

ARTIGOS**Impacto da co-terapia no tratamento do TEPT com Terapia cognitivo-comportamental****Impact of co-therapy in the cognitive behavioral treatment of PTSD****Raquel Menezes Gonçalves ¹; Patrícia Ribeiro Porto ²; Narahyana Bom de Araújo ³; Mariana Pires Luz ⁴; Ivan Figueira ⁵; Paula Ventura ⁶**

1- Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP/UFRJ)

2- Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (IP/UFRJ)

3- Aluna de graduação do curso de Psicologia da UFRJ

4- Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB-UFRJ)

5- Professor adjunto do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

6- Professora adjunta do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Correspondência: Rua 30, número 85, Cambinhas, Niterói, RJ, CEP 24358-631
Telefones: (21) 26191878/ 94920590 E-mail: mgoncalves.raquel@gmail.com

Agradecimentos

Este estudo recebeu apoio financeiro do Instituto Milênio Saúde Mental e Violência. Agradecemos aos demais funcionários da equipe de Terapia Cognitivo-comportamental que colaboraram com sugestões durante o atendimento psicoterápico da paciente em questão, assim como para o desenvolvimento deste artigo (Ana Lúcia Pedrozo, Ana Cristina Lages, Tânia Mecedo, Carlos Eduardo Nórt e Maria Pia Coimbra). Agradecemos também aos médicos psiquiatras que prestaram atendimento medicamentoso à paciente descrita neste relato de caso (Carla Marques, Mauro Mendlowicz e William Berger).

Resumo

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) apresenta eficácia comprovada no tratamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), contando com técnicas tais como psicoeducação, reestruturação cognitiva, relaxamento muscular progressivo, respiração diafragmática, exposição *in vivo* e imaginária. A utilização de co-terapia no tratamento individual de pacientes praticamente não foi investigada. O objetivo deste estudo foi ilustrar a adaptação do protocolo da Edna Foa para TCC no TEPT com destaque para a introdução da co-terapia, não presente no protocolo original. Trata-se da avaliação do tratamento de uma paciente com TEPT que não tolerou os medicamentos de primeira escolha, através de escalas de auto-relato e heteroavaliação realizada por psiquiatras. Observou-se diminuição dos escores do Inventário Beck de Depressão (BDI), Inventário Beck de Ansiedade (BAI), *Clinical Global Impression* (CGI) e do *PTSD Checklist – civilian version* (PCL-C) ao longo do tratamento. O presente caso sugere que a administração do protocolo foi adequada, havendo evidências de eficácia da TCC e da relevância da co-terapia como ingrediente importante neste processo. Ensaio randomizado controlado poderão testar o custo-efetividade da adição da co-terapia ao tratamento, particularmente em casos de TEPT resistentes ou intolerantes aos tratamentos convencionais e com comorbidades psiquiátricas.

Palavras-chave: Transtorno de Estresse Pós-Traumático, Terapia Cognitivo-comportamental, Co-terapia, Relato de caso.

Abstract

Cognitive behavioral therapy (CBT) is an effective treatment for Post Traumatic Stress Disorder (PTSD) and use techniques such as psychoeducation, cognitive restructuring, relaxation, breathing retraining, imaginal and in vivo exposure. The role of co-therapy in individual treatment of patients hasn't been well investigated. The aim of the present study was to illustrate the adaptation of a version of Edna Foa's protocol of CBT for the treatment of PTSD, highlighting the addition of co-therapy, not included at

the original protocol. It was evaluated the treatment of a medication intolerant PTSD patient through self report scales and psychiatric evaluation. It was observed that scores of Depression Beck Inventory, Anxiety Beck Inventory, Clinical Global Impression and PTSD Checklist – civilian version decreased over treatment. This case report suggests that the administration of the protocol was satisfactory, with evidences of CBT efficacy and co-therapy relevance as an important element in this process. Randomized controlled trials are necessary to test the cost-effectiveness of co-therapy addition in the treatment protocol, particularly in patients with treatment-resistant or treatment-intolerant PTSD and psychiatric comorbidity.

Key words: Cognitive Behavioral Therapy, Post Traumatic Stress Disorder, Co-therapy, case report

INTRODUÇÃO

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é desenvolvido após exposição direta, testemunho ou conhecimento de um evento traumático extremo envolvendo morte, sério ferimento ou outra ameaça à integridade física, onde o indivíduo experiencia intenso medo ou horror. Sintomas de três classes devem existir: revivescência, evitação/entorpecimento emocional e hiperestimulação autonômica. (*American Psychiatric Association, 1994*).

O TEPT chama atenção por sua alta prevalência, sendo considerado o quarto transtorno mais comum (Yehuda, 2002). Estima-se que a prevalência do TEPT na população geral ao longo da vida seja de aproximadamente 8%. As comorbidades mais comuns são depressão e outros transtornos de ansiedade precedendo o trauma, e abuso de substâncias após o evento traumático (Vieweg, et al., 2006).

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pressupõe que a maneira como interpretamos as situações influencia nossos sentimentos e comportamentos (Beck, 1997). Portanto, crenças disfuncionais desenvolvidas após o evento traumático ou já existentes anteriormente colaboram para o surgimento de sentimentos disfóricos e

comportamentos desadaptativos, o que pode favorecer o desenvolvimento de patologias. O indivíduo com TEPT pode perder a sensação de segurança e passar a se ver de forma negativa, além de desenvolver um senso de responsabilidade pelo ocorrido (Foa, 1998). Além disso, pode ocorrer condicionamento do local e de elementos presentes na situação, que eliciam respostas de ansiedade não existentes anteriormente. Devido à produção de reações ansiogênicas, esses estímulos são evitados, assim como qualquer lembrança do trauma em si, o que promove alívio momentâneo da ansiedade. Desta forma, a evitação é reforçada negativamente, ocorrendo aumento de sua frequência. O tratamento, portanto, consiste em fornecer ferramentas que auxiliarão o paciente a identificar, avaliar a realidade de suas cognições e a modificá-las caso não sejam realistas, o que é denominado reestruturação cognitiva. Paralelamente, deve-se expor o indivíduo aos estímulos provocadores de ansiedade, que em realidade não são perigosos, de modo que ocorra habituação da ansiedade. Na exposição *in vivo*, o indivíduo enfrenta os estímulos provocadores de ansiedade. Já na exposição imaginária, há o enfrentamento das lembranças do evento em si, onde o paciente ouve repetidamente o seu relato do trauma até que não sinta mais ansiedade.

A TCC apresenta eficácia comprovada no tratamento do TEPT (Mendes, et al., 2008), sendo considerada o tratamento de primeira escolha (Bisson, 2007, DeAngelis, 2008). O tratamento pode contar com técnicas tais como: psicoeducação, reestruturação cognitiva, relaxamento, exposição *in vivo* e imaginária. A utilização destas técnicas objetiva identificar, avaliar e modificar crenças disfuncionais e expor o paciente a situações e lembranças que ele evita por considerá-las perigosas, mas que em realidade não são.

Muitos estudos demonstraram a eficácia da terapia de exposição em reduzir a gravidade do TEPT, independente do tipo de evento traumático precedente (Hembree et al., 2003). Quando comparada com outras técnicas, como o *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) e o treino de relaxamento, a terapia de

exposição produziu redução significativa nos sintomas de evitação e de revivescência, tendendo a ser mais rápida do que as outras técnicas na redução da evitação. Após o tratamento, muitos pacientes deixam de preencher critérios para o TEPT (Taylor et al., 2003).

Apesar das evidências a favor da terapia de exposição, alguns trabalhos salientam dificuldades em aderir e tolerar esta técnica. Hembree, et al. (2003) procuraram verificar essa hipótese e obtiveram como resultado que a taxa comum de desistência era de 20.5% para tratamentos de exposição, 22.1%, para terapia cognitiva ou treino de inoculação do estresse, 26.9% para combinações de exposição e outras técnicas de TCC, e 18.9% para EMDR. Apesar de esses resultados indicarem altas taxas de desistência do tratamento, não foram encontrados na literatura artigos referentes à utilização da co-terapia visando melhorar a adesão do paciente à terapia de exposição.

Este trabalho tem como objetivo apresentar a adaptação do protocolo da Edna Foa para TCC no TEPT em paciente intolerante à medicação de primeira linha para este transtorno. Introduzimos 12 sessões de co-terapia entre as sessões de terapia para auxiliar o tratamento extraconsultório, sendo este o principal diferencial em relação ao protocolo da Foa (1998), no qual não há tal tipo de atendimento. As sessões de co-terapia apresentam potenciais vantagens tais como garantir a adesão ao tratamento, identificar e manejar obstáculos à implementação das técnicas, treinar o paciente na realização dos exercícios de relaxamento e facilitar o engajamento nas exposições (Del Prette, 2007).

Descrição do caso clínico:

B., 50 anos, casada, dona de casa e residente no Rio de Janeiro, procurou atendimento após assalto ocorrido em sua residência, no qual vários pertences foram roubados. Ela estava sozinha e não reagiu. Quando os assaltantes foram embora, apresentou sensação de "congelamento", rosto quente e tremor nas pernas. Após o

assalto, passou a trancar a casa, pôs grade nas janelas e procurava constantemente possíveis maneiras de bandidos entrarem em sua casa.

Além do TEPT, foram diagnosticados a partir da SCID-I (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*) (Del-Ben et al., 2001) Depressão Maior, Transtorno Obsessivo-compulsivo (TOC) e Fobia Social. Inicialmente foi prescrita paroxetina 20 mg/dia, posteriormente interrompida devido à sonolência e lentificação psicomotora importantes. Foi, então, prescrito citalopram 20 mg/dia. Para o tratamento da cefaléia foi iniciada nortriptilina 25 mg/dia. Após melhora da cefaléia e do quadro clínico, o citalopram foi suspenso e a dose de nortriptilina elevada até a dose de 50 mg/dia. No quinto mês de tratamento, foi relatada piora dos sintomas de depressão e manutenção dos sintomas de TEPT. Neste período foi iniciado o tratamento com TCC.

Os seguintes sintomas foram relatados: ansiedade súbita, aperto no peito, sensação de sufocamento, taquicardia, apetite reduzido, perda de prazer em sair e realizar tarefas domésticas, dificuldade de concentração, choro fácil, cansaço, desânimo, excitabilidade aumentada, pensamentos intrusivos recorrentes sobre "alguém entrar em sua casa, matar, torturar e estuprar sua família". A paciente mostrou-se bastante amedrontada com a possibilidade de sofrer novo assalto. Assim, evitava qualquer situação que a expusesse à violência urbana, relatando grande ansiedade até mesmo ao sair de casa e interpretando qualquer situação como perigosa.

METODOLOGIA E RESULTADOS

Foram realizadas 16 sessões de terapia (realizadas uma vez por semana), intercaladas com 12 sessões de co-terapia (realizadas três vezes por semana). Definimos a co-terapia o trabalho realizado em ambiente extra-consultório que complementa a participação do terapeuta principal, auxiliando a implementação das técnicas cognitivo-comportamentais no período entre as sessões. Foram realizadas

exposições imaginária (ao relato do evento gravado em fita) e *in vivo*, para a qual foi elaborada uma hierarquia de enfrentamento com as situações evitadas pela paciente. A reestruturação cognitiva auxiliou na modificação de crenças de vulnerabilidade pré-existentes que se intensificaram devido ao trauma. Algumas crenças identificadas durante o tratamento foram “o mundo é perigoso”, “parece que tudo de errado acontece comigo”, “as pessoas não são confiáveis”. A reestruturação destas crenças foi efetiva na flexibilização da maneira rígida e extrema de pensar da paciente. Conseqüentemente, observou-se diminuição da ansiedade e aquisição de repertório comportamental mais adaptativo. Após a oitava sessão a sintomatologia já havia diminuído, assim como os sintomas do TOC.

Com o avanço do tratamento, a paciente passou a sair de casa com freqüência, dar liberdade aos filhos e inserir-se em atividades de lazer. Embora o foco do tratamento tenha sido no TEPT, observou-se melhora qualitativa nos sintomas de Fobia Social e TOC.

Tabela I: Evolução dos escores do BDI (*Beck Depression Inventory*), BAI (*Beck Anxiety Inventory*), CGI (*Clinical Global Impression*) e PCL-C (*PTSD Checklist – civilian version*) ao longo do tratamento.

	Pré - TCC	Mês			Pós-TCC
		1	Mês 2	Mês 3	
BDI	18	19	11	15	9
BAI	25	14	6	18	8
PCL-C (geral)	40	45	27	29	28
PCL-C (revivescência)	10	13	8	9	8
PCL-C (evitação)	16	19	11	11	11
PCI-C (entorpecimento)	5	7	3	3	3
PCL-C (hiperestimulação)	14	13	8	9	9
CGI (gravidade)	4	4	4	4	2
CGI (evolutiva)	3	3	3	3	2

Além da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, para a avaliação dos sintomas, os inventários Beck de Depressão e Ansiedade (Cunha, 2001), *Clinical Global Impression* (CGI) (Guy, 1970) e o *PTSD Checklist – civilian version* (PCL-C) (Berger, et al., 2004) foram administrados a cada mês de tratamento. Os resultados encontram-se na tabela I:

DISCUSSÃO

O presente estudo pretendeu avaliar a utilização de um protocolo de TCC em uma paciente com TEPT intolerante às medicações prescritas. Para tal, foram mensurados ao longo do tratamento sintomas de depressão, ansiedade, TEPT e avaliações realizadas por psiquiatras.

A adição da co-terapia ao protocolo possivelmente contribuiu para o sucesso do tratamento, visto a grande ansiedade relatada pela paciente frente à possibilidade de exposição aos estímulos temidos. A co-terapia visou garantir a eficácia da terapia de exposição por meio de sua correta aplicação e reduzir a possibilidade de desistência ao tratamento. Pode-se sugerir que a adesão completa ao tratamento relacionou-se ao intenso acompanhamento realizado pela co-terapia.

Este artigo evidencia a necessidade de ensaios randomizados controlados para avaliar a eficácia da introdução da co-terapia no tratamento com TCC. Tal ingrediente pode ser particularmente útil em casos graves, resistentes ou intolerantes aos tratamentos, e com elevadas taxas de comorbidade.

CONCLUSÃO

O presente caso sugere que a administração do protocolo foi adequada, havendo evidências de eficácia da TCC e da relevância da co-terapia como ingrediente importante neste processo. A efetividade da administração do protocolo pode ser evidenciada através da diminuição dos escores dos inventários administrados ao longo do tratamento. Houve redução dos sintomas de TEPT, ansiedade e depressão nos

instrumentos de auto-avaliação, confirmada pela heteroavaliação feita pelos psiquiatras, que mostrou melhora da gravidade e evolução clínica global.

REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Beck, A.T. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes médicas.

Berger, W., Mendlowicz, M. V., Souza, W. F., Figueira, I.(2004). Equivalência semântica da versão em português da Post-Traumatic Stress Disorder Checklist Civilian Version (PCL-C) para rastreamento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático. *Revista de Psiquiatria do Rio grande do Sul*, 26(2):167-175.

Bisson, J. (2007). Post-traumatic stress disorder. *Occupational Medicine*, 57(6): 399-403.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

DeAngelis, T. (2008). PTSD treatments grow in evidence, effectiveness. *American Psychological Association*, 39,1.

Del-Ben, C. M, Vilela, J. A. A, Crippa, J. A.S., Hallak, J.E.C., Labate, C.M., Zuardi, A.W. (2001). Confiabilidade da "Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão Clínica" traduzida para o português. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23, 156-159.

Del Prette, A (2007). Técnicas comportamentais: possibilidades e vantagens no atendimento em ambiente extraconsultório. In: D. R. Zamignani, R. Kovac, J.S. Vermes, JS (Orgs.). *A clínica de portas abertas. Experiências e fundamentação do acompanhamento terapêutico e da prática clínica em ambiente extraconsultório* (pp.183-200). São Paulo: ESETec.

Foa, E.B., Rothbaum, B.O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford.

Hembree, E.A., Foa, E.B., Dorfan, M.N., Street, G.P., Kowalski, J., Xin, T. (2003). Do Patients Drop Out Prematurely From Exposure Therapy for PTSD? *Journal of Trauma Stress*, 16(6):555-562.

Mendes, D.D., Mello, M.F., Ventura, P., Passarela, C.M., Mari, J.J. (2008). A Systematic review on the effectiveness of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 38(3), 241-259.

Guy, W. (1976). *Clinical global Impressions: ECDEU assessment manual for psychopharmacology*. US Department of Health, Education, and Welfare publication ADM 76-338, National Institute of Mental Health, Rockville, MD.

Taylor, S., Thordarson, D., Maxfield, L., Fedoroff, I., Lovell, K, Ogradniczuk, J. (2003). Comparative Efficacy, Speed, and Adverse Effects of Three PTSD Treatments: Exposure Therapy, EMDR, and Relaxation Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 330-338.

Vieweg, W., Julius, D., Fernandez, A., Beatty-Brooks, M., Hettema, J., Pandurangi, A. (2006). Posttraumatic Stress Disorder: Clinical Features, Pathophysiology, and Treatment. *American Journal of Medicine*, 119 (5), 383 – 390.

Yehuda, R. (2002). Current concepts: Post-traumatic stress disorder. *New England Journal of Medicine*, 346, 108-114.