças).

Um sistema de intervenção na memória chamado “Mapa da Memória Traumática”,¹⁸ baseia-se na Teoria do Processamento Emocional de Lang,⁵ nos estudos de Foa & Kozac¹⁵ e nos recentes achados da neuropsicologia do trauma, remetendo o paciente a avaliações e descrições multisensoriais da memória. As descrições multisensoriais recorrentes do trauma envolvem relatos de pacientes, avaliando-se os mais diversos níveis de percepções: sentimentos, comportamentos, pensamentos, reações fisiológicas, percepções visuais, táteis, gustativas, olfativas, sonoras e auditivas (imagens, cheiros, texturas, sabores, temperatura e sons). O “Mapa de Memória” do trauma é apresentado no relato a seguir.

Um paciente adulto masculino (32 anos), vítima de assalto com seqüestro, foi posto no porta-malas do carro após ser agredido com socos e pontapés. O assalto ocorreu à noite, numa rua tranqüila e pouco iluminada da cidade, depois de ter saído da casa de sua namorada.

Ele relata, revivendo suas memórias multisensorialmente, que os assaltantes eram dois homens fortes e altos, um negro e outro branco; que quando foi colocado no porta-malas do carro sentia cheiro de óleo queimado do escapamento de seu carro; que o som estava muito alto a ponto de não conseguir ouvir nada do que os assaltantes falavam; que sentia a textura de forração do porta-malas lhe machucando pela fricção quando se mexia; que o carro era conduzido em alta velocidade; que estava frio embora o paciente suasse muito; e que sentiu sinto-

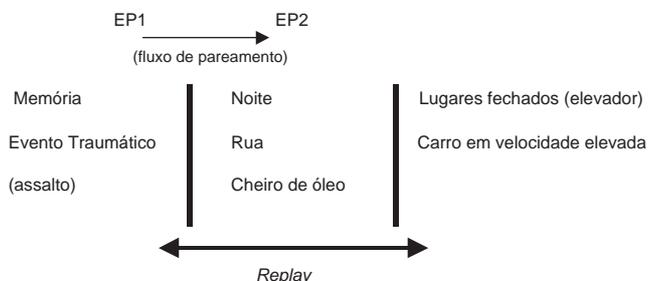
mas típicos de claustrofobia embora nunca houvesse manifestado tal sintomatologia anteriormente.

Pela descrição dos sintomas, ele teve reações semelhantes a um episódio de pânico, manifestações que voltou a experimentar após a situação traumática quando acionado por estímulos que não era capaz de relacionar voluntariamente com o fator desencadeante.

Estas informações foram obtidas depois de repetidos relatos do paciente sobre a memória traumática. Em cada situação de relato o terapeuta monitorava constantemente todas as reações relativas a afetos e, posteriormente, cognições, comportamentos e reações fisiológicas esboçadas pelo paciente.

O objetivo destes relatos além da inoculação do estresse e do processamento emocional, relata Lang,⁵ visa ao desenvolvimento de estratégias metacognitivas desenvolvidas através de treinos de auto-instrução. O objetivo dessa atitude é desassociar as generalizações que a memória produziu e pareou pelo estresse. Funciona como se estivéssemos, através da atitude metacognitiva, corrigindo “erros de linhas de programa” emitidas no processamento de informação.

Dividimos a capacidade associativa da memória em três níveis diversos que chamaremos: Estímulos Pareados em nível um (EP1); Estímulos Pareados em nível dois (EP2); e por fim, é possível que se formem ainda Estímulos Pareados em nível três (EP3), conforme o diagrama abaixo.



Os EP1 são situações geradoras de ansiedade às quais o Processamento Central de Informação é capaz de relacionar os estímulos desencadeantes de ansiedade diretamente com o evento traumático, ou seja, o sujeito é capaz de identificar que, quando está numa rua escura ou sente cheiro de óleo, estes estímulos o fazem lembrar da situação do assalto com seqüestro, gerando grande ansiedade.

Entretanto, há os EP2, por exemplo, quando o paciente está num elevador e começa a sentir ansiedade ou quando anda de carro com algum amigo e o carro desenvolve uma velocidade um pouco acima do normal, provocando manifestações claras de ansiedade. Nestes casos de EP2, formaram-se Esquemas, processamentos em paralelo, os quais o sujeito não relaciona os estímulos desencadeantes da ansiedade com o fato traumático. O cérebro não é capaz de relacionar conscientemente (processamento central) que sente medo por ter estado em contato com estes estímulos durante o assalto, que os estímulos revivem o assalto. É como se o cérebro ficasse emitindo mensagens como: “não esqueça, não esqueça”, para não subestimarmos situações de potencial perigo.

Há ainda a possibilidade de encontrarmos EP3 na montagem do “Mapa da Memória Traumática”, que seriam derivados de pareamentos ocorridos a partir dos EP2, ou seja, completamente alheio ao processamento central de informação. Quando o sujeito no elevador experimenta ansiedade, este fato é procedural, pois ele não o remete à situação temida diretamente. No entanto, se ao tomar um elevador cheio de pessoas ele sente forte ansiedade, a partir de então começa a sentir ansiedade quando está frente a situações onde há concentração de pessoas. O caso relatado demonstra as características associativas e a tendência à generalização que a memória possui.

Numa lógica darwiniana a memória traumática tende a um *replay*, conforme o diagrama acima. Ele ocorre com o propósito de deixar o Esquema Hipervalente (trauma) em destaque se comparado às outras memórias e demais esquemas, visando exclusivamente a adaptação e a preservação da vida do organismo. Quando o Esquema Hipervalente está acionado, dificulta o acesso a outros arquivos de memória, bem como a mediação metacognitiva. O sujeito sozinho não consegue identificar que, embora ele esteja ansioso por estar numa rua, a situação atual é diferente do dia do assalto e, portanto, não há nada a temer no momento.

A memória funciona, na lógica didática trabalhada com pacientes, como se fosse um conjunto de arquivos. O “arquivo vermelho” é a memória traumática que abre involuntariamente e trás à tona todos os efeitos relativos ao trauma. Há ainda um chamado “Botão de Emergência”, utilizado como estratégia metacognitiva para o indivíduo perceber que o arquivo vermelho está aberto e que é necessário intervir voluntária e conscientemente no processo. Quando a memória traumática entra em operação, o paciente deve abrir os arquivos de outras cores pontuadas de lembranças positivas que devem ser evocadas voluntariamente (metacognitivamente) para contrapor o arquivo vermelho, o que gera uma forma de dessensibilização sistemática. O paciente varia o repertório de memórias e atualiza, através do uso da metacognição, o sentido e a validade da memória traumática, tendo como produto final a reestruturação cognitiva e a dessensibilização sistemática de estímulos pareados. Ao aprender estas técnicas, ele deixa de ter uma posição passiva frente à memória traumática e passa a mediar cognitivamente o conteúdo semântico da memória através da abertura de outros arquivos de valência positiva e da re-interpretação da memória traumática.

O referido paciente que sofreu assalto com seqüestro, a partir da sexta sessão, após abordagem da raiva e culpa inerente aos pacientes que passam por situações traumáticas, das crenças que possuía sobre o ocorrido antes e depois da exposição ao fato, bem como da educação quanto ao diagnóstico e modelo cognitivo, começou gradativamente a se dar conta do esquema hipervalente negativo ativado e começou a responder aos pensamentos automáticos através do uso do “Botão de Emergência”, dispositivo mental interno que permite a identificação da ativação do esquema disfuncional e o uso da mediação cognitiva.

As estratégias de auto-instrução, que servem como correções de distorções cognitivas, também foram utilizadas. Quando o paciente experimentava ansiedade em elevadores ou locais fechados acionava a identificação do motivo da ansieda-

Tabela - Roteiro Sumarizado do Processo de Intervenção em TEPT (18 a 20 Sessões)

| | |
|------------------------|---|
| Sessões Iniciais | <p>Certificar-se que o paciente não está mais diretamente exposto ao agente estressor.</p> <p>Aliança Terapêutica com elementos de Entrevista Motivacional: como eu era? Como estou agora? O que perdi? O que ganhei? Como posso e quero estar no futuro?</p> <p>Educação quanto ao TEPT e quanto ao modelo cognitivo.</p> <p>Avaliação por instrumentos psicométricos: escalas de ansiedade, de estresse, inventários de saúde geral etc., que possam servir de fator de reavaliação pós-teste ao final do tratamento.</p> <p>Uso de RPDs, visando a conexão entre lembranças traumáticas diretas e indiretas com a variação das emoções.</p> |
| Sessões Intermediárias | <p>Abordagens das Crenças que o paciente possuía e possui após o ocorrido (quantificando de 0 a 10 os sentimentos e de 0% a 100% o nível de crença no relatado):</p> <p>Antes: "a pior coisa que poderia acontecer a alguém"; "algo insuportável de se conviver".</p> <p>Depois: "nada poderia ter sido pior"; "nunca mais serei o mesmo".</p> <p>Abordagem da culpa e da raiva inerentes ao TEPT (quantificando de 0 a 10 os sentimentos e de 0% a 100% o nível de crença no relatado):</p> <p>Raiva de si: "fui descuidado"; "por que fui sair justo naquela hora"; "eu sequer reagi...tentei fugir".</p> <p>Dos outros: "aquele desgraçado quase me matou"; "sinto muito ódio dele".</p> <p>Abordagem da (s) memória (s) traumática (s):</p> <p>Elaborar o "Mapa de Memória Traumática", evidenciando os EP1, EP2 e possíveis EP3</p> <p>Aplicar o TIE, TAI, Técnicas de Respiração e Relaxamento,</p> <p>Dessensibilização Sistemática (pareando memórias de diferentes valências).</p> <p>Experimentos de exposição a situações ansiogênicas juntamente com o THS.</p> |
| Sessões Finais | <p>Aliança com Amparo Social.</p> <p>Prevenção da Recaída.</p> |

de, e corrigia os pensamentos automáticos com evidências atuais como: *"estou sentindo ansiedade no elevador, isto me lembra o dia em que fui colocado no porta malas, neste momento não estou em perigo, não há nenhuma evidência que comprove estar em alerta..."* (sic). Nesse momento o paciente aciona voluntariamente memórias substitutivas com valência positiva, e é então que a respiração e o relaxamento muscular podem auxiliar como técnicas de redução da ansiedade e de favorecimento do adequado processamento da informação.

Relaxamento e Respiração são técnicas auxiliares quando o paciente experimenta fortes aumentos de ansiedade. Entretanto, sem a auto-instrução e a variação do repertório não garantem por si só a eficácia terapêutica.

No caso citado o paciente assim descreveu sua intervenção: *"quando me dei conta no elevador que estava começando a sentir ansiedade respirei fundo e pausadamente no intervalo de três inspirações, acionei o 'botão' em minha cabeça, corriji distorções (vide relato acima) e imediatamente me dei conta que precisaria pensar em algo diferente, pensei no jantar de sábado passado onde reencontrei amigos que vejo pouco, mas que sempre que os vejo rimos a valer... foi divertido... quando me dei conta saí do elevador com um sorrisinho na boca... funcionou!"*

As situações de enfrentamento gradual e sistemático (dessensibilização sistemática) são propostas através de um cronograma de situações antes evitadas no sistema progressivo de aumento de dificuldade conforme a ansiedade é gerada no paciente.

Nesse momento são retomadas e reforçadas as habilidades sociais que o paciente possuía e geradas novas situações, a fim de que sejam desenvolvidas novas habilidades, reforçando alianças com o sistema de amparo social que o paciente possui e buscando ampliar situações de convívio social, familiar e profissional. Além disso, desde o momento em que o paciente começa a apresentar melhoras significativas, o terapeuta deve introduzir os elementos de prevenção da recaída, para que não perder os progressos conseguidos até então e preparar o paci-

ente para potenciais situações de risco no futuro.

O quadro acima apresenta um sumário dos itens que devem estar presentes no roteiro do tratamento de TEPT. O modelo é proposto para ser desenvolvido em torno de 18 a 20 sessões de terapia, sendo que a utilização das técnicas deve seguir um encadeamento lógico, à medida que o paciente vai cumprindo os objetivos propostos.

Conclusões

O TEPT pode ser considerado como uma patologia primária, tendo em vista seus efeitos patológicos subsequentes ao longo da história dos pacientes. É comum que pacientes com TEPT sejam tratados apenas em seus efeitos secundários, transtornos de humor ou outras formas de ansiedade, ao invés de serem tratados diretamente na matriz originária dos problemas.

As possibilidades de tratamento vão desde o individual ao tratamento grupal. Algumas situações devem ser tratadas individualmente conforme a experiência vivida pelo paciente, no entanto, há vantagens no tratamento em grupo para vítima de TEPT, tais como: diminuir a sensação de isolamento; fornecer apoio social; ajudar a confirmar e normalizar sentimentos em relação ao trauma; compartilhar técnicas de manejo e enfrentamento; proporcionar um ambiente seguro para o desenvolvimento de vinculação afetiva; e poder ajudar aos participantes a atribuir significado diferente ao evento traumático. Ito & Roso¹⁹ apontam ainda como vantagens de se trabalhar em grupoterapia, a reintegração social, a substituição da atitude passiva, de vitimização, para uma atitude ativa, de sobrevivente, facilitando o modo de lidar com o problema.

Independente da modalidade grupal ou individual de tratamento, a terapia cognitiva tem apresentado, na literatura, modelos com elevados índices de eficácia, facilitando a replicabilidade dos achados e preservando uma atitude científica e ética para com os pacientes acometidos desse, que é um dos distúrbios primários mais debilitantes dos processos cognitivos e comportamentais.

Referências

1. Perry BD, Pollard R. Homeostasis, stress, trauma and adaptation a neurodevelopment view of childhood trauma. *J Child Adolesc Psychiatric Clin N Am* 199;7(1): 33-51.
2. Caballo VE, org. Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos. São Paulo: Santos Livraria Editora; 2002.
3. Jones JC, Barlow DH. The etiology of post traumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev* 1990;10:299-328. In: Johnson DR, Feldman SC, Lubin H, Southwick SM. The therapeutic use of ritual and ceremony in the treatment of post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1995;8(2):238-98.
4. Creamer M, Burgess P, Pattison P. Reactions to trauma: a cognitive processing model. *J Abnormal Psychology* 1992;101:452-9.
5. Lang PJ. A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology* 1979;16:495-512.
6. Seligman MEP, Rosellini RA, Kozak MJ. Learned helplessness in the rat: time course, immunization, and reversibility. *J Comparative Physiological Psychology* 1975;88:542-7.
7. Keane TM, Scott WO, Chavoya GA, Lamparski DM, Fairbank JA. Social support in vietnam veterans: a comparative analysis. *J Consult Clin Psychology*,1985;53:95-102.
8. Meichenbaum D. Cognitive behavior modification. Morristown: Genral Learning Press; 1974.
9. Calhoun KS, Resick PA. Transtorno de estresse pós-traumático. In: Barlow DH, org. Manual clínico dos transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas; 1999. p. 63-118.
10. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Rev* 1977;84:191-215.
11. Beck J. Terapia cognitiva: teoria e prática. Porto Alegre: Artmed; 1997.
12. Padesky CA, Greenberger D. A mente vencendo o humor. Porto Alegre: Artmed; 1999.
13. Deffenbacher A. Inoculação do stress. In: Cavallo VE. Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento. São Paulo: Santos Livraria e Editora; 1996. p. 117-49.
14. Wolpe J. Pshychoterapy and reciprocal inhibition. Stanford: Standford University; 1958.
15. Foa EB, Kozac MJ. Emotional processing: exposure to corrective information. *Psychological Bull* 1986;99:20-35.
16. Astin MC, Resick PA. Tratamento cognitivo-comportamental do transtorno de estresse pós-traumático. In: Caballo VE, org. Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos: transtornos de ansiedade, sexuais, afetivos e psicóticos. São Paulo: Santos Livraria Editora; 2002.
17. Caminha RM, Habigzang LF. Reestruturação de memória traumática em abuso sexual infantil. In: Knapp P, org. Terapia cognitivo comportamental na prática: fundamentos científicos e técnicas. Porto Alegre: Artmed; 2003.
18. Caminha RM. Grupoterapia cognitivo-comportamental em abuso sexual infantil. In: Sobre cognição e comportamento. São Paulo: Arbytes Editora; 2002.
19. Ito LM, Roso MC. Transtorno do estresse pós-traumático. In: Ito LM, org. Terapia cognitivo-comportamental para transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1998.

Correspondência: Paulo Knapp

Rua Tobias da Silva, 99/401 - 90570-020 Porto Alegre, RS, Brasil