



ARTIGO ORIGINAL

Ainda o futuro das psicoterapias – 2015 e além?

Sidnei S. Schestatsky^a

^a Psiquiatra, Psicanalista, Professor Titular do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil. Coordenador dos Cursos de Especialização em Psicoterapia de Orientação Analítica do Centro de Estudos Luís Guedes. Preceptor e supervisor na Residência Médica de Psiquiatria do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professor do Instituto de Psicanálise da Sociedade Psicanalítica de Porto Alegre.

Resumo

Discutem-se as perspectivas futuras das psicoterapias a partir de “previsões” levantadas por trabalhos publicados em 1987, 1999 e revisitados em 2014. Indica-se que a principal evolução das técnicas psicoterápicas, nestes últimos 30 anos, foi sua maturidade científica em termos de um consistente corpo de pesquisas atestando sua eficácia e efetividade em diversos quadros psiquiátricos. Apesar desse cenário mais favorável, discutem-se algumas das razões de por que as psicoterapias parecem ainda estar na defensiva em relação ao uso de psicofármacos e outras intervenções não psicológicas, e se conclui sugerindo a criação de uma entidade nacional e independente de psicoterapeutas, que possa normatizar e fiscalizar mais adequadamente suas funções, treinamento, educação contínua e políticas públicas adequadas.

Palavras-chave: Psicoterapias. Pesquisas. Diretivas de futuro. Organização da formação profissional.

Abstract

Psychotherapies future perspectives are discussed, considering earlier “predictions” from papers published in 1987, 1999, and a 2014 presentation. It is emphasized the main evolution of psychotherapeutics techniques in the last 30 years, namely their scientific maturity, obtained through a consistent body of evidences of their efficacy and effectiveness in diverse psychiatric pathologies. But in spite of this more favourable scenario, it seems that the psychotherapies remain in a defensive position vis a vis psychopharmacologic and other non-psychological interventions. One of the paper conclusions is a suggestion to join efforts to build a National (Brazilian) and Independent Psychotherapy Association, to provide norms, rules, training, and accreditation, as well as public policies, for the profession of Psychotherapist.

Keywords: Psychotherapies. Researches. Advances directives. Professional review organization.

Introdução

Uma releitura do artigo de Aguiar¹ publicado em 1999, sobre os desafios e perspectivas futuras das psicoterapias, nos fez rever um artigo que publicáramos doze anos antes², em 1987, que tratava, igualmente, do que então se considerava um futuro bastante incerto para esses procedimentos terapêuticos. Quando escrevemos aquele trabalho², naquele final na década de 1980, estávamos ainda dentro do período final de um “boom” das mais diversas e exóticas formas de psicoterapias ofertadas (que, de acordo com Karasu³, então somariam 450 tipos), em geral oriundas de teorias e treinamentos caóticos e inconsistentes. O “lobby” das psicoterapias parecia, na época, tão influente quanto o dos psicofármacos, a ponto de Parloff⁴ (p. 718) afirmar que “pelo critério de popularidade no mercado, o campo das psicoterapias parece ser um êxito ostensivo, próspero e florido. Os psicoterapeutas se multiplicam e os consumidores crescem [...]. As psicoterapias parecem estar com tudo a seu favor, exceto uma coisa – a credibilidade”. O autor se referia ao fato marcante, mas preocupante para alguns de nós, de que as evidências da efetividade das psicoterapias continuavam relativamente pobres: daí se imaginar que seu futuro dependeria, principalmente, de se desenvolverem investigações metodologicamente corretas sobre seus resultados e, a partir daí, de se planejarem formações especializadas de psicoterapeutas que fossem cientificamente e eticamente sólidas.

Doze anos depois, Aguiar¹ ampliou o escopo da abordagem, incluindo em sua revisão da época questões sobre a organização profissional das psicoterapias e vários temas para o futuro (entre eles o da pesquisa), identificando o surgimento, naquele contexto, de uma proposta pluralista, coerente e pragmática na instrumentação das intervenções psicoterapêuticas.

Qual a situação atual de algumas das questões então levantadas? Nos centraremos no tema das pesquisas e, mais adiante, das organizações profissionais. Pressionadas pelos avanços das neurociências e da medicina baseada em evidências, a área das psicoterapias acabou, finalmente, por desencadear dezenas de estudos controlados sobre seus resultados – a maior parte deles *evidenciando seus benefícios*. O estudo pioneiro de Elkin e colaboradores⁵, em 1989, comparou o antidepressivo tricíclico imipramina com a psicoterapia interpessoal, cognitivo-comportamental e o manejo clínico mínimo, no tratamento de 250 de pacientes com Depressão Maior (DM): nas formas leves e moderadas da depressão, todas as intervenções obtiveram melhoras semelhantes. Diferenças significativas apareceram em pacientes mais graves e com maior incapacitação funcional, havendo forte evidência da efetividade da imipramina mais manejo clínico e evidência apenas moderada (mas significativa) da efetividade da psicoterapia interpessoal como terapêutica isolada.

Nas décadas seguintes, seguiram-se várias pesquisas avaliando o impacto, em geral positivo, de psicoterapias consideradas “*bona fide*”^{*1}, isto é, com corpo teórico racional e consistente e estratégias clínicas coerentes com seus objetivos, tanto no tratamento de estados depressivos e ansiosos (incluindo Pânico, Fobias, Transtorno Obsessivo-Compulsivo, Transtorno de Estresse Pós-Traumático) e, em combinação com fármacos, no tratamento de Transtornos de Personalidade (TP) mais graves, de quadros bipolares e esquizofrênicos. Um dos desenvolvimentos mais impressionantes nessa área foram os resultados das pesquisas de resultados de psicoterapias manualizadas no tratamento do Transtorno de Personalidade *Borderline*, desde o estudo pioneiro de Marsha Lineham⁶, em 1991, sobre a Psicoterapia Dialético-Comportamental, seguidos por estudos da Psicoterapia Focada na Transferência^{7,8}, Psicoterapia Baseada na Mentalização⁹, Psicoterapia Focada em Esquemas¹⁰ e da Psicoterapia Cognitivo-Comportamental para TP¹¹.

Além das pesquisas de eficácia e efetividade das psicoterapias, nos últimos dez anos se acrescentaram estudos críticos de neuroimagem e do impacto molecular das intervenções psicológicas no cérebro de pacientes com variados quadros psiquiátricos¹²: como exemplo, Goldapple e colegas¹³, em 2004, verificaram que a resposta da Terapia Cognitivo-Comportamental em pacientes com DM se associava com aumento do metabolismo no hipocampo e no córtex cingular dorsal e, ao contrário, com uma desativação do córtex frontal medial, dorsal e ventral (padrão diferente das mudanças ocorridas com a paroxetina, com a qual foi comparada). Mais tarde, Beutel e colegas¹⁴, em 2010, estudando a resposta de pacientes com pânico à psicoterapia psicodinâmica, verificaram, a partir do alívio dos sintomas de ansiedade decorrentes da psicoterapia, a normalização da desativação do córtex frontal e da hiperativação amígdalo-hipocampal que estavam presentes, antes, quando os pacientes estavam sintomáticos.

* Incluem, em geral, a Psicoterapia Cognitivo-Comportamental (e suas variantes), a Psicoterapia Psicodinâmica, a Psicoterapia Baseada na Mentalização, a Psicoterapia Interpessoal, a Psicoterapia de Apoio e as Psicoterapias de Grupo e Família.

Portanto, um dos cenários que se acreditava como dos mais importantes para a consolidação do futuro das psicoterapias – o desenvolvimento de pesquisas baseadas em evidências, tanto da sua eficácia como na identificação de alguns dos seus mecanismos de ação cerebral – já está em parte presente no panorama atual dos tratamentos psicológicos disponíveis. Consequente com essas evidências, em 2008 o Conselho de Acreditação de Educação Médica dos EUA estabeleceu, como pré-requisitos nos seus melhores programas de residência psiquiátrica, a inclusão do treinamento em psicoterapias de apoio, psicodinâmica e cognitivo-comportamental na prática individual de terapias breves e de longo prazo, assim como a exposição dos médicos-residentes a terapias de família, casais, grupos e outras terapias baseadas em evidência¹⁵.

Além disso, diante do frequente achado clínico de que muitos pacientes (e seus familiares) não gostavam de “tomar remédios”, pesquisas que investigaram esses dados^{16,17} mostraram que, de fato, a maioria dos pacientes deprimidos estudados preferiam psicoterapia às medicações.

Quanto aos psicofármacos, sabe-se que nenhuma medicação realmente nova foi introduzida nos últimos 60 anos: o lítio foi descoberto, como estabilizador do humor, em 1949; as demais moléculas psicoativas básicas foram quase todas sintetizadas na década de 1950: a imipramina e os IMAO no início dos anos 50; a clorpromazina, em 1952; o clordiazepóxido, em 1954; o haloperidol e a clozapina, em 1959; e a “mais nova” dessas drogas, a fluoxetina, em 1970. Portanto, desde então as notícias importantes mais recentes sobre psicofármacos foram estudos que concluíram que os *antidepressivos eram apenas marginalmente superiores ao placebo no tratamento das depressões*¹⁸, que os *antipsicóticos, mesmo os atípicos, poderiam ter efeitos adversos graves a longo prazo no volume cerebral*¹⁹, e que os *ISRS, quando usados em crianças e adolescentes, podiam aumentar o risco de suicídio*²⁰.

Paradoxalmente, apesar desse cenário atual favorável, *as psicoterapias se encontram em franco declínio nos EUA*, enquanto as medicações se mantêm em seu aumento crescente^{21,22}. De 1998 a 2007 a psicoterapia, como tratamento único, caiu de 15,9% para 10,5% entre a população dos pacientes ambulatoriais estudados (22.953 vs. 29.370), e a psicoterapia, combinada com medicação, recuou de 40,0% para 32,1%, enquanto a medicação, isoladamente, aumentou de 44,1% para 57,4%. O mais desencorajador desses números, no entanto, é que muitos dos fatores envolvidos na sua causa têm pouco a ver com evidências científicas: o fato determinante para os psiquiatras norte-americanos oferecerem menos psicoterapias a seus pacientes deve-se às políticas dos seguros-saúde, *que pagam quatro vezes mais a “hora” de consultas farmacológicas* (aceitam até quatro consultas de 15 minutos por hora) do que a hora de psicoterapia (apenas uma sessão de psicoterapia permitida a cada 60 minutos!). Além disso, quem mais prescreve psicotrópicos nos EUA, atualmente, são os médicos de atenção primária, principal alvo da propaganda da indústria farmacêutica – que gasta US\$ 5 bilhões por ano em propaganda direta aos consumidores, induzindo-os a solicitar a medicação promovida a seus médicos assistentes – que tendem a satisfazê-los²².

Aumentaram também as prescrições sem base em evidências, chamadas de “*off label*”^{22**}, como o uso de antipsicóticos em Transtornos de Ansiedade²³, uso de polifármacos com pobres perfis de risco-benefício²², ou antidepressivos para depressões leves ou subclínicas, em que a melhor indicação seria a psicoterapia. De acordo com Olfson & Marcus²², o aumento do uso de psicotrópicos é mais evidente em populações também mais vulneráveis, como crianças e adolescentes, como os antipsicóticos sendo indicados para o TD/HA, Transtornos Pervasivos do Desenvolvimento e Transtornos de Conduta. Dessas crianças tomando antipsicóticos, *apenas 41% haviam recebido uma avaliação para psicoterapia no último ano.*

Outros fatores considerados que tem contribuído para a mudança de hábitos na distribuição das diferentes modalidades terapêuticas para os distúrbios mentais incluiriam: (1) ao contrário da indústria farmacêutica, que gasta bilhões de dólares anuais promovendo medicações para os médicos e o público em geral, não existe nenhuma entidade de influência ou visibilidade comparáveis para promover as psicoterapias; (2) enquanto o Federal and Drug Administration (FDA), nos EUA, trabalha para assegurar a eficácia e a segurança das medicações que autoriza, não há nenhuma agência federal ou organização nacional proeminente que certifique a efetividade das psicoterapias disponíveis no mercado; (3) informações confiáveis sobre as medicações são rapidamente disponíveis ao público, ao contrário de informações de igual qualidade sobre as psicoterapias; (4) há um desacordo permanente entre psicoterapeutas que propõem técnicas baseadas em evidências científicas e os que advogam modelos teóricos mais intuitivos, ideológicos ou persuasivos, o que gera confusão e incerteza em pacientes que têm que decidir por suas opções; e, finalmente, 5) não há nenhum órgão ou instituição oficialmente reconhecido que estabeleça critérios de proficiência profissional dos psicoterapeutas que oferecem seus serviços.

Por outro lado e apesar de tudo, o percentual da população norte-americana que buscou psicoterapia não mudou significativamente no período estudado – 3,37% em 1998, comparado com 3,18% em 2007 –, o que mantém uma base populacional estável de interesse nesse tipo de tratamento. Como capitalizá-la a nosso favor? É certo que nos faltam os bilhões de dólares para promover a psicoterapia e influenciar parlamentares para aumentar investimentos em pesquisa na área das intervenções psicossociais. E também nos falta uma atitude mais madura para definir e operacionalizar nossa prática psicoterapêutica – apesar do pluralismo contemporâneo irreversível dos modelos teóricos que influenciam a prática, persiste o paroquialismo provinciano na defesa de supremacias ultrapassadas de um tipo de psicoterapia sobre outros. Conseqüentemente, mesmo que a prática diária com pacientes graves, no consultório privado ou na rede pública, demande modelos integrados e ecléticos de atendimento, poucos de nós os defendem abertamente a fim de evitar a excomunhão do nosso grupo de iguais.

** Aquelas que são testadas, aprovadas e liberadas ao mercado pelo FDA com um propósito original (como os anticonvulsivantes para a epilepsia) e passam a ser usadas para outras patologias (por ex., como estabilizadores do humor), sem necessariamente se submeterem a nova aprovação do FDA.

Finalizando essas breves considerações, sugiro que nos falte, como já ocorre em países mais desenvolvidos, a construção de uma **Organização Nacional de Psicoterapeutas**, independente das associações profissionais de classe, que inclua especialistas de diferentes origens profissionais, com força e condições de consenso para lutar em estabelecer pelo menos quatro tipos de parâmetros: (1) pré-requisitos de graduação acadêmica superior para se tornar um psicoterapeuta reconhecido (medicina, psicologia, serviço social, enfermagem); (2) um currículo nacional mínimo para a pós-graduação de especialistas em psicoterapias que sejam baseadas em evidências, (3) construção da influência política necessária para definir uma identidade regulamentada para a profissão de psicoterapeuta e programar políticas que determinem a obrigatoriedade da rede pública de oferecer, universalmente, esse tipo de atendimento, e (4) imposição aos convênios privados de uma remuneração adequada às psicoterapias baseadas em evidências – incluindo um número mais realista de consultas mensais e anuais. No final, talvez devêssemos nos sentir mais otimistas do que já estivemos em relação ao futuro das psicoterapias: tendo algumas formas de psicoterapia atingido aceitável maturidade e credibilidade científicas, falta-nos desenvolver, como psicoterapeutas em exercício, uma correspondente maturidade política e institucional para apenas consolidá-las em termos públicos, acadêmicos e interinstitucionais.

Referências

1. Aguiar RW. Psicoterapias: desafios atuais e perspectivas futuras. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 1999;1(1):93-105.
2. Schestatsky SS. O futuro (incerto?) das psicoterapias. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. 1997;9(1):37-48.
3. Karasu TB. The psychotherapies: benefits and limitations. *Amer J Psychotherapy*. 1986;XL(3):324-342.
4. Parloff M. Psychotherapy research evidence and reimbursement decisions: Bambi meets Godzilla. *Amer J Psychiatry*. 1982;139(6):718-727.
5. Elkin L et al. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*. 1989;46:971-982.
6. Lineham M et al. Cognitive-behavioural treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*. 1991;48:1060-1064.
7. Clarkin JF et al. Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *American Journal of Psychiatry*. 2007;164(6):922-928.
8. Kernberg OF et al. Transference focused psychotherapy: overview and uptodate. *International Journal of Psychoanalysis*. 2008;89(3):601-620.
9. Bateman A, Fonagy P. Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 1999;156:1563-1569.
10. Young J. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach*. Sarasota FL: Professional Resources Press; 1994.
11. Beck AT et al. *Cognitive therapy for personality disorders*. New York: Guilford Press; 1990.
12. Karlsson H et al. Research letter: psychotherapy increases brain serotonin 5-HT1A receptors in patients with major depressive disorder. *Psychol Med*. 2010;40:523-528.
13. Goldapple K et al. Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*. 2004;61:34-41.
14. Beutel ME et al. Changes of brain activation pre- post short-term psychodynamic inpatient psychotherapy: an fMRI study of panic disorder patients. *Psychiatry Research*. 2010;184:96-104.
15. Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME). Program Requirements for Residency Training in Psychiatry 2008. ACGME Psychiatry Program Requirements [Internet]. Disponível em: http://www.acgme.org/acWebsite/downloads/RRC_progReq/400_psychiatry_07012007_u_04122008.pdf.
16. Prins MA et al. Health beliefs and perceived needs for mental health care of anxiety and depression – the patients perspectives explored. *Clin Psychol Rev*. 2008;28(6):1038-1058.
17. Van Schaik DJ et al. Patient's preferences in the treatment of depressive disorders in primary care. *General Hospital Psychiatry*. 2004;26(3):184-189.
18. Fournier JC et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*. 2010;303(1):47-53.

19. Moncrieff J et al. A systematic review of the effects of antipsychotics drugs on brain volume. *Psychological Medicine*. 2010;40(9):1409-1422.
20. Valluri S et al. Impact of the 2004 Food and Drug Administration pediatric suicidality warning on antidepressant and psychotherapy treatment for new-onset depression. *Medical Care*. 2010;48(11):947-954.
21. Ilyas S et al. Trends in prescriptions and costs for mental disorders in England. *British Journal of Psychiatry*. 2012;200(5):393-398.
22. Olfson M et al. National Trends in Outpatient Psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2010;167:1456-1463.
23. Comer JS et al. National trends in the antipsychotics treatment of psychiatric outpatients with anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*. 2011;168(10):1057-1065.

Correspondência

Sidnei S. Schestatsky

schestat@terra.com.br

Submetido em: 14/01/2015

Aceito em: 04/02/2015