

Entrevista com a Dra. Randi McCabe¹

Interview with Dr. Randi McCabe

Aline Sardinha

Psicóloga pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Laboratório de Pânico e Respiração –Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB)

[Endereço para correspondência](#)



A Dra. McCabe é Diretora do Centro para Pesquisa e Tratamento da Ansiedade e Psicóloga-chefe do Saint Joseph's Healthcare, da McMaster University, em Hamilton, Canadá. É também professora catedrática do Programa de Clínico de Ciências Comportamentais da Faculdade de Ciências da Saúde da McMaster University, um programa de treinamento pós-profissional em psicoterapia. Além disso, é a coordenadora do módulo de Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) para ansiedade do Programa de Pós-Graduação em Psicoterapia e Psiquiatria desta mesma universidade. Possui inúmeros artigos publicados, capítulos de livros e conferências em temas como ansiedade, transtornos alimentares e TCC. É também autora de três livros voltados para o público leigo: *The Overcoming Bulimia Workbook*, *10 Simple Solutions to Panic*, and *Overcoming Your Animal and Insect Phobias*, além do livro *Cognitive*

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2007, Volume 3, Número 3

DOI: 10.5935/1808-5687.20070017

Behavioral Therapy in Groups, destinado a profissionais da área. A Dra. McCabe é ativamente envolvida no treinamento de profissionais de saúde mental e já apresentou inúmeros workshops sobre TCC para o tratamento de transtornos de ansiedade e transtornos alimentares. Atualmente, sua linha de pesquisa envolve o estudo do impacto da entrevista motivacional no tratamento convencional para o Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC). Esta pesquisa é fomentada por uma verba cedida pela Fundação para Pesquisa em TOC do Canadá. Outras pesquisas que estão sendo realizadas atualmente por seu grupo investigam o papel das brincadeiras de mau-gosto no desenvolvimento da fobia social e as motivações para exercício físico em pacientes com Transtornos de Ansiedade. Há ainda outros focos de pesquisa em seu grupo, incluindo fatores relacionados à fenomenologia da ansiedade e dos transtornos de ansiedade, como personalidade, história de vida, processamento da informação e cognição.

RBTC: Dra. McCabe, o que despertou seu interesse pela TCC inicialmente?

RM: Eu acho que foi durante o meu treinamento, pelo fato de haver muitas evidências sobre a utilidade da TCC para uma variedade de transtornos e a idéia de que o tratamento é baseado em pesquisas que demonstram sua eficácia. O modelo teórico da TCC realmente nos ajuda a conceitualizar o problema e é uma ferramenta poderosa, pois nos permite entender como o problema se desenvolveu e criar intervenções que podemos usar para tratá-lo. Por exemplo, David Clark possui um modelo cognitivo do pânico, a idéia de que as pessoas interpretam erradamente as sensações físicas. Essa maneira de conceitualizar o pânico nos proporciona muitas informações sobre formas de tratá-lo, ou seja, desafiando a forma como as pessoas interpretam as sensações, além das exposições interoceptivas.

RBTC: Quais são seus atuais projetos de pesquisa? Que resultados foram alcançados até o momento?

RM: Neste momento eu estou realizando uma pesquisa com TOC. Nós sabemos que TCC e a terapia de exposição são o padrão-ouro, o tratamento de escolha, para o TOC. Entretanto, mesmo sendo o melhor tratamento disponível, alguns pacientes não conseguem se beneficiar significativamente e outros abandonam o tratamento, por ser uma terapia difícil, em que as pessoas são expostas a estímulos que desencadeiam suas obsessões, sem poder praticar os rituais que reduzem sua ansiedade.

A partir dos dados do nosso centro, percebemos que as pessoas melhoravam com a terapia, mas que, mesmo ao final do tratamento, alguns pacientes ainda estavam sintomáticos. Então, pensamos que a Entrevista Motivacional poderia ser uma forma de potencializar o engajamento dos pacientes na terapia de exposição e prevenção de respostas. A idéia seria iniciar o tratamento com sessões de entrevista motivacional, antes das exposições para o TOC, a fim de levar os pacientes a avaliarem os custos e benefícios de abrir mão dos rituais do TOC e discutirem com o terapeuta as suas dúvidas e apreensões a respeito do tratamento. Muitos pacientes têm preocupações como: "Se eu deixar de ter TOC, pode ser que eu não consiga estar à altura das expectativas das pessoas sobre mim" ou "Se eu não conseguir fazer este tratamento, significa que eu sou um caso perdido". Alguns pacientes também ficam muito ambivalentes sobre fazer o tratamento ou não, o que certamente interfere com os resultados da terapia. A pesquisa que estamos conduzindo no momento procura investigar se os pacientes que recebem três sessões de entrevista motivacional antes das exposições têm melhores resultados ao final do tratamento, quando comparados

aos pacientes na condição controle, que recebem três sessões de relaxamento antes do tratamento de exposição e prevenção de respostas convencional. O relaxamento foi escolhido como condição controle porque as pesquisas mostram que este não é eficaz para o tratamento do TOC. Os pacientes são randomizados em cada um dos grupos e os resultados do tratamento são comparados. Nossa hipótese é que o grupo que for submetido à entrevista motivacional alcance melhores resultados ao final do tratamento porque os pacientes teriam resolvido suas questões relativas ao tratamento, o que facilitaria a aderência. Estamos observando também o cumprimento das tarefas de casa e a taxa de desistência, para verificar se os pacientes do grupo que recebe as sessões de entrevista motivacional diferem do grupo controle.

Temos ainda inúmeros projetos de pesquisa aqui no centro, estudando diferentes aspectos dos transtornos de ansiedade e variáveis de personalidade. Por exemplo, estamos realizando um estudo sobre os diferentes níveis de tratamento para fobia social, bem como o papel dos livros de psicoeducação para pacientes no tratamento. Nós estamos estudando os diferentes níveis de tratamento porque temos uma longa lista de espera em nosso centro e nem sempre os pacientes podem ter acesso à TCC. Assim, é importante avaliar a eficácia das outras formas de assistência que oferecemos aos pacientes na lista de espera, entre elas, a psicoeducação através de livros. Nesta pesquisa, os diferentes níveis de tratamento que estamos oferecendo são: psicoeducação, psicoeducação combinada a alguns encontros com um terapeuta e terapia individual. Nós sabemos, a partir de pesquisas em outras áreas, que a psicoeducação pode trazer benefícios. Em transtorno de pânico, por exemplo, esta parece ser bastante eficaz.

Temos outra pesquisa sobre os traços de personalidade. Estamos estudando a sensibilidade à ansiedade como uma variável de personalidade. Algumas pessoas têm mais medo de suas sensações físicas do que outras. Nós queremos investigar se pessoas com altos níveis de sensibilidade à ansiedade reportam mais problemas físicos. Há ainda uma pesquisa estudando especificamente a síndrome do cólon irritável nos pacientes com diferentes transtornos de ansiedade. Seriam as pessoas com transtorno do pânico mais propensas a ter a síndrome do cólon irritável do que pacientes com outros diagnósticos? Será que isto estaria relacionado à sensibilidade à ansiedade? Indivíduos mais sensíveis às sensações físicas tendem a reportar mais sintomas de cólon irritável.

Outro estudo que desenvolvemos investigou o histórico de ter sofrido bullying e brincadeiras de mal gosto na juventude dos pacientes e encontramos que pessoas com fobia social tendem a reportar retrospectivamente mais esse tipo de brincadeira ou mesmo bullying na juventude, quando comparados a indivíduos com outros transtornos de ansiedade. Esses resultados fazem sentido, pois os indivíduos com fobia social são mais preocupados com o que os outros estão pensando. Entretanto, como a metodologia do estudo se baseou em relatos retrospectivos, não podemos afirmar que exista uma relação de causalidade entre estas experiências e o desenvolvimento da fobia social. Pode ser que estes pacientes tenham um viés de pensamento que os levem a recordar mais negativamente tais eventos.

RBTC: Como se estrutura o tratamento no Centro de Pesquisa e Tratamento da Ansiedade?

RM: Tipicamente, os pacientes que chegam são submetidos à triagem através da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (Structured Clinical Interview for DSM-IV

- SCID). Todos são submetidos ao SCID porque nós também somos um centro de pesquisa. Então, se a queixa principal for ansiedade, o paciente é colocado na lista de espera para tratamento.

Temos programas de tratamento para transtorno da ansiedade generalizada (TAG), transtorno do pânico, fobia social, fobias específicas e TOC. O único transtorno que não tratamos é transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), pois não temos os recursos necessários.

Normalmente, os tratamentos são em grupo, em função da lista de espera ser longa (atualmente temos 350 pessoas aguardando). Os custos da terapia são cobertos pelo governo. Os tratamentos em grupo que oferecemos têm, tipicamente, entre 12 a 15 sessões. As sessões ocorrem uma vez por semana e têm duração de 2 horas. Cada grupo têm entre 5 e 8 pacientes. Os grupos de pânico, por exemplo, comportam até 10 pacientes, mas os grupo de TOC, por outro lado, precisam ser menores. Se algum paciente não se encaixa no tratamento em grupo, oferecemos tratamento individual, também entre 12 e 15 sessões.

Algumas vezes, recebemos verbas externas, o que nos ajuda a aumentar a oferta de tratamento. Por exemplo, para o estudo do TOC, há uma verba especial, o que nos permite oferecer 18 sessões de tratamento individual para todos estes pacientes. Quando recebemos verbas de pesquisa, podemos oferecer mais tratamento individual, mas o tratamento convencional na clínica é em grupo.

RBTC: Como funciona a Entrevista Motivacional no TOC? Quais os resultados do estudo até agora?

RM: Estamos trabalhando com tratamento individual, Os pacientes recebem três sessões de entrevista motivacional ou de relaxamento e depois 15 sessões de terapia de exposição e prevenção de respostas, duas vezes por semana, com o terapeuta. Entre as sessões, eles têm como tarefa de casa realizar exposições sozinhos. Eles praticam em casa, realizando exposições diariamente e as monitorando com uma ficha que deverá ser apresentada ao terapeuta na próxima sessão. As sessões de entrevista motivacional são baseadas na teoria da entrevista motivacional, mas adaptadas para o TOC, em temos do papel do TOC na vida dos pacientes, os prós e contras de viver ou não com o TOC e a perspectiva de se engajar no tratamento. São três sessões individuais com o terapeuta. Então, eles começam a receber as 15 sessões convencionais com o mesmo terapeuta.

Nesta pesquisa, por ser um estudo controlado, estamos oferecendo somente a terapia de exposição e prevenção de respostas, mas nos nossos tratamento em grupo, além das estratégias comportamentais, que constituem a base do tratamento, incorporamos também estratégias cognitivas na medida em que são necessárias, principalmente para os subtipos mais obsessivos do TOC, com pensamentos imorais, agressivos ou sexuais. Entretanto, nós preconizamos a parte comportamental e as exposições.

RBTC: Vocês têm alguém que auxilie os pacientes com as exposições em casa, como um co-terapeuta profissional ou um membro da família?

RM: Algumas vezes temos um ajudante, particularmente para fobia específica. Por exemplo, alguém que tem fobia de dirigir precisará contar com a ajuda de alguém, já que, se eles têm medo de dirigir, precisarão iniciar a exposição com alguém dirigindo

enquanto eles vão no banco do carona, até que consigam começar a dirigir. Algumas vezes temos sessões em que o paciente traz um ajudante, ou uma pessoa de apoio, e nós o instruímos sobre como funciona a exposição e como ele pode ajudar o paciente e o tratamento. Normalmente, o ajudante é um membro da família ou um amigo, mas sua presença só ocorre nos casos em que é necessária. Como esta é uma clínica de adultos, os pacientes normalmente buscam tratamento sozinhos. Entretanto, em transtornos como o TOC, por exemplo, em que a família costuma se acomodar aos sintomas, nós constantemente temos uma sessão familiar, em que instruímos os familiares sobre as coisas que eles não podem mais fazer em função do tratamento. Nós tivemos uma paciente cuja família toda ia até o porão da casa e trocava toda a roupa da rua, a colocava na máquina de lavar e colocava roupas de casa antes de poderem entrar. Nesse caso, precisamos trazer a família, para que eles todos entendessem e concordassem em não atender mais a essas exigências da paciente.

RBTC: No tratamento da fobia social e do transtorno do pânico com agorafobia, as exposições também seriam realizadas pelo paciente, como uma tarefa de casa?

RM: Nós procuramos realizar o máximo de exposições que conseguimos com os pacientes. Por exemplo, nos grupos de pânico, haveria algumas sessões em que o grupo iria ao shopping, ou andar de ônibus etc. Nós poderíamos nos dividir em grupos menores para as exposições: alguns pacientes iriam para a praça de alimentação, enquanto outros podem ir para os elevadores, dependendo do que for mais difícil para cada paciente. Outros ainda simplesmente andam pelo shopping, tendo deixado sua medicação SOS no consultório, para se livrarem dos comportamentos de segurança. Nós também fazemos exposições interoceptivas, com todo o grupo na sessão. As exposições que não podem ser feitas na sessão são pedidas como tarefa de casa.

Com o grupo de fobia social, fazemos muitas exposições no hospital, ou em outros locais fora do consultório, onde eles teriam que pedir informações, andar de maneira estranha na frente das pessoas ou qualquer outro comportamento que fosse embaraçoso, ou ainda pedir que o paciente fale para um pequena audiência de pessoas da clínica.

Para fobia específica, há muitas exposições na sessão. Por exemplo, nós trazemos aranhas da nossa casa para as exposições dos pacientes com fobia de aranha. Entretanto, o que quer que façamos, nós pedimos que eles pratiquem em casa.

RBTC: Como funcionam os grupos de incentivo? Com que frequência os pacientes precisam voltar para estes grupos?

RM: A nossa filosofia é que os pacientes recebem uma dose de TCC, de 12 a 15 sessões, em que provavelmente aprenderão as estratégias básicas. Entretanto, ao final do tratamento, é difícil continuar a usar as estratégias aprendidas e alguns tendem andar pra trás. É por isso que temos os grupos de incentivo. É um grupo mensal em que qualquer um que tenha passado por tratamento na clínica pode frequentar, quando desejar. O objetivo do grupo é incentivar o uso de estratégias de resolução de problemas ou estratégias específicas para metas que foram identificadas ao final do tratamento. Os pacientes podem frequentar o grupo de incentivo para obter alguma ajuda específica para alcançar tais metas, bem como se eles começarem a ter lapsos, eles podem vir ao grupo de incentivo para retomar os ganhos do tratamento. Nós temos dois grupos, um para pacientes com TOC, pois o TOC tende a ser diferente dos outros transtornos, e outro para todos os outros diagnósticos.

Há sempre dois terapeutas coordenando o grupo. Eles normalmente perguntam como cada um está e em que questões eles precisam de ajuda. Algumas vezes, um dos terapeutas pode fazer algum trabalho de modelação, de reestruturação cognitiva ou solução de problemas numa parte da sessão, ficando o restante do tempo para que os próprios membros do grupo possam dar feedback e compartilhar estratégias entre si.

RBTC: Em que consiste o Programa de Comorbidade em Ansiedade e Depressão?

RM: A nossa clínica é uma clínica de ansiedade, mas na universidade existe outro programa voltado para transtornos do humor. O que temos visto é que muitos pacientes são encaminhados para cá, mas quando fazemos a triagem, eles não apresentam ansiedade como queixa primária e sim depressão. Neste caso, no passado, teríamos que mandar o paciente de volta para o clínico que o encaminhou, dizer que o problema é depressão e o paciente seria, então, encaminhado para o programa de tratamento adequado. Isso resultava num grande tempo de espera dos pacientes por tratamento. Em outras situações, o paciente seria tratado aqui para ansiedade e, se ainda apresentasse depressão ao final do tratamento, teria que voltar para o médico e pedir um encaminhamento e entrar novamente na lista de espera do outro programa.

Assim, pensamos nesse programa para facilitar o tratamento destes pacientes e acelerar o acesso a ambos os programas sem que o paciente tenha que esperar tanto tempo. Nós temos um profissional que trabalha em ambas as clínicas, o coordenador de comorbidades. Esta pessoa facilita a triagem nas duas clínicas, para que o paciente não tenha que esperar. Por exemplo, se um paciente tem um transtorno do humor em nossa clínica, esta pessoa conseguiria que ele fosse tratado também no programa para depressão, assim que terminasse o tratamento para ansiedade aqui. O mesmo aconteceria com um paciente com transtorno de ansiedade, após ter sido tratado na clínica de depressão. É simplesmente uma maneira de tornar o processo mais eficiente, pois a maioria dos pacientes que recebemos têm problemas além do transtorno de ansiedade.

RBTC: Como estas outras comorbidades interferem nos resultados dos tratamentos aqui? Como estas interferem na formação dos grupos?

RM: É por isso que o SCID é tão importante. Nós podemos facilmente saber qual diagnóstico é a queixa primária, o que provoca maior incapacitação ou desconforto, e o que é mais clinicamente significativo naquele momento, e esta é a condição que devemos tratar primeiro. Depois do tratamento, nós fazemos um novo SCID no paciente, e cada diagnóstico remanescente será tratado, um de cada vez. Normalmente, esta abordagem funciona muito bem.

O que gera problemas é quando, por exemplo, um paciente é diagnosticado primariamente com transtorno do pânico, mas também apresenta TEPT. Este paciente inicia o tratamento e, após algumas sessões, conclui-se que os ataques de pânico são relacionados às situações do TEPT. Neste caso, o tratamento para pânico é interrompido e o paciente é encaminhado para tratar o TEPT. É por isso que a triagem através do SCID é efetivamente determinar o que é o problema primário é tão necessário.

Algumas vezes, as pessoas têm tantas queixas, ou estão tão estressadas ou incapacitadas, que não conseguem funcionar em um grupo. Neste caso, este paciente receberia tratamento individual.

Nós também oferecemos farmacoterapia aqui. Os pacientes podem ser vistos por um de nossos psiquiatras e receber prescrições de medicamentos.

Em caso de abuso de substâncias, nós tratamos o paciente se este estiver disposto a reduzir o uso da substância, mas se chegar a um ponto em que a substância está interferindo com a participação no grupo, o paciente será encaminhado para tratamento específico, retornando posteriormente.

Quando os pacientes apresentam questões de personalidade que podem interferir com o tratamento, realizamos tratamento individual e não em grupo. Se eles têm problemas com o controle da raiva, por exemplo, nós não queremos que isto interfira no trabalho com o grupo, e preferimos que estes sejam tratados individualmente. O tratamento seria focado no problema primário do paciente, através de um protocolo estruturado. Nós consideramos importante usar um protocolo e limitar o número de sessões, pois sem isso o tratamento não tem fim.

Nós tentamos realmente nos focar no problema primário. Uma vez que este tenha sido tratado, nós podemos enfocar os outros problemas, aqui ou através de encaminhamentos para outros centros. Se tivermos o tratamento disponível aqui, o paciente será alocado no próximo grupo de tratamento disponível para o diagnóstico a ser tratado. Entretanto, esta espera por durar até alguns meses, dependendo da disponibilidade. Por outro lado, nós achamos interessante que haja um intervalo entre um tratamento e outro, para evitar que os pacientes fiquem sobrecarregados. Em casos em que a pessoa esteja muito perturbada ou que realmente precise de tratamento contínuo, tentamos nos organizar para agilizar a entrada no outro grupo.

RBTC: Existe também o Programa de Residência em Psicologia Clínica na McMaster. Quais as diretrizes deste programa e que habilidades se espera que o residente apresente após o final do treinamento?

RM: Eu não sei como funciona no Brasil, mas aqui no Canadá, quando o profissional está fazendo seu treinamento em clínica (no Canadá é necessário fazer um doutorado em clínica para poder ser um psicólogo clínico), o último ano tem que ser de internato ou residência. Os profissionais que vêm treinar aqui normalmente já tiveram outros treinamentos clínicos antes.

Aqui eles escolhem duas áreas de treinamento primárias e, em alguns casos, mais uma área secundária. De acordo com o interesse, os objetivos e a prática de cada um, nós organizamos um cronograma para cada aluno. Por exemplo, o residente pode passar metade do tempo no treinamento em transtornos do humor e outra parte nos transtornos de ansiedade e ainda algum tempo em terapia comportamental dialética. Nós temos um programa muito amplo, com diferentes áreas, como esquizofrenia, ansiedade, humor, transtornos alimentares, reabilitação etc (ver: www.psychologytraining.ca). O objetivo dos residentes é ter experiências para suprir as possíveis lacunas que tenham em seu treinamento, bem como estudar em profundidade suas áreas de maior interesse. Ao final do ano de residência, eles também são treinados e supervisionados em supervisão de outros profissionais. Assim, eles supervisionam o trabalho de algum aluno menos experiente e são treinados

também para ser supervisores. Há ainda seminários semanais sobre diversos temas, tanto da prática clínica especificamente, quanto temas profissionais de um modo geral. Então, quando os alunos terminam a residência aqui, eles normalmente já cumpriram os pré-requisitos para o doutorado clínico e podem se tornar psicólogos clínicos.

Dependendo do interesse de cada aluno, eles podem se envolver em pesquisa paralelamente ao treinamento clínico, no período em que estiverem aqui. Em cada área de treinamento, eles aprendem coisas diferentes. Eles são treinados em instrumentos diagnósticos, bem como nos protocolos de tratamento. Nós abrimos quatro vagas todo ano.

É um programa bastante concorrido e difícil de entrar. Para se candidatar, é necessário que o profissional esteja cursando um doutorado clínico em alguma instituição reconhecida pela Associação Canadense de Psicologia (CPA) ou pela Associação Americana de Psicologia (APA).

Além disso, temos um programa prático, para estudantes de pós-graduação em psicologia clínica, que vêm ganhar experiência em diferentes áreas clínicas, para atender aos requisitos de seus programas acadêmicos.

Temos ainda um programa acadêmico, chamado Programa de Ciências Comportamentais Clínico da McMaster University (Clinical Behavioral Sciences Program at McMaster University - website: <http://www.fhs.mcmaster.ca/cbs/>). Este programa tem diferentes cursos em que profissionais de saúde de diferentes áreas podem desenvolver suas habilidades clínicas. É um programa voltado somente para profissionais. Por exemplo, quando alguns dos profissionais que já praticam atualmente tiveram seu treinamento, a TCC não era tão conhecida, assim, como eles poderiam ter este treinamento? Eles podem frequentar os workshops, mas será que estes são suficientes? Provavelmente não. O primeiro nível de curso em TCC que oferecemos é teórico, com algumas habilidades aplicadas, mas baseado em aulas, apresentações de caso e vídeos. Normalmente, este nível tem 12 a 15 aulas. No nível dois, os alunos passam a co-coordenar um grupo, junto com um profissional mais experiente. O supervisor se reuniria com o aluno antes e depois do grupo para discutir o que foi feito e tirar as dúvidas. O nível três, que é o nível mais avançado, consiste em ter supervisão sobre um caso escolhido pelo aluno, de seu próprio consultório. Após cada sessão, haveria uma reunião de uma hora com o supervisor, pelo período de duração do caso. Esta é uma ótima maneira de desenvolver as habilidades do aluno. Os alunos fazem o curso em meio-expediente e, por isso, a duração normalmente é de pelo menos um ano para cursar os três níveis. É um programa multidisciplinar, então temos enfermeiros, psicólogos, médicos, psiquiatras e outros profissionais de saúde participando dos mesmos cursos (no Canadá, não é necessário ser psicólogo para praticar psicoterapia).

RBTC: Que papel os livros de psicoeducação podem desempenhar na saúde mental?

RM: Eu acho que os livros de psicoeducação são muito importantes porque, quando as pessoas estão sofrendo de transtornos psicológicos, elas querem informação. Existe muita informação disponível, mas não necessariamente, informação útil. Assim, eu acho que é muito bom ter livros de auto-ajuda baseados na psicoeducação da TCC, respaldados por pesquisas, pelo que nós sabemos que funciona.

É muito difícil ter acesso a tratamento aqui. Eu não sei como funciona no Brasil, mas aqui, se você pode pagar pelo tratamento, é possível encontrar alguém que possa tratá-lo com TCC. Porém, se você mora em uma área rural, pode ser que não haja nenhum profissional por perto, mesmo que você tenha o dinheiro para pagar. Se você não tem dinheiro para pagar pela terapia, é ainda mais difícil, pois você dependerá dos serviços públicos. Nós temos pacientes que viajam três horas para ter tratamento em nosso centro, porque não há nada mais perto de casa. Eu acho que o acesso à TCC é difícil e ainda limitado pelo que as pessoas podem pagar. É nesse sentido que eu penso que os livros de psicoeducação podem ser úteis, ao proporcionar às pessoas acesso às estratégias da TCC, mesmo que eles não consigam obter tratamento.

Nós também usamos os livros em terapia. Se eu estou tratando alguém com transtorno dismórfico corporal, ou transtorno do pânico, eu recomendo livros para serem lidos durante a terapia, como tarefa de casa, o que agiliza o tratamento, além de proporcionar aos pacientes um material de consulta ao final do tratamento. Eu acho ainda que os livros ajudam outros profissionais de saúde, como os médicos de família, que podem sugerir algumas estratégias para seus pacientes.

RBTC: Seria ótimo se tivéssemos mais livros traduzidos para o Português...

RM: Nosso livro sobre pânico ("10 solutions to panic"), foi traduzido para o Italiano. Alguns dos livros já foram traduzidos. Essa é uma grande barreira para nós, pois o Canadá é multi-cultural. Quando nós temos pacientes que vêm de outras culturas e não falam inglês, é muito difícil fazer a terapia. Algumas vezes usamos um tradutor dentro do consultório, mas isto também é problemático pois, se a comunidade deles é muito pequena, o paciente pode ter contato social com o tradutor fora do consultório. Além disso, sempre há perda de informação pela tradução. Eu acho que traduzir os livros seria bom. Por exemplo, "A mente vencendo o humor" foi traduzido para várias línguas. Mesmo que este não seja um livro específico para cada transtorno, nós costumamos pedir que o paciente leia em seu próprio idioma.

RBTC: Você considera que os protocolos de tratamento são adequados para pessoas de diferentes culturas?

RM: Eu acho que os fatores de diversidade têm um impacto, pois a TCC foi desenvolvida e grande parte de sua validação empírica foi realizada na cultura ocidental. Não há muitas pesquisas sobre a eficácia destes tratamentos em outras culturas, apesar de haver evidências de que estes sejam. Entretanto, por exemplo, em algumas culturas asiáticas, as pessoas são menos propensas a referir alguma queixa psicológica. Eles tendem a apresentar queixas somáticas, e podem não ser suscetíveis à reestruturação cognitiva. É preciso mais pesquisas traduzindo e adaptando os tratamentos para outras culturas. Algumas modificações podem ser necessárias. Por exemplo, será que fobia social no Brasil tem exatamente as mesmas características da fobia social no Canadá? Pode ser que sim ou pode ser que não. Eu acho que esse é realmente um tópico relevante de pesquisa. Pode ser que o protocolo não possa ser exatamente igual e que precise ser adaptado. Esse é um tópico sobre o qual ainda existe pouca literatura. As pessoas estão começando a se interessar pelas diferenças culturais, não somente em como os transtornos se traduzem, mas também em como os tratamentos devem ser adaptados. Em países multi-culturais como o Canadá, esse é um tema que aparece regularmente em nossa prática. Em certas culturas, há comportamentos que são considerados inaceitáveis ou mal-educados, e nós devemos

estar atentos a isso, pois o paciente não vai voltar ao consultório se você o ofender na primeira sessão.

Referências Bibliográficas

Antony, M. M. & McCabe, R. E. (2004). *Ten simple solutions to panic: How to overcome panic attacks, calm physical symptoms, and reclaim your life*. Oakland, California: New Harbinger Publications.

Antony, M. M. & McCabe, R. E. (2005). *Overcoming animal and insect phobias: How to conquer fear of dogs, snakes, rodents, bees, spiders, and more*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

Bieling, P. J.; McCabe, R. E. & Antony, M. M. (2006). *Cognitive behavioral therapy in groups*. New York, NY: Guilford Publications.

Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behavior Research and Therapy*, 24, 461-470.

Clark, D. M. (1988). A cognitive model of panic attacks. Em: S. Rachman & J. D. Maser (Orgs.). *Panic: Psychological perspectives* (pp. 71-89). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

McCabe, R. E.; McFarlane, T. & Olmsted, M. P. (2003). *The overcoming bulimia workbook: Your comprehensive step-by-step guide to recovery*. Oakland, California: New Harbinger Publications.

Greenberg, D. & Padesky, C. (1999). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.

[Endereço para correspondência](#)

Aline Sardinha: Rua Visconde de Pirajá, 595/1205 – Ipanema, Rio de Janeiro.

Email: alinesardinhapsi@gmail.com

Notas

¹ Entrevista realizada em 22 de maio de 2007, em Hamilton, Canadá.