

CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DE PACIENTES COM IDEIAÇÃO SUICIDA

Micheline Quintela Chagas Paschke ¹ Me. Cristina Pilla Della M^éa ²

1 Graduando em Psicologia. IMED. micheqcpaschke@gmail.com

2 Orientadora. Mestre. Professora do Curso de Psicologia. IMED. cristina.mea@imed.edu.br

1 INTRODUÇÃO

Cada vez mais profissionais de deparam tanto em atendimentos hospitalares e ambulatoriais, bem como no serviço de psicologia clínica, com um número crescente de casos de comportamentos suicidas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (2012), em todo o mundo, acontecem 40 mortes por segundo, ocasionadas por suicídio. O Brasil está entre os 10 países com o maior índice desta mortalidade, colocando o suicídio como um problema de saúde pública e um tema desafiante, requerendo um profundo estudo por parte dos das áreas da saúde, em especial da psicologia (ONUBRASIL,2016)

Em se tratando do tema suicídio é preciso desmembrar sua dinâmica e conceitos. A ideação suicida, primeira etapa, é determinada pela ideia a respeito de acabar com o problema através da morte. Para que esta ideia se torne uma realidade, geralmente acontece um planejamento e um comportamento para colocar em prática a ideação. Seguida pela segunda etapa, que é denominada como tentativa de suicídio ou ato suicida. Em muitos relatos há sequelas físicas e emocionais, mas ainda não apresenta um aspecto letal. Esta tentativa pode ser interrompida por um terceiro, que pode prestar o devido socorro ou pelo próprio paciente, que recua frente a iminente morte. Então, considera-se suicídio o ato que resulta na morte do indivíduo (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Vários são os fatores que podem infundir ou potencializar o comportamento suicida, dentre eles estão: questões demográficas (como: idade, família, etnia, gênero, orientação sexual, condição financeira), questões diagnósticas (patologias e psicopatologias, com uma atenção especial aso transtornos de humor), histórico psiquiátrico (pacientes reincidentes são mais resistentes e proeminentes a letalidade) e questões psicológicas (considerada como um elo entre as questões anteriores, se subdivide em variáveis: desesperança, impulsividade aumentada, cognições distorcidas, dificuldade em resolver problemas e perfeccionismo). Ambas irão, em menor ou maior grau, afetar o pensamento, as emoções e o comportamento do paciente (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Nesse sentido, WENZEL; BROWN e BECK (2010) propõem um modelo cognitivo do comportamento suicida que vem a tangenciar as condutas terapêuticas no *setting* clínico. Embora a teoria cognitiva utilizada seja a de embasamento geral, as peculiaridades de um paciente com ideação e comportamento suicida requerem um manejo diferenciado, pois o limiar entre vida e morte é muito ténue.

Um dos grandes desafios encontrados na clínica psicológica se diz respeito à contemporaneidade dos pensamentos, emoções e decisões. Estaria a liquidez da vida colocando em cheque as estruturas cognitivas do indivíduo, tornando-nos menos resilientes às frustrações e intemperes das relações humanas (BAUMAN, 2005)? Este trabalho teve como objetivo descrever por meio de uma revisão narrativa como a terapia cognitiva-comportamental (TCC) trabalha com paciente com ideação suicida.

2 METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura (ROTHER, 2007). Foram realizadas pesquisas de artigos empíricos e teóricos, publicados em português e espanhol. Foram consultadas as seguintes bases de dados: PePSIC e LILACS e o buscador SciELO. Foram utilizados como descritores para busca: “terapia cognitivo-comportamental” AND “ideação suicida” OR “tentativa de suicídio”, além de livros que fossem pertinentes ao tema.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A TCC surge na década de sessenta, a partir do estudo e dos questionamentos realizados pelo psiquiatra psicanalítico Aaron Beck. Ele parte da sua prática clínica para pesquisar e elaborar uma psicoterapia que dialogasse com as psicopatologias, buscando por uma comprovação da eficácia da proposta terapêutica frente as demandas patológicas. Ele estrutura esta nova concepção psicoterápica baseado em 3 premissas: a cognição influencia o comportamento, as elaborações cognitivas podem ser monitoradas e modificadas no decorrer do processo terapêutico, que a mudança do pensamento pode resultar numa mudança do comportamento (BECK, 2013; DOBSON; SCHERRER, 2004; KNAPP; BECK, 2008; SUDAK, 2008).

No momento em que Beck propõe uma relação de mediação dialogada entre a cognição (pensamento) e o comportamento, ele pondera sobre o mecanismo ou forma com a qual elabora-se a forma de pensar (BECK, 2013). Esta, maximiza os pensamentos em

significados, que por sua vez, determina ou condiciona a forma de agir. Ou seja, no decorrer da existência do indivíduo, adquire-se experiências e denota-se significados às mesmas. A partir destes significados irão ecoar pensamentos automáticos (PAs), os quais surgem de forma instantânea aos eventos ocorridos, quase como um resultado lógico. Identificar estes pensamentos juntos aos pacientes é o primeiro e, talvez mais importante passo no processo terapêutico, como chave fundamental para mudança cognitiva e comportamental (BAHLS; NAVOLAR, 2004; DOBSON;SCHERRER, 2004; KNAPP, 2004a; SUDAK, 2008).

Geralmente a construção destes PAs é permeada, pelo que os pesquisadores irão nominar, de distorções cognitivas. Uma maneira distorcida ou desajustada e/ ou disfuncional de como o sujeito se vê, perceber as outras pessoas e o mundo (considerando o futuro como projeção ou ponto de vista) (BAHLS; NAVOLAR, 2004; BECK, 2013; KNAPP, 2004a).

O conjunto destes PAs descrevem ou apontam estruturas ou conteúdos mais internalizados no ser humano. Estas estruturas vão receber o nome de esquemas, enquanto o conteúdo destes esquemas irá ser denominado de crenças nucleares (CN) ou crenças centrais (CC). Estas crenças são descritas em três categorias: desvalia (quando o paciente se sente incapaz, sem eficiência, como uma pessoa inadequada), desamparo (sentimento de abandono e desamparo real, fragilidade, solidão) e desamor (eu não consigo ser amado por ninguém, indesejável). Enquanto os esquemas são formas com a qual estas crenças vão ser selecionadas, definidas e organizadas dentro da cognição humana (BAHLS; NAVOLAR, 2004; BECK, 2007; KNAPP, 2004a).

Nesse sentido, um paciente com atos suicidas tem a sua conceitualização cognitiva marcada por PAs desadaptativos (em sua maioria traz um conteúdo de negatividade e pessimismo: “não há”), uma crença de desesperança (não consegue ter uma visão de vida atual e de futuro com algum significado. Há um sentimento de vazio (uma ausência de perspectivas), distorções cognitivas (a leitura que ele faz das suas relações com o mundo e com o outro é comprometido por seus pensamentos e crenças) e esquemas desadaptativos ou esquemas suicidas. Consequentemente as suas reações também são desadaptativas, apresentando dificuldades para resolução de problemas, incapacidade de exercer ações de controle de impulsos, compartilhando situações de agressão contra si próprio e contra as pessoas mais próximas ou que considera “culpadas” por sua condição (MARBACK; PELISOLI, 2014). Se isto estiver atrelado a um transtorno psiquiátrico, os sintomas,

pensamentos, emoções e reações operam num modo aumentado, potencializando o risco de atos suicidas (WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Diante disto, a primeira e talvez mais importante conduta terapêutica seja promover um vínculo terapêutico com o paciente, proporcionando um momento de acolhimento e empatia, um ambiente em que o sofrimento humano possa acolhido e compreendido. Reforçando o comprometimento e sigilo por parte do profissional. Conforme prevê o Código de Ética Profissional do Psicólogo (2014), o sigilo estabelecido no contrato terapêutico só pode ser quebrado em vista do paciente apresentar risco de vida para si ou para outras pessoas. A boa efetividade desta vinculação promovera um processo colaborativo e psicoeducativo para com o paciente. Trazendo o paciente para dentro do seu tratamento e o colocando como seu co-terapeuta; assim, para que juntos possam realizar uma reestruturação cognitiva mais assertiva e condizente com a demanda do paciente (FUKUMITSU, 2014; KNAPP; BECK, 2008; MARBACK; PELISOLI, 2014).

A reestruturação cognitiva acontece uma vez que os PAs são identificados e monitorados, seguido da identificação das CNs ou CCs, posteriormente ambos são questionados e verificados a sua validade ou veracidade, promovendo a correção ou tornando funcional a conceitualização dos pensamentos e crenças, modificando posteriormente o comportamento frente às “situações gatilhos” ou disfuncionais. No caso de atendimento a pacientes com comportamento suicida, faz-se paralelo um monitoramento sobre a ideação. Se está tendo ideação naquele dia e com que frequência o teve durante a semana. Muito importante é realizar a verificação a respeito dos fatores de vulnerabilidade, as situações estressoras e os processos cognitivos relacionados aos atos suicidas (FUKUMITSU, 2014; WENZEL; BROWN; BECK, 2010).

Para que ocorra esta identificação e monitoramento a TCC tem como recurso uma gama de possibilidades de técnicas, a serem aplicadas e ensinadas ao paciente, para que o mesmo possa auxiliar no processo terapêutico, tornando-se um co-terapeuta, das quais podemos listar: a Sequência ABC de Ellis (pensamento/ emoção/ reação), o RPD (Registro de pensamentos disfuncionais, que identifica uma situação que gera um pensamento disfuncional, um sentimento e, conseqüentemente um comportamento), questionamento socrático (um questionamento realizado de forma sistemática, com o objetivo de possibilitar a análise da demanda trazida pelo paciente) (FRIEDBERG; MCCLURE; GARCIA, 2011; KNAPP; BECK, 2008; PUREZA *et al.*, 2014).

As técnicas comportamentais também são utilizadas e auxiliam a modificar, diminuir ou amenizar os comportamentos disfuncionais. O terapeuta pode valer-se de uma diversidade de técnicas, dependendo de cada caso ou psicopatologia. Dentre estas, tem-se: respiração diafragmática (ferramenta muito usada em pacientes com ansiedade ou crises de pânico), técnicas de relaxamento (auxilia a modificar as respostas fisiológicas frente a situações estressoras), *role-plays*, dessensibilização sistemática (vai expondo gradualmente o paciente à situação considerada disfuncional, até que possa tornar assertivo o pensamento e comportamento), entre tantas outras (FRIEDBERG; *et al.*, 2011; KNAPP; BECK, 2008; KACPCZINSKI; MARGIS, 2004; MELO *et al.*, 2014; PUREZA; *et al.*, 2014).

4 CONCLUSÃO

Diante dos resultados obtidos percebe-se a escassez de pesquisas e relatos a respeito das contribuições da TCC no atendimento a pacientes com ideação e comportamento suicida. Os desafios em atender este tipo de psicopatologia são muitos e variáveis, uma vez que cada paciente traz consigo gatilhos multifatoriais para o comportamento suicida. Ainda mais, se o mesmo estiver atrelado a transtornos de humor e/ ou personalidade.

Faz-se notória a contribuição que a TCC faz neste tipo de casuística; sejam através do modelo de conceitualização e reestruturação cognitiva, ou de suas técnicas, possibilitando um melhor atendimento, entendimento e manejo do paciente. Principalmente no que tange trazer à luz, tornar adaptativo ou mais assertivo os pensamentos do sujeito, provocando a possibilidade de um novo olhar sobre a vida, sobre os outros e sobre o futuro.

Sugere-se novos ou mais estudos empíricos sobre as contribuições da TCC na identificação das crenças suicidas, bem como nas técnicas utilizadas para a reestruturação cognitiva e comportamental e o manejo de pacientes com comportamento suicida em crise.

Referências

- BAHLS, S. C.; NAVOLAR, A. B. B. (2004). Terapia cognitivo-comportamentais: Conceitos e pressupostos teóricos. **Psico UTP online Revista Eletrônica de Psicologia**, n. 4, 2004. Disponível em: <http://files.personapsicologia.webnode.com/200000093-024d10346f/Terapias%20Cognitivo-comportamentais.pdf> Acesso em: 15 mai. 2019.
- BAUMAN, Z. **Vida Líquida**. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

BECK, J. **Terapia cognitivo- comportamental: teoria e prática.** 2 ed. Porto Alegre, Artmed, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Código de Ética Profissional do Psicólogo.** Brasília, 2014.

DOBSON, K. S.; SCHERRER, M. C. (2004). História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. *In:* KNAPP, P. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 42-57.

FRIEDBERG, R. D.; MCCLURE, J. M.; GARCIA, J. H. **Técnicas de terapia cognitiva para crianças e adolescentes: ferramentas para aprimorar a prática** (M. F. Duarte, Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2011.

FUKUMITSU, K. O. O psicoterapeuta diante do comportamento suicida. **Psicologia USP**, v. 25, n. 3, p. 270-275, 2014.

KACPCZINSKI, F.; MARGIS, R. Transtorno de ansiedade generalizada. *In:* KNAPP, P. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 209-2016.

KNAPP, P. (2004a). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. *In:* KNAPP, P. (Org.), **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004a. p. 19-41.

KNAPP, P. (2004b). Principais técnicas. *In:* KNAPP, P. (Org.), **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica.** Porto Alegre: Artmed, 2004b. p. 42-63.

KNAPP, P.; BECK, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 30, (Supl II), p. 54-64.

KNIJINIK, D. Z.; KUNZLER, L. S. (2014). Psicoeducação e Reestruturação Cognitiva. *In:* MARRBACK, R. F.; PELISOLI, C. Terapia cognitivo-comportamental no manejo de desesperança e pensamentos suicidas. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, v. 10, n. 2, p. 122-129, 2014.

MELO, W. V. *et al.* Automonitoramento e Resolução de Problemas. *In* MELO, W. V. (Org.), **Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva.** Novo Hamburgo: Sinopsys, 2014. p. 83-121.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção do suicídio um recurso para conselheiros.** 2012 Disponível em:

https://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf. Acesso em: 17 abr. 2019.

PUREZA, J. da R. *et al.* Fundamentos e aplicações da Terapia Cognitivo- Comportamental com crianças e adolescentes. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 1, n. 16, p. 85-103, 2011. Disponível em: http://rbp.celg.org.br/detalhe_artigo.asp?id=144. Acesso em 12/04/2019.

ROTHER, E. T. Revisão sistemática X revisão narrativa. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, jun. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso Acesso em: 15 abr. 2019.

SUDAK, Donna M. **Terapia cognitivo comportamental na prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

WENZEL, A.; BROWN, G. K.; BECK, A. T. **Terapia Cognitiva Comportamental para pacientes suicidas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.