

Aline Sardinha ¹
Erica de Lana ²

Entrevista com Jesse Wright*

O Dr. Jesse H, Wright, M.D., Ph.D. é Psiquiatra, Professor e Diretor do Centro de Depressão da Universidade de Louisville. É autor principal de oito livros e do primeiro programa de multimídia para computador voltado para tratamento de depressão. É Presidente Fundador da Academy of Cognitive Therapy e Presidente da Associação de Psiquiatria de Kentucky.

A pesquisa do Dr. Wright é focada no desenvolvimento e teste de métodos de psicoterapia com apoio de computador (computer-assisted psychotherapy) para melhorar a eficácia do tratamento e aprimorar a experiência psicoterapêutica. Uma versão online de Good Days Ahead, um software testado empiricamente pelo sua equipe de pesquisa está sendo amplamente utilizado em pesquisas e atendimento clínico.

Dr. Wright é o autor principal da trilogia de livros híbridos da American Psychiatric Association Publishing, que integra textos e vídeos para ajudar aos leitores a aprender os métodos fundamentais da terapia cognitivo comportamental, como:

Learning Cognitive-Behavior Therapy, Cognitive-Behavior Therapy for Severe Mental Illness, High Yield Cognitive-Behavior Therapy for Brief Sessions Breaking Free from Depression: Pathways to Wellness. Dr. Wright recebeu o Prêmio de Educador Notável do Ano da Universidade de Louisville, dentre outros prêmios.

▪ **Aline Sardinha: Dr. Wright, selecionamos algumas perguntas sobre os temas que você abordou no seu workshop neste Congresso que acreditamos que as pessoas podem estar interessadas em aprofundar. Qual foi a sua motivação principal para começar a trabalhar com transtornos psiquiátricos graves?**

Jesse Wright: Isso foi há muito tempo! Se você não se importar, encurtarei a história, ou pelo menos tentarei. Quando era estudante de medicina, eu não pretendia ser psiquiatra, pretendia ser cirurgião. Até que, no meu terceiro ano, fui fazer um internato em psiquiatria em um hospital antigo, que tinha pacientes desesperados com Esquizofrenia e outras condições graves. Não havia nada sendo feito por eles, estavam apenas acolhidos na instituição. Isso realmente me afetou. Fiquei muito mobilizado com a solidão deles e pensei: “Eu deveria passar minha vida trabalhando com cirurgia, medicina geral ou com algo que cure?”. Então acho que isso foi um chamado porque minha família, meus colegas da faculdade e meus amigos pensaram que eu estava desperdiçando minha carreira ao me tornar psiquiatra. Eles achavam que ir para faculdade de medicina e se tornar psiquiatra seria um total desperdício. Agora eu creio que eles estavam errados. Para mim, psiquiatria foi a escolha adequada. Na primeira vez que vi um paciente psiquiátrico, a psiquiatria conquistou meu coração. Foi um longo caminho até a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), de qualquer forma, desde aquela época, até me tornar um psiquiatra. Fiz meu treinamento inteiro primeiro e finalmente aprendi TCC mais recentemente na minha carreira.

▪ **Aline Sardinha: Qual o estado de arte das evidências sobre as aplicações da Terapia Cognitivo Comportamental na Esquizofrenia?**

Jesse Wright: Em geral, se olhar para as evidências científicas, TCC é muito mais útil. Isso é o que esperávamos, porque na Esquizofrenia temos bases biológicas profundas e geralmente um curso terrível, e potencialmente perigoso. Assim, se podemos fazer qualquer coisa para modificar o curso e ajudar as pessoas a serem capazes de lidar com elas mesmas, de viver suas vidas e serem mais felizes, já é muito importante. Não consigo ver a TCC como um tratamento isolado para Esquizofrenia, como alguns pesquisadores. Creio que a TCC tem um papel dentro de uma gama de tratamentos úteis e necessários neste transtorno. Penso que há um longo trabalho a ser feito e vejo que a TCC tem um papel relevante nisso.

¹ Programa de Pós-Graduação em Terapia Cognitivo Comportamental da Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Niterói, Rio de Janeiro.

² Departamento de Psicologia da Universidade Federal Fluminense (UFF), Volta Redonda, Rio de Janeiro.

* Entrevista durante o XI Congresso Brasileiro de Terapias Cognitivas, em Foz do Iguaçu, PR, Brasil, em Abril de 2017.

▪ **Aline Sardinha: Talvez dentro de uma abordagem multidisciplinar?**

Jesse Wright: Exatamente. No meu trabalho clínico atual, tenho alguns pacientes com Esquizofrenia, bem como vários outros com transtorno bipolar porque estou em um centro para o tratamento de depressão. No começo da minha carreira, porém, trabalhei em um hospital por muitos anos, e todo dia via pacientes com Esquizofrenia.

▪ **Aline Sardinha: Então o que podemos considerar que seriam objetivos terapêuticos realistas para TCC na Esquizofrenia?**

Jesse Wright: Acredito que objetivos realistas seriam aprender como lidar com problemas como delírios e alucinações, como entendê-los de uma maneira que seja útil, funcional, assim como para produzir mudanças de crenças. De onde essas vozes ou esses delírios estão vindo? Assim, temos que adaptar a TCC para essas pessoas que travam diariamente lutas difíceis ou vivem vidas solitárias. Temos que ensiná-los as habilidades necessárias para seguirem suas vidas e serem capazes de se envolverem com os outros, manter relações significativas com parceiros, filhos, parentes e amigos. Às vezes isso funciona, mas nem sempre. Em alguns momentos, não importa o que a TCC faça, os pacientes não estão capazes de continuar a trabalhar ou de encontrar empregos, por exemplo. Agora, quero fazer um comentário sobre o tipo de terapia que eu efetivamente faço, na prática, e sobre alguns protocolos terapêuticos, que são diferentes dos protocolos básicos de pesquisa. Protocolos básicos de pesquisa para Esquizofrenia têm pontos fracos. Mas se você for um psiquiatra que vê pacientes psicóticos, prescreve medicações e não tem acesso aos métodos da TCC, sabe que a terapia abre um mundo diferente. Você precisa olhar pelo paciente durante o tempo que ele precisar de você. Assim, tenho pacientes tratados para Esquizofrenia por longos períodos. O mais longo deles, foi meu paciente por 41 anos!

▪ **Aline Sardinha: Então você acredita que poderia haver uma espécie de terapia de suporte para toda vida...**

Jesse Wright: Esse é um modo de tratamento diferente, porque quando se tem um limite de tempo para tratar os pacientes, você lhes oferece tratamento e os ajuda a seguirem bem. Quando as pessoas têm um transtorno grave, o psiquiatra pode aprender TCC e assim, estar apto a influenciar a vida das pessoas por um prazo muito longo.

▪ **Érica de Lana: Quando você trabalha com esses pacientes com transtornos severos, o que você faz em seu programa para ajudar suas famílias?**

Jesse Wright: Eu recomendo fortemente ter a família envolvida no tratamento. Apesar de não ser um terapeuta familiar, sinto-me confortável em receber famílias no meu consultório. Normalmente eu faço algumas intervenções psicoeducativas e de solução de problemas com famílias e cônjuges dos meus pacientes. Existem situações que exigem isso, como quando pacientes param de tomar suas medicações e precisamos que a família ajude. Tentamos também trabalhar para reduzir o risco de não-adesão, e para estender o programa para fora do hospital e tentar que todos se envolvam e não apenas o paciente. Famílias geralmente observam sintomas e querem reportar ao profissional, bem como algumas vezes podem nos ajudar com informações para confirmar o diagnóstico. Quando eu falo em chamar a família, na verdade eu sugiro para o paciente que gostaria de falar com alguém de sua família e pergunto quem eles sugerem que venha? Então sugiro que a família venha e dou-lhes a chance de decidir.

▪ **Aline Sardinha: Essa é uma estratégia muito boa!**

Jesse Wright: Sim! Às vezes penso que é realmente fundamental ter famílias participando bem regularmente do tratamento. Vou te dar um exemplo. Tratei um rapaz que tinha sinais de Esquizofrenia insipiente e recentemente foi finalmente diagnosticado com Esquizofrenia. Quando ele veio até a mim, estava deprimido, mas seu contato visual e afeto eram suspeitos, era difícil integrá-los aos grupos. Ele tinha isolamento social, e era muito relutante em reportar o que estava acontecendo, especialmente quando falava sobre sua família. A família estava muito tensa sobre o que iria acontecer com ele, então com a permissão do paciente, quer sua mãe, pai, irmão e às vezes todos eles compareciam as sessões. Isso me ajudou a mantê-lo engajado. A família participar ajuda também a melhorar a frequência às sessões e, dependendo de quem aparece, os tópicos podem ser diferentes. Por exemplo, se o pai do paciente vem, podemos falar das questões daquela díade. Se a mãe do paciente vem, a história pode ser diferente. Gosto de ter alguma comunicação com todos os membros das famílias. Sou uma porta aberta. Sei que, em algumas práticas, a família é praticamente excluída do tratamento, por questões de confidencialidade. Gosto de começar com a permissão do paciente; podemos receber a família se o paciente quiser, mas se o paciente não quer que a família, venha também respeito isso. Eu geralmente contato a família com o paciente no consultório.

▪ **Aline Sardinha: É melhor para a aliança terapêutica quando você pergunta ao paciente...**

Jesse Wright: Eu diria que o número de famílias que aparecem em todas as sessões é provavelmente de 20% a 25% e então eu tenho talvez 10% que aparecem em sessões de grupo. Contudo, frequentemente as famílias esperam na sala de espera e então recebo a família após a sessão de grupo ou talvez após a sessão. A família comumente vem com o paciente esquizofrênico ou bipolar grave e eles sabem que podem falar comigo. Gosto que os membros das famílias dos pacientes me conheçam, cada um deles, e se sintam confortáveis em me contatar sobre suas preocupações.

▪ **Aline Sardinha: Na sua opinião, qual é o papel da aliança terapêutica no processo de mudança ou nos objetivos da TCC com pacientes graves?**

Jesse Wright: A aliança terapêutica é fundamental! Estou certo de que isso é essencial; é o ingrediente número um da mudança. Estudos mostram que, a despeito das técnicas, a relação terapêutica, a empatia com o terapeuta, parece ser o fator crucial para o sucesso do tratamento. Quando um dos meus colegas foi aos E.U.A., um psicanalista contou a ele que tinha um paciente com transtornos de ansiedade e o psicanalista iria pegar emprestadas algumas técnicas cognitivo-comportamentais, porque ele acreditava precisar fazer uma terapia de exposição e precisar ter outros métodos comportamentais da TCC para ser capaz de trabalhar com aquele paciente. Isso mostra que, se você tem uma boa relação e acredita que é possível articular teoricamente uma ou outra técnica emprestada de outra abordagem para melhor ajudar aquele paciente, esse pode ser um caminho possível.

▪ **Aline Sardinha: Ouvimos muito de você ontem, falando sobre a importância da normalização dos sintomas na psiquiatria. Como você acredita que isso poderia ser com um instrumento de mudança ou um instrumento terapêutico?**

Jesse Wright: Normalizar é mostrar que aquela experiência é universal. Nos estudos com terapias de grupo, o que os pacientes mais frequentemente apontam como elemento mais importante do grupo terapêutico não é o senso de pertencimento, ou a aquisição de habilidades, mas a sensação de que outras pessoas também passam por aquele problema, de que não estão sozinhos com aquele transtorno. Quando normalizamos a experiência psíquica de pacientes graves, devolvemos a eles a sensação de que são parte da humanidade e que existem outras pessoas ao redor carregando o mesmo tipo de problema. Particularmente, ver que outras pessoas estão conseguindo lidar com o problema pode ser algo bastante inspirador. Essa é uma coisa que gosto nos grupos para pacientes com Esquizofrenia, porque eles podem enxergar outros mecanismos, podem ver que outras pessoas sobreviveram, têm um namorado ou um trabalho de meio período, por exemplo. É útil ver isso. Eles também aprendem através da maneira com que as pessoas enxergam alguns problemas. Penso que isso é importante. Outro aspecto da normalização pode acontecer por uma revelação pessoal do terapeuta, por exemplo, e então os pacientes veem que eles também são parte da raça humana, que suas vivências não estão tão distantes. É importante lembrar, contudo, que a revelação pessoal deve estar a serviço do paciente e nunca a serviço do terapeuta, você tem que pensar “para quem é isso? É para esse paciente? Será útil para o paciente?” Eu faço revelações pessoais sobre experiências e problemas com medicações, por exemplo, como forma de ajudar os pacientes a compreender melhor os efeitos colaterais.

▪ **Érica de Lana: Qual você pensa ser o papel do psicoterapeuta nas emergências psiquiátricas, como em tentativas de suicídio?**

Jesse Wright: Isso depende de qual posição o terapeuta tem. Por exemplo, em nosso hospital temos psicólogos, assistentes sociais e enfermeiros como parte da equipe do paciente. Então se uma pessoa que foi recebida tem uma emergência psiquiátrica por conta de suicídio ou algum tipo de surto psicótico, eles serão aqueles que lidarão com isso. Há especialistas em gerenciamento de crises e muito do que eles farão é trabalhar com essas crises. Psicoterapeutas também podem liderar equipes de interconsulta enquanto outros profissionais fazem os primeiros atendimentos aos pacientes na sala de emergência, em hospital psiquiátrico ou hospital geral. Nesse caso, você é a pessoa responsável por avaliar, tentar reduzir a crise se possível e fazer aconselhamentos futuros: verificar se esse paciente precisa ser internado, ou está pronto para ir para casa etc. Claro, terapeutas ambulatoriais que trabalham em clínicas privadas também têm seus próprios pacientes que podem se tornar suicidas. Nesse caso, bem, você é responsável, você é o encarregado; você precisa fazer algo a respeito! Você precisa descobrir se a pessoa pode ser ajudada o suficiente em um *setting* ambulatorial ou se um nível de cuidado mais elevado se faz necessário.