

# **Treino de Aptidões Sociais e Terapia Cognitiva na Esquizofrenia Paranóide**

*José Pestana Cruz\* e Mercedes Borda Más\*\**

*\*Psicólogo Clínico. Responsável do S. Psicologia do Dep. Psiquiatria do Hospital de Faro. Doutorando em Saúde Mental na Faculdade de Psicologia de Sevilha.*

*\*\*Professora Associada da Faculdade de Psicologia de Sevilha.*

## *Resumo*

Aborda-se a aplicação de técnicas mistas, cognitivas e de treino de aptidões sociais, a 7 doentes com síndromes paranóides. Expõem-se os pressupostos teóricos dessa abordagem, nomeadamente a existência de filtros e esquemas cognitivos disfuncionais. São desenvolvidas considerações teóricas sobre a pertinência de uma tal estratégia terapêutica e expostas as principais etapas da terapia. Relatam-se resultados muito positivos em 71,4% dos casos e moderadamente positivos em 14,3%.

Palavras chave: Esquizofrenia paranóide, Aptidões Sociais, Terapia Cognitiva.

## *Abstract*

The aim of this work is to show the application of cognitive therapy and social skills training to the treatment of seven patients with paranoid syndrome. The theoretical reflections over this therapeutic strategy and main phases of therapy are explained. Positive results were present in 71,4% of the patients, and moderately positive results in 14,3% of the patients. Finally, several topics are expounded above the interest of this work for research in the schizophrenic field.

Key words: Paranoid schizophrenia, social skills, cognitive therapy.

## ***Aptidões Sociais, Cognição e Síndromes Paranóides***

Cutting & Murphy (1988) investigaram a freqüência de aparecimento de vários tipos de perturbação do pensamento em 20 esquizofrênicos e 30 neuróticos ou deprimidos funcionando como grupo controle. Dois testes sobre o conhecimento do mundo real foram administrados, um cobrindo conhecimentos práticos, outro competências sociais: 25 % dos pacientes esquizofrênicos, em situação de descompensação, sofriam de perturbações do processo de pensamento e 75% sofriam de uma clara deficiência do conhecimento dos problemas e regras de funcionamento social.

Walker et al., citados por Kingdon & Turkington (1994) demonstraram que pessoas sofrendo de esquizofrenia viam severamente diminuída a sua capacidade para decodificar a expressão emocional em rostos humanos.

Crammer, Weegam & O'Neil (1989), usando registros audiovisuais de situações emocionais mostradas a esquizofrênicos e grupos controle, pediam que fosse identificado o nível emocional adequado através da seleção em uma lista de adjetivos. Os doentes sofrendo de esquizofrenia mostraram severas dificuldades em identificar a emoção principal expressa nas cenas e, freqüentemente, percebiam a emoção oposta à detectada pelo grupo controle.

Estes e outros estudos (Lieberman, 1993) fundamentam e suportam a aceitação do TAS (treino de aptidões sociais) no tratamento da esquizofrenia no pressuposto de que a sua autonomia e qualidade de vida melhorariam significativamente.

Para Lieberman (1993, p. 132) há 4 razões principais para a utilização do TAS nos doentes esquizofrênicos:

1. O ajustamento social pré-mórbido prediz, consideravelmente, o posterior curso e evolução dos transtornos psiquiátricos;
2. O funcionamento social é deficiente em crianças que apresentam risco de vir a sofrer de esquizofrenia;

3. O déficit em aptidões sociais, permanentemente presente em pessoas sofrendo de perturbações mentais maiores, é um fator prognóstico para a recaída e o regresso ao internamento hospitalar;
4. O treino de aptidões sociais reduz o índice de recaídas em esquizofrenia.

Incapaz de ter em conta o modo de funcionamento dos outros sistemas que com o dele interagem, o doente esquizo-paranóide perde gradualmente competências sociais, acrescentando, por esta via, mais um fator de desajustamento ao meio ao seu redor. Essa circunstância vai aumentando a probabilidade do aparecimento de comportamentos externos de rejeição ou agressão, que vêm, desta vez de forma legítima, reforçar o seu sentimento de cerco e provocar, em resposta, mais rigidez cognitiva, em um processo de funcionamento rotineiramente viciado.

Todavia, o isolamento social e o decréscimo acentuado das competências sociais do doente esquizo-paranóide podem já ser encontrados, com frequência, na sua história pessoal, de forma declarada ou mascarada, muito tempo antes da eclosão do surto esquizofrênico. Frequentemente obtêm-se histórias de inadaptação social e emocional infantil e juvenil, que compreendem isolamento, sentimentos de inadequação social, perturbação das relações com iguais e tendência para a introversão culpabilizada.

Caballo (1993, pp. 329-330), por sua vez, considera *que “as deficiências em aptidões sociais são consideradas atualmente básicas no desenvolvimento e evolução da esquizofrenia, assim como dos seus aspectos mais salientes, como as perturbações do pensamento, os delírios, as importantes alterações dos afetos, da linguagem e dos gestos idiossincráticos”*.

Vários ensaios de aplicação do TAS foram utilizados com doentes esquizofrênicos desde 1976, inventariados por Caballo (1993) e por Lieberman (1993), com resultados quase sempre positivos. Mas os benefícios obtidos no curto prazo tenderam a dissolver-se, não se conseguindo uma generalização à vida real tão consistente como sugeriam os resultados obtidos em situação experimental (Kingdon & Turkington 1994).

Este déficit na generalização e manutenção dos ganhos obtidos em ambiente experimental parece resultar em parte da complexidade da integração social destes doentes, mas também, talvez até de forma mais acentuada, das profundas perturbações cognitivas que apresentam.

A generalização e permanência dos ganhos obtidos com o treino de aptidões sociais poderá ser aumentada se for utilizado, conjuntamente, um programa adequado de terapia cognitiva que permita o impedimento ou a diminuição das distorções do "input" informativo, provocadas pelos esquemas cognitivos disfuncionais.

Com efeito, para Dubois (1994), por exemplo, um sistema está separado do meio no qual evolui por uma membrana que funciona como filtro interativo, permitindo a entrada de informação (alimento) útil e impedindo a entrada de informação inútil ou prejudicial através de mecanismos de rejeição ou reconversão.

Este filtro interativo pode, nos sistemas cognitivos, tornar-se demasiado rígido, dificultando as interações quando o sistema se sente ameaçado e estabelecendo normas de tratamento da informação disponível muito mais rígidas e seletivas. O sistema elimina assim uma parte importante da sua dependência externa, passando a funcionar em regime auto-sustentado, tornando-se cada vez menos importante a coerência das interações com o meio ao seu redor.

Da mesma forma, nas síndromes paranóides, o sentimento de cerco percebe o sistema como ameaçado, passando a desconfiar da informação proveniente do meio e filtrando-a de tal forma, que apenas são aceitas as informações que confirmem a convicção prévia ou aquelas que possam ser interpretadas de acordo com uma tal convicção, em um perpétuo movimento auto-referenciado.

Também Jonhson-Laird (1990) afirma que são as interpretações que determinam as propriedades lógicas, isto é, as seqüências lógicas do pensamento são determinadas pelas premissas e pela interpretação da informação recebida ou selecionada como útil.

O equilíbrio instável, nas relações do sistema com o meio, é o resultado de um maior ou menor ajustamento dos processos cognitivos ao meio ao seu redor. Piaget

(1873) chama-lhe adaptação e refere o seu caráter instável e progressivo. Ora, o sistema cognitivo paranóide parece suportar mal os períodos de entropia negativa ou de desequilíbrio na sua relação com os estímulos externos, procurando por isso, mais afanosamente, um sistema auto-alimentado que não precise tanto de se sujeitar ao princípio da realidade no sentido de *Freud*, ou de utilizar a acomodação, no sentido de Piaget.

Deste ponto de vista, a atividade cognitiva paranóide não possui o caráter operatório (reversibilidade), figurando a realidade, mas incapacitado de operar adequadamente sobre ela.

As distorções cognitivas tendem por isso a ser provocadas, não tanto pelo funcionamento incorreto do modelo cognitivo, mas mais pelo sistema de filtragem da informação e pela interpretação dada a essa informação. Sobre o erro inicial dessas premissas o processo cognitivo desenrola-se depois de forma coerente, sendo dificilmente acessível à crítica lógica já que, admitido o erro inicial (convicção delirante) e a interpretação distorcida da informação, a conclusão é obrigatória e vem reforçar (auto-reforçar) o sentimento de cerco. Vieira (1983) interpreta esse estado psicológico como resultante de um sentimento de perda da territorialidade própria e uma incursão em território inimigo, hostil, onde a hiperinterpretação de todos os sinais pode ser vital para a sobrevivência.

Beck, Rush, Shaw & Emery (1982) postulam que os seres humanos desenvolvem, devido a exigências emocionais negativas precoces, esquemas disfuncionais de adaptação. Esses modelos, em uma formulação mais recente (Beck, 1996; Alford & Beck, 1997), assumiriam a forma de *modos*, uma rede integrada de componentes cognitivas, afetivas, motivacionais e comportamentais. Os modos consistiriam em suborganizações da personalidade, chamadas a lidar com problemas e necessidades específicas. São compostos de estruturas denominadas esquemas. Assim, o modo cognitivo é composto de esquemas cognitivos, o comportamental de esquemas comportamentais, e assim de seguida. Por seu lado, os esquemas são unidades prontas a serem ativadas na presença de estímulos internos ou externos adequados. Os esquemas são "automáticos" e, de certa forma, inconscientes.

Nos síndromes paranóides o esquema cognitivo dominante é a culpa, associada ao pensamento automático de que os outros vão descobrir o oculto, o indizível, vão perceber por detrás dos gestos mais anódinos a culpa essencial, invasiva. Por isso na catatonia o doente chega à paralisação do agir como que em um esforço supremo para não ser detectado e, assim, perseguido e destruído. Na esquizofrenia paranóide o doente sente-se avaliado negativamente e, talvez mais do que em qualquer outra perturbação psíquica, utiliza pensamentos automáticos suportados por esse sentimento. Sentir-se acossado, isolar-se, estar alerta, desconfiar são algumas das atitudes comportamentais, emocionais e cognitivas daí resultantes.

Recentemente, o âmbito de aplicação das terapias cognitivas estendeu-se à esquizofrenia, zona da psicopatologia aparentemente avessa a uma tal aventura. Perris (1989), Perris e Skagerlind (1994), Kingdon & Turkington (1994), relatam modelos de aplicação das técnicas cognitivas de Beck e al. (1982) e Ellis (1981), a doentes esquizofrênicos, incluindo o tratamento de sintomas produtivos como delírios e alucinações.

### **Definição da Amostra**

Neste estudo foram aplicados a doentes com diagnóstico de esquizofrenia paranóide (N=5) e síndromes paranóides (N=2) técnicas mistas de TAS e de terapia cognitiva em sessões individuais, em atendimento ambulatorial, de acordo com um plano terapêutico que se detalha em seguida.

Características da amostra:

	<b>Sexo</b> (7)		<b>Idade</b> (7)		<b>Estado Civil</b> (7)		<b>Instrução</b> (7)			<b>Trabalho</b> (7)		<b>Reside</b> (7)	
	M	F	20-29	30-40	solteiro	casado	primário	secundária	superior	empreg	desempr	com família	só
<b>N</b>	5	2	3	4	5	2	3	2	2	4	3	5	2
<b>%</b>	71,4	28,6	42,9	57,1	71,4	28,6	42,9	28,6	28,6	57,1	42,9	71,4	28,6

## ***Plano Terapêutico***

### ***1. Relação Terapêutica***

Uma relação de confiança, sólida, é indispensável ao cumprimento do plano terapêutico com este tipo de doente, devido à sua freqüente atitude de desconfiança básica e à tendência para o recuo para posições de isolamento. Na sua maior parte são doentes que sofreram agressões reais ou imaginárias vindas de outros seres humanos experimentando bastante dificuldade em estabelecer e manter vínculos afetivos.

O doente paranóide envolve os significativos outros nos seus erros interpretativos ou nos seus delírios e atribuições, freqüentemente, intenções, sentimentos, em que ele próprio se sente envolvido, quase sempre no papel de vítima.

O envolvimento do terapeuta no seu errôneo sistema de avaliação deve ser objeto de cuidadosas medidas preventivas e corretivas e sujeito à mesma crítica que o restante sistema de crenças irracionais do doente. O doente deve por isso ser encorajado a exprimir e discutir os seus pensamentos acerca do terapeuta e da relação terapêutica. A própria relação terapêutica, assim sujeita ao crivo cognitivo pode modelar uma relação mais aberta com outros socialmente significativos para o doente.

Uma atitude ativa-diretiva do terapeuta, que pode ser descrita como segura, mas não ameaçadora, provou ser mais eficaz como mostraram vários autores (Ellis 1981; Williams & Chambless, citados por Craske & Barlow, 1993; e Kingdon & Turkington, 1994).

Esta atitude deve incluir um olhar positivo sobre o doente que este deve sentir como incondicional (Trower, Casey & Dryden, 1992), envolvendo ainda contato visual franco, postura ligeiramente inclinada para a frente e empenhamento em tentar compreender o ponto de vista do doente, por mais errado e incongruente que possa parecer.

Contradizer o doente, combater sistematicamente os seus pontos de vista ou fazer afirmações que chocam diretamente com os seus pontos de vista, são atitudes

contra-Indicadas. Mas deve evitar-se concordar com o doente nas suas convicções errôneas ou delirantes, procurando sempre uma alternativa colocada como hipótese como: "Muito bem, é possível que tenha razão, mas acha que pode existir alguma outra explicação para isso?".

A relação deve ser construída passo a passo não procurando rápidos progressos deixando que se estabeleça gradualmente uma confiança mútua na base dos progressos conseguidos na terapia. A obtenção de progressos claros na terapia é, muitas vezes, a causa e o resultado da melhoria acentuada da relação terapêutica. A causa porque o doente se habitua a confiar no julgamento do terapeuta e aceita contrapô-lo ao seu com mais facilidade, a conseqüência porque uma maior confiança significa, quase sempre, uma maior audácia nas propostas terapêuticas.

## 2. Identificação dos Problemas

Identificar os problemas não significa, como em outras situações clínicas (pânico, depressão, fobias, etc.), o ataque imediato às crenças irracionais, às distorções do processo de pensamento ou a outras manifestações psicopatológicas características da esquizofrenia paranóide.

Nestes casos, ocuparam-se as primeiras sessões a identificar preocupações marginais ou reativas, como a ansiedade perante situações sociais, dificuldade de interagir em situações sociais, perturbações do sono, ou outros tipos de mal estar psicológico.

Graças a técnicas específicas como relaxamento, *role playing* em imaginação, troca de papéis, foi possível, rapidamente, obter resultados visíveis que permitiram um alargamento progressivo do âmbito da terapia ao núcleo sintomático (atitudes, crenças irracionais, delírios, sentimentos de auto-referência ou outros).

## 3. Treino de Aptidões Sociais

Atacar diretamente as convicções delirantes e as distorções cognitivas é, já o vimos antes, inadequado chocando, muito provavelmente, com uma barragem de

denegação e hostilidade, por ameaçar diretamente o sistema e a sua própria identidade.

Pareceu por isso teoricamente mais adequada a abordagem ao campo da diminuição das competências sociais, iniciando um processo de reaprendizagem em ambiente protegido.

Procurou-se levar o doente a situações de bifurcação (escolha), de incerteza, de insegurança protegida, onde as regras do jogo estivessem previamente definidas, permitindo incursões cada vez mais freqüentes no terreno da interatividade, graças a um tipo de treino que permitisse uma mais fácil rotação de perspectiva.

Tratou-se de criar, em meio protegido, uma instabilidade controlada (regras temporárias) através de *role-playing* em imaginação (REI), seguida de tarefas de casa para consolidação dos ganhos e confronto gradual em situação real.

No presente estudo foram por isso utilizadas as seguintes técnicas mistas de TAS:

Aprendizagem da relaxação:

Foi utilizada uma técnica mista, com: 1) respiração abdominal, 2) relaxação muscular (Jacobsen), 3) Imagens mentais relaxantes.

Representação de Papéis *role playing* em Imaginação (REI)

1. Foi pedido aos doentes que, após análise cognitiva dos problemas identificados em situações sociais vividas ou projetadas imaginariamente, se imaginassem de novo na situação mas, desta vez, agindo de forma adequada (ou reinterpretando a situação de forma ajustada), de acordo com a análise cognitiva previamente efetuada.
  - a) Colocar-se no lugar do outro *role taking* em imaginação (RTEI)
  - b) Mesmo que para o anterior mas com rotação de perspectiva cognitiva.
  - c) Encorajamento de exposição a situações sociais
  - d) Foi utilizado o modelo de Beck & al. (1982) e de Beck & Freeman (1995), negociando-se com o doente a programação de atividades para a semana e

pedindo-se a respectiva monitorização com auto-avaliação da competência demonstrada e do prazer retirado da situação.

- e) Avaliação cognitiva posterior das atividades diárias (*Ellis*,1981)
- f) doente era encorajado a identificar as dificuldades encontradas, ao mesmo tempo que se tentavam combater as distorções cognitivas identificadas que, por sua vez, serviriam, em alguns casos de estímulo para as REI (*Maultsby jr.*, 1981).

#### 4. Terapia Cognitiva

Para identificar e combater os modos e esquemas cognitivos automáticos disfuncionais, acima referidos, foi utilizado o esquema de registo ABC de *Ellis* (1981). Os pensamentos automáticos disfuncionais foram identificados e o doente encorajado a rodar a perspectiva até à aceitação da disfuncionalidade do esquema apresentado. Uma vez identificados e debatidos, os esquemas automáticos passavam a estar sob a mira da atenção seletiva do doente, que devia monitorizá-los ao longo da semana, à medida que fossem aparecendo.

Luís, 38 anos, escreveu: "A -Reunião no Município com várias personalidades - B- As pessoas reunidas parece terem relação com a minha vida e ameaçam-me de tudo o que eu tenho sido e dito (acusando os outros), o que me envolve em um novelo, apertando-me e fazendo-me sentir culpado de fazer mal às pessoas, que se viram contra mim, salientando as minhas fraquezas e esperando que eu próprio me destrua."

Encorajado a encontrar hipóteses alternativas a este tipo de pensamento é discutida a possibilidade de as pessoas na reunião da Câmara poderem estar a tratar de outros assuntos. Luís é encorajado a arriscar uma probabilidade desta nova hipótese ser a verdadeira. Afirma a sua pouca probabilidade, talvez não mais do que 5%.

É então encorajado a imaginar a cena, mas colocando as pessoas envolvidas a tratar de um assunto que ele concorda também ser útil para a cidade e provável de acontecer numa reunião daquele tipo.

Após a sessão em imaginação é sugerida que se reveja a possibilidade de não ser ele o objeto da atenção seletiva das pessoas presentes. Concorde que essa probabilidade aumentou. - "Quanto?"; - "Mais de 80%".

O registro foi então completado com as crenças racionais correspondentes. Quando não foi possível obter esse resultado de imediato foram negociadas alternativas que diminuíssem o grau de convicção do doente nas suas crenças irracionais ou delirantes.

## **Resultados**

Todos os casos foram seguidos em *follow-up* naturalístico de 3 a 6 anos.

Em 5 casos (71.8%) os resultados foram muito positivos. Todos esses casos melhoraram significativamente a sua inserção social no curto prazo, mantendo-se os ganhos até ao presente. Em 4 destes casos a inserção no mundo do trabalho continua estável e regular, o outro está em formação profissional.

Em 3 destes casos os doentes não voltaram a ser internados e viram reduzida a dose mínima (entre 50 e 100 mg) à dose mensal de haloperidol decanoato. Nos dois outros casos os doentes não voltaram a apresentar sintomatologia psicótica mantendo-se sem medicação até ao presente.

Um caso, após 13 meses de terapia, melhorou substancialmente tanto do ponto de vista clínico como no campo da inserção social, mas assistiu-se a uma regressão após 8 meses, com ingestão maciça de álcool, perda de emprego e internamentos freqüentes.

Um caso (14.1%) abandonou a terapia ao fim de três sessões devido à mudança de residência. Cometeu suicídio após um ano.

## **Conclusões**

A terapia cognitiva e o TAS aplicados em conjunto têm uma história muito recente e não é ainda possível, na ausência de estudos experimentais controlados, tirar conclusões definitivas sobre a sua utilização nas síndromes esquizo-paranóides.

Todavia, os resultados deste e de outros estudos exploratórios (Kingdon & Turkindon, 1994) apresentam-se animadores, sugerindo a necessidade da realização de estudos mais alargados, em condições de controle experimental.

A associação da TC (terapia cognitiva) com o TAS parece alargar os ganhos anteriormente reconhecidos a esta última abordagem, permitindo, ao mesmo tempo, uma maior independência ao doente e um aprofundamento e flexibilização das suas relações sociais.

No plano estritamente clínico, não considerando os ganhos de qualidade de vida, a terapia descrita parece trazer igualmente estabilidade nos ganhos terapêuticos, diminuir o número de recaídas e baixar acentuadamente os níveis das doses da terapia farmacológica.

### **Referências Bibliográficas**

- 1) Alford B.A. & Beck, A.T. - (1997) *The Integrative Power of Cognitive Therapy*, New York: Guilford.
- 2) Beck, A.T. (1982) \_ *Terapia Cognitiva da Depressão*, Zahar ed.:S.Paulo.
- 3) Beck, A.T. (1996) \_ Beyond Belief: A Theory of Modes, Personality and Psychotherapy, in P.M. Salkovskis (ed.) \_ *Frontiers of Cognitive Therapy*, p. 1-26. New York: Guilford Press.
- 4) Beck, A.T.& Freeman, A. (1995) \_ *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*, Barcelona: Paidós.
- 5) Caballo, V.E. (1993) \_ *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*, Siglo XXI: Madrid.
- 6) Cramer, P., Weegman, M., O'Neil, M. (1989) \_ Schizophrenia and the Perception of Emotions, *Brit. Jour. Psychiatry*. 155:225-228.
- 7) Dubois, D. (1994) \_ *O Labirinto da Inteligência*, Inst. Piaget: Lisboa.

- 8) Ellis, A. (1981) \_ La Técnica Racional-Emotiva con Fines Terapéuticos, Ellis,A. y Grieger,R. (eds.), *Manual de Terapia Racional-Emotiva* (pp.197-207), Desclée de Bouwer: Bilbao.
- 9) Ellis, A. (1990) \_ Metodos de Terapia Racional-Emotiva para Vencer la Resistencia, Ellis,A. y Grieger,R.(eds.), *Manual de Terapia Racional-Emotiva*, vol 2 (pp.261-291), Desclée de Bouwer:Bilbao.
- 10)Kingdon, D.G.; Turkington,D. (1994) \_ *Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia*, Guilford Press: New York.
- 11)Johnson-Laird, P. (1990) \_ *El ordenador y la mente: Introducción a la ciencia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- 12)Lieberman, R.P. (1993) \_ Adiestramiento en Habilidades Sociales, Lieberman,R.P. (ed.), *Rehabilitación Integral del Enfermo Mental Crónico* (pp.130-168), Martínez Roca: Barcelona.
- 13)Maultsby Jr., M.C. (1981) \_ Imaginaciones Racional-Emotivas, Ellis,A.,Grieger,R. (eds.) *Manual de Terapia Racional-Emotiva*, pp.235-241, Desclée de Brouwer: Bilbao.
- 14)Perris,C. (1989) \_ *Cognitive Therapy with Schizophrenic Patients*, Guilford Press, New York.
- 15)Perris,C., Skagerlind,S. (1994) \_ Schizophrenia, in F.M Dattilio, A.Freeman, (eds.), *Cognitive-Behavioral Strategies in Crisis Intervention* (pp.104-118), Guilford Press: New York.
- 16)Piaget,J.(1973) \_ A Teoria de Piaget, in P. Mussen (ed.) \_ *Charmicael: Psicologia da Criança*, vol 4, (pp.71-116), E.P.U.: São Paulo.
- 17)Trower, P.; Casey, A.; Dreyden, W. (1992) \_ *Cognitive-Behavioural Counseling in Action*, London: Sage.
- 18)Vieira, A.B. (1983) \_ *Etologia e Ciências Humanas*, Lisboa: I.N.C.M.
- 19)Wells, A. y Matthews, G. (1994) \_ *Attention and Emotion : A Clinical Perspective*, Hillsdale (EUA): Lawrence Earlbaum