

TERAPIA COGNITIVA NO TRATAMENTO DE INSÔNIA

Adriane Siqueira de Proença

O sono é parte essencial da existência humana por um motivo simples: um terço da vida das pessoas é passado dormindo. O sono é vital, é um processo ativo e organizado que tem um impacto significativo sobre muitos aspectos da fisiologia e do comportamento, sendo que, um sono de boa qualidade é essencial para o bem estar físico e emocional.

A prevalência da insônia na população geral é estimada entre 30 a 40%, sendo mais freqüente em mulheres e idoso.

A insônia é definida como a dificuldade de iniciar ou manter o sono, ou como um sono não reparador associado à deterioração da performance no dia seguinte. Ela pode ocorrer como uma dificuldade transitória e de curta duração, provocada por alterações do horário padrão de sono, ambiente não adequado ao sono e/ou período de estresse, ou pode ser persistente ou crônica, sendo secundária a distúrbios clínicos como asma, insuficiência cardíaca, artrite reumatóide, fibromialgia, doença pulmonar obstrutiva crônica, entre outros, e distúrbios psiquiátricos, como distúrbios de humor e transtornos de ansiedade.

A causa da insônia evolui ao longo do tempo, apresentando causas múltiplas em seu processo evolutivo e necessitando para tanto uma abordagem multifatorial de tratamento.

Roth T., aponta considerações importantes quanto a associação da insônia aos distúrbios psiquiátricos: *"Embora se admita que as doenças psiquiátricas sejam uma causa comum de insônia, diversos estudos recentes demonstram que a insônia representa um risco significativo para o desenvolvimento da primeira ocorrência de um distúrbio depressivo, levantando a hipótese de que o tratamento da insônia pode reduzir o risco de um distúrbio psiquiátrico."*

Até recentemente os métodos de tratamento para a insônia diziam respeito a terapia farmacológica, manejo de estresse através de técnicas de relaxamento e terapia comportamental com controle de estímulos ou restrição de sono. Neste contexto, a psicoterapia cognitiva vem ganhando espaço, sugerindo que, as cognições disfuncionais a respeito do sono produzem alterações emocionais, que por sua vez levam a comportamentos mal adaptativos que agravam ou mantêm o quadro de insônia.

Pacientes com insônia freqüentemente apresentam uma avaliação negativa de seu distúrbio, tendendo a associá-lo a causas internas, como dificuldade de auto controle em detrimento de circunstâncias externas prejudiciais ao desenvolvimento da habilidade para dormir, o que causa ansiedade e desesperança.

São comuns crenças e expectativas irrealistas como "Eu preciso de 8 hs de sono para funcionar bem durante o dia" ou "Se minha esposa consegue dormir em 10 minutos eu deveria ser capaz de fazer o mesmo" que criam padrões rígidos de pensamento.

Vários erros cognitivos típicos estão presentes no círculo vicioso da insônia, como ruminação excessiva, catastrofização "A insônia está destruindo toda a minha vida", supergeneralização "Esta semana não dormi nada" (quando na verdade teve uma ou duas noites de sono reparador na semana) e pensamentos

dicotomicos. Não são menos frequentes distorções perceptuais, onde o paciente aumenta a intensidade de suas dificuldades em conciliar e manter o sono, prejudicando inclusive a avaliação da insônia.

A primeira meta da terapia cognitiva no tratamento da insônia é a de orientar o paciente para o modelo cognitivo, identificando seus pensamentos automáticos negativos a respeito do sono e promovendo uma avaliação realística de seu sono através do preenchimento de um diário do sono.

Estando socializado com o modelo, e já tendo sido estabelecida a aliança terapêutica, as cognições vão sendo exploradas, clarificadas e gradualmente substituídas, através de questionamentos, por pensamentos e crenças mais adaptativas (reestruturação cognitiva) que influenciam diretamente o estado emocional e o comportamento do paciente em relação ao sono.

O paciente também recebe informações quanto a higiene do sono que contribuem para a otimização da sua noite (horários regulares de sono, diminuição de cochilos diurnos, orientações quanto a alimentação e atividades físicas e ambiente favorável ao sono, etc.) e é motivado a considerá-las como submetas a serem atingidas, sendo explorados quaisquer pensamentos automáticos negativos que concorram com a realização das mesmas.

A retirada da medicação e/ou descontinuação no uso de benzodiazepínicos, também recebe especial atenção, promovendo a atribuição da melhora e manutenção dos ganhos terapêuticos para fatores internos do paciente, como aumento de auto controle sobre seu padrão de sono e capacidade adquirida de desconfirmar pensamentos disfuncionais que produzam comportamentos mal adaptativos. Tais medidas favorecem não só o auto gerenciamento do problema como a prevenção de recaídas.

Referências bibliográficas:

Morin M. C. - Insomnia - Psychological Assessment and Management - Guilford Press -1993
Breslau N., Roth T., Rosenthal L., Andreski P. - Sleep disturbance and psychiatric disorders - Biol Psychiatry - 1996

Fonte: www.itc.web.com