

Liliana Seger<sup>1</sup>  
Carolina Farias da Silva Bernardo<sup>1</sup>  
Juliana Morillo<sup>1</sup>  
Deisy Emerich-Geraldo<sup>1</sup>  
Carolina Ribeiro Bezerra  
de Sousa Ide<sup>1</sup>  
Hermano Tavares<sup>1</sup>

# Terapia cognitivo-comportamental aplicada ao transtorno explosivo intermitente: redução dos indicadores de raiva e considerações clínicas

## *Cognitive-behavioral therapy applied to intermittent explosive disorder: reduction in anger indicators and clinical considerations*

### RESUMO

**Objetivo:** o estudo visou descrever e comparar os resultados nos indicadores de raiva, avaliados pré e pós-intervenção, de um protocolo de terapia cognitivo-comportamental (TCC) em grupo para transtorno explosivo intermitente (TEI). **Método:** a amostra não probabilística por conveniência foi constituída por 136 participantes adultos. As intervenções empregadas foram distribuídas em quatro categorias: reestruturação cognitiva, estratégias de regulação emocional, controle de impulso e habilidade de enfrentamento. Foram realizadas 15 sessões de intervenção semanais e três sessões de manutenção (periodicidade quinzenal e mensal), com duração de 90 minutos, conduzidas por duas psicólogas (terapeuta e coterapeuta). Os indicadores foram avaliados pelo Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI, do inglês State-Trait Anger Expression Inventory). **Resultados:** comparando as avaliações pré e pós-intervenção, identificou-se redução estatisticamente significativa nas medianas em todas as escalas do instrumento, com as maiores diferenças identificadas em Traço de Raiva e Expressão de Raiva para Fora, e Temperamento de Raiva. **Conclusão:** o presente estudo demonstra evidências preliminares de que o protocolo de TCC pode ter impacto positivo sobre a raiva e o comportamento agressivo impulsivo em pessoas com TEI, e formula hipóteses sobre processos de mudanças clínicas relacionadas às intervenções empregadas e os desfechos nos indicadores avaliados.

**Palavras-chave:** Transtornos disruptivos, de controle de impulsos e da conduta, Raiva, Agressão.

### ABSTRACT

**Objective:** The study aimed to describe and compare the results of anger indicators, which were assessed pre- and post-intervention, of a group cognitive-behavioral therapy (CBT) protocol for IED. **Method:** The non-probabilistic convenience sample consisted of 136 adult participants. The adopted interventions were divided into four categories: cognitive restructuring, emotion regulation strategies, impulse control, and coping skills. There were 15 weekly intervention sessions and 3 maintenance sessions (weekly and monthly), each lasting 90 minutes, conducted by two psychologists (therapist and co-therapist). The indicators were evaluated by the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). **Results:** Comparing the pre- and post-intervention assessments, a statistically significant reduction was identified in the medians in all scales of the instrument, with the greatest differences identified in Trait Anger and Anger Expression-Out, and Anger Temperament. **Conclusions:** The present study demonstrates preliminary evidence that the CBT protocol can have a positive impact on anger and impulsive aggressive behavior in people with IED, and formulates hypotheses about clinical change processes related to the interventions employed as well as the outcomes in the evaluated indicators.

**Keywords:** Disruptive, Impulse Control, and Conduct Disorders, Anger, Aggression, Cognitive Behavioral Therapy.

<sup>1</sup> Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, Programa Ambulatorial Integrado dos Transtornos do Impulso - São Paulo - São Paulo - Brasil.

#### Correspondência:

Liliana Seger.  
E-mail: lilianaseger@gmail.com

Este artigo foi submetido no SGP (Sistema de Gestão de Publicações) da RBTC em 8 de Abril de 2022. cod. 304.  
Artigo aceito em 9 de Agosto de 2023.

DOI: 10.5935/1808-5687.20230003

A raiva é uma emoção humana básica, selecionada filogeneticamente, e representa uma forma de proteção contra ameaças percebidas. Dessa forma, todos os indivíduos a experimentam no curso da vida. Quando a sua vivência é frequente, intensa e duradoura, diz-se haver um traço de raiva (Spielberger, 2003) e se o comportamento que dela resulta é excessivamente agressivo, fora do contexto ou autodirigido, pode ser considerado patológico.

Vários transtornos psiquiátricos apresentam a raiva e o comportamento agressivo como sintomas clínicos, como transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade, transtorno bipolar, transtorno da personalidade antissocial, transtorno da personalidade *borderline*, transtorno psicótico e transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. Contudo, o transtorno explosivo intermitente (TEI) é o único para o qual o comportamento agressivo é a característica central (Patoilo et al., 2021).

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) (American Psychiatric Association [APA], 2014) define o TEI como: explosões recorrentes; manifestadas por agressão verbal ou agressão física dirigida a propriedades, animais ou outros indivíduos; desproporcionais a provocação ou estressores ambientais psicossociais precipitantes; não premeditadas/instrumentais; causadoras de sofrimento acentuado por sentimentos de arrependimento, culpa, vergonha ou tristeza. Para o diagnóstico de TEI, os episódios de raiva e agressividade não podem ser mais bem explicados por outros transtornos psiquiátricos, efeitos do uso de substâncias ou outras condições médicas, como traumatismo craniano e doença de Alzheimer (APA, 2014).

Algumas especificidades do TEI, diferenciando-o de outras condições, já foram apontadas em diversos estudos, tanto no que tange às características típicas dos episódios de agressão quanto no que se refere aos processos cognitivos daqueles com o transtorno. São elas: agressões de início rápido, breves em sua manifestação (menos de 30 minutos); não planejadas (APA, 2014); reconhecidas pelos próprios sujeitos como predominantemente impulsivas e expressivas (Fanning et al., 2018); processos de pensamento associados à percepção de injustiça (McCloskey et al., 2008); impaciência e ressentimento elevados (Galovski & Blanchard, 2002); atribuição hostil a situações sociais e resposta emocional negativa (Patoilo et al., 2021); concepção rígida a respeito de retidão e justiça; e padrão específico de crenças sobre si, sobre o mundo e sobre os outros (Seeger et al., 2017).

A compreensão dos processos cognitivos e emocionais envolvidos na experiência de raiva e no comportamento agressivo favorece o diagnóstico clínico diferencial do TEI e, sobretudo, a elaboração de um plano de tratamento.

A eficácia do tratamento comportamental e cognitivo-comportamental para raiva e comportamento agressivo, entendidos de maneira ampla, já foi demonstrada em revisões de metanálise (DiGiuseppe & Tafrate, 2003; Lee & DiGiuseppe, 2018). Lee e DiGiuseppe (2018) encontraram uma magnitude

média de tamanho de efeito, o que pode ser compreendido pela ausência de diretrizes para manejo de raiva, tratamentos heterogêneos – mesmo dentro de uma mesma abordagem – e variações do grau de experiência de raiva entre os participantes dos vários estudos. Poucas são as pesquisas que, além de abordar estratégias gerais dirigidas a populações não específicas, concentram esforços no tratamento de indivíduos com condições específicas, como o TEI. Destacam-se, nessa direção, três estudos, todos eles utilizando terapêutica de base cognitivo-comportamental, incluindo reestruturação cognitiva, treinamento de relaxamento, estratégias para controle de impulso (*time out*), treinamento de habilidades de enfrentamento e prevenção de recaída. McCloskey et al. (2008), por meio de ensaio clínico randomizado, examinaram a eficácia do tratamento nas modalidades individual e em grupo, realizado em 12 sessões. Em ambas, em comparação com o grupo-controle, os participantes apresentaram redução na agressão, raiva, pensamento hostil e sintomas depressivos, além de melhora do controle da raiva. Costa et al. (2018), em um ensaio clínico, demonstraram, após 18 sessões de tratamento em grupo, redução significativa em indicadores de traço, temperamento e expressão da raiva, bem como aumento no controle da raiva. Por fim, estudo de McCloskey et al. (2022) demonstrou maior diminuição do comportamento agressivo e da agressividade relacional no grupo de intervenção com terapia cognitivo-comportamental (TCC) em comparação com o grupo que passou por psicoterapia de apoio, ambas realizadas em 12 sessões.

Somam-se pouco estudos, mas todos eles apontam caminho promissor de investigação em direção à consolidação de uma proposta estruturada de intervenção empiricamente baseada para tratamento de TEI.

Alinhado a essa proposta, o presente estudo visou (1) avaliar o resultado de intervenção de um protocolo customizado de TCC em grupo aplicado ao TEI no que tange à redução das variáveis traço de raiva, temperamento raivoso/de raiva, reação de raiva, expressão de raiva para fora, expressão de raiva para dentro, utilizando como medida de resultado um inventário específico; e (2) articular hipóteses sobre processos de mudanças clínicas relacionadas às intervenções empregadas.

## MÉTODO

### AMOSTRA

Trata-se de um estudo com amostra não probabilística, por conveniência, composta por pacientes vinculados ao Ambulatório Integrado dos Transtornos do Impulso (PRO-AMITI) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP), recrutados entre 2009 e 2019.

Foram elegíveis 136 adultos diagnosticados com TEI – de acordo com os critérios especificados no DSM-IV (APA, 1994) para participantes atendidos até 2013 e de acordo com o

DSM-5 (APA, 2014) nos casos atendidos a partir de 2014 –, com capacidade de leitura e escrita e que concluíram o tratamento proposto. Foram excluídos do estudo pacientes que apresentaram patologia clínica que demandasse tratamento emergencial em caráter de internação em outro serviço, transtorno psicótico, oligofrenia ou outra condição de afecção do sistema nervoso central com prejuízo grave das funções cognitivas.

Dos 136 participantes integrantes da amostra, 104 eram do sexo masculino (76,5%) e 32 do sexo feminino (23,5%), e apresentavam idades entre 18 e 74 anos (média de 41,8 anos e desvio padrão de 11 anos).

## APROVAÇÃO ÉTICA

O estudo recebeu aprovação do Comitê de Ética (nº 2.024.812) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido depois de receberem informações a respeito da natureza do estudo.

## INSTRUMENTOS

### STAXI

O Inventário de Expressão de Raiva como Estado e Traço (STAXI, do inglês State-Trait Anger Expression Inventory) é um instrumento para medida multidimensional da experiência de raiva que avalia: estado, temperamento, traço, expressão e controle da raiva.

A primeira versão do STAXI é composta por 44 afirmações que se distribuem em seis escalas e duas subescalas (SE): estado de raiva, traço de raiva, temperamento de raiva (SE), reação de raiva (SE), raiva para dentro, raiva para fora, controle da raiva e expressão da raiva (Spielberger, 2003). A versão mais recente, STAXI-2 (Spielberger, 2010), é composta por 57 itens distribuídos em seis escalas e cinco subescalas (SE): estado de raiva, sentimento de raiva (SE), vontade de expressar raiva verbalmente (SE), vontade de expressar raiva fisicamente (SE), traço de raiva, temperamento de raiva (SE), reação de raiva (SE), expressão de raiva para fora, expressão de raiva para dentro, controle da raiva para fora, controle da raiva para dentro, além do Índice de Expressão da Raiva (Spielberger, 2010). Em ambas as versões, a pessoa assinala a frequência relativa a cada um dos itens, sendo apresentada uma escala Likert de quatro pontos: (1) “quase nunca”, (2) “às vezes”, (3) “frequentemente” e (4) “quase sempre”. As respostas são somadas e resultam em um escore bruto que, posteriormente, é convertido em escores padrão e percentis.

Não houve alterações entre as versões no que tange à composição das escalas e subescalas traço de raiva, temperamento raivoso/de raiva (SE), reação de raiva (SE), expressão de raiva para fora e expressão de raiva para dentro. Essas, então, foram utilizadas como medidas de resultados para explorar as dimensões clínicas das experiências disfuncionais de raiva.

## PROGRAMA DE TRATAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL EM GRUPO PARA TEI

O programa de tratamento cognitivo-comportamental foi desenvolvido por equipe de psicólogas do PRO-AMITI a partir de revisão da literatura sobre TCC em contexto de grupo, neurofisiologia e técnicas de manejo de raiva, práticas de habilidades sociais e aspectos amplos do TEI, somados, ainda, à experiência clínica do referido grupo de profissionais a respeito do funcionamento de pacientes com o transtorno. Consistiu em 15 sessões de intervenção (periodicidade semanal) e em três sessões de manutenção (periodicidade quinzenal e mensal) realizadas em grupo, com duração de 90 minutos, conduzidas por duas psicólogas (terapeuta e coterapeuta) treinadas para uso do protocolo. As intervenções englobaram quatro eixos centrais, de componentes cognitivos e comportamentais, que traduzem os objetivos gerais do tratamento: (1) reestruturação cognitiva – apresentação de distorções cognitivas comuns, identificação e automonitoramento de pensamentos automáticos, reestruturação de pensamentos automáticos disfuncionais e identificação e reestruturação de crenças intermediárias e centrais; (2) estratégias de regulação emocional – treino de automonitoramento (identificar e diferenciar gatilhos situacionais, pensamentos, emoções e comportamentos), escaneamento corporal (*body scan*) e técnicas de distração; (3) estratégias de controle de impulso – apresentação e treinamento de respiração diafragmática de ritmo lento, técnica de sair de cena (*time out*); e (4) estratégias de enfrentamento – treino de assertividade (estilos de comunicação passiva, assertiva e agressiva), treino de resolução de problemas (análise dos custos e benefícios das escolhas de comportamento); aprimoramento da habilidade de tomada de decisão. A Tabela 1 apresenta a estrutura detalhada do programa, incluindo as sessões de intervenção e de prevenção de recaída, com o objetivo de reforçar as habilidades aprendidas e estimular os participantes a construir um plano individual para evitar comportamentos agressivos impulsivos.

## PROCEDIMENTOS

Depois de realizadas as etapas de inscrição e triagem para avaliar a elegibilidade de ingressar no PRO-AMITI, os pacientes foram submetidos a uma avaliação psiquiátrica para verificação dos critérios diagnósticos de TEI. Usou-se, nessa etapa, a seção especial da *Structured Clinical Interview* (SCID) (First & Gibbon, 2004) adaptada para transtornos do impulso (SCID-TCIm) e utilizada em contribuições anteriores dos grupos de pesquisa vinculados ao PRO-AMITI (Kim et al., 2017; Medeiros et al., 2019).

A versão brasileira 5.0 da *Mini International Neuropsychiatric Interview* (M.I.N.I.), do DSM-IV (Amorim, 2000), foi aplicada com a finalidade de avaliar comorbidades com outros transtornos do impulso e aplicar os critérios de exclusão estabelecidos. Após essas avaliações, os pacientes foram convidados a participar do Programa de Tratamento

**Tabela 1.** Apresentação do programa de tratamento cognitivo-comportamental em grupo para TEI.

Sessão	Descrição
1	A Apresentação do programa (estrutura básica e regras) e avaliação inicial.
	O Aumentar a motivação e a adesão. Apresentar o modelo da TCC. Apresentar as principais características do TEI. Coletar dados para iniciar a formulação cognitiva de cada paciente.
	T Psicoeducação sobre a TCC e o TEI. Questionamento sócrático para colher dados iniciais sobre a formulação cognitiva de cada cliente.
2	A Neurofisiologia básica da raiva e introdução às técnicas de relaxamento.
	O Apresentar o conceito de gatilhos e estratégias para aumentar a autoconsciência do estado de raiva.
	T Psicoeducação sobre gatilhos situacionais, sobre a função e a neurofisiologia da raiva, e sobre respiração diafragmática de ritmo lento.
3	A Estratégia para controle de impulso, estratégias iniciais para regulação emocional da raiva e introdução aos pensamentos automáticos.
	O Fornecer recursos iniciais para lidar com a raiva e a impulsividade disfuncionais e treinar o reconhecimento inicial dos pensamentos automáticos.
	T Psicoeducação sobre automonitoramento, sobre time out e sobre registro de pensamentos disfuncionais. Psicoeducação e treino de identificação de pensamentos automáticos. Treino da respiração diafragmática de ritmo lento.
4	A Especificidade cognitiva relacionada à raiva (distorções cognitivas) e continuação do treino de identificação de pensamentos automáticos.
	O Apresentar o conceito e exemplos de erros cognitivos, bem como modelos de especificidade cognitiva e o impacto da reestruturação cognitiva (pensamentos alternativos) para o humor e o comportamento. Realizar treino para a identificação de pensamentos automáticos disfuncionais.
	T Role-play para o preenchimento do registro de pensamento disfuncional. Psicoeducação sobre erros cognitivos e sobre especificidade cognitiva. Introdução à busca de evidências por meio do questionamento sócrático.
5	A Discussão sobre pensamentos automáticos disfuncionais, emoções desproporcionais (em intensidade e frequência)/desregulação emocional da raiva e avaliação de distorções cognitivas.
	O Auxiliar os pacientes a identificarem a especificidade cognitiva e distorção dos pensamentos e sua relação com o humor e o comportamento. Introduzir o questionamento de pensamentos disfuncionais.
	T Identificação de pensamentos disfuncionais, avaliação e questionamento de pensamentos disfuncionais, exame e contestação de afirmação do tipo “deveria”. Psicoeducação sobre o sistema universal de valores e sua relação com os pensamentos do tipo “deveria”.
6	A Abordar crenças centrais e crenças intermediárias.
	O Ampliar a percepção sobre as crenças (sobre si, os outros, o mundo e o futuro). Monitorar crenças de injustiça.
	T Identificação de crenças centrais e crenças intermediárias. Avaliação de pressupostos, regras e padrões cognitivos. Psicoeducação sobre o diagrama de conceituação cognitiva.
7	A Identificação e análise de crenças centrais e intermediárias.
	O Discutir e reforçar a ligação entre crenças intermediárias/centrais e raiva disfuncional. Apresentar os ciclos de manutenção do comportamento agressivo.
	T Psicoeducação sobre o aprendizado com previsões não confirmadas. Questionamento sócrático, questionamento de crenças a partir da técnica o processo.
8	A Identificação e análise de crenças centrais e intermediárias.
	O Identificar, discutir e desafiar crenças centrais.
	T Questionamento sócrático e questionamento de crenças a partir da técnica do processo.
9	A Discussão de crenças intermediárias e centrais alternativas.
	O Identificar, discutir e desafiar crenças centrais. Foco em reestruturação cognitiva.
	T Por meio do questionamento sócrático, flexibilizar antigas regras e pressupostos. Avaliação e atuação de acordo com regras e pressupostos mais adaptativos.

---

---

10	A	Introdução à assertividade (conceito e utilização) e técnicas de resolução de problemas.
	O	Aumentar a percepção sobre como resolver conflitos de maneira construtiva e ampliar as habilidades de comunicação.
	T	Psicoeducação sobre a habilidade de resolução de problemas (definição e formulação do problema, geração de soluções alternativas, avaliação de custo versus benefício para a tomada de decisão, implementação e reavaliação), sobre estilos de comunicação (passivo, assertivo e agressivo) e sobre paralinguagem.
11	A	Treinamento de assertividade e técnicas de resolução de problemas.
	O	Amplicar as habilidades de comunicação e simulação de situações do mundo real.
	T	Identificação de comportamentos disfuncionais quando sentem raiva. Treino da habilidade de resolução de problemas. Identificação de gatilhos para a comunicação agressiva. Treino da comunicação assertiva. Role-play e experimento comportamental de observação.
12	A	Revisão do conteúdo discutido.
	O	Resumir/reforçar os assuntos discutidos ao longo do tratamento.
	T	Questionamento socrático para levantar os principais pontos aprendidos e discutidos durante o processo de psicoterapia.
13	A	Discussão dos ganhos terapêuticos percebidos e prevenção de recaídas.
	O	Reforçar o uso da assertividade e a solução de conflitos de forma construtiva.
	T	Levantar os principais ganhos terapêuticos e reforçar estratégias e técnicas que colaboraram para a melhora de cada paciente.
14	A	Aprender com a recaída.
	O	Discutir caso(s) real(is) de recaída no grupo e analisar quais estratégias e recursos poderiam ter sido usados.
	T	Levantamento dos desafios e situações de risco (gatilhos situacionais, cognições, emoções e comportamentos disfuncionais). Registro de recursos que podem ser utilizados nas situações de risco e para a manutenção de ganhos. Estabelecer um plano de ação para prevenir a recaída.
15	A	Discussão dos ganhos terapêuticos percebidos e conclusão do programa (fase 1).
	O	Reforçar comportamentos adaptativos/funcionais e incentivar a transferência adicional de habilidades aprendidas para o mundo real.
	T	Reforçar ganhos relativos à reestruturação cognitiva, em especial sobre a flexibilização de pensamentos dicotômicos e pensamentos do tipo “deveria”. Reforçar o ganho de estratégias funcionais para regulação emocional, controle do impulso e comunicação assertiva.
16	A	Acompanhamento da ocorrência de comportamentos agressivos e não agressivos.
	O	Avaliar a transferência de habilidades aprendidas para o mundo real e reforçar possíveis pontos fracos.
	T	Questionamento socrático. Identificação de possível ativação do ciclo de manutenção para comportamentos agressivos impulsivos. Identificação e reforço do uso das estratégias aprendidas.
17	A	Revisão dos conceitos básicos da TCC e sua aplicação.
	O	Reforçar que pensamentos e crenças podem ser modificados.
	T	Reforçar psicoeducação sobre TCC e a especificidade cognitiva, retomar a conceituação cognitiva e reforçar o impacto positivo da reestruturação cognitiva. Identificar pensamentos disfuncionais sobre o término do processo de psicoterapia.
18	A	Conclusão do programa de manutenção, discussão dos ganhos terapêuticos e avaliação final.
	O	Reforçar pensamentos alternativos e novas habilidades que contribuem para ativar seu “psicoterapeuta interno”.
	T	Reforçar os ganhos terapêuticos (flexibilidade cognitiva, novas habilidades, estratégias para controle de impulso e regulação emocional) e reforçar e estimular a autonomia dos pacientes.

---

---

Cognitivo-comportamental em Grupo e a maioria deles realizou, concomitantemente, acompanhamento psiquiátrico e uso de medicamento, sendo inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRS) a primeira escolha. Na primeira e na última sessão de tratamento, os participantes responderam ao STAXI (n = 59)/STAXI-2 (n = 77).

## ANÁLISE DE DADOS

Como o *Kolmogorov-Smirnov* indicou distribuição não normal para a maioria das escalas, o teste *Wilcoxon Signed-Rank* foi usado para analisar o efeito da intervenção nos escores do STAXI. Todas as análises foram realizadas no SPSS versão 21.0, com nível de significância de  $p \leq 0,05$ .

## RESULTADOS

Conforme apresentado na Tabela 2, todas as escalas do instrumento tiveram redução estatisticamente significativa nas medianas avaliadas em pré e pós-intervenção. As escalas cujas medianas alcançaram maior diferença foram traço de raiva e expressão de raiva para fora, seguidas de temperamento de raiva.

## DISCUSSÃO

O presente estudo demonstrou redução significativa dos índices de raiva a partir de uma intervenção de 15 sessões de tratamento cognitivo-comportamental em grupo para pacientes com TEI. Os achados revelaram redução estatisticamente significativa em todos os indicadores de raiva do STAXI. As medianas com maior redução foram as de traço de raiva, temperamento de raiva e expressão de raiva para fora. Os dados estão em convergência com as ainda escassas evidências da literatura (Costa et al., 2018; McCloskey et al., 2008, 2022). A seguir, discutem-se as variáveis do protocolo de intervenção que podem ter exercido influência sobre os domínios específicos citados.

### TRAÇO DE RAIVA

O traço de raiva é definido como a disposição do indivíduo em perceber situações como desagradáveis e frustrantes. Pessoas com alto escore nesse traço tendem a experimentar

com mais frequência e intensidade sentimentos de raiva (Spielberger, 2003). De acordo com Seger et al. (2020), indivíduos com TEI apresentam uma forma de pensar que os fazem avaliar situações como injustas e desrespeitosas, atribuir intenção hostil ao outro e interpretar situações frustrantes como causadas intencionalmente por outro contra si.

Em relação ao processamento de informações, apresentam um viés atencional expresso pela tendência a fazer julgamentos relacionados a injustiças, desrespeito e autorregras violadas, de tal modo que, seguidamente, há um viés confirmatório para a busca de informações que validem suas crenças. Ademais, há um padrão de julgamento pouco acurado que gera interpretações distorcidas (viés cognitivo). Em decorrência desse funcionamento, há elevada frequência e intensidade do sentimento de raiva.

Segundo Shevidi et al. (2023), a distorção no processamento de informações sociais relaciona-se com violência familiar e abuso físico na infância. Em seu estudo que comparou população com diagnóstico de TEI, indivíduos com diagnóstico de transtorno psiquiátrico não agressivo e controles saudáveis, presenciar agressões físicas entre os pais e sofrer agressão (bater/espancar seriamente) quando criança foram significativamente mais observados entre aqueles que na idade adulta apresentavam TEI.

Considerando o funcionamento cognitivo específico subjacente à raiva e ao comportamento agressivo de indivíduos com TEI, o programa incluiu a reestruturação cognitiva como eixo de tratamento, com foco em psicoeducação a respeito de distorções cognitivas; identificação e automonitoramento de pensamentos automáticos a partir do recurso de registro de pensamento disfuncional; reestruturação de pensamentos automáticos disfuncionais por meio do questionamento socrático e da busca de evidências; além de reestruturação de crenças intermediárias e centrais. Histórico infantil relevante foi abordado para auxiliar nesse processo.

Em estudo de metanálise de tratamento de raiva, Di-Giuseppe e Tafrate (2003) demonstraram que reestruturação cognitiva é uma das intervenções que produz maior tamanho de efeito em medidas de atitudes e cognições, indicando ser um componente essencial no manejo de raiva. Assim, reformular a maneira como a pessoa interpreta uma situação estressante ou

**Tabela 2.** Teste Wilcoxon Signed-Rank para comparação de escores das escalas STAXI pré e pós-tratamento.

Escalas do STAXI	Pós-tratamento (N = 136)			Pós-tratamento (N = 136)			Z <sup>a</sup>	P-value <sup>b</sup>
	Mediana	Mín- Máx	Desvio padrão	Mediana	Mín- Máx	Desvio padrão		
Traço de raiva	29	15-40	5,98	22	0-40	6,16	-8,506	,000
Temperamento de raiva	14	6-24	4,13	11	0-23	3,75	-8,374	,000
Reação de raiva	12	6-16	2,84	9	0-16	2,82	-6,902	,000
Expressão de raiva para dentro	21,5	10-31	4,63	17	0-28	4,37	-6,719	,000
Expressão de raiva para fora	21	11-31	4,6	17	0-29	4,69	-7,359	,000

Nota. <sup>a</sup> Based on positive ranks; <sup>b</sup> Wilcoxon test -  $\leq 0,05$ .

geradora de raiva impacta na diminuição do sentimento de raiva, o que justifica a redução de escore na escala traço de raiva na fase pós-tratamento.

## TEMPERAMENTO DE RAIVA

O temperamento de raiva avaliado pelo STAXI refere-se à propensão geral para vivenciar e expressar a raiva, marcado por comportamentos impulsivos e falta de controle (Spielberger, 2003). Na avaliação pré-intervenção, os participantes obtiveram elevados escores nessa escala, apresentando déficit no controle do impulso, alta frequência e intensidade de raiva e, conseqüentemente, comportamentos agressivos impulsivos (agressão verbal e/ou física e destruição de objetos). Estratégias de regulação emocional e estratégias com foco no controle inibitório relacionado à impulsividade agressiva compuseram o protocolo de intervenção e obteve-se redução estatisticamente significativa desse indicador no pós-tratamento.

A regulação das emoções tem sido tradicionalmente definida como estratégias para manter, aumentar ou diminuir um ou mais componentes (sentimentos, comportamentos e respostas fisiológicas) da resposta emocional (Gross, 2001). Para regular as emoções, é importante que o indivíduo tenha a habilidade de observar e monitorar mentalmente padrões que contribuam para a desregulação emocional, notar impulsos de ação e ser capaz de investir esforços para reduzir as discrepâncias entre padrões disfuncionais e um estado emocional mais funcional. As pessoas podem não ter sucesso na autorregulação em função do déficit em seu monitoramento, da falta de motivação e/ou da falta de capacidade/habilidade para modular/modificar sua resposta (Hofmann et al., 2012).

Na prática clínica, é possível notar que, muitas vezes, indivíduos com TEI não discriminam de forma suficientemente precisa os sinais que antecedem os comportamentos agressivos impulsivos, como reações fisiológicas de taquicardia, tensão muscular, calor e tremor, de tal modo que o tempo para a reação é percebido como demasiado curto, sem condições de regulação e ponderação de seus gestos e falas. São indivíduos, então, que podem se beneficiar muito do automonиторamento da percepção corporal (Seger et al., 2020). O escaneamento corporal (*body scan*) aumenta a percepção dos sinais corporais em momentos que podem resultar em comportamento agressivo impulsivo e, a partir daí, permite à pessoa selecionar estratégias de controle de impulso, buscar evidências para testar possíveis pensamentos disfuncionais e avaliar estratégias para resolução de problemas, contribuindo para a redução do sentimento de raiva e favorecendo comportamento mais habilidoso.

Sair de cena (*time out*), respiração diafragmática de ritmo lento e distração para mudar o foco atencional foram as técnicas implementadas e treinadas, podendo ser usadas separadas ou combinadas. Afastar-se da situação por um tempo limite permite, por exemplo, realizar a respiração diafragmática de ritmo lento ou a distração para mudar o foco atencional.

Afastar-se da situação desencadeadora de raiva foi apresentado aos participantes como passo importante em direção à expressão adaptativa da raiva: reduzir a excitação fisiológica, controlar o impulso agressivo, analisar as variáveis envolvidas e avaliar as conseqüências de seu comportamento para, somente assim, responder à situação. Quando a raiva está em um crescente de intensidade, aumenta-se o nível de excitação fisiológica e as áreas cerebrais responsáveis pelo pensamento racional e analítico ficam comprometidas, aumentando a probabilidade de expressões de raiva não adaptativas (Seger et al., 2020).

No que tange à respiração diafragmática de ritmo lento, Hopper et al. (2019), por meio de levantamento bibliográfico, apontaram os efeitos positivos em mitigar os estresses fisiológico e psicológico por meio de alteração no controle inibitório e autorregulação. Os pacientes com TEI que a utilizaram como estratégia ao perceberem os gatilhos corporais e fisiológicos possivelmente tiveram redução na intensidade da raiva e aumento no controle inibitório, o que resultou em menos comportamentos agressivos impulsivos. Assim, todas as técnicas que compuseram o protocolo e para as quais os participantes do estudo foram treinados parecem ter contribuído para melhora na regulação emocional e no controle inibitório relacionado à impulsividade agressiva, demonstrado por meio da redução nos escores do STAXI.

## EXPRESSÃO DE RAIVA

A expressão de raiva é conceituada como tendo três componentes principais: expressão da raiva em relação a outras pessoas e objetos do meio, repressão dos sentimentos de raiva ou direcioná-la a si mesmo, e controle da expressão da raiva (Spielberger, 2003). No STAXI, a pista do funcionamento padrão de reação à raiva do indivíduo é dada pelos seus escores em expressão de raiva para fora, expressão de raiva para dentro e controle de raiva, que representam, respectivamente, cada um daqueles componentes. Altos escores na escala expressão de raiva para dentro refletem a tendência do sujeito em reprimir o sentimento de raiva em vez de expressá-lo, tanto no comportamento físico quanto verbal (Spielberger, 2003). Já indivíduos com escores altos na expressão de raiva para fora frequentemente manifestam essa emoção com comportamentos agressivos dirigidos a outras pessoas, por exemplo, agressões verbais ou físicas a pessoas, animais ou objetos (Spielberger, 2003). Considera-se a expressão de raiva como funcional quando não causa conseqüências negativas à vida da pessoa e/ou de outros (Seger et al., 2020).

Na amostra deste estudo, tanto expressão de raiva para fora como expressão de raiva para dentro obtiveram altos valores de mediana antes do tratamento, indicando que os participantes apresentaram alta frequência e intensidade de sentimento de raiva, tendo a expressá-la em algumas situações e reprimi-la em outras.

A literatura tem relacionado problemas no controle da raiva com déficits em habilidades interpessoais, dado que

indivíduos que experimentam essa condição expressam suas necessidades e desejos de maneira ineficaz (Kulper et al., 2015) e apresentam dificuldade em solução de problemas (Deffenbacher et al., 1987). Desse modo, o manejo da raiva envolve a habilidade de comunicar-se de forma assertiva, solucionar problemas de forma não impulsiva e compreender os sentimentos e os comportamentos de outros – aspectos que guardam estreita relação entre si. O resultado de que o treinamento de habilidades comportamentais produz grandes efeitos nas medidas de comportamentos agressivos e comportamentos funcionais/adaptativos no estudo de DiGiuseppe e Tafrate (2003) reforça essa ideia.

No protocolo de tratamento cognitivo-comportamental em grupo para TEI descrito neste estudo, o treino de estratégias de enfrentamento inclui treino de assertividade (estilos de comunicação passiva, assertiva e agressiva), cujo objetivo era que os pacientes aprendessem a expressar suas necessidades e desejos de maneira eficaz, além de desenvolver mais habilidades de escuta e empatia em situações de interação social, e treino de resolução de problemas, com o intuito de capacitar os pacientes a identificar formas eficazes e adaptativas de lidar com os problemas encontrados na vida cotidiana. A análise dos resultados sobre a expressão de raiva, especialmente a dirigida para fora, demonstrou significativa redução nos escores pós-tratamento, sugerindo que tais enfoques podem ter resultado no desenvolvimento de comportamentos mais funcionais para reagir ao sentimento da raiva, evitando o comportamento agressivo como a expressão mais frequente.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo sugerem eficácia da TCC aplicada ao TEI e discutem como o protocolo customizado de tratamento composto por quatro eixos fundamentais – reestruturação cognitiva, estratégias de regulação emocional, estratégias de controle de impulso e estratégias de enfrentamento – pode estar relacionado com a redução da raiva e do comportamento impulsivo e agressivo. Apesar de os resultados representarem um avanço na literatura científica acerca da eficácia de intervenções direcionadas ao TEI e os possíveis processos envolvidos, é importante que eles sejam interpretados com cautela, pois o estudo teve como limitações a ausência de randomização dos participantes e do grupo-controle, e a prescrição de medicação concomitante ao tratamento psicológico, o que não permite avaliar se os efeitos do tratamento aqui reportados são atribuíveis exclusivamente à TCC, à terapia farmacológica ou a uma interação entre ambas. Sugere-se estudos futuros que auxiliem na redução da lacuna sobre o tema na literatura, contornando as limitações apontadas, a fim de analisar se tais efeitos mostram-se consistentes em outros delineamentos. Ressalta-se que são poucas as pesquisas sobre TCC para TEI, especialmente em países latino-americanos, e este estudo é um dos primeiros a transpor essa barreira.

## REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. (4th ed.). APA.
- American Psychiatric Association (APA). (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5* (5. ed.). Artmed.
- Amorim, P. (2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 3(22), 106-115.
- Costa, A. M., Medeiros, G. C., Redden, S., Grant, J. E., Tavares, H., & Seeger, L. (2018). Cognitive-behavioral group therapy for intermittent explosive disorder: description and preliminary analysis. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 40(3), 316-319.
- Deffenbacher, J. L., Story, D. A., Stark, R. S., Hogg, J. A., & Brandon, A. D. (1987). Cognitive-relaxation and social skills interventions in the treatment of general anger. *Journal of Counseling Psychology*, 34(2), 171-176.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R. C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(1), 70-84.
- Fanning, J. R., Coleman, M., Lee, R., & Coccaro, E. F. (2018). Subtypes of aggression in intermittent explosive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 109, 164-172.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) and the structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders (SCID-II). In M. J. Hilsenroth, & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of psychological assessment* (Vol. 2, pp. 134-143). John Wiley & Sons.
- Galovski, T., & Blanchard, E. B. (2002). Psychological characteristics of aggressive drivers with and without intermittent explosive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40(10), 1157-1168.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10, 214-219.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A., & Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29(5), 409-416.
- Hopper, S. I., Murray, S. L., Ferrara, L. R., & Singleton, J. K. (2019). Effectiveness of diaphragmatic breathing for reducing physiological and psychological stress in adults: A quantitative systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews Implementation Reports*, 17(9), 1855-1876.
- Kim, H. S., Christianini, A. R., Bertoni, D., Oliveira, M. D., Hodgins, D. C., & Tavares, H. (2017). Kleptomania and co-morbid addictive disorders. *Psychiatry Research*, 250, 35-37.
- Kulper, D. A., Kleiman, E. M., McCloskey, M. S., Berman, M. E., & Coccaro, E. F. (2015). The experience of aggressive outbursts in intermittent explosive disorder. *Psychiatry Research*, 225(3), 710-715.
- Lee, A. H., & DiGiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: A review of meta-analyses. *Current Opinion in Psychology*, 19, 65-74.
- McCloskey, M. S., Noblett, K. L., Deffenbacher, J. L., Gollan, J. K., & Coccaro, E. F. (2008). Cognitive-behavioral therapy for intermittent explosive disorder: A pilot randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 876-886.
- McCloskey, M. S., Chen, E. Y., Olino, T. M., & Coccaro, E. F. (2022). Cognitive-behavioral versus supportive psychotherapy for intermittent explosive disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 53(6), 1133-1146.



- Medeiros, G. C., Seger, L. J., Garreto, A. K., Kim, H. S., Coccaro, E. F., & Tavares, H. (2019). Aggression directed towards others vs aggression directed towards the self: Clinical differences between intermittent explosive disorder and nonsuicidal self-injury. *Brazilian Journal of Psychiatry, 41*(4), 303-309.
- Patoilo, M. S., Berman, M. E., & Coccaro, E. F. (2021). Emotion attribution in intermittent explosive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 106*, 152229.
- Seger, L., Bernardo, C. F. S., & Morillo, J. (2017). Características do transtorno explosivo intermitente e seu manejo na clínica psicológica. In Federação Brasileira de Terapias Cognitivas, C. B. Neufeld, E. M. O. Falcone & B. P. Rangé. (Orgs.). *PROCOGNITIVA Programa de Atualização em Terapia Cognitivo-Comportamental: Ciclo 4*. (pp. 115–51). Porto Alegre: Artmed Panamericana. (Sistema de Educação Continuada a Distância, v. 2).
- Seger, L. J., Bernardo, C. F. S., Morillo, J., & Geraldo, D. E. (2020). *Como lidar com a raiva e o transtorno explosivo intermitente* (Vol. 1). Hogrefe.
- Shevidi, S., Timmins, M. A., & Coccaro, E. F. (2023). Child and parental characteristics of adults with DSM-5 intermittent explosive disorder compared with healthy and psychiatric controles. *Comprehensive Psychiatric, 122*, 152367.
- Spielberger, C. (2003). *Manual do inventário de expressão de raiva como estado e traço (STAXI)*. Vetor.
- Spielberger, C. (2010). *STAXI-2: Inventário de expressão de raiva como estado e traço*. Vetor.