

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
TESE DE DOUTORADO**

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL
PARA PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

MARILENE ZIMMER

Orientador: Paulo Silva Belmonte de Abreu

**Porto Alegre
2006**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
TESE DE DOUTORADO**

**AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL
PARA PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, como requisito parcial para obtenção do Grau de Doutor.

MARILENE ZIMMER

Orientador: Paulo Silva Belmonte de Abreu

**Porto Alegre
2006**

Z72a **Zimmer, Marilene**

Avaliação de um programa de terapia cognitivo comportamental para pacientes com esquizofrenia / Marilene Zimmer ; orient. Paulo Silva Belmonte de Abreu. – 2006. xvi, 165 f.

Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria, Porto Alegre, BR-RS, 2006.

1. Esquizofrenia 2. Terapia cognitiva 3. Reabilitação I. Abreu, Paulo Silva Belmonte de II. Título.

NLM: WM 203

Catálogo Biblioteca FAMED/HCPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS MÉDICAS: PSIQUIATRIA
TESE DE DOUTORADO

MARILENE ZIMMER

AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL
PARA PACIENTES COM ESQUIZOFRENIA

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Paulo Silva Belmonte de Abreu
Presidente

Profa. Dra. Lucia Helena Ceitlin
UFRGS

Prof. Dr. Miguel Abib Adad
FFFCMPA

Profa. Dr. Flávio Kapczinski
UFRGS

Profa. Dra. Clarissa Severino Gama
HCPA/Suplente

Porto Alegre
2006

*“A esperança me chama,
e eu salto a bordo
como se fosse a primeira viagem.
Se não conheço os mapas,
escolho o imprevisto:
qualquer sinal é um bom presságio.”*
Lya Luft, 2005.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha Mãe por ter me ensinado a lutar por meus sonhos.

Ao Dinarte pelo carinho, paciência e companheirismo. Com suas palavras de incentivo me faz ser uma pessoa melhor.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Paulo Silva Belmonte de Abreu, pela experiência profissional, e tranqüilidade com que sempre vê o lado positivo de tudo e encontra soluções. Grata pela oportunidade de realizar este trabalho.

À Eloísa, pela amizade, conselhos, horas de escuta, pelo auxílio não só com as entrevistas dos pacientes, mas pelo cuidado que teve comigo quando eu mais precisei. Serei eternamente grata!

À Adriana Duncan, pela dedicação, qualidade profissional, parceria. Com suas palavras de incentivo aliviava a carga de minha jornada. Sem a tua ajuda este trabalho não teria sido possível. Muito obrigada!

A Daniela Laitano pela incansável ajuda na coleta dos dados. Muito Obrigada!

Ao Grupo de Pesquisa do Prodesq, em especial a Maria Inês e a Clarissa Gama pelos ensinamentos, apoio na organização dos grupos e pela prontidão em buscar soluções. Obrigada!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS.

Aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas: Psiquiatria da UFRGS, em especial ao Alexei, a Carmen, a Lísia, a Clarissa, ao Jair e a Daniela, pela amizade, apoio e pelos momentos de descontração.

Ao Vagner e à Emília sempre prontos a ajudar.

À equipe do CAPS do HCPA pela acolhida e disponibilização de espaço para as entrevistas.

À Vânia e ao Mathias pela supervisão estatística.

À Lúcia e à Ana pelos ensinamentos e traduções dos artigos em inglês. Obrigada pelo carinho com que sempre me acolheram.

Às amigas Dulce, Rose, Clarissa, Carmen e Lísia, obrigada pelo incentivo, apoio e amizade.

À Lídia Macedo, obrigada pelas experiências compartilhadas, pelo apoio e palavras de carinho que sempre me incentivaram a seguir adiante.

Aos médicos Dr. Ivan Antonello, Dr. Cláudio Krahe e Dr. Mendel Rabin, pela competência, profissionalismo e dedicação ao exercício da medicina.

A todos os pacientes que participaram desta pesquisa, pelo carinho, dedicação e ensinamentos compartilhados. Obrigada!

À banca examinadora, por terem aceitado o convite, Lucia Ceitlin, Flavio Kapczinski, Miguel Abib Adad e Clarissa Severino Gama.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	v
LISTA DE ABREVIATURAS	ix
APRESENTAÇÃO	x
RESUMO	xiii
ABSTRACT	xv
INTRODUÇÃO	1
I. REVISÃO DA LITERATURA	
Ia. Epidemiologia da Esquizofrenia	2
Ib. Diferenças de gênero na esquizofrenia	3
Ic. Déficits cognitivos	4
Id. Sintomas e respostas a tratamento	5
Ie. Interações entre medicação e funcionamento cognitivo	8
If. Metodologia de intervenções na esquizofrenia aspectos críticos	9
Ig. Evidências sobre abordagens cognitivas e comportamentais na esquizofrenia	11
Ih. Evidências de estudos sobre o programa de Terapia Psicológica	
Integrada para Esquizofrenia (IPT)	15
Ii. Seleção das etapas do programa IPT	18
II QUESTÕES DE PESQUISA	21
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	23
ARTIGO 1 (Versão em Português)	28
ARTIGO 2 (Versão em Português)	36
ARTIGO 3 (Versão em Português)	65
ARTIGO 3 (Versão em Inglês)	89
III CONSIDERAÇÕES FINAIS	108
ANEXOS	116

ANEXO 1 – Descrição completa das etapas do programa IPT _____	117
ANEXO 2 – Descrição das 12 sessões do IPT passo-a-passo _____	130
ANEXO 3 - Aprovação do Comitê de Ética _____	140
ANEXO 4– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido _____	141
ANEXO 5 – Protocolo Sócio-Demográfico _____	142
ANEXO 6 – GAF _____	143
ANEXO 7 – EAFSO _____	144
ANEXO 8 – MMSE e Span de Palavras _____	145
ANEXO 9 – EAS _____	146
ANEXO 10 WHOQOL-BREF _____	149
OUTROS _____	153
Revisão técnica da tradução do livro “Terapia Integrada para Esquizofrenia IPT” _____	154
Artigo publicado no livro “Prática Educativa em Medicina” _____	158

LISTA DE ABREVIATURAS

CV	Comunicação Verbal
DC	Diferenciação Cognitiva
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
EMT	Emotional Mangement Training
ES	Effect size
fCBT	functional Cognitive Behavioral Therapy
FDA	Food and Drug Administration
HCPA	Hospital de Clínicas de Porto Alegre
HS	Habilidades Sociais
IPSS	International Pilot Study of Schizophrenia
IPT	Terapia Psicológica Integrada para esquizofrenia
KB	Estratégias de coping de Meichenbaum
MATRICES	Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia
NEDES	Needs of Patients with Schizophrenia
NIMH	National Institute of Mental Health
PE	Psicoeducação
PRODESQ	Programa de Esquizofrenia e Demência do HCPA
PS	Percepção Social
RCT	Randomized Controlled Trials
RP	Resolução de Problemas
SP	Sub-Programa
TC	Terapia Cognitiva
TCC	Terapia Cognitivo-Comportamental
Token	Token Economy Program
WAF	Vocacional, Residential e Recreational

APRESENTAÇÃO

A assistência ao paciente com esquizofrenia tem experimentado mudanças significativas nos últimos anos. As pesquisas com neurolépticos trouxeram avanços importantes no tratamento da esquizofrenia, principalmente através de um melhor controle dos sintomas, diminuição de efeitos colaterais e redução da necessidade de internações.

Apesar destes avanços, encontrar o melhor tratamento para a esquizofrenia continua sendo um desafio.

Sabe-se que a complexidade dos prejuízos causados por esta doença prejudica a interação social, a capacidade de tolerância ao estresse, a capacidade de o indivíduo cuidar de si mesmo e interagir com a família.

Um plano terapêutico global tem sido apontado como a melhor estratégia para o tratamento de quadros crônicos como a esquizofrenia, com programas que contemplem recursos e habilidades para integrar uma abordagem farmacológica com intervenções psicológicas e sociais. Desta forma surge o desafio de organizar programas de atuação terapêutica e de reabilitação que levem em conta as necessidades dos pacientes.

Considerando o exposto, o presente projeto se justifica pelos seguintes aspectos: (1) ausência de programas estruturados de reabilitação psicossocial; (2) baixa padronização de técnicas e intervenções de programas de tratamento oferecidos atualmente; (3) necessidade de medir efeitos de mudança com intervenção psicossocial; (4) dificuldades para medir a eficácia de tratamentos não estruturados; (5) evidência de efeito de programas de reabilitação na melhora do funcionamento global e cognitivo de pacientes esquizofrênicos, utilizados em outros centros. Os objetivos deste estudo são avaliar a diferença de efeito de um estudo randomizado controlado com 12 sessões de treinamento cognitivo-comportamental do Programa de Terapia Psicológica Integrada (IPT) comparado a tratamento usual (TU), quanto aos índices de melhora sobre cognição, funcionamento social e qualidade de vida em pacientes com esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo.

A presente tese de Doutorado partiu do interesse em buscar conhecimentos sobre técnicas de reabilitação psicossocial com base em evidências clínicas. Assim teve início este projeto que visa estudar o efeito da adaptação do Programa de Terapia Psicológica Integrada

para Esquizofrenia (IPT)^a. Esta abordagem consiste de em um programa estruturado, com utilização de técnicas cognitivo-comportamental com ampla evidência de resultados positivos em estudos realizados na Europa e Estados Unidos, sem estudos publicados no Brasil.

Esta tese foi estruturada em forma de artigos publicados e/ ou submetidos para publicação. A primeira parte da tese (**Introdução**) traz uma revisão da literatura a partir da busca no PubMed, utilizando os seguintes descritores: “*cognitive-behavioral and schizophrenia*”, “*rehabilitation and schizophrenia*”, “*IPT and schizophrenia*”, e “*CBT and schizophrenia*”: resultando da busca deste último termo 424 artigos, após a utilização consecutiva de critérios de limite este número foi reduzindo: ensaio clínico (94 artigos), todos adultos com 19 anos ou mais (85 artigos), período entre 1995-2006 (até fevereiro – 79 artigos), veja resultados no quadro abaixo (extraído do site do PubMed):

Search	Most Recent Queries	Result
#13	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Entrez Date from 1995/02/01 to 2006/02/28, English, Clinical Trial, Female, Humans	65
#12	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Entrez Date from 1995/02/01 to 2006/02/28, English, Clinical Trial, Male, Humans	66
#11	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Entrez Date from 1995/02/01 to 2006/02/28, Spanish, Clinical Trial, Humans	0
#10	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Entrez Date from 1995/02/01 to 2006/02/28, Russian, Clinical Trial, Humans	0
#9	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Entrez Date from 1995/02/01 to 2006/02/28, Japanese, Clinical Trial, Humans	1
#8	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Entrez Date from 1995/02/01 to 2006/02/28, Italian, Clinical Trial, Humans	0
#7	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Entrez Date from 1995/02/01 to 2006/02/28, German, Clinical Trial, Humans	5
#6	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Entrez Date from 1995/02/01 to 2006/02/28, French, Clinical Trial, Humans	2
#5	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Entrez Date from 1995/02/01 to 2006/02/28, English, Clinical Trial, Humans	70
#4	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Entrez Date from 1995/02/01 to 2006/02/28, Clinical Trial, Humans	79
#3	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: All Adult: 19+ years, Clinical Trial, Humans	85
#2	Search cbt AND schizophrenia Field: All Fields, Limits: Clinical Trial	94
#1	Search cbt AND schizophrenia	424

Outra busca realizada na mesma base de dados utilizando o descritor *IPT and schizophrenia*, teve um resultado muito limitado, apenas 6 estudos, razão pela qual foi entrado em contato com Roder, um dos principais autores do IPT, para obter informações sobre publicações avaliando a utilização desta técnica. Desta forma foi possível ter acesso aos dados de uma meta-análise recentemente publicada pelo autor e colaboradores, onde são descritos os

^a Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle. Terapia Integrada da Esquizofrenia. São Paulo: Ed. Lemos, 2002.

resultados de 28 estudos sobre ensaio clínico randomizado com utilização do IPT em pacientes com diagnóstico de esquizofrenia.

Na **Introdução** são discutidos os resultados de estudos considerando os aspectos desde a epidemiologia da esquizofrenia, interações entre tratamentos farmacológicos e psicossociais, bem como a discussão das principais abordagens de intervenções utilizadas nos últimos anos. Após é feita uma revisão dos estudos sobre ensaios clínicos randomizados com o IPT. Posteriormente, é apresentada uma breve descrição das etapas do IPT, com fundamentação sobre a utilidade de cada uma. Por último é feita a descrição das etapas que foram utilizadas no presente estudo, com justificativa da exclusão de algumas etapas da versão completa do IPT, com o objetivo de viabilizar sua aplicação em uma amostra de pacientes com esquizofrenia de três Centros no Sul do Brasil.

A segunda parte consiste da apresentação dos resultados desta pesquisa em forma de artigos. Os resultados de um estudo naturalístico sobre a aplicação do IPT foram descritos no primeiro artigo. A partir destes resultados, foi realizado outro estudo que consta de uma análise qualitativa de conteúdo sobre as percepções dos pacientes que participaram de grupos de treinamento com o IPT, com o objetivo de fundamentar a adaptação da técnica para a nossa realidade, cujos resultados foram apresentados no segundo artigo. E o terceiro artigo traz os resultados de um ensaio clínico controlado randomizado, sobre os efeitos de 12 sessões do programa IPT aplicado em pacientes do Programa de Esquizofrenia e Demências do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – Prodesq-HCPA, comparado a tratamento usual. Dois artigos trazem a versão em português e o outro em inglês, com base nos critérios para publicação exigidos por cada uma das revistas as quais foram publicados e/ ou submetidos.

E por último são apresentadas as considerações finais com base na revisão da literatura e nos resultados dos estudos, que sintetizam os principais achados desta pesquisa.

RESUMO

Existem evidências de resultados positivos sobre a aplicação do Programa de Terapia Psicológica Integrada para Esquizofrenia (IPT) em diferentes centros de países como Alemanha, Suíça, Holanda, Espanha, Estados Unidos e Canadá, e ausência de estudos nesta área no Brasil. Diante das descobertas das pesquisas sobre novos fármacos para esquizofrenia, nos deparamos com a necessidade de encontrar técnicas adequadas que auxiliem na diminuição dos prejuízos causados pela doença no funcionamento social destes pacientes. Entretanto, diante da ausência de programas estruturados de reabilitação psicossocial surge a necessidade de medir efeitos dos programas de terapia utilizados, cuja solicitação por parte de pacientes e familiares tem aumentado gradativamente. **Objetivos:** O objetivo maior deste estudo é testar o efeito do IPT em pacientes esquizofrênicos em um centro no Sul do Brasil. Dentro do processo foram gerados objetivos específicos a partir da revisão da literatura e coleta de dados, que deram origem a 3 artigos: Artigo 1. Estudo naturalístico de 3 anos da utilização do IPT, Artigo 2. Determinar as variáveis do IPT associadas à percepção subjetiva dos pacientes esquizofrênicos tratados com esta técnica em três diferentes Centros no Sul do Brasil e Artigo 3. Avaliar a diferença de efeito sobre o funcionamento (cognitivo, social e familiar) e percepção de qualidade de vida de pacientes esquizofrênicos submetidos a um ensaio clínico randomizado de uma intervenção de 12 sessões do Programa IPT comparado com tratamento usual. **Métodos:** O primeiro estudo teve um desenho naturalístico com avaliação retrospectiva, o segundo consistiu de análise qualitativa de conteúdo e o terceiro foi um ensaio clínico randomizado. Em todos os estudos os pacientes tinham diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, com idade entre 18 e 65 anos. O primeiro estudo foi realizado em uma instituição privada. O segundo, contou com participantes de três diferentes centros (Instituto de Capacitação e Reorientação Ocupacional - ICARO/ Porto Alegre, Centro de Atenção Psicossocial do HCPA/ Porto Alegre e Centro de Atenção Psicossocial de Tubarão/ SC). E o terceiro estudo, foi realizado com pacientes do Programa de Esquizofrenia e Demências (Prodesq) do HCPA. **Resultados:** De forma

abreviada, os resultados dos três estudos proporcionam evidências de efeito clínico positivo do IPT em pacientes esquizofrênicos do Sul do Brasil, sendo que o IPT foi aplicado em formato reduzido em 12 sessões. O **artigo 1** teve como resultado a evidência de resposta positiva em favor dos pacientes esquizofrênicos comparados com transtorno de humor bipolar que participaram de um programa de reabilitação psicossocial de técnica cognitivo-comportamental com base no IPT. O **artigo 2** teve como resultado a percepção de adequação do IPT com sugestão de retirada das seguintes etapas: do subprograma de Diferenciação Cognitiva (*sistemas conceituais verbais, hierarquias conceituais, sinônimos, antônimos, definição de palavras, cartões com palavras, palavras com diferente significado segundo o contexto*) e do subprograma de Comunicação Verbal (*repetição segundo o sentido de frases auto-formuladas, pergunta auto-formulada com resposta, o grupo entrevista um dos participantes e comunicação livre*), com evidências obtidas a partir da análise qualitativa de conteúdo das verbalizações dos pacientes em grupos de discussão, específicos. E, por último, o **artigo 3** apresenta resultados positivos do ensaio clínico randomizado em uma amostra de 56 pacientes com diagnóstico CID-10 de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, comparando resultados de funcionamento (social, familiar, cognitivo) e percepção de qualidade de vida em 20 pacientes com 12 sessões do programa IPT mais tratamento usual e 36 pacientes somente com tratamento usual. Os resultados evidenciaram uma melhora significativa no funcionamento cognitivo, social, relações familiares, adequação social e qualidade de vida em favor dos 20 pacientes nas 12 sessões do IPT quando comparados com 36 pacientes que receberam tratamento usual. **Conclusões:** O efeito médio encontrado nestes estudos parece corresponder aos achados encontrados em estudos de outros países (média de tamanho de efeito=0,8). De acordo com os resultados deste estudo foi possível verificar que uma intervenção de 12 semanas do IPT apresenta efeitos positivos nas áreas avaliadas, quando comparado a tratamento usual. Assim, com base nesses achados fica indicada a execução de estudos mais amplos, com maior tempo de segmento, com comparação com outras técnicas, além da necessidade de difusão desta técnica, através de treinamento de equipes da rede pública de saúde mental.

ABSTRACT

There is evidence for positive results on the employment of the Integrated Psychological Therapy Program (IPT) for schizophrenia from different areas of countries like Germany, Switzerland, the Netherlands, Spain, the United States, and Canada, as well as a noted absence of Brazil-performed studies in this area. After the discovery of research on new pharmaceuticals for schizophrenia treatments we are faced with the need of finding newer and more adequate techniques to help into the lessening of those disorder-caused handicaps and flaws on the social behavior of such patients that are affected by this illness. However, in the absence of standardized psychosocial rehabilitation programs, the need arises for effect measuring of those therapy programs that are currently being employed, for which the request by patients and their families has been progressively growing. GOALS: The main target for this study is that of testing the IPT effects upon schizophrenic patients in a large Southern Brazilian urban center. As part of the process specific objectives were generated, as following a literature survey and data collection, the three of which all originated scientific papers.

Paper #1 -- A three-year-long naturalistic study on the employment of IPT; paper #2 -- A determination of IPT variables associated with subjective perception by schizophrenic patients treated by this technique in three different Southern Brazilian health centers; paper #3 -- An assessment on effect differences upon cognitive, social, and family functioning, as well as life quality perception among schizophrenic patients subjected to a randomized clinical experiment consisting of 12-session IPT-program intervention as compared to the usual treatment. METHODS: The first study underwent a retrospective-evaluation naturalistic design; the second, employed qualitative content analysis, all the while the third was a randomized clinical assay. In all the aforementioned studies, the patients had been diagnosed as schizophrenia or schizoaffective disorder, while their age brackets ranged between 18 and 65 years. The first study was performed in a private facility. The second spanned participants from three different health centers, to wit, the Instituto de Capacitação e

Reorientação Ocupacional [Qualification and Occupational Rehabilitation Institute] - ICARO - from Porto Alegre, Rio Grande do Sul state; the Centro de Atenção Psicossocial do HCPA/Porto Alegre [the Porto Alegre Clinical Hospital Psychosocial Care Center] and the Centro de Atenção Psicossocial de Tubarão [Tubarão Psychosocial Care Center] of Tubarão, Santa Catarina state. And the third study was conducted with patients from the HCPA's Programa de Esquizofrenia e Demências [Schizophrenia and Dementiae Program] (Prodesq). **RESULTS:** In a succinct way, results from these three studies afforded evidences of positive IPT clinical effect upon Southern Brazil schizophrenic patients, allowing for a 12-session of IPT application. Paper #1 resulted into evidencing a more positive response of schizophrenic patients as compared to those bearing bipolar humor disorder, as refers to those subjects who participated in a psychosocial rehabilitation program employing IPT-based cognitive-behavioral technique. Paper #2 resulted on a perception of the adequacy of this treatment, along with a suggestion for the withdrawal of the following steps: the Cognitive Differentiation Subprogram (*conceptual verbal systems, conceptual hierarchies, synonyms, antonyms, word definition, word cards, sorting of words bearing different meanings according to their contexts*) and the Verbal Communication Subprogram (*self-formulated sentence repeating according to their meaning, self-directed questioning with pertinent replies, group interview of one of their participants, and free communication*), according to evidence gleaned from qualitative analysis of specific patient verbalization contents within discussion groups. Finally, Paper #3 shows positive results for a randomized clinical experiment within a universe of 56 patients diagnosed as CID-10 Schizophrenia or Schizoaffective disorder, comparing their functioning (social, familiar, cognitive) results with their own perception of their life quality in a universe of 20 patients given IPT-program sessions plus the usual treatment as compared to a control group of 36 patients receiving only the usual standard treatment. **CONCLUSION:** The mean effect found in these studies seems to correspond with those findings reached to in other countries' studies (effect size average = 0.8). According to the studies' results it was rendered possible to verify that an IPT 12-week intervention affords positive effects upon the assessed areas as in comparison to the usual standard treatment. Therefore, grounded on these findings, the designing of further and broader studies is suggested, into which more segment time and the comparison to other techniques should be added as well as the need for wider diffusion of this technique is indicated, which could be accomplished by means of the training of Mental Health public network teams.

INTRODUÇÃO

O progressivo aumento das pesquisas sobre fatores biológicos, neurocognitivos e emocionais em esquizofrenia, tem trazido à tona a necessidade de buscar novas técnicas de tratamento.

Considerada uma das doenças mais incapacitantes, se reveste de um grau de comprometimento singular entre o restante das doenças mentais, pelos prejuízos que causa ao indivíduo e sua família. É uma doença mental crônica, complexa, que deteriora a capacidade das pessoas para pensar, dominar suas emoções e relacionar-se com os demais. As conseqüências comportamentais se expressam na forma de isolamento social, incapacidade para desempenhar papéis, diminuição da resistência ao estresse, prejudicando assim a qualidade de vida desses indivíduos.

Considerando estes aspectos, de acordo com Obiols¹, torna-se necessário entender que a esquizofrenia não é *um mal moral*, nem somente uma *etiqueta social*, concepções estas compartilhadas tanto por indivíduos como por muitos familiares quando se deparam com o problema.

As investigações atuais sobre esquizofrenia são muito amplas e se subdividem em múltiplas áreas de conhecimento. A própria complexidade da doença, faz com que, inevitavelmente, se utilizem termos de difícil compreensão e referências a técnicas desconhecidas pelo leitor.

Como a esquizofrenia é um transtorno heterogêneo, com manifestação de vários perfis de sintomas, escores de incapacidade e déficits cognitivos, uma revisão exaustiva deste tema excederia os propósitos desta tese. Desta forma, não foi incluído um capítulo especial sobre a causa e/ou etiologia da esquizofrenia por se considerar que não existem evidências de *uma causa única* ou *a causa*, pois se sabe que este transtorno surge pela interação complexa, ao longo de um curso temporal de múltiplos fatores causais: genéticos, infecciosos, traumáticos,

tóxicos, sociais, dentre outros. Estes fatores podem atuar isoladamente ou em conjunto, provocando o que se denomina esquizofrenia.

Para facilitar a compreensão, procuramos introduzir alguns conceitos básicos sobre a doença e serão discutidos mais especificamente os aspectos psicossociais da esquizofrenia.

Ia. Epidemiologia da Esquizofrenia

Mari e Leitão² em uma revisão sobre estudos epidemiológicos da esquizofrenia encontraram uma prevalência estimada entre 0,5% a 1%, sendo que as estimativas sobre incidência sugerem a ocorrência de aproximadamente quatro casos novos por ano para uma população de 10.000 habitantes, proporção esta que pode ficar entre 1 a 7 casos para cada 10.000 habitantes, dependendo dos critérios de diagnóstico utilizados. Segundo os autores, as estimativas de incidência e prevalência de casos de esquizofrenia no Brasil são compatíveis com as observadas em outros países.

Uma extensa revisão de 461 estudos³ revela evidências de diferenças entre homens e mulheres com esquizofrenia, principalmente quanto aos aspectos de interações hormonais, de neurodesenvolvimento e psicossociais. Homens parecem ter maior propensão de neurodesenvolvimento para esquizofrenia do que mulheres, apresentando maior vulnerabilidade também para outros transtornos mentais, incluindo aprendizagem, comunicação e transtornos do desenvolvimento.

Quanto à idade de início, casos novos raramente ocorrem antes da puberdade e acima de 50 anos, ocorrendo mais precocemente em homens, com média de idade de 25 anos e para as mulheres com média de 30 anos.

Segundo Mari e Leitão², as mulheres apresentam um curso mais brando, com melhor prognóstico e melhor possibilidade de adaptação social. Em um estudo foi encontrado que um início precoce da doença (antes dos 18 anos) parece ser um preditor de desfecho social desfavorável em mulheres, mas não em homens⁴. Um estudo de Chaves e cols.⁵ encontrou melhor funcionamento em mulheres.

Os dados epidemiológicos revelam que não existem diferenças na prevalência da esquizofrenia em relação ao gênero. Entretanto, com base na revisão de estudos, parece haver uma predominância de homens nas pesquisas: sete estudos apresentaram uma prevalência de 70% de homens^{6,7} e os estudos de Usall e cols.⁴ evidenciaram uma prevalência de 63%.

A diferença de gênero em esquizofrenia tem apontado alguns fatores que parecem estar associados com idade de início, funcionamento pré-mórbido, curso da doença e

funcionamento social. Segundo Usall e cols.⁴ pesquisas epidemiológicas têm frequentemente apresentado resultados discrepantes com os encontrados em muitos estudos recentes, os quais tem apresentado maior incidência e prevalência de esquizofrenia em homens.

De acordo com Leung e Chue³ parece que as diferenças de gênero na esquizofrenia, embora sejam apontadas em alguns estudos, na maioria tem sido negligenciada a evidência de possíveis diferenças entre homens e mulheres.

De acordo com Mari e Leitão² dados de estudos multicêntricos sugerem que os indivíduos de países menos desenvolvidos apresentam um prognóstico melhor na esquizofrenia. No estudo multicêntrico *International Pilot Study of Schizophrenia* (IPSS)², foi observado que a proporção de pacientes com curso grave nos países desenvolvidos foi significativamente maior do que a verificada em pacientes de países menos desenvolvidos. O curso foi melhor quando se utilizaram critérios de diagnóstico mais abrangentes (46,5% apresentaram melhora) e pior para critérios mais restritos (27,3% melhoraram). A partir dos anos 50, houve uma melhora no prognóstico da esquizofrenia (48,5% apresentaram melhora), entretanto, na última década analisada pelo estudo, houve um declínio na melhora para apenas 36,4%, provavelmente refletindo a utilização de critérios mais restritos nos últimos anos.

Ib. Diferenças de gênero em esquizofrenia

Embora as pesquisas epidemiológicas refiram que não há diferença quanto à incidência e prevalência da esquizofrenia, os achados de estudos recentes contrariam esta afirmação, visto que há uma marcada predominância de homens nos estudos. A diferença de gênero (sexo masculino e sexo feminino) em esquizofrenia tem recebido amplo suporte empírico com respeito à idade de início, funcionamento pré-mórbido, curso da doença, transmissão familiar e fatores neurobiológicos^{3,5}.

Em um estudo multicêntrico, *Needs of Patients with Schizophrenia* (NEDES), realizado em cinco centros na Espanha⁴, 200 pacientes ambulatoriais foram seguidos por 2 anos, para avaliar a influência do gênero e outras variáveis preditoras do funcionamento social, utilizando modelo de análise separado para homens e mulheres, comparando dados basais com os observados após 2 anos de seguimento. Não foi encontrada diferença significativa para sintomatologia, mas o funcionamento social foi melhor nas mulheres. O gênero foi significante preditor para funcionamento ocupacional e autocuidado. De acordo com os autores, estes achados podem ser explicados pelas diferenças em expectativas de papel social entre os sexos, visto que um início precoce não é comum em mulheres, mas também porque

um início tardio da doença permite às mulheres melhor desenvolvimento de habilidades sociais. Os achados sugerem que, alguns fatores associados com o sexo feminino podem ajudar a proteger contra uma forma mais severa de esquizofrenia ou evitar alterações quanto ao funcionamento social. Estas diferenças encontradas entre gênero demonstram a influência tanto de causas biológicas como psicossociais, o que indica provavelmente a existência de fatores protetores em mulheres, como uma distinta expectativa em relação ao papel social que é atribuído a cada um. Neste estudo, os achados também sugerem que o funcionamento social parece ser influenciado por outras diferentes variáveis, tais como: a associação entre a idade de início e sintomas negativos foi mais significativa nas mulheres, enquanto em homens, a associação entre os fatores mais significativos foram duração da doença, sintomas negativos e positivos.

Na revisão da literatura os estudos mostram que geralmente os homens representam de 70% a 80% das amostras^{4,6,7}, sendo que os homens apresentam pior funcionamento, apresentando significativa diferença nos resultados das avaliações de funcionamento social e global⁴. Isto sugere que os homens tem pobreza no funcionamento social antes de seu primeiro episódio de esquizofrenia, evidenciando que tal funcionamento pobre não foi relatado somente em função do início da doença.

Evidências sugerem que muitos indivíduos tiveram os sintomas antes do desenvolvimento de uma gama de habilidades necessárias para o funcionamento adulto. Pessoas que desenvolveram sintomas na sua adolescência tardia e antes dos vinte anos podem não ter conseguido completar com sucesso sua educação, adquirido alguma habilidade vocacional, vivido independentemente, ou desenvolvido satisfatoriamente relações amorosas⁸.

Ic. Déficits cognitivos

De acordo com a literatura atual, existem claras evidências de que os déficits cognitivos são uma das principais áreas de investigação sobre a esquizofrenia.

O conceito de déficit em esquizofrenia foi introduzido, segundo Galderisi e cols.⁹, para identificar subgrupos relativamente homogêneos de pacientes caracterizados pela presença de sintomas negativos persistentes, tais como afeto embotado, pobreza de discurso, diminuição de interesses, falta de objetivos e pobreza no funcionamento social. A maioria dos estudos avalia aspectos cognitivos e sua interação com idade de início da doença, medicação, déficits de funcionamento social e ocupacional, sintomas positivos e negativos, entre outros,

comparando com controles com e sem a doença, bem como avalia sua interação com vários tipos de abordagens de tratamentos, tanto medicamentosa como de intervenções psicossociais.

Em vários estudos de primeiro episódio, os pacientes mostraram prejuízo cognitivo equivalente aos prejuízos daqueles que têm estado doente por vários anos, particularmente na área de memória. Estes prejuízos não parecem ser um efeito da medicação.

Existem várias associações significativas entre sintomas negativos e funcionamento cognitivo¹⁰. Contudo, alguns achados sugerem⁹ que a associação entre déficits e pobreza pré-mórbida de ajustamento não é devido à presença de sintomas negativos, mas que poderiam estar associados com o início precoce do processo da doença.

Estudos de indivíduos com risco para desenvolver esquizofrenia demonstraram que o prejuízo cognitivo é detectável antes do primeiro episódio. Em uma coorte de 5.362 pessoas nascidas entre 3 e 9 de março de 1946 na Inglaterra, Jones e colaboradores¹¹ seguiram estes indivíduos avaliando o desenvolvimento cognitivo e social por muitos anos. A média dos escores obtidos nos testes, em geral, foi mais baixas naqueles que desenvolveram esquizofrenia do que os que não desenvolveram a doença. Entre as idades de 2 e 15 anos, problemas com a fala foram mais freqüentes em casos do que em controles. Nos testes educacionais para as idades de 8, 11 e 15 anos os déficits foram maiores nas áreas verbal, não-verbal e habilidades matemáticas.

Um outro estudo de seguimento também revelou evidências de problemas de linguagem e de habilidades aritméticas na idade entre 7 e 11 anos em crianças que posteriormente desenvolveram esquizofrenia¹².

Tipos específicos de déficits cognitivos podem ser detectados no início da adolescência antes da manifestação da doença. Estes déficits aparentemente progridem na adolescência, embora não estejam claros os aspectos relacionados ao declínio cognitivo após a manifestação da doença, o que difere entre os casos^{13,14}.

Id. Sintomas e respostas a tratamento

Muitos estudos referem encontrar associação entre sintomas positivos, negativos e funcionamento cognitivo e social. Alguns achados sugerem que sintomas têm pequeno efeito sobre atividades de vida diária¹⁵, outros que funções cognitivas têm maior poder preditivo nesta função. Algumas pesquisas encontraram evidência de associação, somente entre sintomas negativos.

Existem vários estudos examinando as relações de funcionamento de adaptação com prejuízo cognitivo e sintomatologia^{16,17}. Muitas pesquisas utilizando abordagem cognitivo-comportamental encontram efeito positivo de redução sintomas.

No estudo de Addington e cols.¹⁰, não foi encontrada associação entre cognição e sintomas positivos, mas entre sintomas negativos. Redução significativa de sintomas psicóticos em geral e severidade de delírios foram encontradas por Temple e Ho¹⁸, cujos achados sugerem que a terapia cognitivo-comportamental foi associada com grande redução na severidade dos sintomas psicóticos e com melhora no funcionamento adaptativo.

Uma meta-análise indicou que terapia a cognitiva tem efeito significativo sobre a melhora de pacientes com esquizofrenia que experimentam sintomas psicóticos persistentes¹⁹.

Outro estudo sugere vantagem de terapia cognitivo-comportamental (neste estudo denominada de *fCBT – functional Cognitive Behavioral Therapy*) sobre psicoeducação na redução de sintomas positivos, particularmente alucinações auditivas²⁰.

Em uma recente e extensa revisão de estudos que avaliaram melhora de sintomas e funcionamento cognitivo, Bell e Michara²¹ referem que existe uma ampla variedade de definições e diferentes medidas de neurocognição para diferentes amostras. Mas ainda não se sabe com segurança se existe uma interação entre sintomas negativos e déficits em neurocognição ou se os processos envolvidos são relativamente independentes da doença.

A maioria destes estudos trata sobre avaliação de efetividade de psicofármacos comparada com outra intervenção. Estes autores realizaram um estudo com 267 pacientes ambulatoriais para avaliar um programa de reabilitação cognitiva após 6 meses. Os resultados mostraram uma modesta relação entre sintomas negativos e variáveis neuropsicológicas. Isto, segundo os autores, evidencia que os sintomas negativos não são, diretamente, a causa dos danos cognitivos ou vice-versa, pois eles não se modificam necessariamente juntos. Os autores sugerem que, provavelmente, as intervenções dirigidas aos sintomas negativos não modificam o desempenho neurocognitivo e as que são dirigidas aos déficits neurocognitivos podem não trazer mudanças aos sintomas negativos.

Gold¹⁹ aponta que déficits cognitivos e manifestação de sintomas necessitam de enfoques terapêuticos diferentes, pois considera quatro diferenças básicas entre déficits cognitivos e sintomas: (1) curso de desenvolvimento, (2) resposta à medicação antipsicótica, (3) baixa correlação entre estes fatores e (4) déficits cognitivos podem ser fatores de risco para o desenvolvimento de esquizofrenia.

Na busca pelo melhor tratamento, esforços estão sendo feitos na tentativa de classificar os pacientes em termos de especificidade de sintomas e extensão do prejuízo cognitivo¹⁶, como o estabelecimento da MATRICS (*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia – National Institute of Mental Health - NIMH*)²²⁻²⁴. A MATRICS, projeto liderado pelo NIMH, consistiu, até o momento, de 6 conferências, 5 comitês, com a participação de 250 pessoas, entre elas pesquisadores, representantes das indústrias, do NIMH, *Food and Drug Administration* (FDA) e representantes de usuários. Diante do crescimento de publicações a respeito da avaliação de tratamentos para esquizofrenia, vem crescendo a variedade de critérios utilizados para avaliar estes estudos. Frequentemente as avaliações de tratamento utilizadas não são muito claras ou apropriadas. Diante da necessidade de padronizar diretrizes de investigações, o projeto MATRICS, de acordo com os autores, tem por objetivo gerar recomendações para estudos com humanos e animais. Em um grupo de discussão realizado em abril de 2003, ocorreu a primeira reunião para discussão da inclusão ou não do domínio sobre cognição no projeto MATRICS. Neste mesmo grupo foram sugeridos 3 protocolos: (1) pesquisa de curto prazo (entre 3-5 anos) para estudos humanos, (2) pesquisa de longo prazo (entre 5-10 anos) com humanos e (3) um protocolo para modelos de pesquisa com animais, além de uma discussão sobre definições do termo cognição. Considerando a cognição um dos aspectos centrais dos estudos sobre esquizofrenia, esta área foi considerada um dos 7 domínios representados pela MATRICS – *Consensus Cognitive Battery* para ensaio clínico em esquizofrenia. Os termos, definições e subdomínios de cognição social, usados em pesquisa em esquizofrenia variam muito, o que dificulta as comunicações nesse campo, tornando difícil fazer comparações diretas entre os achados²³.

Existem muitos estudos examinando as relações de funcionamento de adaptação com prejuízo cognitivo e sintomatologia^{16,17}.

Esforços continuam sendo feitos na tentativa de classificar os pacientes em termos de especificidade de sintomas e extensão do prejuízo cognitivo. Os resultados dos estudos são variáveis¹⁶. A relação entre função social adaptativa, sintomatologia e déficits cognitivos, como cita o autor, é um importante campo de pesquisa e necessita mais investigação. Avaliação de incapacidade de forma compreensiva deveria incluir uma ampla gama de domínios de vida, os quais são necessários para o entendimento da influência de sintomas e déficits cognitivos na vida do paciente com esquizofrenia. Em um estudo comparando 60

indivíduos com esquizofrenia a 30 controles saudáveis¹⁶, foi avaliada a relação entre funções neurocognitivas e grau de incapacidade, não encontrando diferenças significativas.

Em um estudo recente de revisão²⁵ os achados sugerem vários temas importantes, destacando que existem, principalmente, duas correntes muito diferentes quanto a déficits cognitivos e idade dos indivíduos com esquizofrenia. A maioria dos estudos inclui indivíduos entre 10 e 65 anos de idade, mas os resultados são estratificados por faixa etária como adulto-jovem, meia-idade e indivíduos mais velhos, sendo que existem sólidas evidências de que os prejuízos aumentam com o passar do tempo.

Em outro estudo²⁶, foram avaliados dois grupos com seguimentos de 1 e 4 anos e identificaram que os indivíduos com esquizofrenia sofrem de déficits de percepção visual, organização, percepção espacial e orientação. Resultados similares foram encontrado por Lee e Cheung³, evidenciando que estes déficits se agravam com o tempo.

Ie. Interações entre medicação e funcionamento cognitivo

Existem sólidas evidências dos benefícios da introdução do tratamento com antipsicóticos em esquizofrenia. A maioria refere significativo declínio na severidade dos sintomas^{18,27}, sendo que investigações para desenvolvimento de novos fármacos representam a maioria das publicações.

Muitos estudos controlados, comparando antipsicóticos de segunda geração e convencional, têm focado o tratamento agudo da esquizofrenia²⁸. Entretanto, existem muitas divergências na literatura quanto aos benefícios dos diferentes antipsicóticos comparados nos estudos²⁹.

Uma das razões desta discrepância pode ser devido aos diferentes tipos de populações de esquizofrênicos envolvidos nas pesquisas³⁰. Por outro lado, como destacam Bustillo e cols.³¹, sintomas persistentes, após um adequado ensaio com um agente antipsicótico, geralmente predizem menor resposta a outros medicamentos.

O estudo de Marder e cols.²⁸ comparou desfecho de sintomas, efeitos colaterais e ajustamento social em pacientes ambulatoriais estáveis que receberam 2 anos de tratamento de manutenção com risperidona ou haloperidol, comparados com dois tipos de intervenção adicional: (1) *In Vivo Amplified Skills Training* - uma intervenção manualizada que, segundo os autores, consiste de módulos de treinamento comportamental de habilidades de manejo da medicação, solução de problemas sociais, e um administrador de caso para promover o encorajamento do uso dessas habilidades aprendidas, na comunidade; (2) e outra com

treinamento de habilidades padrão³⁰. Dos 63 indivíduos, que iniciaram o estudo, somente 29 completaram os 2 anos das intervenções randomizadas. Os resultados mostraram que os indivíduos tratados com risperidona tiveram índices mais altos de melhora de sintomas de ansiedade e depressão, mas não de sintomas negativos. Os indivíduos, que receberam o treinamento manualizado de habilidades apresentaram melhores índices de ajustamento social, comparado com os que receberam treinamento de habilidades padrão. Os autores sugerem que a risperidona facilitou a participação em tratamento psicossocial como apresentado neste estudo.

Estudos de comparação de efeitos entre antipsicóticos convencionais e antipsicóticos atípicos têm mostrado um impacto limitado nos déficits neuropsicológicos e cognitivos, provavelmente devido ao grande número de efeitos colaterais³².

Em um ensaio clínico comparando pacientes medicados com não medicados, Daban e cols.³² investigaram a influência dos antipsicóticos no funcionamento cognitivo, em uma população de pacientes com esquizofrenia de início recente, mas não encontraram diferença significativa entre os dois grupos quanto a performance de tarefas cognitivas.

If. Metodologia de intervenções na esquizofrenia – aspectos críticos

A avaliação de um tratamento específico é mais completa quando os dados deste são comparados com os de outro tipo de intervenção³³.

A seguir serão apresentados os estudos que apreciaram criticamente as características dos ensaios clínicos publicados recentemente sobre intervenções na esquizofrenia.

Gilbody e cols.³⁴ realizaram uma busca de publicações sobre ensaios clínicos randomizados em esquizofrenia, através das publicações da base de dados *Cochrane*. Nesta busca eles identificaram que, a maioria (86%) dos ensaios clínicos é realizada para testar a eficácia de novos medicamentos, 97% das publicações eram em inglês, e destas 43% foram realizadas na América do Norte, 37% na Europa e 8% nos outros continentes. A maioria dos estudos foi realizada com homens, sendo que a presença de mulheres é menos comum. Existem critérios muito específicos para a inclusão de indivíduos nos estudos, como diagnóstico estritamente de esquizofrenia (DSM ou CID), não é aceita a co-existência de outros transtornos, problemas por abuso de substâncias e pensamentos de auto-agressão. Estes autores encontraram a citação de 640 escalas psicométricas variando de complexidade, das quais muitas medem frequência e severidade de sintomas, sendo que, a maioria, foi criada para a proposta do próprio estudo, sem a obtenção de validade e confiabilidade. Segundo os

autores, 1 em cada 3 ensaios inventou uma nova escala que não foi publicada previamente. Os ensaios são geralmente de curto prazo, onde metade teve duração inferior a 6 semanas, sendo encontrado que somente a quinta parte apresentou duração maior que 6 meses. Os autores referem ainda que o uso de critérios restritos possa assegurar boa homogeneidade entre o grupo de pessoas recrutadas, mas que as observações destas pessoas podem ter limitada generalização.

Em uma meta-análise comparando o tamanho de efeito (*effect size*) de estudos sobre terapia cognitiva (TC) na esquizofrenia, Gould et al⁶ demonstram que a crescente aceleração de pesquisas nesta área tem gerado uma série de questionamentos, desde a efetividade destas técnicas para psicoses, bem como a questão dos problemas metodológicos dos estudos. Nesta meta-análise, os autores selecionaram estudos de TC em esquizofrenia, que utilizaram grupo controle, critérios de diagnóstico pelo DSM, e cujas medidas foram diminuição de sintomas e modificação de crenças disfuncionais. Dos 25 artigos identificados, inicialmente, 18 foram excluídos por que não preencheram os critérios estipulados. Entre os 7 estudos selecionados, a maioria das amostras era composta por homens (70%), mas não encontraram evidências de influência deste fator quanto a diferenças significativas em relação ao tamanho de efeito sobre os achados. Em 6 destes estudos, a aplicação de TC foi individual e a média do número de sessões foi de 13,6 sessões, mas não foram encontradas diferenças significativas em relação ao tempo de tratamento e à mudança de sintomas. De acordo com os autores, os achados sugerem que TC representa uma intervenção efetiva para o manejo dos sintomas estressantes da esquizofrenia, cujas evidências demonstram que os resultados do efeito em longo prazo parecem ser robustos.

Bustillo e cols³¹, em uma extensa revisão sobre intervenções psicossociais entre o período de 1966 e março de 2000, destacam como novas duas modalidades de tratamento: programas de suporte de emprego e terapia cognitivo-comportamental (TCC). Os autores encontraram na literatura várias intervenções descrevendo resultados positivos com sucesso, principalmente para: terapia familiar e tratamento assertivo comunitário para prevenção de recaída e re-hospitalização, treinamento em habilidades sociais para aprendizagem específica de comportamento social, programa de suporte para obter emprego competitivo e terapia cognitivo-comportamental para redução de alucinações auditivas. Sugerem que estes resultados tendem a ser específicos e não abrangem as áreas secundárias de prejuízos causados pela esquizofrenia, embora, segundo os autores, parece que para os objetivos destas intervenções, a ausência de efeito sobre outras medidas não representa uma séria limitação.

Referem que TCC, com redução do sofrimento associado a sintomas psicóticos, é um resultado altamente desejável, especialmente quando outros tratamentos têm falhado, e que a demonstração direta do uso de aprendizagem de habilidades na comunidade é um desafio metodológico que, segundo os autores, ainda precisa ser alcançado. Os autores destacam ainda que, embora os estudos geralmente revelem vantagem sobre intervenções breves, em termos de resultados principais apresentados, pouco se sabe a respeito da especificidade dos vários tratamentos³¹.

Furukawa³⁵, em uma carta ao editor, da mesma revista, faz críticas a este artigo citado anteriormente, questionando a metodologia, referindo que falharam em não ter citado outros estudos e aponta algumas contradições. Entretanto, o autor afirma que parecem importantes os comentários feitos por Bustillo e colaboradores, pois na discussão apresentam uma série de recomendações que deveriam ser observadas em futuras pesquisas, como já foi citado anteriormente.

Ig. Evidências sobre abordagens cognitivas e comportamentais na esquizofrenia

A reabilitação psicossocial em esquizofrenia envolve a utilização de intervenções para ajudar pessoas com este transtorno a melhorar o nível de independência no funcionamento, capacidade para lidar com sintomas, e melhora o nível de satisfação com a vida. Segundo uma revisão de Glynn³⁰ as pesquisas sobre os novos antipsicóticos têm demonstrado, além da sua efetividade em relação à diminuição de efeitos colaterais e melhor tolerabilidade, um aumento da adequação das condições dos pacientes para participarem de programas de reabilitação psicossocial. Em uma recente revisão da literatura, esta autora discute vários tipos de intervenções, relacionando estas abordagens com a reabilitação psicossocial. Destaca as intervenções familiares, TCC, treinamento em habilidades sociais, terapia psicodinâmica, farmacoterapia e reabilitação vocacional. A autora é otimista em relação às novas estratégias utilizadas por clínicos em reabilitação psicossocial e à utilização de manuais pelos investigadores, dizendo: *“Ajudar um indivíduo com esquizofrenia em direção a simples controle de sintomas positivos e redução de recaídas fazendo a vida valer a pena ser vivida é domínio da reabilitação psicossocial”*.

Uma meta-análise³⁶ sobre programas de reabilitação cognitiva em esquizofrenia avaliando 12 estudos encontrou um tamanho de efeito de 0,45, favorecendo estratégias de aprendizagem. Neste estudo foram selecionadas as investigações que utilizaram prática de

habilidades cognitivas, aprendizagem ou reabilitação cognitiva, tanto aplicada em grupos como individualmente, sempre comparadas a tratamento usual, e não com outra intervenção. Segundo os autores a comparação entre diferentes estudos torna-se difícil devido à natureza dos controles e tipos de intervenções aplicadas. Entre os achados, não foi encontrada diferença significativa para tamanho de efeito sobre o tempo de duração do tratamento, com média de número de sessões entre 7,7 e 33,0.

As intervenções psicossociais, terapia cognitiva, terapia cognitivo-comportamental, treinamento de habilidades sociais, treinamento para solução de problemas, estão entre as mais citadas na literatura. Embora os novos antipsicóticos venham favorecendo um novo padrão de cuidados, permitindo em longo prazo melhor aderência e engajamento no tratamento farmacológico, diminuição do índice de recaídas, para muitos indivíduos ainda é insuficiente, necessitando de abordagens comportamentais, psicossociais, de re-orientação e de aprendizagem de novas habilidades^{7,8,16,17,28,29,31,37,38-41}.

Muitos estudos sobre terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia têm utilizado novas estratégias como um *plus* para o tratamento^{7,18,20,27,28,30,37,40}. Estas abordagens têm focado o treinamento de habilidades para melhorar a adaptação do funcionamento social, manejo com medicação, controle de sintomas, autocuidado, e com administração de estratégias conduzidas por profissionais *in vivo*, ou seja, diretamente com pacientes em contato com situações na comunidade, para o encorajamento e apoio para a generalização das habilidades aprendidas. A maioria dos estudos mostra evidências de que estas novas abordagens apresentam efeitos de melhora mais robustos do que o treinamento padrão.

Em outro estudo³⁰ foi utilizado um treinamento de habilidades sociais com reforço e encorajamento para utilização destas habilidades aprendidas (*In Vivo Amplified Skills Training*), comparado com treinamento de habilidades sociais padrão, sendo que os pacientes recebiam também medicação antipsicótica (haloperidol ou risperidona), cujos resultados foram apresentados em outro estudo²⁸.

Uma das principais questões estudadas atualmente se refere à generalização das habilidades aprendidas durante intervenções psicossociais. Segundo os autores, existem muitos fatores que impedem a utilização na vida prática destas habilidades aprendidas, desde obstáculos derivados dos sintomas, prejuízos neurocognitivos, bem como os relatados como falta de oportunidades ambientais, falta de encorajamento e apoio, tanto da comunidade como dos familiares ou cuidadores. A generalização das habilidades aprendidas com o uso de orientações baseadas em observação clínica foi ampliada quando facilitada pelo

acompanhamento do terapeuta, com técnicas de reforço para aumentar as oportunidades e encorajamento para aplicação dessas habilidades na vida diária. Os autores sugerem que é provável que o treinamento em habilidades sociais, ampliado por esta modalidade de intervenção *in vivo* pode ter melhores resultados se os procedimentos forem combinados com programas sistemáticos e estruturados de intervenções para familiares e outro sistema natural de apoio dos pacientes.

Em outro estudo foi avaliado um treinamento cognitivo - *Compensatory Strategies to Enhance Adaptive Functioning*⁷, que consiste em um tratamento psicossocial designado para melhorar adaptação funcional pelo uso de estratégias compensatórias em casa e no ambiente de trabalho, para contornar os déficits cognitivos associados com esquizofrenia. Foram encontradas diferenças significativas entre os grupos, quanto a sintomas, motivação e funcionamento global, e índice de recaídas. Todos os pacientes do treinamento cognitivo de adaptação tiveram índice mais alto de melhora, comparados com os outros grupos. Apesar das limitações mencionadas pelos autores, os resultados deste estudo sugerem que a utilização de estratégias compensatórias pode aumentar o repertório de intervenções para ajudar pacientes com esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo na melhora do funcionamento social e satisfação com a vida.

Em outro estudo foi encontrado um significativo declínio na severidade geral de sintomas e melhora no funcionamento adaptativo nas seguintes áreas: trabalho, satisfação com a vida e funcionamento em casa¹⁸.

Tarrier et al³⁸ em um ensaio clínico com abordagem mais intensiva que os comumente usados, combinou treinamento de habilidades de solução de problemas para prevenção de recaídas - *Intensive cognitive behavior therapy plus routine care*. Os dados sugerem que existe uma considerável variação em como os pacientes respondem ao tratamento, o qual coincide entre os grupos, considerando a natureza e severidade da esquizofrenia. Os autores destacam que terapia cognitivo-comportamental usada como tratamento coadjuvante para esquizofrenia crônica pode resultar em benefícios em curto prazo.

Esse modelo também foi utilizado em outro estudo em combinação com estratégias de auto-estima, focando o tratamento de alucinações auditivas e delírios, sintomas de depressão e ansiedade, prevenção de recaídas e solução de problemas associados com aderência ao tratamento⁴². Essa intervenção foi comparada a outro grupo que recebeu Psicoeducação, que incluiu demonstração da melhora no seguimento da medicação e índices de re-hospitalização

de pacientes. Os resultados no *follow-up* de 12 meses após o início do tratamento foram menores do que os encontrados aos 6 meses após o término da intervenção.

Existe uma variação entre os estudos quanto à aplicação das intervenções em grupo ou individual. Em uma avaliação de TCC²⁷ comparada com tratamento usual enriquecido com manejo psiquiátrico compreensivo sobre medicação e manejo de caso clínico, que tinha como objetivos principais incrementar a independência e reduzir a utilização dos serviços de saúde mental, a intervenção foi aplicada individualmente. Os resultados foram: diminuição dos sintomas positivos e negativos, que, segundo os autores, foi devido à aplicação das estratégias do treinamento cognitivo-comportamental utilizadas, sugerindo que os efeitos na diminuição nos sintomas não podem ser atribuídos somente ao efeito de medicação.

Um estudo de TCC comparada com um manual baseado no programa psicoeducacional, foi denominada de fCBT – *functional Cognitive Behavioral Therapy*²⁰. Este treinamento consiste de uma nova proposta de TCC, com instruções baseadas em um manual para sintomas psicóticos residuais, priorizando somente sintomas que interferem no progresso de metas de funcionamento e incremento da motivação dos indivíduos para aprender manejo de redução dos sintomas. O objetivo deste estudo foi avaliar se fCBT tem um maior impacto nos sintomas e funcionamento que psicoeducação (PE). Os resultados foram redução das vozes associada com o aumento do funcionamento na performance de independência e recreação, para o grupo fCBT. Entretanto não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos quanto a redução dos sintomas, sugerindo que não houve vantagens de fCBT sobre PE. Segundo os autores, contrariamente as expectativas, fCBT não melhorou significativamente o funcionamento social, embora houvesse uma relação entre diminuição de alucinações auditivas para os que receberam fCBT²⁰.

A integração de técnicas bem estruturadas, com base em intervenções validadas empiricamente como terapia cognitivo-comportamental e treinamento de habilidades sociais, pode melhorar potencialmente o funcionamento, diminuindo rigidez e vulnerabilidades cognitivas, melhorar habilidades individuais para lidar com estressores e melhorar a aderência ao tratamento. Novas pesquisas com utilização de abordagem cognitivo-comportamental devem ser dirigidas para pacientes de meia-idade com esquizofrenia, visto que os estudos mais recentes geralmente são realizados com pacientes mais jovens³⁷⁻⁴³.

Ih. Evidências de estudos sobre o programa de Terapia Psicológica Integrada para esquizofrenia (*Integrated Psychological Therapy - IPT*)

São evidentes os benefícios do tratamento com neurolépticos em episódios agudos e na estabilização dos sintomas para evitarem recaídas em pessoas que sofrem de esquizofrenia, como citados anteriormente. Entretanto, os medicamentos não ajudam os indivíduos a melhorar a percepção de si mesmos, a compreender seus problemas, a ter um comportamento social adaptado ou conseguir enfrentar adequadamente as situações da vida diária, nem mesmo as de autocuidado.

Para melhor atender esses indivíduos, é necessária a combinação de tratamento com neurolépticos e intervenções psicossociais para obter melhores resultados de qualidade de vida. Os resultados das pesquisas mostram que a terapia cognitivo-comportamental traz bons resultados de melhora do funcionamento social e diminuição de sintomas psicóticos persistentes, sendo que nos últimos anos, excelentes estudos têm sido publicados sobre avaliação de TCC. Estas revisões diferem em número de dimensões, incluindo duração da intervenção, número de sessões, comparação de tratamentos, e desfechos após o tratamento e resultados de seguimento⁴⁴.

Segundo Roder e cols⁴⁵ os programas de intervenção psicossocial, empregados de maneira isolada, dificilmente contribuem para um aumento significativo do nível de funcionamento social do indivíduo, já que o que é aprendido só pode ser generalizado parcialmente para a multiplicidade de exigências da vida real. Ainda que a necessidade de uma interação dinâmica entre as intervenções terapêuticas biológicas, psicológicas e sociais tenha cada vez mais aceitação, existem lacunas, inclusive em programas de tratamento extensos e meticulosamente planejados. Segundo os autores até agora, nas diferentes terapias praticamente não se prestou atenção aos processos mediadores entre disfunções neuroquímicas e sintomas comportamentais. Na esquizofrenia, entre os processos intermediários ou mediadores, estão afetados principalmente os processos da atenção e da percepção, assim como de reconhecimento, integração e transformação de estímulos externos e internos estão reunidos sob o conceito de cognição.

A revisão de resultados de pesquisas, com pacientes esquizofrênicos mostra que a situação atual da reabilitação dos pacientes esquizofrênicos, em geral, ainda é insatisfatória. Existe uma escassez na pesquisa desses problemas e uma carência de estudos bem controlados para avaliar a eficácia de intervenções. Estas, na maioria dos ensaios não são claras e não

incluem métodos eficazes de terapia de comportamento cognitivo, o que dificulta a generalização das habilidades aprendidas⁴⁵.

Estudos demonstram que sujeitos tratados com IPT mostraram ganhos superiores, quando comparados com controles, sugerindo que procedimentos que objetivam prejuízos cognitivos causados pelo espectro da esquizofrenia melhoram a resposta dos pacientes na reabilitação psiquiátrica padrão quanto ao domínio da competência social, ao menos em curto prazo⁴⁶.

Em uma recente meta-análise⁴⁷ foram revisados 28 estudos sobre a aplicação do IPT no período de 1980 a 2003 (Tabela.1), totalizando 1.329 pacientes com esquizofrenia. Na maioria dos estudos, foi encontrado tamanho de efeito favorável para o IPT quando comparado a tratamento placebo ou cuidado padrão. Para esta meta-análise foram selecionados estudos de alta qualidade, realizados em diferentes contextos, com pacientes internados ou de ambulatório e outras condições. As áreas de funcionamento neurocognitivo, comportamento social e de psicopatologia, foram avaliadas de diferentes formas (por peritos, auto-relato, testes psicológicos). Existe evidência empírica apontando a superioridade de intervenções cognitivo-comportamentais em comparação a outros tratamentos psicoterapêuticos³³.

De acordo com Muller e cols.⁴⁷, as abordagens cognitivo-comportamentais podem ser enquadradas seguindo 4 grandes grupos: (1) treinamento de habilidades sociais e resolução de problemas (HS e RP); (2) reabilitação cognitiva e (3) terapia cognitivo-comportamental para reduzir sintomas positivos persistentes (TCC); (4) abordagem psicoeducacional e terapia familiar. Estudos de meta-análise têm validado a efetividade destas várias abordagens^{6,25,33,36}, sendo que a Terapia Psicológica Integrada (IPT)⁴⁵ tem como ponto forte na metodologia de seus subprogramas o treinamento de habilidades sociais e resolução de problemas. A aplicação de cada subprograma individual depende da orientação, recursos, diferentes indicações para cada paciente, sendo que a seqüência mostrada na Figura 1 não é conclusiva, podendo ser adaptada para cada caso. A heterogeneidade do padrão de aplicação do IPT nos últimos 24 anos foi prioridade desta publicação. Tiveram especial interesse pelos estudos que avaliaram o efeito global da terapia (definido como objetivo para todas as variáveis de desfecho avaliadas) e que consideraram os três domínios de funcionamento de pacientes com esquizofrenia (cognitivo, comportamento social e psicopatologia), sendo que também foram considerados os moderadores de tipo de paciente, contexto e condições do local. Desta forma foram selecionados somente aqueles estudos que preencheram os critérios de ensaio

controlado randomizado (RCT-*randomized controlled trials*), avaliação controlada de medicação e avaliadores cegos. A média encontrada de duração de tratamento foi de 17,4 semanas ou 47,4 horas respectivamente. Em 92,8% dos estudos o principal terapeuta envolvido foi um psicólogo e em 35,7% estudos foram psiquiatras treinados em IPT. A superioridade do IPT mantida durante o pós-tratamento teve média de 8,1 meses. Comparando estudos com pacientes internados ou exclusivamente ambulatoriais, foi encontrada alta superioridade de significância dentro dos efeitos do IPT. Quando comparado com o grupo controle, a alta superioridade do IPT foi somente demonstrada para pacientes internados e a superioridade para pacientes ambulatoriais foi somente superficial marginal. Durante a terapia com IPT em 4 estudos com pacientes internados foi encontrado um tamanho de efeito maior que o encontrado nos pacientes ambulatoriais. De acordo com os achados desta meta-análise o estado da doença não tem influenciado na eficácia do IPT. Em cada estudo foi encontrada uma seleção diferente de subprogramas: onze estudos: 11 estudos aplicaram Diferenciação Cognitiva, Percepção Social ou Comunicação Verbal (denominados pelos autores de Subprograma Parte I – SP-parte I) e 5 estudos utilizaram somente Habilidades Sociais e Resolução de Problemas Interpessoais (denominados de SP-parte II), enquanto 9 estudos aplicaram o IPT completo. Todas as três variações mostram alta significância global de efeitos na fase da terapia. SP-parte I mostrou forte peso de efeito no domínio cognitivo e menor em comportamento social, quando comparados com aqueles que receberam SP-parte II e IPT completo. Não foi encontrada correlação de efeito global quanto à duração da terapia (expressa em semanas ou horas) e nem quanto à frequência (expressa em dias ou horas por semana). Por outro lado existe evidência de que um programa de terapia de longa duração afeta favoravelmente a melhora na competência social. Os autores encontraram um estudo que contraria este achado⁴⁷, o qual mostrou pequena média de efeito (ES=.17) onde foi aplicada somente uma sessão de terapia por semana. Müller e cols.⁴⁷ comentam que geralmente só são publicados os estudos que mostraram resultados significativos. Na revisão da literatura, as justificativas para a seleção de determinados subprogramas do IPT baseiam-se em dois tipos de evidências: (1) dúvida quanto à possibilidade de generalização das tarefas aprendidas, principalmente no caso de Diferenciação Cognitiva e Comunicação Verbal^{48,49}; e (2) prioridade de áreas a serem avaliadas pelo estudo como competência social e cognitiva, onde alguns estudos avaliam todas estas áreas⁵⁰⁻⁵³ e outros que se dedicam mais ao treinamento para melhora da competência social. Nesses últimos, são utilizados os subprogramas de habilidades sociais e resolução de problemas interpessoais⁵⁴⁻⁵⁸.

Refletindo os constantes avanços ocorridos nas áreas de estudos principalmente sobre cognição e funcionamento social na esquizofrenia, a concepção do IPT tem sido ampliada com inclusão de abordagem de manejo da emoção e programa específico de terapia com tópicos para treinamento de habilidades vocacionais, residencial e recreacional^{55,56,59}.

Tabela 1 – Relação dos 28 estudos independentes sobre o IPT (n=1.329)

	Autores	País	Intervenção	N	Contexto
1)	Brenner et al. 1980,1987	D ^a	IPT ¹	43	I
2)	Brenner et al. 1982	D	SP4 ou SP2 ²	28	I
3)	Stramke & Hodel 1983	CH ^b	SP2	18	I
4)	Bender et al. 1987	D	SP1+2	28	I
5)	Brenner et al. 1987	D	IPT	18	A
6)	Hermanutz & Gestrich 1987	D	IPT	64	I
7)	Kraemer et al. 1987	D	SP1+2+KB ³	30	I
8)	Roder et al. 1987	CH	IPT	17	I
9)	Funke et al. 1989	D	SP1+2	24	I
10)	Heim et al. 1989	D	SP1-3	65	I
11)	Peter et al. 1989, 1992	D	SP1-3	83	I
12)	Hodel 1989 (published 1994)	CH	IPT	21	I
13)	Kraemer et al. 1990	D	SP1+2 vs P4	43	I
14)	Olbrich & Mussgay 1990	D	SP1	30	I
15)	Roder et al. 1990	CH	SP1	18	I
16)	Schüttler et al. 1990, Blumenthal et al. 1993	D	SP1-4	95	I
17)	Hubmann et al. 1991	D	SP4+Token ⁴	21	I
18)	Gaag van 1992	NL ^c	SP1+2	42	I
19)	Takai et al. 1993	J ^d	IPT	34	I
20)	Theilemann 1993 D IPT 45	D	IPT	45	I
21)	Vallina et al. 1998 (published 2001)	E ^e	SP2-4+PE ⁵	35	A
22)	Spaulding et al. 1999	USA ^f	SP1-3+SST ⁶	91	I
23)	Roder et al. 2000	CH	SP4	143	I + A
24)	Vauth et al. 2001	CH	SP4+5	57	I
25)	Vita et al. 2001	I ^g	IPT	86	A
26)	Briand et al. 2003	CDN ^h	IPT+EMT ⁷	90	I + A
27)	Penadés et al. 2003	E	SP1+2	37	A
28)	García et al. 2003	E	SP2	23	A

(adaptado de 46-Muller et al., 2005)

1Completo IPT (SP1-5)

2IPT subprogramas: diferenciação cognitiva (SP1); percepção social (SP2); comunicação verbal (SP3); habilidades sociais (SP4); resolução de problemas interpessoais (SP5)

3Estratégias de coping de acordo com Meichenbaum (1977)

4Token Economy Program

5Psicoeducação

6Treinamento Habilidades-Sociais - Libermann et al. (1985)

7Emotional Management Training - Hodel & Brenner (1996)

8Stabilized residual state

a-Alemanha, b-Suíça, c-Holanda, d-Japão, e-Espanha,, f-Estados Unidos, g-Inglaterra, h-Canadá

I – internados

A - ambulatório

Ii. Seleção das etapas do programa IPT

A seleção das etapas do IPT para este estudo foi feita com base em dois estudos anteriores^{60,61}, cujo objetivo principal foi fundamentar as estratégias de adequação da técnica do IPT para nossa realidade, visando a criação de um manual reduzido, pela exclusão de algumas etapas, para facilitar tanto o treinamento de profissionais, como viabilizar a sua aplicação em pacientes ambulatoriais atendidos pela rede pública de saúde. Desta forma o programa IPT foi planejado para ser aplicado em 12 semanas de tratamento cognitivo-comportamental, com etapas extraídas do programa original descrito anterior.

O programa foi aplicado com frequência semanal, com sessões de 60 minutos de duração cada, onde trabalhamos as seguintes etapas dos módulos do IPT: diferenciação cognitiva (exercício com cartões), percepção social (discussão de 10 slides), comunicação verbal (repetição literal de frases), habilidades sociais e resolução de problemas interpessoais. Cada uma destas etapas segue um manual estruturado passo-a-passo (Anexo 1).

Incluímos ainda uma sessão de Psicoeducação, para abordagem dos aspectos sobre reconhecimento dos sintomas, bem como importância da aderência ao tratamento.

Diferenciação Cognitiva – Foi utilizada somente a etapa de exercícios com cartões (identificar diferentes formas geométricas, cores, números, dias da semana), buscando melhorar a capacidade de atenção, concentração, formular conceitos e pensamento abstrato, distinguir o essencial do irrelevante, classificar eventos de acordo com classes e categorias. Foi trabalhado durante as 4 primeiras sessões.

Percepção Social - Descrição de cenas através de 10 slides de fotos com imagens da vida cotidiana, selecionados de acordo com a realidade do grupo, levando em conta complexidade cognitiva e carga emocional. Os objetivos deste módulo foram melhorar a percepção visual de situações sociais, reduzir modelos desajustados de percepção de contextos sociais, estabelecer esquemas mais adequados de interpretação de situações sociais, atingir um uso melhor de experiências anteriores. Este módulo foi trabalhado da segunda até a sexta sessão. No total foram trabalhados 10 slides, sendo dois em cada sessão.

Comunicação Verbal – foi trabalhada apenas a etapa de repetição literal de frases do IPT. Os objetivos desta etapa foram melhorar a capacidade de escutar, compreender e melhorar a memória. Estes exercícios foram trabalhados durante a quinta e sexta sessões com frases selecionadas a partir da realidade dos pacientes.

Habilidades Sociais - Os temas foram escolhidos com base nas necessidades dos pacientes e pelos principais aspectos levantados a partir das escalas aplicadas antes do treinamento. Trabalhamos com exercícios cognitivos de complexidade crescente para desempenho de interação social. Os principais objetivos foram, controlar ansiedade, romper círculo vicioso de auto-reforço negativo, fomentar aspectos moleculares da conduta social, com aumento gradual de exigência de desempenho. Estes exercícios foram trabalhados na sétima e nona sessões.

Resolução de Problemas Interpessoais - tendo como objetivos o desenvolvimento de estratégias seqüenciais para melhorar habilidades de identificação de problemas, desenvolver capacidade de buscar soluções para problemas concretos, implementar raciocínio causa-

consequência e aumentar a probabilidade de uma conduta social eficaz. Este módulo foi trabalhado na oitava, na décima primeira e décima segunda sessões.

Psicoeducação – Foi incluída também uma sessão de *Psicoeducação* que foi trabalhada no décimo dia de treinamento. Esta abordagem teve como objetivos básicos trabalhar aspectos relacionados à identificação dos sintomas, sinais de recaídas, cuidados necessários, importância da medicação, bem como alternativas para diminuir os efeitos secundários da medicação. Os principais objetivos esperados foram conhecer aspectos relevantes da esquizofrenia e melhorar a adesão ao tratamento.

Tabela 2: Distribuição das etapas selecionadas em 12 sessões da intervenção IPT

<i>Módulo</i>	<i>Diferenciação cognitiva</i>	<i>Percepção Social</i>	<i>Comunicação Verbal</i>	<i>Habilidades Sociais</i>	<i>Resolução de Problemas</i>	<i>Psicoeducação</i>
Etapas Selecionadas	Exercícios com cartões	10 slides	Repetição literal de frases (6 sentenças)	Aplicação da técnica a 4 situações práticas	Aplicação da técnica a 6 situações	Informações gerais sobre esquizofrenia
Sessões em que foram aplicadas	1ª. 2ª. 3ª.	2ª. 3ª. 4ª. 5ª.	5ª. 6ª.	7ª. 9ª.	8ª. 11ª. 12ª.	10ª.

II. QUESTÕES DE PESQUISA

Os artigos que compõem esta Tese foram produzidos para responder questões de pesquisa que foram surgindo a partir da revisão da literatura e dos achados da experiência clínica em reabilitação psicossocial da autora.

Artigo 1 – “Mudanças no funcionamento social e ocupacional de portadores de esquizofrenia e transtorno de humor expostos ao Programa de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental derivada de Roder: um estudo naturalístico de 3 anos”.

Questões de pesquisa:

A esquizofrenia causa um enorme prejuízo ao funcionamento social dos indivíduos, sendo necessário, além do tratamento psicofarmacológico intervenções psicossociais. Existem poucos estudos sobre o efeito de terapias de reabilitação psicossocial sobre o funcionamento global dos pacientes com esquizofrenia, e, portanto, uma baixa estruturação dos programas oferecidos. Em nossa experiência prática trabalhamos com o modelo do IPT integrado às atividades de reabilitação psicossocial, com pacientes de diferentes diagnósticos. É possível encontrar resultados positivos do IPT em nossa realidade como mostram estudos recentes? O IPT é efetivo na melhora dos pacientes esquizofrênicos quando comparados com outros transtornos como os de humor (transtorno uni e bipolar)?

Artigo 2 – “Análise Qualitativa de variáveis relevantes para a aplicação do programa de Terapia Psicológica para Esquizofrenia (IPT) em pacientes esquizofrênicos de três centros do Sul do Brasil”

A técnica do IPT foi desenvolvida na Suíça na década de 80 e tem se mostrado uma das principais abordagens cognitivo-comportamentais para tratamento na esquizofrenia, entretanto temos encontrado dificuldades na administração do programa, devido a alta estruturação das etapas descritas no manual. Tendo em vista as diferenças culturais entre o Brasil e a Europa, torna-se necessário adequar a técnica do IPT à nossa realidade. A opinião crítica dos pacientes esquizofrênicos é muito importante para a elaboração do programa IPT. Levar em conta estas críticas ajuda a melhorar a aderência dos pacientes ao programa de tratamento.

Questões de pesquisa:

Quais são os aspectos da técnica do IPT que podem interferir na motivação e continuidade do tratamento? O que leva os pacientes esquizofrênicos a abandonar o treinamento com o IPT? É possível aplicar um programa desenvolvido em outro país altamente estruturado em pacientes da nossa realidade?

Artigo 3 – “Estudo controlado de 12 semanas do programa de Terapia Psicológica Integrada (IPT) com efeito positivo sobre funcionamento social em pacientes com esquizofrenia”

A técnica original do IPT foi desenvolvida para ser aplicada ao longo de um ano em pacientes esquizofrênicos. Estudos recentes demonstram efeito positivo do IPT completo ou em uma combinação de subprogramas. Sua estruturação permite flexibilidade na condução das etapas, por parte do terapeuta, mas o manual não especifica um tempo mínimo e máximo para a aplicação de cada uma delas. Devido às dificuldades que temos encontrado com a aplicação de longo prazo da técnica, torna-se necessário avaliar o efeito de uma intervenção reduzida para testar sua aplicabilidade em nosso meio.

Questões de pesquisa:

Qual o efeito de uma intervenção com base no IPT, reduzida para ser aplicada em 12 semanas? A exclusão das etapas, que incluem abordagem de comunicação verbal, prejudica os resultados de melhora esperados?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Obiols JE e Obiols J. Esquizofrenia. Ediciones Martínez Roca. Barcelona, 2000.
2. Mari JJ, Leitão RJ. A epidemiologia da esquizofrenia. Rev Bras Psiquiatr. 2000;22 Suppl I:15-7.
3. Leung A e Chue P. Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. Acta Psychiatrica Scand. 2000;101 Suppl 401:3-38.
4. Usall J, Haro JM, Ochoa S, Márquez MM, Araya S, and NEDES group. Influence of gender on social outcome in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2002;106:337-42.
5. Chaves AC, Seeman MV, Mari JJ, Maluf A. Schizophrenia: impact of positive symptoms on gender social role. Schizophr Res. 2003;11(1):41-5.
6. Gould RA, Mueser KT, Bolton E, Mays V, Goff D. Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: an effect size analyses. Schizophr Res. 2001;(48):335-42.
7. Velligan DI, Bow-Thomas CC, Huntzinger C, Ritch, Ledbetter N, Prihoda TJ, Miller AL. Randomized controlled trial of the use of Compensatory Strategies to Enhance Adaptive Functioning in outpatients with schizophrenia. Am J Psychiatry. 2000;157:1317-23.
8. Glynn SM. Psychiatric rehabilitation in schizophrenia: advances and challenges. Clinical Neuroscience Research.2003;3:23-33.
9. Galderisi S, Maj M, Mucci A, Cassano GB, Ivernizzi G, Rossi A, Vita A, Dell'Osso L, Daneluzzo E, Pini S. Historical, psychopathological, neurological, and neuropsychological aspects of deficit schizophrenia: a multicenter study. Am J Psychiatry. 2002;159:983-90.
10. Addington J, Addington D. Cognitive functioning in first-episode schizophrenia. Rev Psychiatr Neurosci. 2002;27(3):188-92.
11. Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child developmental risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. Lancet. 1994;344:1398-402.
12. Done DJ, Crow TJ, Johnstone EC, Sacker A. Childhood antecedents of schizophrenia and affective illness: social adjustment at ages 7 and 11. BMJ. 1994;309(17):699-703.
13. Green MF. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? Am J Psychiatry. 1996;153(3):321-30.
14. Liddle PF. Cognitive impairment in schizophrenia: its impact on social functioning. Acta Psychiatr Scand. 2000: 101: 11-16.
15. Meltzer HY. Measuring outcome in schizophrenia: differences among atypical antipsychotics. J Clin Psychiatry. 1998;59:3-9.
16. Ertuğrul A, Uluğ B. The influence of neurocognitive deficits and symptoms on disability in schizophrenia. Acta Psychiatr Scand. 2002;105:196-201.

17. Wykes T, van der Gaag M. Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis – cognitive remediation therapy (CRT)? *Clin Psychol Rev.* 2001;21(8):1227-56.
18. Temple S, Ho B-C. Cognitive therapy for persistent psychosis in schizophrenia: a case-controlled clinical trial. *Schizophr Res.* 2005;74:195-99.
19. Gold JM. Cognitive deficits as treatment targets in schizophrenia. *Schizophr Res.* 2004;72:21-28)
20. Cather C, Penn D, Otto MW, Yovel I, Mueser KT, Goff DC. A pilot study of functional Cognitive Behavioral Therapy (fCBT) for schizophrenia. *Schizophr Res.* 2005;74:201-09.
21. Bell MD, Mishara AI. Does negative symptom change relate to neurocognitive change in schizophrenia? Implications for targeted treatments. *Schizophr Res.* 2006;81:17-27.
22. Green MF e Nuechterlein KH. The MATRICS initiative: developing a consensus cognitive battery for clinical trials. *Schizophr Res.* 2004;72:1-3.
23. Green MF, Olivier B, Crawley JN, Penn D, Silverstein. Social Cognition in Schizophrenia: Recommendations from the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference. *Schizophr Res.* 2005;31:882-87.
24. Bromley E. A Collaborative Approach to Targeted Treatment Development for Schizophrenia: A Qualitative Evaluation of the NIMH-MATRICES Project. *Schizophr Res.* 2005;31(4):954-61.
25. Kurtz MM. Neurocognitive impairment across the lifespan in schizophrenia: an update. *Schizophr Res.* 2005;74:15-26.
26. Kurtz MM, Moberg PJ, Ragland JD, Gur RC, Gur RE. Symptoms versus neurocognitive test performance as predictors of psychosocial status in schizophrenia: a 1- and 4-year prospective study. *Schizophr Bull.* 2005;31(1):167-74.
27. Rector NA, Seeman MV, Segal ZV. Cognitive therapy for schizophrenia: a preliminary randomized controlled trial. *Schizophr Res.* 2003;63:1-11.
28. Marder SR, Glynn SM, Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Widmark C, Mintz J, Liberman RP, Blair KR. Maintenance treatment of schizophrenia with risperidone or haloperidol: 2-year outcomes. *Am J Psychiatry.* 2003;160(8):1405-12.
29. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153(5):607-17.
30. Glynn S, Marder S, Liberman RP, Blair K, Wirshing WC, Wirshing DA, Ross D, Mintz J. Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support session: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry.* 2002;159(5):829-37.

31. Bustillo JR, Lauriello J, Horan W, Keith SJ. The Psychosocial Treatment of Schizophrenia: An Update. *Am J Psychiatry*. 2001;158(2):163-75.
32. Daban C, Amado I, Bourdel MC, Loo H, Olié JP, Poirier MF, Krebs MO. Cognitive dysfunctions in medicated and unmedicated patients with recent-onset schizophrenia. *J Psychiatr Res*. 2005;39:391-98.
33. Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of Psychosocial Treatments in Management of Schizophrenia: A Meta-Analytic Review of Controlled Outcome Studies. *Schizophr Bull* 1998; 24(4):569-87.
34. Gilbody S, Wahlbeck K, Adams C. Randomized controlled trials in schizophrenia: a critical perspective on the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:243-51.
35. Furukawa T. Psychosocial Treatment for schizophrenia. Communications and Updates: Letters to the Editor. *Am J Psychiatry*. 2001;158(12):2092-93.
36. Krabbendam L e Aleman A. Cognitive rehabilitation in schizophrenia: a quantitative analysis of controlled studies. *Psychopharmacology*. 2003;169:376-82.
37. McQuaid JR, Granholm E, McClure FS, Roepke S, Pedrelli P, Patterson TL, Jeste DV. Development of an Integrated Cognitive-Behavioral and Social Skills Training Intervention for Older Patients With Schizophrenia. *J Psychother Pract Res*. 2000;9(3):149-56.
38. Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, McCarthy E, Gledhill A, Haddock G, Morris J. Randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. *BMJ*. 1998;317:303-07.
39. Mueser KT, Bond GR, Drake RE. Community-Based Treatment of Schizophrenia and Other Severe Mental Disorders: Treatment Outcomes. *MedGenMed*. 2001;3(1). Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/430529> Posted: 22/03/2002
40. Tarrier N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J, Humphreys L. Durability of the effects of cognitive-behavioural therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry*. 1999;174:500-04.
41. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills Training Versus Psychosocial Occupational Therapy for Persons With Persistent Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1998;155(8):1087-91.
42. Bechdolf A, Kön D, Knost B, Pukrop R, Klosterkötter J. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months. *Acta Psychiatr Scand*. 2005;112:173-79.
43. Granholm E, McQuaid J, McClure FS, Auslander LA, Perivoliotis D, Pedrelli P, Patterson T, Jeste DV. A randomized, controlled trial of cognitive behavioral social skills training

- for middle-aged and older outpatients with chronic schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2005;162(3):520-29.
44. Rathod S & Turkington D. Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. *MedGenMed*. 2005;18. Available from: <http://www.medscape.com/viewprogram/4074>
Posted: 03/07/2005.
 45. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle. *Terapia Integrada da Esquizofrenia*. São Paulo: Ed. Lemos, 2002.
 46. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of Cognitive Treatment in Psychiatric Rehabilitation. *Schizophr Bull*. 1999; 25(4):657-76.
 47. Müller DR, Roder V, Brenner HD. Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrene Erkrankte Eine Metaanalyse über 28 unabhängige Studien. *Nervenarzt* 2005;3.August. Available from: www.springerlink.com/hstwi45hrd1u255cw1caji2/app/home/contribution.asp Posted: 28/10/2005
 48. Lemos AG, Vallina OF, García AS, Gutiérrez AMP, Sánchez MA, Fernández JAO. Evaluación de la efectividad de la terapia psicológica integrada en la evolución a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32(3):166-77.
 49. Penadés R, Boget T, Catalán R, Bernardo M, Gastó C, Salamero M. Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003;63:219-227.
 50. Brenner HD, Hodel B, Roder V, Corrigan P. Treatment of cognitive dysfunctions and behavioral deficits in schizophrenia. 1992;18(1):21-6.
 51. Zanello A, Merlo M. The Integrated Psychological Treatment (IPT) program in an ambulatory psychiatric context: a clinical study. *Sante Ment Que*. 2004;29(2):175-200.
 52. Briand C, Belanger R, Hamel V, Nicole L, Stip E, Reinhartz D, et al. Implementation of the multi-site Integrated Psychological Treatment (IPT) program for people with schizophrenia. Elaboration of renewed version. *Sante Ment Que*. 2005;30(1):73-95.
 53. Konen A, Neis L, Hodel B, Brenner HD. Specifics of cognitive behavioral therapy in schizophrenia. Integrated program of psychological therapy. *Encephale*. 1993;19(1):47-55.
 54. Vallina-Fernandez O, Lemos-Giráldez S, Roder V, García-Saiz A, Otero-García A, Alonso-Sánchez M, Gutiérrez-Pérez A. An Integrated Psychological Treatment Program for Schizophrenia. *Psiquiatr Serv*. 2001;52(9):1165-67.
 55. Roder V, Zorn P, Müller D, Brenner HD. Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia. *Psiquiatr Serv*. 2001;52(11):1439-41.

56. Roder V, Brenner HD, Müller D, Lächler M, Zorn P, Reisch T, et al. Development of specific social skills training programmes for schizophrenia patients: results of multicentre study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105:363-71.
57. Pomini V. The IPT integrative program schizophrenia patients: new perspectives. *Rev Med Suisse Romande*. 2004;124(4):209-12.
58. Vauth R, Joe A, Seitz M, Dreher-Rudolph M, Olbrich H, Stieglitz RD. Differentiated short – and long-term effects of a “Training of Emotional Intelligence” and of the “Integrated Psychologic Therapy Program” for schizophrenic patients? *Fortschr Neurol Psychiatr*. 2001;60(11):518-25.
59. Roder V, Brenner HD, Müller D, Reisch T, Lachler M, Zorn P, et al. Effects of new cognitive-behavioral therapy programs for improvement of specific social skills of schizophrenia - a controlled study. *Nervenarzt*. 2001;72(9):709-16.
60. Zimmer M, Godoy LA, Godoy JSP, Belmonte-de-Abreu PS. Mudança no funcionamento social e ocupacional de portadores de esquizofrenia e transtorno de humor, expostos ao Programa de psicoterapia Cognitivo-Comportamental derivado de Roder: um estudo naturalista de 3 anos. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2003;5(1):3-18.
61. Zimmer M, Dunca AV, Romanha R, Belmonte-de-Abreu OS. Análise qualitativa de variáveis relevantes para a aplicação do Programa Integrado de Terapia para Esquizofrenia (IPT) em pacientes esquizofrênicos do Sul do Brasil. (submetido)

ARTIGO 1

Mudanças no funcionamento social e ocupacional de portadores de esquizofrenia e transtorno de humor expostos ao Programa de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental derivada de Roder:
um estudo naturalístico de 3 anos

Changes in social and occupational functioning of patients with schizophrenia and mood disorders exposed to the Program of Cognitive-Behavioral Psychotherapy derived from Roder:
a 3-year naturalistic study

Este artigo foi aceito e publicado em Português pela Revista Brasileira de Psicoterapia.

Referência para citação:

Marilene Zimmer, Luiz Antônio Godoy, Jacintho Godoy, Paulo Belmonte-de-Abreu. Mudanças no funcionamento social e ocupacional de portadores de esquizofrenia e transtorno de humor expostos ao Programa de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental derivada de Roder: um estudo naturalístico de 3 anos. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2003;5(1):3-18.

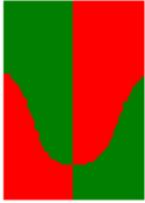
ARTIGO 2

Análise qualitativa de variáveis relevantes para aplicação do Programa de Terapia Psicológica Integrada (IPT) em pacientes com esquizofrenia no Sul do Brasil

Qualitative analysis of relevant variables for the application of the Integrated Psychological Therapy Program (IPT) on patients with schizophrenia in the south of Brazil

Marilene Zimmer, Adriana Veríssimo Duncan, Paulo Silva Belmonte-de-Abreu

Submetido para publicação na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul



Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul
Revista de Psiquiatria



Porto Alegre, 20 de abril de 2006.

Prezado(a)s Colegas,

Marilene Zimmer, Adriana Veríssimo Duncan, Paulo Belmonte de Abreu

Recebemos seu artigo intitulado “**Análise qualitativa de variáveis relevantes para a aplicação do Programa de Terapia Psicológica Integrada (IPT) em pacientes com esquizofrenia**”. que recebeu o número “859” será encaminhado de forma absolutamente anônima, para dois pareceristas. Brevemente estaremos enviando-lhe o parecer desta avaliação.

Desde já agradecemos sua valiosa colaboração. Qualquer dúvida favor entrar em contato com a Secretária da Sociedade de Psiquiatria do Rio Grande do Sul - Revista de Psiquiatria do RS, pelo fone/fax: **(51) 3024.4846** ou e-mail: revista@sprs.org.br.

Atenciosamente,

Carmem Emília Keidann

Editora da Revista de Psiquiatria do RS
Psiquiatria do RS
Carta da revista incluir

Flávio Shansis

Editor da Revista de

Análise qualitativa de variáveis relevantes para a aplicação do Programa de Terapia Psicológica Integrada (IPT) em pacientes com esquizofrenia de três Centros do Sul do Brasil

Qualitative analysis of relevant variables for the application of the Integrated Psychological Therapy Program (IPT) on patients with schizophrenia in the three Centers of the south of Brazil

Análisis cualitativa de las variables relevantes para la aplicación del Programa de Terapia Psicológica Integrada (IPT) en pacientes con esquizofrenia de tres Centros del Sur de Brasil

Título abreviado: Terapia Psicológica Integrada (IPT) para esquizofrenia

Autores: Marilene Zimmer¹, Adriana Veríssimo Duncan², Paulo Belmonte-de-Abreu³

¹Psicóloga, Mestre em Psiquiatria Social, Doutora em Ciências Médicas: Psiquiatria, UFRGS, Programa de Esquizofrenia – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

²Terapeuta Ocupacional

³Psiquiatra, Professor, Departamento de Psiquiatria - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Coordenador Programa Esquizofrenia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Estudo realizado no Serviço de Psiquiatria e medicina Legal do HCPA (Rua Ramiro Barcelos, 2350 – Porto Alegre/RS).

Correspondência:

Marilene Zimmer

Rua: Baronesa do Gravataí, 344/101 – Menino Deus – CEP 90160-070 - Porto Alegre, RS – Brasil. Fones: (051) 32267518 ou (051) 81224840

E-mail: marilenezimmer@gmail.com

Resumo:

Objetivos: São dois os propósitos deste estudo: apresentar as principais dificuldades que temos encontrado com a aplicação do Programa de Terapia Psicológica Integrada para Esquizofrenia IPT (Integrated Psychological Therapy), desenvolvido na Alemanha, e fundamentar as estratégias que temos utilizado para adaptar esta técnica a nossa realidade brasileira. **Método:** Abordagem qualitativa com análise de dados através da análise de conteúdo das verbalizações dos pacientes, em grupos de discussão realizados após sessões terapêuticas da técnica, com três grupos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo de acordo com DSM-IV, provenientes de três instituições diferentes que trabalham com a aplicação do IPT – Instituto de Capacitação e Reorientação Ocupacional (ICARO) e Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) e do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Tubarão/SC, totalizando 22 pacientes. **Resultados:** Foram levantadas as seguintes categorias: *repetição e monotonia; dificuldades de execução de alguns exercícios; falta de utilidade prática de alguns exercícios; e necessidade de saber mais sobre a doença.* Também foram encontrados aspectos positivos da técnica relatados pelos pacientes. **Discussão:** Os resultados evidenciam aspectos muito relevantes para entender a motivação dos pacientes para a adesão ao tratamento com esta abordagem desenvolvida em um país europeu. Nossos achados sugerem que as diferenças culturais podem interferir na aplicação do IPT quanto a sua estruturação; entretanto, a melhora de funcionamento como relatado pelos próprios pacientes nos motivam a continuar buscando a adaptação dessa técnica para as características de nossos pacientes. Contudo são necessários outros estudos no futuro, como ensaio

clínico controlado, para avaliar mais especificamente a efetividade da adaptação do IPT para pacientes brasileiros.

Descritores: esquizofrenia, tratamento cognitivo-comportamental, IPT, reabilitação psicossocial.

Abstract

Objectives: This study has two goals: (1) to present the principal difficulties that have been found with the application of the Integrated Psychological Therapy (IPT) program for schizophrenia developed in Germany; (2) to document the strategies that have been used to adapt this technique to the Brazilian reality. **Method:** Qualitative research approach with the analysis of data through the examination of the contents of outpatients' verbalizations in discussion groups carried out after IPT therapy sessions with three groups of outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder diagnosis, according to DSM-IV. These outpatients came from 3 different institutions which work with the application of IPT – 'Instituto de capacitação e Reorientação Ocupacional (ICARO)', the 'Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA)' and the 'Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Tubarão /SC', with a total of 22 outpatients. **Results:** The following categories were found: *repetition and monotony; difficulties of execution of some exercises; no utility in doing of some exercises; need of knowing more about the illness. Positive aspects were also related by the outpatients.* **Discussion:** The results evidence aspects which are very relevant for the understanding of the outpatients' compliance to a treatment that was developed in a European country. Our findings suggest that cultural differences may interfere in the IPT application. However, the improvement of functioning as related by the outpatients, gives us motivation to continue searching for the adaptation of this technique to our outpatients' characteristics. Nevertheless, other studies are necessary in the future - like the controlled clinical trial - to assess the effectiveness of the IPT adaptation to Brazilian outpatients more specifically.

Key Words: schizophrenia, cognitive-behavioral treatment, IPT, psychosocial rehabilitation.

Resumen

Objetivos: Son dos los propósitos de este estudio: presentar las principales dificultades que hemos encontrado para la aplicación del Programa de Terapia Psicológica Integrada para la Esquizofrenia IPT (*Integrated Psychological Therapy*), desarrollado en Alemania, y fundamentar las estrategias que hemos utilizado para adaptar esta técnica a nuestra realidad brasileña. **Método:** Abordaje cualitativa de investigación con análisis de los datos a través del análisis de contenido de las verbalizaciones de los pacientes, en los grupos de discusión realizados al final de las sesiones terapéuticas de la técnica, con tres grupos de pacientes diagnosticados de esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo de acuerdo con el DSM-IV, provenientes de tres diferentes centros que trabajan con la aplicación del IPT – Instituto de Capacitação e Reorientação Ocupacional (ICARO), Centro de Atención Psicossocial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) y del Centro de Atención Psicossocial (CAPS) de Tubarão/SC, totalizando 22 pacientes. **Resultados:** Fueron estipuladas las siguientes categorías: *repetición y monotonía; dificultad para ejecutar algunos de los ejercicios; falta de utilidad práctica de algunos de los ejercicios e necesidad de saber más sobre la enfermedad. También fueron encontrados aspectos positivos relatados por los pacientes sobre la técnica.* **Discusión:** Los resultados evidencian aspectos muy relevantes para el entendimiento de la motivación de los pacientes para el tratamiento con esta abordaje desarrollado en un país Europeo. Nuestros hallazgos sugieren que las diferencias culturales pueden interferir en la aplicación del IPT; entretanto, los resultados positivos de la mejoría del funcionamiento de los pacientes como relatado por ellos mismos, nos motivan a continuar buscando la adaptación de esta técnica para las características de nuestros pacientes. Todavía son necesarios otros estudios en el futuro, como

ensayo clínico controlado, para evaluar más específicamente la efectividad de la adaptación del IPT para pacientes brasileños.

Palabras clave: esquizofrenia, terapia cognitivo-comportamental, IPT, rehabilitación psicosocial.

Introdução

Atualmente, dentre os programas de reabilitação oferecidos para pacientes com transtorno esquizofrênico, destaca-se o programa *Integrated Psychological Therapy* (Terapia Psicológica Integrada) para esquizofrenia, doravante IPT, desenvolvido por Brenner e cols.¹, sendo reconhecido como o primeiro tratamento sistemático manualizado para aplicação em grupos de pacientes com esquizofrenia que combina estratégias psicossociais e cognitivas². A versão alemã do manual do IPT está na quinta edição³ e já foi traduzido para 10 idiomas, o que evidencia a aceitação deste programa de terapia cognitivo-comportamental.

O IPT consiste em um programa de psicoterapia cognitivo-comportamental dividido em cinco subprogramas: diferenciação cognitiva, percepção social, comunicação verbal, habilidades sociais e resolução de problemas interpessoais; cada subprograma, por sua vez, está organizado em uma série de etapas de complexidade crescente. O foco do trabalho psicoterápico dos três primeiros subprogramas se concentra no desenvolvimento de funções cognitivas básicas. Os dois últimos subprogramas focalizam o desenvolvimento de tarefas mais complexas de aquisição de habilidades sociais para correção de interação social inadequada. Este programa inclui instrução, aprendizagem de modelos, *role-playing*, *feedback* e reforço positivo. Os conteúdos da psicoterapia envolvem situações de diferentes áreas da vida cotidiana, como convivência familiar, interação social, dificuldades de execução de tarefas na vida diária, busca de trabalho, atividades em casa, relacionamento interpessoal, convivência familiar, atividades de lazer e demais relações sociais relevantes para os pacientes. O subprograma de *Diferenciação Cognitiva* está dividido em três etapas: exercício com cartões; sistemas conceituais verbais (hierarquias conceituais, sinônimos, antônimos, definições de palavras e

estratégias de busca). O subprograma de *Percepção Social* consiste na descrição e análise de slides sobre imagens da vida cotidiana. O subprograma de *Comunicação Verbal* inclui as seguintes etapas: repetição literal de frases; repetição segundo o sentido de frases auto-formulada; pergunta auto-formulada e resposta; o grupo interroga a um dos participantes sobre um tema determinada; comunicação livre. O subprograma de *Habilidades Sociais* consiste na realização de *role-playing* sobre dificuldades sociais dos pacientes tais como: saber iniciar e manter uma conversa; pedir informações, recusar um pedido de forma assertiva; saber defender seu ponto de vista, bem como aceitar a dos demais. E no último subprograma o de *Resolução de Problemas Interpessoais* são tratados problemas individuais dos pacientes, com estratégias passa-a-passo para buscar alternativas de solução.

Os autores da técnica vêm acompanhando as pesquisas realizadas sobre avaliação do IPT nos últimos 24 anos em diferentes países (Suíça, USA, Canadá, Japão, Alemanha, Holanda, Itália e Espanha), onde os estudos publicados avaliam a aplicação do programa completo ou uma combinação de vários subprogramas, totalizando uma amostra de 1329 pacientes esquizofrênicos, cujos resultados foram apresentados em uma recente meta-análise². Até o segundo semestre de 2005 não foi encontrada nenhuma publicação com referência a estudos controlados sobre a aplicação do IPT realizados no Brasil. Na meta-análise realizada por Muller e cols.², os autores encontraram 28 estudos, sendo que 14 foram realizados na Alemanha, seis na Suíça, três na Espanha, e um em cada um dos seguintes países: Holanda, Japão, Estados Unidos, Canadá e Inglaterra.

De acordo com Muller e cols.², dos 28 estudos somente nove utilizaram o IPT completo; nos demais, foi utilizada a combinação de alguns subprogramas, e em quatro estudos foram acrescentadas outras técnicas ao IPT. Existem sólidas

evidências, derivadas de estudos controlados, indicando os benefícios do IPT na melhora do funcionamento cognitivo e social e na redução da severidade de alguns sintomas da esquizofrenia²⁻¹¹.

Um dos autores (M. Zimmer) recebeu treinamento diretamente com Roder no período de 1994-96, durante o Mestrado em Reabilitação Psicossocial, realizado em Barcelona, Espanha. Desde então a primeira autora vem trabalhando com a aplicação deste programa para pacientes esquizofrênicos e com treinamento sobre a técnica para profissionais da saúde em cursos de extensão, seguido de supervisão e discussão de casos. Entretanto temos experimentado algumas dificuldades quanto à adaptação do IPT completo para a realidade de cada grupo de pacientes. Devido a estas dificuldades, decidimos reunir o material dos técnicos que trabalham com o IPT e realizar uma avaliação das percepções dos pacientes, através da análise de conteúdo dos registros dos treinamentos, cujos resultados representam o principal foco do presente artigo.

Desde 1999 desenvolvemos um programa de reabilitação psicossocial, cujo início foi no Instituto de Capacitação e Reorientação Ocupacional (ICARO), em Porto Alegre, RS, onde era utilizado o modelo da abordagem cognitivo-comportamental proposta pelo IPT¹. Neste mesmo período, teve início o processo de tradução do manual do IPT para o português, com revisão técnica da primeira autora (M. Zimmer), e acompanhamento de Roder.

O processo de desinstitucionalização dos doentes mentais no Brasil é recente, se comparado aqueles de outros países, visto que falta a implementação de políticas de tratamento e de reabilitação, que, embora existam, não estão sendo colocadas em prática; faltam também estudos para orientar e avaliar as abordagens de intervenção psicossocial que vem sendo utilizadas na comunidade brasileira¹².

Em 2002, diante da ausência de modelos de reabilitação psicossocial testados, a autora principal (M. Zimmer) iniciou juntamente com o grupo de pesquisa do Programa de Esquizofrenia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (Prodesq), a realização de um ensaio clínico randomizado, para avaliar a eficácia do IPT, bem como adaptação da técnica para a nossa realidade do Sul do Brasil.

Foi realizado um primeiro estudo sobre a utilização do IPT⁹ com uma amostra de 35 indivíduos, para avaliar a efetividade desta técnica em uma amostra de pacientes de um serviço de reabilitação psicossocial de Porto Alegre. Apesar de algumas limitações de um estudo naturalístico, foi possível verificar a melhora dos pacientes esquizofrênicos comparando as medidas antes e depois da intervenção até a perda de seguimento dos mesmos (perda de seguimento porque os pacientes receberam alta da Instituição na qual estavam recebendo atendimento psicossocial e ambulatorial ou porque desistiram do tratamento). Os índices de melhora foram verificados quanto ao funcionamento geral e sócio-ocupacional, avaliados pela Escala de Avaliação de Funcionamento Geral (GAF) e pela Escala de Avaliação de Funcionamento Social e Ocupacional (EAFSO), ambas do DMS-IV-TR.

Nas reuniões de supervisão de aplicação do IPT, a partir de 2002, junto às equipes do ICARO, do CAPS do HCPA e do CAPS de Tubarão/SC, foi possível constatar que somente poucos pacientes consideravam importante ou se sentiam motivados a participar de todas as etapas do IPT. A partir das discussões de casos, começamos a identificar que vários fatores poderiam estar associados a estas dificuldades: heterogeneidade dos participantes quanto a condições clínicas, gravidade dos sintomas, tempo de evolução da doença, idade, condições sócio-culturais, e talvez o fator mais importante fosse o aspecto cultural devido à origem da

técnica, desenvolvida na Alemanha, na década de 80, com todas as implicações culturais e temporais que isso pode envolver.

O objetivo principal do presente estudo foi avaliar os principais aspectos da aplicação da técnica IPT, através da análise de conteúdo das verbalizações dos pacientes, em grupos de discussão realizados após sessões terapêuticas da técnica. Com este estudo pretendemos fundamentar as estratégias que temos utilizado para trabalhar com o IPT, e gerar evidências para a seleção de etapas que devem ser priorizadas na elaboração do programa de treinamento, tendo em vista a estrutura técnica da mesma, como modelo formal de tratamento para pacientes com esquizofrenia.

Principais questões de pesquisa:

A percepção dos pacientes sobre os diversos aspectos abordados na técnica? Quais são os aspectos da técnica do IPT que podem interferir na motivação e continuidade do tratamento? O que leva os pacientes esquizofrênicos a abandonar o treinamento com o IPT? É possível aplicar um programa, desenvolvido em outro país, parte da comunidade europeia, com diferente cultura, sistema de ensino e estrutura familiar e alta estruturação social, em pacientes cobertos pelo Sistema SUS do Brasil de acesso universal porém com diferente mescla étnica, social e cultural?

Método

Participantes

Participaram do estudo 22 pacientes adultos, com idade média de 39,05(dp 7,09), todos alfabetizados, com diagnóstico de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo de acordo com DSM-IV, provenientes de três instituições diferentes do Sul do Brasil, perfazendo três grupos assim distribuídos: (1) grupo de treinamento com o IPT no ICARO-Porto Alegre/RS, 10 pacientes; (2) grupo do Centro de Atenção

Primeira do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS (CAPS/HCPA), oito pacientes; e (3) um grupo do CAPS de Tubarão/SC, quatro pacientes. Todos os pacientes apresentavam um quadro de estabilidade dos sintomas (ausência de delírios e alucinações), recebendo tratamento com neurolépticos, e apresentavam um quadro crônico. Foram excluídos os casos que apresentavam sintomatologia ativa (presença de delírios, alucinações e pensamento desorganizado), abuso de substância, outro diagnóstico associado como retardo mental e transtorno de conduta. Todos os pacientes que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Procedimentos de coleta de dados

Os dados foram coletados no período de 2002 a 2004, nos grupos em que foi aplicado o IPT, acima configurados. Ao final de cada etapa, foram realizados grupos de discussão onde era solicitado aos pacientes que fizessem uma avaliação dos exercícios trabalhados: o que mais gostaram, o que acharam dos exercícios, qual o grau de dificuldade que encontraram, o que não conseguiram fazer e quais aspectos positivos consideraram mais importante para cada um. Para os que não participaram ativamente da execução das tarefas, era solicitado que comentassem tais motivos. Foram registradas todas as informações junto com o diário de acompanhamento do treinamento. Após três meses de tratamento se observava que os pacientes já não se mostravam motivados para continuar os exercícios. Então era solicitado que cada um escrevesse e/ou verbalizasse o que mais gostava do treinamento e o que achava menos interessante. Nos casos dos pacientes que não conseguiam escrever, eram registradas as verbalizações na forma literal em que eram enunciadas.

Procedimentos de análise dos dados

Para a análise dos dados foram definidas *a priori* as seguintes categorias: (1) repetição e monotonia; (2) dificuldades para realizar alguns exercícios; (3) falta de utilidade prática para alguns exercícios; e (4) necessidade de saber mais sobre a doença. Também foram agrupados os comentários sobre os aspectos positivos do IPT.

Foram reunidos os textos de transcrição das verbalizações dos participantes obtidos junto aos profissionais dos três centros. A análise de conteúdo desses textos foi feita segundo Bardin^{13,14}, seguindo o critério de agrupamento semântico, para exemplificar as categorias pré-determinadas.

Resultados e discussão:

Quanto aos dados sócio demográficos, a idade média dos pacientes foi de 39,05 anos (dp 7,09), 54,5% tinha concluído a 5ª do ensino fundamental e 36,36% tinham entre cinco e oito anos de escolaridade, sendo que todos os pacientes eram alfabetizados. Não foram registradas perdas durante o período de três meses do estudo. De acordo com a avaliação qualitativa deste estudo, foi evidenciada uma dificuldade por parte dos pacientes em executarem os exercícios onde era solicitado que escrevessem frases ou pequenos textos. Nas três instituições que participaram deste estudo (ICARO-Porto Alegre/RS, CAPS-HCPA-Porto Alegre/RS e CAPS-Tubarão/SC) os pacientes foram agrupados de acordo com a capacidade de funcionamento global, definido através de entrevista clínica pelo psicólogo responsável.

As principais críticas dos pacientes foram em relação aos primeiros subprogramas do IPT (Tabela 1): Diferenciação Cognitiva (que compreende exercícios com cartões: classificar cartões de acordo com classes e categorias -

formas geométricas, cores, números e dias da semana; e exercícios sobre definição e classificação de palavras, encontrarem sinônimos e antônimos e descrição de palavras de acordo com as circunstâncias); e Comunicação Verbal (que consiste de exercícios sobre repetição literal de frases, elaboração de perguntas com respostas, fórum de discussão sobre temas pré-definidos e entrevistas entre os participantes). As categorias encontradas referente às críticas feitas em relação a estes exercícios foram as seguintes:

(1) *Repetição e monotonia*

Os exercícios dos subprogramas de Diferenciação Cognitiva e Comunicação Verbal são vivenciados como repetitivos e monótonos, como mostra a fala dos pacientes: *“Não gosto dos exercícios com os cartões, é sempre repetido”, “Acho sem graça fica separando cartão, é muito chato”, “Fico cansado de separar essas cartas”, “Me cansa, ficá esperando o R escolher as cartas”; “Eu gostaria de fazer outras coisas, isso é cansativo”;*

(2) *Dificuldades para realizar alguns exercícios*

Foram encontradas nos grupos dos três centros que participaram deste estudo, dificuldades na execução dos exercícios onde era necessário que os pacientes escrevessem frases, ou tomassem notas de instruções de tarefas para casa. Isso pode ser exemplificado através das seguintes verbalizações: *“Eu não gosto de escrevê, minha letra não é boa”, “Eu aprendi a lê e escrevê, mas não sei juntá as palavra, é muito difícil”; “Essa coisa de sabê sobre palavras é melhor pra quem estuda”; “Eu nunca fui bom nisso, era melhor ter um dicionário”; “É mais fácil dá um papelzinho anotado que a mãe faz pra mim em casa”; Fica mais fácil se tu dissesse pra nós”, “Não dá, não sei escrevê, faz tempo que eu fui no colégio”, “Eu estudei, mas nunca aprendi a escrevê direito, é muito difícil”; “Não consigo lê, os olhos ficam*

embaralhado, por causa do remédio”; “Eu sinto dor de cabeça, tem que fazê muita força pra lê”; “Isso aqui é muito difícil”; “Esta atividade é muito difícil, porque faz a gente pensá”.

(3) Falta de utilidade prática para alguns exercícios

Os pacientes, na sua maioria, questionavam a execução das etapas de Diferenciação Cognitiva e Comunicação Verbal que se referem aos exercícios citados anteriormente, porque não encontram utilidade para os mesmos no seu dia-a-dia. Os questionamentos, registrados através de suas opiniões, giram em torno de *“Para que serve esse tipo de trabalho?”; “Pra que serve esse monte de listas...”; “Isso parece brincadeira de criança, eu não quero fazê”, “Acho que isso não serve pra nada, é só faz de conta”.*

(4) necessidade de saber mais sobre a doença

Em várias sessões os pacientes manifestaram preocupação e interesse sobre a doença, o que pode ser identificado pelas seguintes verbalizações: *“Nós podíamos ficar falando da doença em vez desse jogo”, “É, a gente podia falá dos remédios que fazem mal”, “Outro dia eu li que a esquizofrenia é um problema que não tem cura, mas eu não acredito nisso”; “Eu acho que é bom a gente aprendê, eu queria sabê mais da doença, o que é que eu tenho?”; “... eu acho que era melhor a gente ficar falando dos problemas da doença”.*

As verbalizações dos pacientes, descritas nas quatro categorias anteriores, permitem afirmar que os pacientes têm dificuldades de participar de atividades mais teóricas, como discussão de significado de palavras, elaboração de frases e escrever pequenos textos. Em várias experiências com os diferentes grupos de pacientes, que foram reunidos em cada uma das três instituições de acordo com o grau de cronicidade e comprometimentos da doença, se tentou trabalhar com as

etapas de Sinônimos e Antônimos, Definição de Palavras e Escrever Perguntas e Respostas. Foi possível evidenciar uma baixa motivação, desinteresse, bem como dificuldades de execução das tarefas, principalmente de escrita e leitura. Nenhum paciente era analfabeto, visto que 39,06% tinham completado a 5ª série do Ensino Fundamental e 36,36% tinham entre cinco e oito anos de escolaridade. Levando em conta que a idade média dos pacientes era de 39,05 (dp 7,09) anos, eles estavam afastados dos estudos em torno de 25 a 30 anos, não tendo, na maioria dos casos, o hábito de leitura e/ou escrita. Na organização dos grupos de treinamento, se tomou o cuidado de agrupar os pacientes de acordo com a homogeneidade das características tanto em nível de sintomas, como de condições cognitivas, e se pode observar que, quanto menor o nível de escolaridade, mais difícil se tornava motivá-los para as tarefas de Comunicação Verbal e se queixavam que tinham dificuldades com leitura e escrita.

Devido ao pequeno número de participantes em cada instituição, nem sempre foi possível ter um grupo completamente homogêneo, principalmente quanto ao nível de escolaridade. Os que haviam concluído o 2º Grau ou iniciado uma Faculdade não gostavam dos exercícios com os cartões e os de Comunicação Verbal, sendo que a principal queixa desses pacientes era de que não encontravam utilidade prática para esse tipo de exercícios.

Diante da repetição de comentários críticos e diminuição da participação dos pacientes, se tomava nota e a cada sessão se procurava explicar com mais detalhes o significado e a importância de seguir etapas, cada exercício era apresentado detalhadamente, onde se ressaltava a importância de cada um e quais os benefícios que poderiam trazer. Pelos relatos dos pacientes, foi possível perceber que, embora se queixassem dos exercícios com cartões, tinham dificuldades de concentração e

não conseguiam repetir as instruções, quando era solicitado que separassem os cartões considerando três critérios (por exemplo: separar o cartão com círculo, azul e com dois dígitos) se atrapalhavam na execução da tarefa. Desta forma, os cartões foram utilizados como introdutório nas sessões, onde eram aplicados alguns desses exercícios e depois se passava para outro subprograma, como Percepção Social e Comunicação Verbal. Esta estratégia faz parte da técnica do IPT, o que possibilita trabalhar com exercícios de subprogramas diferentes em uma mesma sessão, buscando melhorar a motivação e participação dos pacientes, nos diferentes grupos.

Foi possível observar que os pacientes entendem as instruções, mas não gostam de participar de algumas etapas, preferem os exercícios práticos como os dos subprogramas de Percepção Social, Habilidades Sociais e mais especificamente os de Resolução de Problemas Interpessoais. Antes do início desses subprogramas era solicitado que cada um pensasse em suas principais dificuldades no dia-a-dia, para que fosse possível selecionar os temas que iriam ser trabalhados nas sessões através de role-playing, se caracterizando como a primeira tarefa que deveriam realizar em casa. Quase todos os pacientes apresentavam uma pequena lista de dificuldades que encontravam no dia-a-dia. Para aqueles que não completavam esta tarefa por escrito, se pedia que comentassem suas dificuldades, e suas verbalizações eram registradas.

Com base nas verbalizações dos pacientes, se pode observar que um grande número tinha curiosidade ou necessidade de saber mais sobre a doença. Em razão desta necessidade, nos grupos do ICARO e do CAPS-HCPA foi organizado um material em transparências para retroprojeter de fácil entendimento, com desenhos e poucos textos explicativos sobre esquizofrenia, que foi extraído de um programa de psicoeducação para familiares, proposto por Sotillo¹⁵, com base na teoria de Leff¹⁶.

No grupo do CAPS de Tubarão não foi preparado nenhum material audiovisual, mas o assunto foi abordado em forma de discussão em grupo, onde eram respondidas as dúvidas dos pacientes, bem como explicados os principais aspectos da esquizofrenia e as principais abordagens de tratamentos recomendadas.

Contrastando com os aspectos críticos descritos nas categorias acima, nossos achados evidenciam que os pacientes são capazes de destacar os aspectos positivos da técnica. Foi possível observar que nos exercícios de Percepção Social, Habilidades Sociais e Resolução de Problemas o crescimento da participação e melhora dos pacientes era percebido por eles mesmos, como se pode verificar por seus comentários: *“Esse trabalho faz a gente pensá”; “A mãe diz que eu tô mais calmo, não fico andando de um lado pro outro”; “Agora eu consigo vê TV, antes eu não conseguia ficá sentado”; “É bom a gente conversá com o grupo, eu gosto, a gente entende melhor as coisa”; “Eu gostei, é bom a gente tá aqui, tá me ajudando a entendê as coisa”; Eu gosto de debate, a gente aprende com a idéia dos outros”*. Em todos os grupos foi percebido o crescimento do entusiasmo dos pacientes para realizar as tarefas, e a justificativa para tal mudança era de que eles encontravam maior utilidade para os exercícios, visto que poderiam lhes ajudar nos problemas reais do dia-a-dia.

Quanto às discussões sobre o tema da doença (Psicoeducação) incluídas nos grupos do ICARO e do CAPS-HCPA os pacientes manifestaram sua satisfação através das seguintes verbalizações: *“Eu fiquei aliviado de saber que outras pessoas também sentem o que eu sinto”, “Agora eu entendo que esses pensamentos que eu tenho são da doença”, “Tudo isso que foi mostrado aí eu tenho”, “Eu achava que os remédios é que deixavam a gente assim”*. As sessões onde foram abordados os aspectos da doença passaram a ser as mais elogiadas pelos pacientes porque,

segundo as verbalizações deles, esta etapa tinha lhes ajudado a entender muitas coisas sobre a doença e, foi percebido em todos os grupos que os pacientes passaram a se interessar mais pelas tarefas, demonstrando maior motivação para participar da execução das atividades e melhor integração grupal.

Considerações finais

Neste estudo nós procuramos analisar as percepções dos pacientes sobre sua participação em um treinamento estruturado com base no manual do IPT, para podermos propor adaptações desta técnica para a nossa realidade brasileira.

Através da análise qualitativa dos registros, cujos achados fundamentam o foco principal do presente artigo, foram encontrados aspectos muito relevantes para entender a participação dos pacientes no tratamento com esta abordagem desenvolvida em um país Europeu. São evidentes as diferenças culturais entre diferentes países, embora o Sul do Brasil tenha muita influência da cultura Européia. Não estamos habituados à utilização de programas altamente estruturados, com seguimento de etapas pré-definidas e com complexidade crescente. Por outro lado, consideramos de fundamental importância o estudo de técnicas que nos possibilitem avaliar os programas de reabilitação psicossocial, principalmente para atender pacientes com esquizofrenia. Em nosso julgamento, o esforço para implementar e manter uma intervenção para esquizofrenia requer o conhecimento de atividades específicas e objetivos similares aos utilizados por outros centros que alcançaram resultados positivos, por isso nosso interesse em adaptar a técnica do IPT para facilitar sua utilização no Brasil.

Destacamos como pontos fortes da técnica do IPT as orientações para avaliar e elaborar lista de problemas, instruir/educar o paciente sobre os objetivos do modelo cognitivo e sua importância no treinamento das habilidades

comportamentais, incluindo automanejo através da recordação de instruções e exercícios práticos de tarefas para serem realizados no ambiente dos pacientes.

De acordo com as evidências dos achados deste estudo, foi possível verificar que as etapas de Diferenciação Cognitiva e Comunicação Verbal, apresentam níveis de dificuldade para sua execução, sendo estas apresentadas como justificativas para o baixo índice de motivação e participação dos pacientes nos grupos de treinamento.

Nas reuniões de supervisão entre os três centros que trabalhavam com o IPT, surgiu a proposta de testar a aplicação desta técnica, com a exclusão das etapas de Diferenciação Cognitiva e Comunicação Verbal, e inclusão de uma etapa adicional de Psicoeducação, abordando temas sobre a doença, em reforço ao que já foi sugerido em um estudo realizado recentemente na Espanha¹⁰.

Por consenso dos técnicos dos três centros, se decidiu manter os exercícios com cartões do subprograma de Diferenciação Cognitiva, com o objetivo de treinar a concentração, atenção, memória e o foco nas atividades. Embora os pacientes tenham criticado esta etapa, nos parece que a utilização destes exercícios é de fundamental importância para se lograr a melhora do funcionamento cognitivo. Desta forma foi sugerido se aplicar esta etapa como introdutória das sessões, ou seja, aplicar alguns destes exercícios com o objetivo de melhorar a concentração para as atividades seguintes.

Nossos achados evidenciam que as diferenças culturais podem interferir na aplicação do IPT. Entretanto, os resultados positivos relatados pelos próprios pacientes, de melhora no seu funcionamento do dia-a-dia, aliado as críticas formuladas pelos mesmos, nos motivam a continuar buscando a adaptação desta técnica, para as características de nossos pacientes.

Este estudo teve um número de pontos fortes, como a participação de três diferentes centros que utilizaram a técnica do IPT, os quais oferecem serviços especializados, com equipe multidisciplinar e serviço ambulatorial para pessoas com diagnóstico do espectro da esquizofrenia.

Com base neste estudo, foi realizado um ensaio clínico randomizado com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, do Ambulatório de Esquizofrenia e Demências – Prodesq, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, utilizando o IPT com a exclusão das etapas onde é necessário executar tarefas de leitura e escrita, dos subprogramas de Diferenciação Cognitiva e Comunicação Verbal (citadas anteriormente), e a inclusão de Psicoeducação, para testar a viabilidade de adaptação da técnica, através destes critérios. Esses resultados são discutidos em outro artigo, em fase de publicação¹⁷.

Finalizando, também se faz necessário destacar a necessidade de estudos controlados de comparação entre o IPT e outras intervenções, em amostras maiores de indivíduos brasileiros com diagnóstico de esquizofrenia, para testar mais especificamente os efeitos desta abordagem em nossa realidade, visto que em nosso país não foram encontrados estudos publicados sobre a avaliação desta técnica.

Agradecimentos: Este trabalho recebeu apoio em forma de bolsa de estudos através do: CNPq - CAPES – ICCTI - FAPERGS, Ministério da Educação, Brasil. Nossos agradecimentos a Profa. Maria Lucia Tiellet (PUCRS), Graciela I. de Jou (PUCRS), equipe do CAPS-HCPA, equipe do CAPS-Tubarão/SC.

Referências Bibliográficas

1. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. Terapia Integrada da Esquizofrenia. São Paulo (SP): Ed. Lemos, 2002.
2. Müller DR, Roder V, Brenner HD. Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrene Erkrankte Eine Metaanalyse über 28 unabhängige Studien. Nervenarzt 2005; 3 August. Available from: [http://www.springerlink.com/\(hstiwi45hrd1u255cw1caji2\)/app/home/contribution.asp](http://www.springerlink.com/(hstiwi45hrd1u255cw1caji2)/app/home/contribution.asp) Posted: 28/10/2005.
3. Roder, V. et al. Development of specific social skills training programs for schizophrenia patients: results of a multicentre study. Acta Psychiatrica Scand. 2002;105: 363-71.
4. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry. 1996;153(5):607-17.
5. Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BM. Role of Psychosocial Treatments in Management of Schizophrenia: A Meta-Analytic Review of Controlled outcome Studies. Schizophr Bull. 1998;24(4):569-87.
6. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. Schizophr Bull. 1999;25(4):657-76.

7. Roder, V. et al. Improving Recreational, Residential, and Vocational Outcomes for Patients with Schizophrenia. *Psychiatric Services*. 2001;52(11):1439-41.
8. Penadés R, Boget T, Catalán R, Bernardo M, Gastó C, Salamero M. Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003;63:219-27.
9. Zimmer M, Godoy LA, Godoy JSP, Belmonte-de-Abreu PS. Mudança no funcionamento social e ocupacional de portadores de esquizofrenia e transtorno de humor, expostos ao Programa de psicoterapia Cognitivo-Comportamental derivado de Roder: um estudo naturalista de 3 anos. *Revista Brasileira de Psicoterapia*. 2003;5(1):3-18.
10. Lemos SG, Vallina OF, García AS, Gutiérrez AMP, Alonso MS, Ortega JAF. Evaluación de la efectividad de la terapia psicológica integrada en la evolución a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32(3):116-77.
11. Pomini V. The IPT integrative program schizophrenia patients: new perspectives. *Rev Med Suisse Romande*. 2004;124(4):209-12.
12. Villares CC. Adaptação transcultural de intervenções psicossociais na esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr* 2000;22(Supl I):53-5.

13. Flick U. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre (RS): Bookman, 2004.
14. Bardin L. Análise de Conteúdo. 3ª. Ed. Lisboa/Portugal: Edições 70, 2004.
15. Sotillo CZ, Albuquerque FJ, Noli IH, Cabra MB, Martines AE, Guillen RB. Manual para el programa psicoeducativo a familiares de pacientes esquizofrenicos cronicos. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Peru, 1995.
16. Leff J. Can long-stay psychiatric patients be socially integrated into the community? La Rehabilitación Psicosocial Integral en la Comunidad y con la Comunidad. 1995;1:98-101.
17. Zimmer M, Duncan AV e Belmonte-de-Abreu. A 12-week randomized controlled study the cognitive-behavioral IPT program (Integrated Psychological Therapy Program) with positive effect in social functioning on schizophrenic patients. Rev Bras Psiquiatr. (no prelo).

Tabela 1. Percepção subjetiva dos pacientes sobre os subprogramas do IPT

<i>Subprogramas</i>	<i>Aspectos positivos</i>	<i>Aspectos negativos</i>	<i>Sugestões</i>	<i>Decisão</i>
Diferenciação Cognitiva	bom para pensar	repetitivo, parece coisa de criança, cansativo, chato, difícil a parte de definir palavras	retirar as etapas de definição de palavras	manter somente a etapa de exercícios com cartões
Percepção Social	ajuda a se concentrar	sem comentários negativos	mostrar mais fotos	manter todas as etapas do subprograma
Comunicação Verbal	melhora a concentração e a memória	repetitivo, difícil ler, difícil escrever, pouca utilidade prática	fazer só a parte das frases	manter a etapa de repetição literal de frases
Habilidades Sociais	ajuda a perder timidez, aprende a conversar, é bom conversar em grupo	sem comentários negativos	Manter	manter todas as etapas do subprograma
Resolução de Problemas Interpessoais	ensina como resolver os problemas em casa, melhora o comportamento, as coisas parecem mais fáceis	sem comentários negativos	Manter	manter todas as etapas do subprograma
Necessidades de saber mais sobre a doença	seria bom a gente conversar sobre a doença esquizofrenia, a gente poderia aprender como acontece	pode incomodar ficar falando dos problemas da gente	incluir uma sessão de conversa sobre a doença	incluir uma sessão de Psicoeducação

ARTIGO 3 (versão em Português)

Estudo controlado randomizado de 12 semanas do programa cognitivo-comportamental IPT (Terapia Psicológica Integrada) com efeito positivo em funcionamento social em pacientes com esquizofrenia

Zimmer M¹, Duncan AV², Laitano D³, Ferreira EES⁴, Belmonte-de-Abreu P⁵

Aceito para publicação (versão em inglês) na Revista Brasileira de Psiquiatria, protocolo 2341

A/2006.

Inserir carta de aceite da revista

Estudo controlado randomizado de 12 semanas do programa cognitivo-comportamental IPT (Terapia Psicológica Integrada) com efeito positivo em funcionamento social em pacientes com esquizofrenia

Zimmer, M¹, Duncan AV², Laitano, D³, Ferreira, EES⁴, Belmonte-de-Abreu, P⁵

¹Psicóloga, Mestre em Psiquiatria Social, Programa de Esquizofrenia – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

²Terapeuta Ocupacional

³Psicóloga

⁴Terapeuta Ocupacional, Programa de Neurociências - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

⁵Psiquiatra, Professor, Departamento de Psiquiatria - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Coordenador Programa Esquizofrenia, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Programa de Esquizofrenia – Prodesq

Serviço de Psiquiatria e Medicina Legal do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

Marilene Zimmer

Rua: Baronesa do Gravataí, 344/101 – Menino Deus

CEP: 90160-070 - Porto Alegre/RS-Brasil

E-mail: marilenezimmer@gmail.com

Resumo

Objetivos: O presente estudo foi designado para avaliar o efeito de 12 sessões do programa cognitivo comportamental IPT (*Integrated Psychological Therapy – Integrierts psychologische Therapieprogramm für schizophrene Patienten*), comparado ao tratamento usual (TU), sobre cognição, ajustamento social e qualidade de vida em pacientes ambulatoriais com esquizofrenia. **Método:** Cinquenta e seis pacientes ambulatoriais adultos (idade entre 18 e 65 anos) com diagnóstico de esquizofrenia CID-10 foram randomicamente alocados para dois grupos diferentes: intervenção ativa (IPT), e tratamento usual (TU) (grupo controle). As medidas de diferenças de resultado foram: qualidade de vida (WHOQOL-bref), cognição (MMSE e span-palavras), funcionamento global (AGF-DSM-IV), funcionamento social (EAFSO-DSM-IV) e adequação social (EAS). **Resultados:** Os achados sugerem que o programa de 12 sessões do IPT mostrou efeito positivo sobre várias medidas de resultado comparado ao grupo controle (TU): cognição domínios de orientação no tempo e no espaço ($p=0.045$) e memória ($p=0.031$); adequação social geral ($p=0.037$), lazer e vida social ($p=0.051$) e relações familiares ($p=0.008$); funcionamento global ($p=0.000$), funcionamento sócio-ocupacional ($p=0.000$), e domínio psicológico da qualidade de vida ($p=0.021$). **Conclusão:** A intervenção cognitivo-comportamental de 12 sessões do IPT demonstrou efeito superior sobre cognição, adequação social e qualidade de vida comparada ao tratamento usual (TU). Estudos com amostras maiores, seguimento de follow-up e medidas adicionais de resultados são necessários para avaliar evidências mais específicas sobre dimensões de funcionamento social, cognitivo e qualidade de vida em esquizofrenia.

Descritores: IPT, tratamento cognitivo-comportamental, qualidade de vida, adequação social, cognição, esquizofrenia, reabilitação psicossocial.

Introdução

A esquizofrenia é o maior transtorno psiquiátrico associado com prejuízo, caracterizada por várias recaídas, alternando com remissão parcial ou total dos sintomas⁽¹⁾. A evolução do curso está associada com considerável prejuízo tanto para os pacientes como para seus familiares, encorajando o esforço de pesquisadores e clínicos para identificar a melhor alternativa de cuidado em esquizofrenia. A modalidade de tratamento e orientação teórica mais eficiente e efetiva são algumas das questões que vem motivando pesquisadores na última década⁽²⁾. O entendimento das bases biológicas da esquizofrenia proporcionou o desenvolvimento de melhor terapia biológica para sintomas positivos (alucinações, delírios, pensamento desorganizado), mas pequeno progresso na redução dos sintomas negativos⁽²⁾ (como afeto embotado, pobreza de discurso, diminuição de interesses, falta de objetivos e pobreza no funcionamento social), e sobre os déficits sociais e interpessoais na esquizofrenia. O maior objetivo no tratamento da esquizofrenia é a redução de sintomas e prejuízo familiar, social e profissional. Ensaio clínicos randomizados de terapia cognitivo-comportamental como um *plus* aos antipsicóticos, comparado com medicação, demonstram superioridade sobre sintomas psicóticos, mas pequeno efeito sobre sintomas negativos⁽⁵⁾.

A revisão sistemática de intervenções não-farmacológicas em pacientes esquizofrênicos mostra limitada evidencia sobre desfechos como habilidade cognitiva e funcionamento social, e uma carência de estudos controlados avaliando a eficácia dessas intervenções. Na maioria dos estudos, as intervenções são mal definidas, com poucos estudos controlados para avaliar a eficácia destas intervenções⁽⁶⁾. Em uma metanálise realizada por Mojtabai e cols.⁽²⁾, combinando evidência de intervenções psicossociais e farmacológicas, mostrou efeito significativo de intervenções combinadas. Entretanto, um grande número de estudos foi excluído devido à baixa padronização e grande variabilidade de métodos. Os tratamentos psicossociais compreendem intervenções sobre diferentes medidas de desfecho, tais como autocuidado, habilidades sociais, funcionamento familiar, participação em grupo de auto-ajuda, capacidade de iniciar e manter emprego, vida independente na comunidade. Diferentes modalidades de intervenções tem sido descritas nos estudos, como psicoeducação, treinamento de habilidades sociais, psicoeducação familiar, grupos de auto-ajuda, intervenção vocacional^(7,8). Dentre as abordagens mais frequentemente estudadas, está programa de Treinamento em Habilidades Sociais (*Social Skills Training Program - SST*) de Liberman e cols.⁽⁹⁾, baseado no trabalho sobre diferentes aspectos da vida social tais como medicação, cuidado pessoal, manejo de sintomas, atividades de lazer e recreação. Estudos sobre

treinamento em habilidades sociais mostram evidência de efeito positivo sobre o funcionamento pessoal e social, com considerável controvérsia sobre a possibilidade de extensão dessas habilidades aprendidas, na vida diária^(8,9). Além disso, muitos estudos focaram em diferentes medidas específicas sobre o comportamento, falhando no estudo de mudanças no funcionamento social e comunitário⁽¹⁰⁾. O aprendizado social através de representação de papéis (*role-playing*) foi introduzido por Liberman e colaboradores dentro do Programa de Treinamento de Habilidades Sociais para melhorar comunicação não verbal de contato visual, fluência verbal, gestos, expressões faciais, habilidades de conversação assertiva e expressão emocional. O treinamento de habilidades estruturado e sistemático tem mostrado superioridade sobre diferentes tratamentos psicológicos, tais como terapia de grupo de apoio e terapia ocupacional⁽¹¹⁾. Apesar de evidências da efetividade de treinamento de habilidades sociais demonstrada em *setings* clínicos (unidades de internação e ambulatório), existe evidência de pequena extensão destes efeitos sobre a vida diária das pessoas com prejuízo cognitivo^(8,11).

Roder e colaboradores desenvolveram o *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für Schizophrene Patienten*, na Alemanha. O Programa de Terapia Psicológica Integrada (IPT – Integrated Psychological Therapy) em Inglês, tem um manual de tratamento para esquizofrenia que tem mostrado ser efetivo em vários estudos controlados⁽¹¹⁻¹⁶⁾. O manual do IPT já foi traduzido para 10 línguas para uso em diferentes culturas. A tradução para o Português foi supervisionada e revisada por Roder⁽¹²⁾ em conjunto com um dos autores do presente estudo (M.Zimmer). O programa IPT foi desenvolvido para reduzir déficits cognitivos básicos em pacientes esquizofrênicos. Este programa consiste em um treinamento cognitivo-comportamental dividido em cinco subprogramas: (1) diferenciação cognitiva, (2) percepção social, (3) comunicação verbal, (4) habilidades sociais e (5) resolução de problemas interpessoais. Cada subprograma está estruturado em etapas de complexidade crescente. O foco dos três primeiros subprogramas está concentrado no desenvolvimento de funções cognitivas básicas, tais como atenção, concentração, percepção e motivação. Os dois últimos subprogramas têm como foco o desenvolvimento de tarefas mais complexas de aquisição de habilidades sociais para correção de interação social inadequada e para aumento da capacidade para resolver problemas da vida diária. As técnicas do IPT incluem instrução, aprendizagem de modelos, *role-playing*, feedback e reforço positivo. Suas atividades envolvem treinamento respostas adequadas em diferentes situações das atividades da vida diária, como convivência familiar e social, lazer e demais interações sociais relevantes

para os pacientes. Vários estudos têm mostrado que os resultados para pacientes tratados com IPT são superiores, quando comparados com grupos controle, sugerindo que treinamento com foco cognitivo reduz os prejuízos e melhora a competência social⁽¹⁷⁾.

O principal objetivo deste estudo foi determinar o efeito de 12 sessões da intervenção cognitivo-comportamental (IPT⁽⁶⁾) comparada ao tratamento usual (TU), sobre funcionamento global, cognição (memória, concentração, atenção), funcionamento social e ocupacional, adequação social, relacionamento familiar e qualidade de vida⁽¹⁸⁾. Estudos prévios demonstraram efeito significativo do programa IPT durante 17,4 semanas (47,4 horas)⁽¹⁶⁾. Estudos realizados em diferentes países, a média de frequência/duração do programa IPT foi 3 sessões por semana, de 6 meses a 1 ano de duração. Baseado em dois estudos prévios^(19,20), um programa reduzido do IPT foi planejado, com redução da aplicação do manual e exclusão de algumas etapas (significados de palavras, sinônimos, antônimos e comunicação verbal). Se este programa reduzido mostrar eficácia, poderá facilitar o treinamento de profissionais e viabilizar a sua aplicação em pacientes ambulatoriais atendidos pelo Sistema Público de Saúde.

Método

1. Delineamento

A intervenção consistiu de um ensaio clínico randomizado controlado, envolvendo indivíduos diagnosticados de esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo pela CID-10, tratados como pacientes ambulatoriais no Programa do Ambulatório de Esquizofrenia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O objetivo principal foi determinar o efeito de 12 semanas do programa cognitivo-comportamental IPT, em seis medidas de desfecho: (1) funcionamento global; (2) sintomatologia; (3) funcionamento cognitivo (memória de trabalho, atenção e concentração); (4) funcionamento sócio-ocupacional; (5) adequação social e (6) qualidade de vida.

2. Participantes

Cinquenta e seis pacientes ambulatoriais consecutivos tratados entre agosto e novembro de 2003 que aceitaram participar do ensaio clínico e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office for Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB0000921- projeto 02-331).

Os critérios de inclusão foram os seguintes: idade entre 18 e 65 anos, diagnóstico CID-10 de esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo, não ter outro diagnóstico associado como retardo mental ou doença cerebral orgânica, não ter história de abuso de droga no último ano, não estar participando de nenhum programa de reabilitação ou atividade regular como estudo ou trabalho, e morar na região metropolitana de Porto Alegre; apresentando sintomatologia estável (sem mudança de medicação, sem hospitalização e sem consulta a emergência psiquiátrica) e sem sintomas agudos (delírios, alucinações, pensamento desorganizado, maneirismos, desorientação, e sentimentos de tristeza persistentes), nos últimos 6 meses; e estar em acompanhamento psiquiátrico (psicofarmacológico).

O tamanho da amostra para este estudo foi estimado com base nos dados de estudos prévios do IPT⁽⁶⁾, com diferenças de tratamento ativo e grupo controle estimada em 42% com $\beta=80\%$ e $\alpha=0,5\%$. Devido a baixa aderência ao tratamento em esquizofrenia, a razão entre as amostras foi de 1:2 (1 intervenção ativa IPT para cada 2 tratamento usual - TU). O tamanho da amostra final obtido foi de 54 pacientes (18 para IPT e 36 para TU). Os participantes foram randomicamente alocados em 2 grupos IPT e dois grupos TU, correspondendo a períodos, um por ano. Para a alocação dos pacientes foi usado o programa de computador para gerar números através do programa PEPI.

3. Instrumentos

Para todos os sujeitos que participaram no estudo, foi feito um inventário da história clínica e dados sócio-demográficos. Além disso, vários instrumentos foram aplicados e são descritos a seguir. Todos os instrumentos tinham critério de validação Brasileira, e foram aplicados em dois momentos: antes (baseline) e depois do final do tratamento. As primeiras quatro esclas foram aplicadas por avaliadores treinados, enquanto as duas últimas foram auto-administradas.

1) OPCRIT – Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness

O OPCRIT é uma entrevista semi-estruturada que consiste de um sistema operacional que consta de 90 itens que avaliam o curso, desfecho, estressores, sinais e sintomas de transtornos psiquiátricos, associados a um algoritmo computadorizado gerando um diagnóstico de acordo com 13 sistemas de classificação, incluindo CID-10. O OPCRIT avalia várias dimensões do comportamento: aparência e comportamento, discurso e forma do pensamento, afeto e aspectos associados, crenças e idéias anormais, e percepções anormais. No presente estudo, o diagnóstico de esquizofrenia foi feito usando o OPCRIT/CID-10⁽²¹⁻²⁶⁾.

2) Brief Psychiatric Rating Scale

A Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) consiste de uma entrevista não estruturada incluindo 18 itens: preocupação somática, ansiedade, retraimento afetivo, desorganização conceitual, sentimentos de culpa, tensão, maneirismos e postura, idéias de grandeza, humor depressivo, hostilidade, desconfiança, alucinações, retardamento motor, falta de cooperação com a entrevista, delírios, afeto embotado, excitação e desorientação. Cada item tem um escore de 0 a 6 para avaliar o grau de severidade: 0 = ausente, 1 = muito leve, 2 = leve, 3 = moderado, 4 = moderadamente grave, 5 = grave e 6 = extremamente grave⁽²⁷⁾.

3) Mini-exame do Estado Mental

O Mini-exame do Estado Mental (MMSE) contém 11 questões que avaliam funções cognitivas específicas (orientação no tempo e espaço, linguagem, memória e capacidade construtiva visual). O escore total vai de 0 a 30 pontos⁽²⁸⁻³¹⁾.

4) Avaliação Global do Funcionamento

(A Escala de Avaliação Global do Funcionamento (AGF) foi usada para avaliar o funcionamento global usando o critério do Eixo V do DSM-IV. A avaliação é baseada no comportamento do paciente no último mês usando uma escala contínua de 1 a 100, onde o escore 1 representa pior funcionamento; o escore mais altos indicam melhor funcionamento e menos sintomas⁽³²⁻³⁴⁾.

5) Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional

A Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional (EASFO) quantifica o nível do funcionamento social e ocupacional do sujeito em uma escala contínua de 0 a 99, avaliando o desempenho de atividades diárias, com escores altos indicando melhor funcionamento. Esta escala é recomendada para identificar mudanças no ajustamento social e relações interpessoais durante o programas de tratamento^(32,35,36).

6) WHOQOL-BREF

O WHOQOL-BREF é um instrumento de avaliação da qualidade de vida da OMS (World Health Organization Quality of Life), consta de 26 questões, 24 retadas para quatro domínios (físico, psicológico, relações sociais, e meio ambiente) e 2 questões sobre qualidade de vida geral⁽³⁷⁾.

7) Escala de Adequação Social

A Escala de Adequação Social (EAS) é composta por 54 questões em subescalas específicas: trabalho fora de casa; trabalho em casa; vida social e lazer; relação com a família (incluindo pais, irmãos, cunhados e outros membros da família que não moram na mesma

casa); relação marital; relação com os filhos; e manejo de dinheiro. No presente estudo, três das sete subescalas foram utilizadas: trabalho em casa (avaliando a adaptação para as tarefas de casa e o interesse em atividades domésticas); vida social e lazer (avaliando amizade, solidão, atividades sociais e de lazer, expressão de sentimentos, desconforto, aborrecimentos); e relações familiares (avaliando a habilidade para lidar com conflitos, discórdias, decepções, discussões, sentimentos de culpa e preocupações com a saúde dos familiares). As outras subescalas foram excluídas porque avaliam áreas específicas (como trabalho fora de casa, relação marital, relação com os filhos e manejo de dinheiro) que são irrelevantes para os pacientes avaliados^(38,39).

4. Intervenção de 12 sessões do IPT

As 12 sessões da intervenção IPT foram baseadas em dois estudos anteriores conduzidos pelos autores do presente estudo^(19,20), nos quais foi mostrado ser melhor aceito pelos pacientes esquizofrênicos nas etapas de repetição de frases, percepção social, habilidades sociais e resolução de problemas. O manual da intervenção foi designado para incluir um sessão de 60 minutos por semana por um período de 3 meses, com descrição passo-a-passo de cada etapa do IPT⁽¹²⁾. Além disso, o estudo incluiu uma sessão adicional de psicoeducação, junto com exercícios designados para melhor reconhecimento dos sintomas e a adesão ao tratamento. A intervenção completa foi conduzida por uma psicóloga clínica, previamente treinada pelo autor do IPT (Roder). Os seguintes módulos de exercícios do IPT foram utilizados: Diferenciação Cognitiva (exercícios com cartões); Percepção Social (10 slides); Comunicação Verbal (etapa de repetição de frases); Treinamento de Habilidades Sociais e Resolução de Problemas Interpessoais. Diferenciação Cognitiva, trabalhado nas 4 primeiras sessões, compreendeu exercícios com cartões especiais (identificação de formas, cores, números e nomes de dias da semana), focando na concentração, atenção, memória de trabalho, diferenciação do relevante-irrelevante, categorização de eventos e conceito de abstração. O segundo módulo (Percepção Social), aplicado da segunda a sexta sessão, usando 10 slides, treinou a habilidade de descrição de cenas, através de discussão e análise em grupo de imagens da vida diária. A complexidade cognitiva e emocional das imagens foi considerada. Este módulo teve 4 objetivos: melhorar a percepção visual de situações sociais, reduzir modelos desajustados de percepção de contextos sociais, estabelecer estratégias mais adequadas de interpretação de situações sociais, e atingir um melhor uso de experiências anteriores. O terceiro módulo, Comunicação Verbal, foi trabalhado na quinta e na sexta sessões e foi aplicada somente a etapa de repetição literal de frases do IPT, selecionadas a

partir da realidade de vida diária dos pacientes. (ex.: “*Está chovendo muito hoje*”, “*Quando cheguei na parada de ônibus, o ônibus já tinha partido*”). Os objetivos desta etapa foram melhorar a capacidade de escutar, compreender e memorizar. O módulo de Treinamento de Habilidades Sociais, aplicado na sexta e sétima sessões, empregou a metodologia de *role-playing*, selecionando tarefas da vida diária de acordo com as necessidades dos pacientes, e exercícios cognitivos de complexidade crescente. Este módulo teve três objetivos principais: controlar ansiedade social; interromper círculo vicioso de auto-reforço negativo; melhorar o desempenho social. O módulo de Resolução de Problemas Interpessoais, empregado na oitava, nona, décima-primeira e décima-segunda sessões, tratou da identificação de problemas, raciocínio causa-conseqüência e efetividade de comportamento social. Foi incluída uma sessão adicional de psicoeducação na décima sessão, trabalhando a identificação de sintomas, sinais de recaídas e identificação de necessidades, bem como o uso de medicação, manejo de efeitos secundários e adesão ao tratamento. Os principais objetivos deste módulo foram aumentar o conhecimento sobre a doença (esquizofrenia) e melhorar a adesão ao tratamento. A seqüência do programa está descrita na Tabela 1.

5. Tratamento Usual (TU)

A intervenção TU consistiu de entrevista individual com os pacientes ambulatoriais, conduzidas uma vez a cada quinze dias com o residente de psiquiatria, de acordo com o modelo usual padrão de cuidados. Todos os casos foram individualmente revisados e discutidos, e os pacientes foram monitorados semanalmente em rounds clínicos com o supervisor.

6. Procedimentos

O banco de dados (database) do Programa do Ambulatório de Esquizofrenia identificou 272 pacientes elegíveis para o estudo. Na primeira fase de seleção foram entrevistados seqüencialmente 80 pacientes, dos quais 50 foram excluídos (30 não preencheram os critérios de inclusão; 18 se recusaram a participar do estudo e 2 por razões não especificadas). Dos 30 que inicialmente aceitaram participar do estudo, 4 se recusaram a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido, no dia da randomização. Na segunda fase de seleção, 90 pacientes foram entrevistados, e 54 destes foram excluídos (43 não preencheram os critérios de inclusão; 9 se recusaram a participar do estudo e 2 por razões não especificadas). Dos 36 pacientes que foram randomizados na segunda fase de seleção, 6 se recusaram a participar do estudo imediatamente após a randomização. A amostra total compreendeu 56 pacientes, recebendo a intervenção em dois períodos. No primeiro período,

10 pacientes ambulatoriais com IPT e 16 pacientes ambulatoriais com TU; no segundo período, 10 pacientes ambulatoriais com IPT e 20 com TU (Figura 1). Depois de assinarem o termo de consentimento informado, cada participante recebeu um código numérico e completou o Protocolo de Informações Pessoais. A randomização foi feita através do uso da tabela gerada usando o pacote estatístico PEPI. Dos 4 pacientes do primeiro estudo que não aceitaram participar, 1 desistiu por ter iniciado atividade profissional remunerada, outro por ter retomado estudos acadêmicos e 2 por mudança de idéia. Os pacientes selecionados para o grupo IPT foram submetidos a sessões semanais em grupo e tiveram consultas com um médico psiquiatra a cada duas semanas. Os pacientes do grupo TU seguiram o protocolo de tratamento original e tiveram consultas com um médico psiquiatra a cada duas semanas.

7. Análise Estatística

A análise das frequências e associações foram medidas usando o Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 11.0. O Teste “t” de Student para amostras independentes e o teste qui-quadrado foram utilizados para comparações entre os grupos sobre os dados basais. A ANOVA para medidas repetidas foi utilizada para comparações paramétricas, das diferenças de AGF, EAFSO, MMSE e Span-Palavras, WHOQOL-bref e EAS, em relação a hipótese de interação. O teste de Mann-Whitney foi usado para as comparações entre os grupos sobre sintomatologia medida pela BPRS. A ANOVA para medidas repetidas foi usada para comparações não-paramétricas, analisando as diferenças das escalas AGF, EAFSO, MMSE e span de palavras, WHOQOL-BREF e EAS, quanto à hipótese de interação.

Resultados

O final da amostra consistiu de 56 pacientes (42 homens e 14 mulheres). Como pode ser visto na Tabela 2, 17 homens e 3 mulheres compuseram o grupo IPT (n = 20), enquanto o grupo TU consistiu de 25 homens e 11 mulheres. Os pacientes foram mantidos com o mesmo regime de medicação no período do estudo, durante o qual não foi evidenciado sinais de descompensação da doença, e não foram registradas perdas durante o estudo. A maioria (95%) dos pacientes foi diagnosticada de esquizofrenia. A média de idade de início da doença no grupo IPT foi de 20,8 anos, com desvio padrão (DP) de $\pm 5,2$ anos, comparado com 22,17 $\pm 6,56$ anos no grupo TU. O tempo de evolução da doença foi de 15,25 $\pm 8,2$ anos no grupo IPT e 17,14 $\pm 8,48$ anos no grupo TU .

As características sócio-demográficas, bem como os escores dos dados basais da escala AGF, EAFSO, MMSE e Span Palavras Test, EAS e WHOQOL-bref, foram similares entre os grupos. O funcionamento global, como determinado usando a escala AGF, melhorou significativamente no grupo IPT após as 12 semanas de tratamento ($p = 0,000$). A escala AGF avalia o nível de funcionamento, o qual é diretamente influenciado pela gravidade dos sintomas. Ess difere da EAFSO, a qual avalia o nível de funcionamento social e ocupacional não influenciado diretamente pelos sintomas⁽³²⁾. A BPRS avaliou a sintomatologia revelando uma diferença significativa entre os grupos em termos de média de desconfiança no escore de dados basais (0,84 no grupo IPT e 1,80 no grupo TU; $p=0,046$, Mann-Whitney test), mas esta diferença não foi significativa entre os grupos após o final do estudo. Também houve diferença significativa entre os grupos (favorecendo o grupo IPT) no escore de retraimento afetivo da BPRS, ao final do estudo ($p = 0,017$, Mann-Whitney test). Como mostra na Tabela 3, a diferença significativa entre os grupos (novamente favorecendo o grupo IPT) foi observada nos escores de cognição do MMSE ao final do estudo: orientação no tempo e no espaço, memória e capacidade de reprodução visual ($p = 0,045$). Os pacientes do grupo IPT também mostraram melhora altamente significativa em memória verbal ($p = 0,031$, ANOVA para medidas repetidas), avaliada usando o Teste de Span de Palavras (10 palavras ditadas e repetidas pelos sujeitos). Em adição, o funcionamento sócio-ocupacional, como medido usando a EAFSO, melhorou significativamente no grupo IPT, com escore antes da intervenção de $34,70 \pm 4,27$ para o escore de $39,5 \pm 5,36$ depois da intervenção ($p = 0,000$). Na escala EAFSO, o escore entre 31 e 40, descrito no DSM-IV³² como “prejuízo importante em *diversas* áreas, tais como trabalho, escola e relacionamento familiar”. Embora esta diferença tenha sido significativa, com magnitude de efeito de $d = 1,447$ (considerada magnitude grande, segundo Cohen⁽⁴⁰⁾), a melhora no funcionamento sócio-ocupacional não chegou a atingir a classificação do nível seguinte da escala (41 em uma escala de 1 a 100), descrito no DSM-IV³² como “sério prejuízo no funcionamento social *ou* ocupacional *ou* escolar”. Em outras palavras, a diferença nos escores da EAFSO depois da intervenção refletiu melhora dos pacientes, como reportados pelos pacientes e seus familiares, em áreas específicas, principalmente quanto ao funcionamento social e ocupacional, como o aumento no envolvimento nas atividades em casa e no relacionamento familiar. A adequação social, como avaliada usando a EAS, mostrou magnitude de efeito de $d = 0,887$, através da grande melhora na adequação social geral ($p = 0,037$) e relações familiares ($p = 0,008$) que foi melhor no grupo IPT. Lazer e vida social também mostraram uma tendência forte de melhora,

favorecendo o grupo IPT ($p = 0,051$) comparando com o grupo TU. O efeito no domínio psicológico como medido usando o WHOQOL-BREF, também foi encontrado ser significativamente melhor no grupo IPT ($p = 0,021$). Os escores da qualidade de vida, medidos através de 2 questões específicas do WHOQOL-BREF foram baixos em ambos os grupos, contudo esta diferença foi significativa entre os grupos ($p = 0,037$).

Discussão

Os resultados do presente estudo demonstraram que o efeito de 12 sessões do programa IPT foi superior sobre o TU, em pacientes ambulatoriais diagnosticados com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. Embora estudos prévios conduzidos em outros países tenham mostrado que o IPT, tem efeito positivo, uma recente metanálise⁽¹⁶⁾, publicada em dezembro de 2005, demonstrou que não existem estudos sistemáticos com esta técnica no Brasil, provavelmente devido a complexidade e o tempo envolvido na aplicação da intervenção completa. Entretanto muitos estudos¹¹⁻¹⁷ têm aplicado intervenções com versões reduzidas do IPT e tem obtido resultados favoráveis. Por essa razão, nosso principal objetivo foi determinar se o manual de 12 sessões semanais com base no IPT seria suficiente para produzir melhora no funcionamento social de pacientes esquizofrênicos ambulatoriais. Se esta melhora pudesse ser demonstrada, daria suporte para recomendar o uso do IPT com pacientes atendidos pelo Sistema Público de Saúde. Os resultados demonstraram evidência de que 12 sessões do programa cognitivo-comportamental do IPT têm um efeito positivo.

Os resultados positivos podem ser atribuídos ao foco específico de atividades através de várias etapas do tratamento. Os principais problemas diários relatados pelos pacientes antes da intervenção do IPT foram dificuldades de concentração, falta de memória, comunicação deficiente com os familiares, falta de motivação para realizar tarefas em casa, insegurança, dificuldade de fazer compras e administrar o dinheiro, timidez (para pedir informações e iniciar ou manter uma conversa com outras pessoas). Os problemas de atenção, concentração e memória foram tratados durante o treinamento através dos exercícios com os cartões, descrição e discussão dos slides de cenas da vida cotidiana, etapa de repetição de frases e a interação com o grupo. A sentença de repetição de frases focou a importância da atenção concentrada, bem como o interesse nas atividades e interação com o grupo. Entre os pacientes do grupo IPT, existe uma melhora significativa na memória, concentração, orientações no tempo e no espaço, como avaliado usando o MMSE, evidenciaram uma melhora significativa ($p = 0,045$; com magnitude, $d = 0,854$). Nenhum dos pacientes estava empregado ou tinha

alguma atividade regular no início do estudo. Entretanto, ao final do estudo, houve um aumento no interesse pelas atividades fora de casa. A qualidade de vida, como medida usando o WHOQOL-BREF, teve uma diminuição similar em ambos os grupos. Isto poderia ser atribuído ao aumento do *insight* e consciência sobre as dificuldades pessoais dos pacientes. Este domínio foi avaliado através de duas questões em relação à avaliação do próprio indivíduo sobre sua qualidade de vida (“*Como você avaliaria sua qualidade de vida?*” e “*Quão satisfeito você está com sua saúde?*”). O programa IPT provavelmente favoreceu o incremento da consciência sobre o comportamento objetivo e limitações. Por outro lado deixamos de explorar o declínio no grupo TU. Estudos futuros, envolvendo amostras maiores, seriam necessários para investigar estes fatores.

Outro aspecto peculiar deste estudo foi a incorporação de uma sessão de Psicoeducação sobre esquizofrenia (definição de sintomas, identificação de sinais de recaída, importância do seguimento do tratamento, necessidade contínua de medicação e como lidar com os efeitos colaterais, e os benefícios das atividades práticas). Contudo, vários estudos também incluíram ou excluíram diferentes módulos do IPT. No estudo de Lemos e cols. foi incluído um módulo de psicoeducação, para pacientes e familiares, e o subprograma de diferenciação cognitiva foi excluído⁽¹⁴⁾. Este subprograma foi excluído devido à dúvida quanto à possibilidade de generalização destes exercícios, para atividades de vida diária, e por que estes exercícios foram mais indicados para o tratamento de déficits primários relatados pela vulnerabilidade da esquizofrenia. Os autores argumentaram que a intervenção cognitiva não tem um impacto significativo sobre o comportamento de pacientes ambulatoriais, e não consideram importante para o treinamento social. Em uma recente metanálise sobre 28 estudos com o IPT¹⁶, publicados entre 1980 e 2003 (14 foram da Alemanha; 6 da Suíça; 3 da Espanha; 1 da Holanda; 1 do Japão; 1 dos Estados Unidos; 1 da Inglaterra e 1 do Canadá). Destes 28, somente 9 utilizaram o programa completo. Dos outros 19 estudos restantes, somente 5 incluíram o subprograma de comunicação verbal. Em 5 estudos, somente 2 aplicaram os subprogramas do IPT associados a outras abordagens. Outro achado importante dessa metanálise foi que somente 5 dos 28 estudos avaliados envolveram pacientes ambulatoriais exclusivamente, 2 envolvendo pacientes em modelos mistos de cuidados (internação e ambulatório) e 21 envolvendo somente pacientes internados. Os 9 estudos empregando o programa completo do IPT foram conduzidos na Alemanha, Suíça ou Japão, e 12 dos 28 estudos utilizaram os subprogramas de diferenciação cognitiva e percepção social, sugerindo a importância do treinamento cognitivo para a melhora do funcionamento social e

reabilitação⁽¹⁷⁾. Dentro dos estudos com o IPT não houve uniformidade nos critérios de seleção dos subprogramas, e diferentes critérios foram usados para quantificar mudanças^(13,17). Esta falta de uniformidade aumenta as dificuldades envolvendo a implementação do tratamento, na possibilidade de implementação e em determinar a extensão de mudanças adquiridas com o programa IPT na vida diária^(14,19). Müller e cols. investigaram o efeito do IPT em diferentes amostras e instituições, bem como em diferentes condições¹⁶⁾. Contudo, alguns autores, argumentam que em grupos heterogêneos, sem déficits específicos ou com déficits em diferentes áreas de funcionamento, somente a aplicação completa do IPT poderá produzir um efeito mais robusto.

Limitações do estudo

A principal limitação do estudo foi devido ao pequeno tamanho da amostra. A avaliação da mudança de sintomas foi limitada pela diferença de período pré e pós na aplicação de escalas padronizadas durante a intervenção. O uso diário de psicofármacos também não foi controlado.

Considerações finais

Nosso objetivo principal foi avaliar os efeitos 12 sessões (uma sessão por semana) do programa cognitiv-comportamental, em comparação com aqueles que receberam o tratamento usual (TU), em cognição (memória, atenção, concentração), funcionamento global, social e ocupacional, adequação social e qualidade de vida em pacientes esquizofrênicos. O objetivo secundário foi a criação de um manual do IPT. 12 semanas do programa IPT resultou em melhora em várias áreas quando comparado com tratamento usual. Portanto, nós podemos afirmar que seria recomendada para o tratamento de pacientes atendidos pelo Sistema Público de Saúde Mental. Isto pode ser feito para grupos treinados usando o manual citado acima, e o processo de reabilitação poderia ser acelerado através envolvimento dos profissionais de saúde mental. Os atuais modelos de reabilitação psicossocial em esquizofrenia recomendam a aplicação de técnicas específicas (em geral mais complexas que as tipicamente oferecidas pelos serviços de atenção psicossocial). Como base nos achados do presente estudo, nós sugerimos que os programas de reabilitação incluam abordagens cognitivo-comportamentais como o IPT, que realmente demonstram efeito sobre as funções cognitivas básicas e funcionamento motor. Sabe-se que as abordagens em grupos apresentam melhores resultados

em pacientes com esquizofrenia e são também mais viáveis devido ao seu baixo custo de implementação.

O presente estudo tem vários pontos fortes: estudo de ensaio clínico controlado com diagnóstico feito através de instrumentos de avaliação padronizados; avaliadores cegos para a alocação de tratamento; uso de manual de tratamento passo-a-passo; emprego de estratégias de reforço da adesão ao protocolo; seleção de terapeuta treinado pelo autor (Roder); e 12 anos experiência (por parte de um dos autores) com abordagem cognitivo-comportamental em pacientes com esquizofrenia.

Finalmente, nós sugerimos que estudos futuros, envolvendo amostras maiores e longo período de seguimento, sejam conduzidos para confirmar nossos achados em relação aos efeitos do IPT sobre dimensões específicas na vida de pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo. Estudos adicionais deverão também comparar a eficácia de diferentes tratamentos psicossociais. Dentro desta linha, torna-se evidente a necessidade de estudos futuros com diferentes estratégias para avaliação de características preditivas associadas com boa resposta. Adicionalmente, nós devemos concentrar em estudos de dimensões de diferentes categorias de antipsicóticos (velha e nova geração, típico e atípico) e tratamento psicossocial.⁽⁸⁾.

Agradecimentos:

Este trabalho recebeu apoio em forma de bolsa de estudos através do: CNPq - CAPES – ICCTI - FAPERGS, Ministério da educação, Brasil. Nossos agradecimentos aos que também contribuíram para a execução desta pesquisa: Maria Inês Lobato, Clarissa Gama, Alexei Gil, Carmen Lúcia Leitão de Azevedo, Lísia Rejane Guimarães, Rejane Jonhan, Ana Paula Antunes, Ernesto, Vânia, Mathias, Érico e demais residentes de psiquiatria do HCPA no período de 2003 a 2005 e à equipe do CAPS-HCPA.

Referências

1. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(3):277-83.
2. Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull*. 1998;24(4):569-87.
3. Meltzer HY[No authors listed] Measuring outcome in schizophrenia: differences among atypical antipsychotic. Collaborative Working Group on Clinical Trial Evaluations. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 12):3-9.
4. Gama CS, Souza CM, Lobato MI, Belmonte de Abreu PS. Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo programa de atenção à esquizofrenia refratária da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Rev Psiquiatr RS*. 2004;26(1):21-8.
5. TARRIER N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J, Humphreys L. Durability of the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry*. 1999;174:500-4.
6. Roder V, Brenner HD, Müller D, Lächler M, Zorn P, Reisch T, Bösch J, Bridler R, Christen C, Jaspén E, Schmidl F, Schwemmer V. Development of specific social skills training programs for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(5):363-71.
7. Dickerson FB. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophr Res*. 2000;43(2-3):71-90.
8. Mueser KT, Bond GR, Drake RE. Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment outcomes. *Med Gen Med*. 2001;3(1). [cited 2006 jun 12] Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/430529> Posted: 22/03/2002.
9. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1998;155(8):1087-91.
10. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1996;153(5):607-17.
11. Roder V, Zorn P, Müller D, Brenner HD. Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2001;52(11):1439-41.

12. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. *Terapia Integrada da Esquizofrenia*. São Paulo (SP): Ed. Lemos; 2002.
13. Penades R, Boget T, Catalan R, Bernardo M, Gasto C, Salamero M. Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003;63(3):219-27.
14. Lemos Giraldez S, Vallina Fernandez O, Garcia Saiz A, Gutierrez Perez AM, Alonso Sanchez M, Ortega Fernandez JÁ. Evaluación de la efectividad de la terapia psicológica integrada en la evolución a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32(3):166-77.
15. Pomini V. The IPT integrative program schizophrenia patients: new perspectives. *Rev Med Suisse Romande*. 2004;124(4):209-12.
16. Muller DR, Roder V, Brenner HD. Effektivität des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms für schizophrene Erkrankte Eine Metaanalyse über 28 unabhängige Studien. *Nervenarzt*. [citado 3 Agosto 2005] Disponível em: [www.springerlink.com/\(hstiw45hrd1u255cw1caji2\)/app/home/contribution.asp](http://www.springerlink.com/(hstiw45hrd1u255cw1caji2)/app/home/contribution.asp) Acessado: 28/10/2005
17. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Effects of cognitive treatment in psychiatric rehabilitation. *Schizophr Bull*. 1999;25(4):657-76.
18. Souza LA, Coutinho ES. Fatores associados à qualidade de vida de pacientes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(1):50-8.
19. Zimmer M, Godoy LA, Godoy J, Belmonte-de-Abreu P. Mudança no funcionamento social e ocupacional de portadores de esquizofrenia e transtorno de humor, expostos ao Programa de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental derivado de Roder: um estudo naturalista de 3 anos. *Rev Bras Psicoter*. 2003;5(1):3-18.
20. Zimmer M, Dunca AV, Romanha R, Belmonte-de-Abreu OS. Análise qualitativa de variáveis relevantes para a aplicação do Programa Integrado de Terapia para Esquizofrenia (IPT) em pacientes esquizofrênicos do Sul do Brasil. (submetido na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul em abril de 2006)
21. McGuffin P, Farmer A. Polydiagnostic approaches to measuring and classifying psychopathology. *Am J Med Genet*. 2001;105(1):39-41.

22. Willians J, Farmer AE, Ackenheil M, Kaufmann CA, McGuffin P. A multicentre inter-rater reliability study using the Opcrit computerized diagnostic system. *Psychol Med*. 1996;26(4):775-83.
23. Serretti A, Rietschel M, Lattuada E, Krauss H, Schulze TG, Muller DJ, Maier W, Smeraldi E. Major Psychoses symptomatology: factor analysis of 2241 psychotic subjects. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251(4):193-8.
24. Azevedo MH, Soares MJ, Coelho I, Dourado A, Valente J, Macedo A, Pato M, Pato C. Using consensus OPCRIT diagnoses. An efficient procedure for best-estimate lifetime diagnoses. *Br J Psychiatry*. 1999;175:154-7.
25. de Azevedo MH, Macedo A, Dourado A, Valente J, Coelho I, Soares MJ. Grupo de estudos de genética psiquiátrica: uma década de atividades. *Psiquiatr Cln*. 2000;21(1):13-22.
26. Curtis VA, van Os J, Murray RM. The Kraepelinian dichotomy: evidence from developmental and neuroimaging studies. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12(3):398-405.
27. Romano F, Elkis H. Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica-versão Ancorada (BPRS-A). *J Bras Psiqu*. 1996;45(1):43-9.
28. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
29. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
30. Chaves ML, Izquierdo I. Differential diagnosis between dementia and depression: a study of efficiency increment. *Acta Neurol Scand*. 1992;85(6):378-82.
31. Silver H, Shlomo N. Perception of facial emotions in chronic schizophrenia does not correlate with negative symptoms but correlates with cognitive and motor dysfunction. *Schizophr Res*. 2001;52(3):265-73.
32. DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4a ed. rev. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.
33. Parker G, O'Donnell M, Hadzi-Pavlovic D, Proberts M. Assessing outcome in community mental health patients: a comparative analysis of measures. *Int J Soc Psychiatry*. 2002;48(1):11-9.

34. Yamauchi K, Ono Y, Baba K, Ikegami N. The actual process of rating the global assessment of functioning scale. *Compr Psychiatry*. 2001;42(5):403-9.
35. Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baumann BD, Baity MR, Smith SR, Price JL, Smith CL, Heindselman TL, Mount MK, Holdwick DJ Jr. Reliability and validity of DSM IV axis V. *Am J Psychiatry*. 2000;157(11):1858-63.
36. Fassino S, Piero A, Mongelli E, Caviglia ML, Delsedime N, Busso F, Gramaglia C, Abbate Daga G, Leombruni P, Ferrero A. Baseline personality functioning correlates with 6 month outcome in schizophrenia. *Eur Psychiatry*. 2003;18(3):93-100.
37. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon A. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saude Publica*. 2000;34(2):178-83.
38. Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AW. Escala de auto-Avaliação de adequação social – validação da versão em língua Portuguesa. In: *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia*. São Paulo (SP): Lemos; 2000. p. 401-06.
39. Gorenstein C, Moreno RA, Bernik MA, Carvalho SC, Nicastrí S, Cordas T, Camargo AP, Artes R, Andrade L. Validation of the Portuguese version of the Social Adjustment Scale on Brazilian samples. *J Affect Disord*. 2002;69(1-3):167-75.
40. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.

Figura 1 – Recrutamento de pacientes e processo de randomização

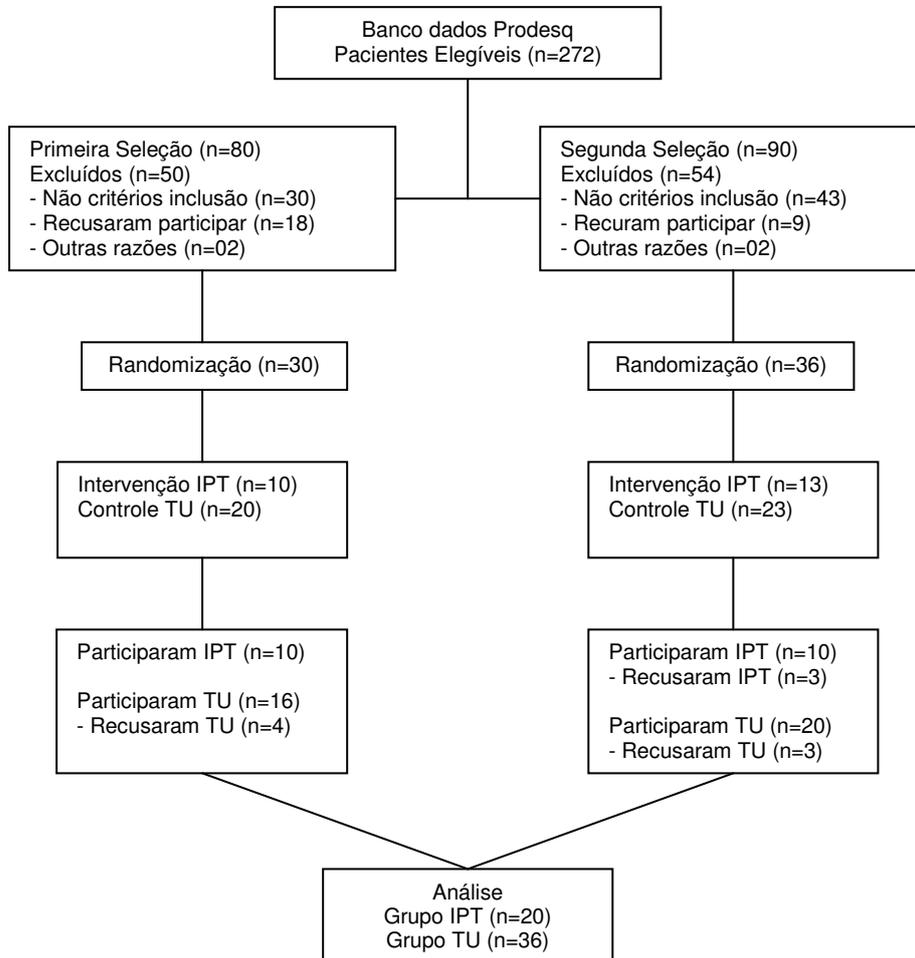


Fig. 1. Diagrama de acordo com modelo CONSORT, JAMA, 2001.

Tabela 1 – Distribuição das etapas nas 12 sessões da Intervenção IPT

Subprograma	Diferenciação cognitiva	Percepção social	Comunicação verbal	Habilidades sociais	Resolução Problemas	Psicoeducação
Seleção etapas	Exercícios com cartões	10 slides	Repetição literal verbal de frases (6 frases)	Aplicação de todas as etapas 4 situações práticas	Aplicação de todas as etapas 6 situações práticas	Informação geral sobre esquizofrenia
Session	1ª 2ª 3ª	2ª 3ª 4ª 5ª	5ª 6ª	7ª 9ª	8ª 11ª 12ª	10ª

Tabela 2 – Características demográficas da amostra (n = 56)

	<i>IPT</i> (n = 20)	<i>TU</i> (n = 36)	<i>p</i>	
			Teste-t	χ^2 test
Sexo			0,205	
Masculino	17	25		
Feminino	3	11		
Idade média em anos \pm DP	36,05 \pm 7,09	39,31 \pm 8,85	0,164	
Diagnóstico CID-10			0,731	
Esquizofrenia	19	34		
T. Esquizoafetivo	1	2		
Idade início doença em anos \pm DP	20,80 \pm 5,19	22,17 \pm 6,55	0,266	
Duração da doença em anos \pm DP	15,25 \pm 8,18	17,14 \pm 8,47	0,422	
Anos de Educação				0.287
Até 5 anos, n (%)	5 (25%)	18 (50%)		
5 a 8 anos, n (%)	5 (25%)	8 (22.2%)		
9 a 11 anos, (%)	8 (40%)	8 (22.2%)		
Mais de 11 anos, (%)	2 (10%)	2 (5.6%)		
Estado Civil			0,367	
Solteiro, n (%)	14 (70%)	28 (77,77%)		
Casado, n (%)	2 (10%)	5 (13,89%)		
Separado, n (%)	4 (20%)	3 (8,33%)		
Curso (Opcrit)				0.198
Episódios múltiplos boa recuperação, n (%)	1 (5%)	4 (11%)		
Episódios múltiplos recuperação parcial, n (%)	7 (35%)	6 (16.7%)		
Transtorno contínuo crônico, n (%)	9 (45%)	13 (36.1%)		
Transtorno crônico com deterioro, n (%)	3 (15%)	13 (36.1%)		

SD: desvio padrão

Tabela 3 – Diferença de médias antes e depois de 12 semanas de intervenção comparando 20 sujeitos do grupo IPT e 36 do grupo TU (teste ANOVA para medidas repetidas)

<i>Medidas</i>	<i>IPT (n=20)</i>		<i>TU (n=36)</i>		<i>ANOVA Medidas Repetidas p</i>
	<i>Antes</i>	<i>Depois</i>	<i>Antes</i>	<i>Depois</i>	
AGF¹	34,70 (4,27)	39,50(5,36)	35,25(5,46)	33,81(5,12)	0,000
EAFSO²	34,20(5,31)	43,25(6,54)	35,81(5,56)	34,14(4,53)	0,000
MMSE³	26,65(2,37)	27,15(2,64)	25,06(3,70)	24,22(3,92)	0,045
Span-Palavras⁴	4,35(1,72)	4,95(1,82)	4,11(1,47)	4,42(1,81)	0,031
WHOQOL-bref⁵					
Físico	36,59(26,64)	36,83(27,14)	35,45(24,53)	32,95(21,86)	0,384
Psicológica	38,70(25,07)	40,08(26,84)	40,30(25,74)	34,44(23,17)	0,021
Rel.Sociais	35,75(28,00)	36,35(29,59)	35,84(26,49)	32,25(20,52)	0,414
Ambiente	36,16(22,66)	37,63(26,38)	38,30(25,53)	34,92(23,11)	0,215
QV Geral	71,82(18,09)	39,15(27,82)	61,81(21,33)	35,63(24,89)	0,000
EAS⁶					
Trab.Casa	1,54(0,44)	1,61(0,61)	1,84(0,71)	1,92(0,72)	0,955
Lazer	2,56(0,43)	2,28(0,61)	2,68(0,69)	2,78(0,88)	0,051
Rel.Familiares	1,94(0,54)	1,68(0,53)	1,99(0,50)	2,20(0,68)	0,008
Geral	2,02(0,33)	1,86(0,47)	2,15(0,46)	2,27(0,61)	0,037

(1) AGF – Avaliação Global de Funcionamento

(2) EAFSO – Escala de Avaliação do Funcionamento Social e Ocupacional

(3) MMSE – Mini-Exame do Estado Mental

(4) Span-palavras – repetição 10 palavras

(5) WHOQOL-bref – Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde

(6) EAS – Escala de Adequação Social

ARTIGO 3 (versão em Inglês)

A twelve-week randomized controlled study of the cognitive-behavioral Integrated Psychological Therapy program: positive effect on the social functioning of schizophrenic patients

Estudo controlado randomizado de 12 semanas do programa cognitivo-comportamental IPT (Terapia Psicológica Integrada) com efeito positivo sobre o funcionamento social em pacientes com esquizofrenia

Marilene Zimmer,¹ Adriana Veríssimo Duncan,² Daniela Laitano,³ Eloisa Elena Ferreira,⁴ Paulo Belmonte-de-Abreu^{5,6}

¹Psychologist, Masters Degree in Social Psychiatry, Schizophrenia Program – Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)

²Occupational Therapy

³Psychologist

⁴Neuroscience Program, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS), Porto Alegre, Brazil

⁵Department of Psychiatry, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, Brazil

⁶Schizophrenia Program, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brazil

Programa de Esquizofrenia (Prodesq, Schizophrenia Program), Psychiatry and Legal Medicine Clinic, Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), Porto Alegre, Brazil.

Financing: This study received financial support in the form of scholarship grants from the Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), the Instituto de Cooperação Científica e Tecnológica Internacional (ICCTI), the Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) and the Brazilian Ministry of Education.

Conflicts of interest: none

Submitted: April 27, 2006

Accepted: October 18, 2006

Correspondence

Marilene Zimmer

Rua Baronesa do Gravataí, 344/101 – Menino Deus - 160-070 Porto Alegre, RS, Brazil

Phone: (55 51) 3228-7518 / (55 51) 8122-4840

E-mail: marilenezimmer@gmail.com

Abstract

Objectives: The present study was designed to evaluate the effect of twelve weekly sessions of the cognitive-behavioral program originally known as the *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für Schizophrene Patienten*, designated the Integrated Psychological Therapy (IPT) program in English, on cognition, social adjustment and quality of life in schizophrenic outpatients, comparing it to the effect of treating such patients as usual. **Method:** Fifty-six adult outpatients (from 18 to 65 years of age) with ICD-10-based diagnoses of schizophrenia were randomly assigned to two different groups: active intervention (IPT group); and treatment as usual (control group). Outcome measures were quality of life (as determined using the World Health Organization Brief Quality of Life Assessment Instrument), cognition (Mini-Mental State Examination and Word Recall Test), global functioning (DSM-IV Global Assessment of Functioning scale), social functioning (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) and social adjustment (Social Adjustment Scale). **Results:** The findings suggest that, in comparison with treatment as usual (control group), the twelve-session IPT program had a positive effect on several outcome measures: cognition in the domains of spatiotemporal orientation ($p = 0.051$) and memory ($p = 0.031$); overall social adjustment ($p = 0.037$), leisure/social life ($p = 0.051$) and family relations ($p = 0.008$); overall functioning ($p = 0.000$); social-occupational functioning ($p = 0.000$); and quality of life in the psychological domain ($p = 0.021$). **Conclusion:** The twelve-session cognitive-behavioral IPT intervention demonstrated superiority over treatment as usual in its effects on cognition, social adjustment and quality of life. Studies involving larger samples, longer follow-up periods and additional outcome measures are needed in order to assess the specific effects on dimensions of social functioning, cognitive functioning and quality of life in patients with schizophrenia.

Keywords: Quality of life; Social adjustment; Cognition; Schizophrenia; Social support

Resumo

Objetivos: O presente estudo foi designado para avaliar o efeito de 12 sessões semanais do programa cognitivo-comportamental IPT (*Integrated Psychological Therapy – Integriertes psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten – Terapia Psicológica Integrada*), comparado ao tratamento usual sobre o funcionamento cognitivo, ajustamento social e qualidade de vida em pacientes ambulatoriais com esquizofrenia. **Método:** Cinquenta e seis pacientes ambulatoriais adultos (idade entre 18 e 65 anos) com diagnóstico de esquizofrenia pela CID-10, foram aleatoriamente designados para dois grupos: intervenção ativa (IPT) e tratamento usual (grupo controle). As diferenças de medidas de resultados foram em qualidade de vida (*Quality of Life Scale abridged version*), cognição (*Mini-Mental State Examination* e *word-span*), funcionamento global (*Global Assessment of Functioning-DMS-IV*), funcionamento social (*Social and Occupational Functioning Scale-DSM-IV*) e ajustamento social (*Social Adjustment Scale*). **Resultados:** Os achados sugerem que 12 sessões do programa IPT mostraram um efeito positivo sobre várias medidas de resultado comparado ao grupo controle (tratamento usual): cognição nos domínios de orientação no

tempo e no espaço ($p = 0,045$) e memória ($p = 0,031$); ajustamento social geral ($p = 0,037$), lazer e vida social ($p = 0,051$), relações familiares ($p = 0,008$); funcionamento global ($p = 0,000$); funcionamento sócio-ocupacional ($p = 0,000$); e qualidade de vida no domínio psicológico ($p = 0,021$).

Conclusão: A intervenção cognitivo-comportamental de 12 sessões do IPT demonstrou superioridade de efeito sobre cognição, ajustamento social e qualidade de vida comparado ao tratamento usual. Estudos com amostras maiores, maior tempo de seguimento (follow-up) e medidas adicionais de desfechos são necessários para avaliar efeitos específicos sobre dimensões de funcionamento cognitivo, social e qualidade de vida em esquizofrênicos.

Descritores: Qualidade de vida; Ajustamento social; Cognição; Esquizofrenia; Impacto psicossocial / reabilitação

Introduction

Schizophrenia is a major psychiatric disorder associated with multiple relapses and an alternating pattern of partial or total symptom remission.¹ This pattern is of course associated with considerable damage to and burden on patients and families, encouraging researchers and clinicians to put forth considerable effort to identify better alternatives for treating schizophrenia. The search for more efficient and cost-effective interventions has driven clinicians and researchers over the last decade.² Increased understanding of the biology of schizophrenia has provided better biological therapies for the treatment of positive symptoms (hallucinations, deliriums and disorganized thought), which have little effect on negative symptoms² (restricted mood, poverty of speech, reduction of interests, lack of objectives, poor social functioning and anhedonia) or on social and interpersonal deficits in schizophrenia.³ The major goals in the treatment of schizophrenia moved from symptom reduction to family, social and professional improvement.⁴ Randomized controlled clinical trials of cognitive-behavioral therapy plus antipsychotics compared with medication alone demonstrated superiority over psychotic symptoms, but small effects over negative symptoms.⁵ Systematic reviews of nonpharmacological interventions in schizophrenic patients have provided limited evidence regarding clinically meaningful outcomes such as cognition and social functioning, and few controlled studies have assessed the efficacy of these interventions. In most cases, the interventions were poorly designed and failed to include standardized methods of cognitive-behavioral therapy.⁶ A meta-analysis carried out by Mojtabai et al., combining evidence from psychosocial and pharmacological interventions, showed a significant effect of combined intervention.² However, a great number of studies were excluded from the analysis due to low standardization and large variability of methods. The psychosocial treatments comprised interventions aimed at different outcomes, such as self-care, social skills, family functioning, involvement in self-help groups, capacity for getting/keeping a job and independent life in the community. Various modalities have been described: psychoeducation; social skills training; family psychoeducation; self-help groups; and vocational intervention.⁷⁻⁸ Among the most frequently studied interventions is the Social Skills Training Program devised by Liberman et al., which focuses on different aspects affecting social life, such as medication, personal care and symptom management, leisure and entertainment activities.⁹ Studies of social skills training have

provided evidence of improved personal and social functioning, although there is considerable controversy as to whether these learned skills can be extrapolated to daily life.⁸⁻⁹ In addition, most studies have focused on specific behavioral measures and have not studied changes in social and community functioning.¹⁰ In the Social Skills Training Program, Liberman et al. introduced social learning through role playing, which addresses improvement in nonverbal communication such as eye contact, verbal fluency, gestures, facial expressions, assertive conversational skills and emotional expression. Structured social skills training has proven superior to various psychological treatments, such as supportive group psychotherapy and occupational therapy.¹¹ Although the evidence of effectiveness of social skills training demonstrated in clinical settings (inpatient and outpatient facilities), there is evidence of small extension of these effects over daily life in people with cognitive impairment.^{8,11}

Roder et al. developed the *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für Schizophrene Patienten* in Germany. Known as the Integrated Psychological Therapy (IPT) program in English, it is a manual-based treatment for schizophrenia that has been shown to be effective in several controlled studies.¹¹⁻¹⁶ The IPT manual has been translated into more than 10 languages for use in different cultures. The translation to Portuguese was supervised and reviewed by Roder¹² in conjunction with one of the authors of the present study (M. Zimmer). The IPT program was developed to reduce basic cognitive deficits in schizophrenic patients. This program consists of cognitive-behavioral training divided into five subprograms: 1) cognitive differentiation; 2) social perception; 3) verbal communication; 4) social skills; and 5) interpersonal problem solving. Each subprogram consists of steps of increasing complexity. The first subprogram is centered on the development of basic cognitive functions (attention, concentration, perception and motivation). The last two subprograms focus on social skills, social interaction and problem-solving abilities. The IPT techniques include instruction, model learning, role-playing, feedback and positive reinforcement, with the response training on family and social interaction, leisure and relevant social interactions. Various studies have shown that outcomes for IPT-treated patients are superior to those obtained in controls, suggesting that cognitive training reduces damage and improves social competence.¹⁷

The main goal of this study was to determine the effect of a twelve-session cognitive-behavioral intervention (IPT⁶) compared to that of treatment as usual (TaU), on general functioning, cognition (memory, concentration, and attention), social-occupational functioning, social adequacy, family relationship and quality of life.¹⁸ Previous studies have demonstrated significant effects of an IPT program lasting 17.4 weeks (47.4 hours).¹⁶ In studies performed in various countries, the average frequency/duration of IPT programs was 3 sessions per week/for 6 months to 1 year. Based on two previous studies,¹⁹⁻²⁰ an abbreviated IPT program was devised, involving minimal application of the manual and the exclusion of some stages (meaning of words, synonyms, antonyms and verbal communication). If this reduced program proves effective, it will facilitate the training professionals and will allow the program to be applied to outpatients served by the Public Health System.

Method

1. Design

The intervention consisted of a randomized controlled trial involving individuals with ICD-10-diagnosed schizophrenia or schizoaffective disorder treated as outpatients in the Schizophrenia Outpatient Program of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). The primary goal was to determine the effect of a twelve-week cognitive-behavioral IPT program on six major outcome measures: 1) global functioning; 2) symptomatology; 3) cognitive functioning (work memory, attention and concentration); 4) social-occupational functioning; 5) social adjustment; and 6) quality of life.

2. Participants

Fifty-six consecutive outpatients treated between August and November of 2003 agreed to participate in the trial and gave written informed consent. The study design and the consent form used were approved by the Ethics Committee of the HCPA.

The inclusion criteria were as follows: being between 18 and 65 years of age; ICD-10-diagnosed schizophrenia or schizoaffective disorder; presenting no concomitant mental retardation or organic brain disease; having no history of drug use within the preceding year; not being a participant in any other rehabilitation program; not being engaged in regular life activities such as study or work; being a resident of the greater metropolitan area of Porto Alegre; presenting stable symptomatology (no changes in medication, no hospitalizations and no emergency psychiatric consultations) and the absence of acute symptoms (delusion, hallucinations, disorganized speech mannerisms, disorientation and persistent sadness) for the last 6 months; and being in psychiatric (psychopharmacological) follow-up treatment.

The sample size estimation for this study was based on data from previous IPT studies,⁶ with differences in active and control treatment estimated at 42%, with a $\beta = 80\%$ and an $\alpha = 0.5\%$. Due to low treatment compliance in schizophrenia, the ratio between samples was 1:2 (1 IPT outpatient for every 2 TaU outpatients). The final sample consisted of 54 (18 IPT and 36 TaU) outpatients. Participants were randomly divided into two IPT groups and two TaU groups, corresponding to two one-year periods. Patient allocation involved the computer generation of random numbers using the PEPI program.

The investigation was approved by the Ethical Committee of the HCPA as on IRB by the Office for Human Research Protections (IRB0000921- project 02-331)

3. Instruments

For all subjects participating in the study, a sociodemographic and clinical history inventory was taken. In addition, various instruments were applied and are described below. All instruments used Brazilian validation criteria and were applied at two time points: at baseline and at the end of treatment. The first four scales were applied by trained raters, whereas the last two were self-administered. The raters were blinded as to the treatment group to which a given patient belonged.

1) Operational criteria checklist for psychotic illness

The Operational Criteria Checklist for Psychotic Illness (OPCRIT) is a semistructured computerized diagnostic interview consisting of 90 items used to evaluate course, outcome, stressors, signs and symptoms of psychiatric disorders, accompanied by a computerized algorithm generating a diagnosis according to 13 classification systems, including the ICD-10. The OPCRIT assesses various dimensions of behavior: appearance and behavior; discourse and formal thought; affection and associated aspects; beliefs and abnormal ideas; and abnormal perceptions. In the present study, diagnoses of schizophrenia were made using OPCRIT/ICD-10 criteria.²¹⁻²⁶

2) Brief Psychiatric Rating Scale

The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) consists of an unstructured interview including 18 items: somatic concern; psychic anxiety; emotional withdrawal; conceptual disorganization; feelings of self-depreciation and guilt; somatic anxiety; specific motor disturbances; overly-inflated self-esteem; depressive mood; hostility; suspiciousness; hallucinations; psychomotor retardation; uncooperativeness; unusual thought content; blunted or inappropriate affect; psychomotor agitation; and disorientation/confusion. Each item is scored from 0 to 6 to denote the degree of severity: 0 = absent; 1 = very mild; 2 = mild; 3 = moderate; 4 = moderately severe; 5 = severe and 6 = extremely severe.²⁷

3) Mini-Mental State Examination and word-span

The Mini-Mental State Examination (MMSE) contains 11 questions assessing specific cognitive functions (spatiotemporal orientation, language, memory and visual constructive capacity). The total score ranges from 0 to 30 points. In addition the word-span consists of 0 words dictated and repeated by the subject.²⁸⁻³¹

4) Global Assessment of Functioning scale

The Global Assessment of Functioning (GAF) scale is used to assess global functioning using DSM-IV Axis V criteria. The assessment is based on patient behavior in the preceding month and uses a continuous scale ranging from 1 to 100, a score of 1 representing the worst functioning; the higher scores denoting better functioning and fewer symptoms.³²⁻³⁴

5) Social and Occupational Functioning Assessment Scale

The Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) quantifies the level of social and occupational functioning of the subject on a continuous scale ranging from 0 to 99, assessing the performance of daily activities, higher scores denoting better functioning. This scale is recommended for identifying changes in social adjustment and interpersonal relations during treatment programs.^{32,35-36}

6) World Health Organization Brief Quality of Life Assessment Instrument

The World Health Organization Brief Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL-BREF) is a questionnaire comprising 26 questions, 24 related to four domains (physical, psychological and social relationships, and environment) and 2 regarding quality of life in general.³⁷

7) Social Adjustment Scale

The Social Adjustment Scale (SAS) is composed of 54 questions in seven specific subscales: employment; housework; social life and leisure; family relationships (with parents, siblings, in-laws and other members of the extended family); marital relationships; parent-child relationships; and token

economy management. In the present study, three of the seven subscales were employed: housework (assessing adaptation to household chores and interest in domestic activities); social life and leisure (assessing friendships, loneliness, leisure activities, social activities, expression of feelings, discomfort, annoyance); and family relationships (assessing the ability to deal with conflicts, disagreements, disappointments, arguments, feelings of guilt and preoccupation with the health of relatives). The other subscales were excluded because they assess specific areas (such as exercise, marital relationships, parent-child relationships and token economy management) that are irrelevant for the patients evaluated.³⁸⁻³⁹

4. The twelve-session IPT Intervention

The twelve-session IPT Intervention was based on two previous studies conducted by the authors of the present study,¹⁹⁻²⁰ in which it was shown to be more well accepted by schizophrenic patients in the items sentence repetition, social perception, social skills and problem-solving. The manual-based intervention was designed to include one 60-min session per week for a period of 3 months, with a step-by-step description of each IPT⁽¹²⁾ stage. The study included one additional psycho-education session, together with exercises designed to improve symptom recognition and treatment compliance. The entire intervention was performed by a clinical psychologist previously trained the IPT author (Roder). The IPT modules employed the following exercises: Cognitive Differentiation (exercise cards); Social Perception (10 slides); Sentence Repetition steps of Verbal Communication; Social Skills Training; and Interpersonal Problem-Solving. Cognitive Differentiation, covered during the first 4 sessions, comprised exercises using special cards (identification of shapes, colors, numbers and the names of days of the week) days and focusing on concentration, attention, working memory, essential-irrelevant differentiation, event categorization and concept building. The second module (Social Perception), applied from the second to the sixth session using 10 slides, trained the ability of scenario description through group discussion and analysis of daily life images. The cognitive complexity and the emotional characteristics in the images were then considered. This module has four objectives: to improve visual perception of social situations; to reduce inappropriate perceptions of social contexts; to establish more appropriate strategies for interpreting social situations; and to achieve better use of previous experiences. The third module, Verbal Communication, was used in the fifth and sixth sessions and only applied to the literal repetition of IPT verbal sentences related to the daily lives of the patient (e.g., *"It's raining a lot today."*; *"When I got to the bus stop, the bus had already left."*). The goals of this module were to improve patient capacity to listen, understand and memorize. The Social Skills Training module, applied from the seventh to ninth sessions, employed role-playing methodology, selecting daily life activities according to patient needs, and cognitive exercises of increasing complexity. This module had three major objectives: to reduce social anxiety; to interrupt negative self-reinforcement; and to increase social performance. The Interpersonal Problem-Solving module, employed in the eighth, ninth, eleventh and twelfth sessions, dealt with problem identification, cause-effect reasoning and effective social behavior. An additional psychoeducation session was included in the tenth session, working on the identification of symptoms, relapses and needs, as well as on the use of medication, treatment compliance and the management of drug side effects. The

principal goals of this module were to increase patient knowledge regarding the illness (schizophrenia) and to improve treatment compliance. The program sequence is described in Table 1.

5. Treatment as usual

The TaU intervention consisted of individual outpatient consultations, conducted once every two weeks with psychiatry residents, according to the usual standard of care. All cases were individually reviewed and discussed, and the patients were monitored weekly in clinical rounds with the staff.

6. Procedures

The Schizophrenia Outpatient Program database identified 272 outpatients as being eligible for inclusion in the study. In the first selection phase, 80 consecutive outpatients were interviewed, of which 50 were excluded (30 failed to meet the inclusion criteria; 18 declined to participate; and 2 dropped out for unspecified reasons). Of the 30 patients that initially accepted to participate in the study, 4 refused to give written informed consent at randomization. In the second selection phase, 90 patients were interviewed, and 54 of those were excluded (43 failed to meet the inclusion criteria; 9 declined to participate; and 2 dropped out for unspecified reasons). Of the 36 patients that were randomized in the second selection phase, 6 refused to give participate in the study after immediately randomization. Therefore, the total final sample comprised 56 patients receiving intervention in two periods. In the first period, 10 IPT outpatients and 16 TaU outpatients were treated; and, in the second period, 10 IPT outpatients and 20 TaU outpatients (Figure 1). After giving written informed consent, each participating patient received a numerical code and completed a Personal Information Protocol form. Randomization was achieved through the use of a random table generated using the PEPI package. There were 4 patients who dropped out: 1 due to becoming employed; 1 due to enrolling in an academic program; and 2 due to changing their minds. Outpatients selected for the IPT group were submitted to weekly group sessions and had consultations with an attending physician every two weeks. Outpatients in the TaU group followed the original treatment protocol and had consultations with an attending physician every two weeks.

7. Statistical analysis

The analyses of frequencies and associations were made using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 11.0. The Student's *t*-test for independent samples and chi-square test were used for group comparisons of baseline data. The Mann-Whitney test was used for group comparisons of symptomatology, as measured using the BPRS. The ANOVA was used for repeated measures for parametric comparisons, analyzing differences regarding the interaction test hypothesis in GAF scale, SOFAS, MMSE, Word Recall Test, WHOQOL-BREF and SAS scores.

Results

The final sample consisted of 56 patients (42 males and 14 females). As can be seen in Table 2, 17 males and 3 females composed the IPT group ($n = 20$), whereas the TaU group consisted of 25 males and 11 females ($n = 36$). Patients were maintained on the same drug regimen throughout the

study period, during which there was no evidence of illness decompensation, and there were no losses. The great majority (95%) of the patients were diagnosed with schizophrenia. Mean age at the onset of the illness in the IPT group was 20.8 years, with a standard deviation (SD) of ± 5.2 years, compared with 22.17 ± 6.56 years in the TaU group. The duration of the illness was 15.25 ± 8.2 years in the IPT group and 17.14 ± 8.48 years in the TaU group.

Sociodemographic characteristics, as well as baseline GAF scale, SOFAS, MMSE, Word Recall Test, SAS and WHOQOL-BREF scores, were similar between the two groups. Global functioning, as determined using the GAF scale, improved significantly in the IPT group after the twelve weeks of treatment ($p = 0.000$). The GAF scale assesses the level of functioning, which is directly influenced by symptom severity. It differs from the SOFAS, which assesses the level of social and occupational functioning not directly influenced by symptoms.³² The BPRS assessment of symptomology revealed a significant difference between the groups in terms of mean suspiciousness score at baseline (0.84 in the IPT group and 1.80 in the TaU group; $p = 0.046$, Mann-Whitney test), although this difference was not significant at the study endpoint. There was also a significant difference between the groups (favoring the IPT group) in BPRS emotional withdrawal score at the study endpoint ($p = 0.017$, Mann-Whitney test). As shown in Table 3, significant differences between the groups (again favoring the IPT group) were observed in MMSE cognitive scores at the study endpoint: spatiotemporal orientation; memory; and capacity for visual reproduction ($p = 0.045$). Patients in the IPT group also presented significantly greater improvement in verbal memory ($p = 0.031$, ANOVA for repeated measurements), as assessed using the word-span Word Recall Test (10 words dictated and repeated by the subject). In addition, social-occupational functioning, as measured using the SOFAS, increased significantly in the IPT group, from a pre-intervention score of 34.20 ± 5.31 to a post-intervention score of 43.25 ± 6.54 ($p = 0.000$). On the SOFAS, a score between 31 and 40 described in the DSM-IV³² as “significant damage in *several* areas, such as work, school and family relationships”. Although this difference was found to be significant (magnitude of effect, $d = 1.447$, which is considered large according to Cohen⁴⁰), the improvement in social-occupational functioning failed to reach the next level (41 on a scale of 1 to 100), described in the DSM-IV³² as “serious damage to social functioning *either* occupationally *or* academically”. In other words, the post-intervention difference in SOFAS scores reflects patient improvement, as reported by patients and relatives, in specific areas, mainly in social-occupational functioning, such as increased involvement in household tasks and in family relationships. Social adjustment, as assessed using the SAS, displayed a magnitude of effect of $d = 0.887$, although greater improvements in general social adjustment ($p = 0.037$) and family relationships ($p = 0.008$) were seen in the IPT group. Leisure and social life also showed a strong trend toward improvement, favoring the IPT group ($p = 0.051$) over the TaU group. The effect on the psychological domain as measured using the WHOQOL-BREF, was also found to be significantly greater in the IPT group ($p = 0.021$). The overall quality of life, measured by two questions by WHOQOL-BREF, scores were low in both groups, although there was a significant difference between the groups ($p = 0.037$).

Discussion

The results of the present study demonstrate that the effect of the twelve-session IPT program was superior to that of TaU among outpatients diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorder. Although previous studies conducted in other countries have shown that IPT has positive effects, a recent meta-analysis,¹⁶ published in December of 2005, demonstrated that there have been no systematic studies of this technique in Brazil, probably due to the complexity of and the time involved in performing a complete intervention. However, many authors¹¹⁻¹⁷ have applied shortened versions of the IPT program and have obtained favorable results. Therefore, our main goal was to determine whether a twelve-week, manual-based IPT program would improve social functioning in outpatients with schizophrenia. If such an improvement could be demonstrated, it would support the recommendation of the use of IPT in patients served by the Public Health System. Our results provide evidence that a twelve-session cognitive-behavioral IPT program has a positive effect.

The positive results can be attributed to the focus on specific activities throughout the various stages of treatment. The major daily-life problems reported by patients before the IPT intervention were related to poor concentration, faulty memory, deficient communication with the family, lack of motivation for household tasks, insecurity, shopping/token economy management, and shyness/inhibition (in asking for information and holding conversations with others). Problems of attention, concentration and memory were addressed during the training through card exercises, slide presentations and discussion of daily-life scenarios, sentence repetition and modeling of group interaction. The sentence repetition stage focused on the importance of concentrated attention, as well as on interest in activities and group interaction. Among the IPT outpatients, there was a significant improvement in memory, concentration and spatiotemporal orientation, as assessed using the MMSE ($p = 0.045$; magnitude of effect, $d = 0.854$). None of the patients were employed or had regularly scheduled activities at the study outset. However, by the study endpoint, there was increased interest in seeking activities outside the home. Quality of life, as measured using the WHOQOL-BREF, decreased to a similar degree in both groups. This could be attributed to increased patient insight into and awareness regarding personal difficulties. This domain is assessed through two questions regarding individual general self evaluation of quality of life ("*How would you evaluate your quality of life?*"; "*How satisfied are you with your health?*"). The IPT program probably favored increased personal awareness regarding objective behavior and limitations. However, the reason for the worsening in TaU group outpatients is unknown. Further studies, involving larger samples, would be necessary in order to investigate these factors.

Another unusual aspect of this study was the incorporation of a psychoeducation session on schizophrenia (symptom definition; identification of signs of relapse; importance of treatment compliance; continued need for medication; strategies for dealing with side-effects; and the benefits of practical activities). Nevertheless, various studies have also included or excluded different IPT modules. In the study conducted by Lemos et al., a psychoeducational module for patients and families was included, and the cognitive differentiation subprogram was excluded.¹⁴ This program was excluded due to concerns regarding the possibility of generalizing those exercises to daily life activities, and because those exercises were more indicated for the treatment of primary deficits

related to schizophrenia vulnerability. The authors questioned whether or not the cognitive intervention has a significant impact on outpatient behavior and did not consider it important for social training. In a recent meta-analysis of 28 IPT studies¹⁶ published between 1980 and 2003 (14 from Germany; 6 from Switzerland; 3 from Spain; 1 from the Netherlands; 1 from Japan; 1 from the USA; 1 from England; and 1 from Canada). Of the 28 studies, only 9 employed the full program. Of the 19 remaining studies, only 5 included the verbal communication subprogram. Of those 5 studies, only 2 used IPT subprograms accompanied by other approaches. Another important finding of that meta-analysis is that only 5 of the 28 studies involved outpatients exclusively, 2 involving patients in mixed models of care (inpatient and outpatient) and 21 involving inpatients only. The 9 studies employing the complete program were conducted in Germany, Switzerland or Japan, and 12 of the 28 used the cognitive differentiation and social perception modules, suggesting the importance of cognitive training for improving social functioning and rehabilitation.¹⁷ Among prior IPT studies, there was no uniformity in selection criteria for subprograms, and different criteria were used to quantify changes.^{13,17} This lack of uniformity increases the difficulty involved in treatment implementation, in the possibility of implementation and in determining the extent of changes in daily life achieved with the IPT program.^{14,19} Müller et al. investigated the effect of IPT in different samples and institutions, as well as under different conditions.¹⁶ However, the authors state that, among heterogeneous groups, without nonspecific deficits in different areas of functioning, the complete IPT application produced a more robust effect.

Limitations of the study

The major limitation of the study was the small sample size. In addition, the evaluation of the symptoms was limited by varying intervals between pre-intervention and post-intervention applications of standardized scales. Furthermore, the daily use of drugs was not monitored.

Final considerations

Our primary goal was to compare the effects of a twelve-session (one session per week) cognitive-behavioral program, in comparison with those achieved through the use of TaU, on cognition (memory, attention and concentration), global functioning, social-occupational functioning, social adjustment and quality of life in patients with schizophrenia. A secondary goal was the creation of an IPT manual. The twelve-week IPT program resulted in improvements in various areas when compared to TaU. Therefore, we can argue that the IPT technique should be recommended for the treatment of patients served by the Mental Health Public System. This could be accomplished by groups trained using the manual cited above, and the rehabilitation process could be accelerated through the involvement of mental health professionals. The current models of psychosocial rehabilitation in schizophrenia recommend application of specific rehabilitation techniques (in general more complex than those typically employed by psychosocial teams). Based on the findings of the present study, we suggest that rehabilitation programs include cognitive-behavioral approaches, such as IPT, that have been shown to have an effect on basic cognitive and motor functions. It seems that group approaches

present better results in patients with schizophrenia and are also feasible due to the low cost of their implementation.

The present study has several strengths: being a randomized controlled clinical trial with diagnoses made through the use of standardized assessment instruments; blinded raters used in the treatment allocation; the use of a step-by-step treatment manual; employing reinforcement strategies to increase compliance; selection of a therapist trained by the author (Roder); and twelve years of experience (on the part of the authors) with the cognitive-behavioral approach in schizophrenic patients.

Finally, we suggest that further studies, involving larger samples and longer follow-up periods, be conducted in order to confirm our findings regarding the effects of IPT effects on specific dimensions of the life of patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. Such studies should also compare efficacy in different psychosocial environments. If we follow this line of reasoning, it seems evident that additional studies, employing different treatment strategies for the assessment of predictive characteristics associated with good responses also be conducted. In addition, we should concentrate on the study and dissemination among different categories of antipsychotic drugs (first-generation, second-generation, typical and atypical) and psychosocial treatment.⁸

Acknowledgements

Our thanks to those who collaborated in conducting this study (Maria Inês Lobato, Clarissa Gama, Alexei Gil, Carmen Lúcia Leitão de Azevedo, Lísia Rejane Guimarães, Rejane Jonhan, Ana Paula Antunes, Ernesto, Vânia, Mathias and Érico), as well as to the other 2003–2005 HCPA psychiatry residents and to the CAPS-HCPA staff.

References

1. Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, Scott R, O'Dell SP, McCartan L, Nix G. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57(3):277-83.
2. Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN. Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: a meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull*. 1998;24(4):569-87.
3. Meltzer HY[No authors listed] Measuring outcome in schizophrenia: differences among atypical antipsychotic. Collaborative Working Group on Clinical Trial Evaluations. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl 12):3-9.
4. Gama CS, Souza CM, Lobato MI, Belmonte de Abreu PS. Relato do uso de clozapina em 56 pacientes atendidos pelo programa de atenção à esquizofrenia refratária da Secretaria da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. *Rev Psiquiatr RS*. 2004;26(1):21-8.
5. TARRIER N, Wittkowski A, Kinney C, McCarthy E, Morris J, Humphreys L. Durability of the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of chronic schizophrenia: 12-month follow-up. *Br J Psychiatry*. 1999;174:500-4.
6. Roder V, Brenner HD, Müller D, Lächler M, Zorn P, Reisch T, Bösch J, Bridler R, Christen C, Jaspén E, Schmidl F, Schwemmer V. Development of specific social skills training programs for schizophrenia patients: results of a multicentre study. *Acta Psychiatr Scand*. 2002;105(5):363-71.
7. Dickerson FB. Cognitive behavioral psychotherapy for schizophrenia: a review of recent empirical studies. *Schizophr Res*. 2000;43(2-3):71-90.
8. Mueser KT, Bond GR, Drake RE. Community-based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: treatment outcomes. *Med Gen Med*. 2001;3(1). [cited 2006 jun 12] Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/430529> Posted: 22/03/2002.
9. Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV, Mintz J. Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1998;155(8):1087-91.
10. Penn DL, Mueser KT. Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1996;153(5):607-17.
11. Roder V, Zorn P, Müller D, Brenner HD. Improving recreational, residential, and vocational outcomes for patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2001;52(11):1439-41.
12. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. *Terapia Integrada da Esquizofrenia*. São Paulo (SP): Ed. Lemos; 2002.
13. Penades R, Boget T, Catalan R, Bernardo M, Gasto C, Salamero M. Cognitive mechanisms, psychosocial functioning, and neurocognitive rehabilitation in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2003;63(3):219-27.
14. Lemos Giraldez S, Vallina Fernandez O, Garcia Saiz A, Gutierrez Perez AM, Alonso Sanchez M, Ortega Fernandez JÁ. Evaluación de la efectividad de la terapia psicológica integrada en la evolución a largo plazo de pacientes con esquizofrenia. *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32(3):166-77.
15. Pomini V. The IPT integrative program schizophrenia patients: new perspectives. *Rev Med Suisse Romande*. 2004;124(4):209-12.

16. Muller DR, Roder V, Brenner HD. Efficácia do Integrado Psicológico Programa de Terapias para doentes com Esquizofrenia. Uma Meta-análise de 28 estudos independentes. *Nervenarzt*. [citado 2005 Aug 3] Disponível em: [www.springerlink.com/\(hstiw145hrd1u255cw1caji2\)/app/home/contribution.asp](http://www.springerlink.com/(hstiw145hrd1u255cw1caji2)/app/home/contribution.asp) Publicado: 28/10/2005
17. Spaulding WD, Reed D, Sullivan M, Richardson C, Weiler M. Efeitos do tratamento cognitivo na reabilitação psiquiátrica. *Schizophr Bull*. 1999;25(4):657-76.
18. Souza LA, Coutinho ES. Fatores associados à qualidade de vida de doentes com esquizofrenia. *Rev Bras Psiquiatr*. 2006;28(1):50-8.
19. Zimmer M, Godoy LA, Godoy J, Belmonte-de-Abreu P. Mudança no funcionamento social e ocupacional de portadores de esquizofrenia e transtorno de humor, expostos ao Programa de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental derivado de Roder: um estudo naturalista de 3 anos. *Rev Bras Psicoter*. 2003;5(1):3-18.
20. Zimmer M, Dunca AV, Romanha R, Belmonte-de-Abreu OS. Análise qualitativa de variáveis relevantes para a aplicação do Programa Integrado de Terapia para Esquizofrenia (IPT) em doentes esquizofrênicos do Sul do Brasil. (submetido na Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul em abril de 2006)
21. McGuffin P, Farmer A. Abordagens poli-diagnósticas para medir e classificar psicopatologia. *Am J Med Genet*. 2001;105(1):39-41.
22. Williams J, Farmer AE, Ackenheil M, Kaufmann CA, McGuffin P. Um estudo de fiabilidade inter-avaliadores multicêntrico utilizando o sistema de diagnóstico computadorizado Opcrit. *Psychol Med*. 1996;26(4):775-83.
23. Serretti A, Rietschel M, Lattuada E, Krauss H, Schulze TG, Muller DJ, Maier W, Smeraldi E. Sintomatologia das psicoses maiores: análise de fatores de 2241 doentes psicóticos. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2001;251(4):193-8.
24. Azevedo MH, Soares MJ, Coelho I, Dourado A, Valente J, Macedo A, Pato M, Pato C. Utilização do consenso OPCRIT para diagnósticos. Um procedimento eficiente para diagnósticos de melhor estimativa de vida. *Br J Psychiatry*. 1999;175:154-7.
25. de Azevedo MH, Macedo A, Dourado A, Valente J, Coelho I, Soares MJ. Grupo de estudos de genética psiquiátrica: uma década de atividades. *Psiquiatr Clin*. 2000;21(1):13-22.
26. Curtis VA, van Os J, Murray RM. A dicotomia de Kraepelin: evidências de estudos de desenvolvimento e neuroimagem. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 2000;12(3):398-405.
27. Romano F, Elkis H. Tradução e adaptação de um instrumento de avaliação psicopatológica das psicoses: a Escala Breve de Avaliação Psiquiátrica-versão Ancorada (BPRS-A). *J Bras Psiquiatr*. 1996;45(1):43-9.
28. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". Um método prático para graduar o estado cognitivo de doentes para o clínico. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.
29. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. *Arq Neuropsiquiatr*. 1994;52(1):1-7.
30. Chaves ML, Izquierdo I. Diagnóstico diferencial entre demência e depressão: um estudo de eficiência incremental. *Acta Neurol Scand*. 1992;85(6):378-82.

31. Silver H, Shlomo N. Perception of facial emotions in chronic schizophrenia does not correlate with negative symptoms but correlates with cognitive and motor dysfunction. *Schizophr Res.* 2001;52(3):265-73.
32. DSM-IV-TR - Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 4a ed. rev. Porto Alegre (RS): Artmed; 2002.
33. Parker G, O'Donnell M, Hadzi-Pavlovic D, Proberts M. Assessing outcome in community mental health patients: a comparative analysis of measures. *Int J Soc Psychiatry.* 2002;48(1):11-9.
34. Yamauchi K, Ono Y, Baba K, Ikegami N. The actual process of rating the global assessment of functioning scale. *Compr Psychiatry.* 2001;42(5):403-9.
35. Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baumann BD, Baity MR, Smith SR, Price JL, Smith CL, Heindselman TL, Mount MK, Holdwick DJ Jr. Reliability and validity of DSM IV axis V. *Am J Psychiatry.* 2000;157(11):1858-63.
36. Fassino S, Piero A, Mongelli E, Caviglia ML, Delsedime N, Busso F, Gramaglia C, Abbate Daga G, Leombruni P, Ferrero A. Baseline personality functioning correlates with 6 month outcome in schizophrenia. *Eur Psychiatry.* 2003;18(3):93-100.
37. Fleck MP, Louzada S, Xavier M, Chachamovich E, Vieira G, Santos L, Pinzon A. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF. *Rev Saude Publica.* 2000;34(2):178-83.
38. Gorenstein C, Andrade LH, Zuardi AW. Escala de auto-Avaliação de adequação social – validação da versão em língua Portuguesa. In: *Escalas de Avaliação Clínica em Psiquiatria e Psicofarmacologia.* São Paulo (SP): Lemos; 2000. p. 401-06.
39. Gorenstein C, Moreno RA, Bernik MA, Carvalho SC, Nicastri S, Cordas T, Camargo AP, Artes R, Andrade L. Validation of the Portuguese version of the Social Adjustment Scale on Brazilian samples. *J Affect Disord.* 2002;69(1-3):167-75.
40. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates; 1988.

Figure 1 – Flow diagram of progress through the phases of a randomized trial

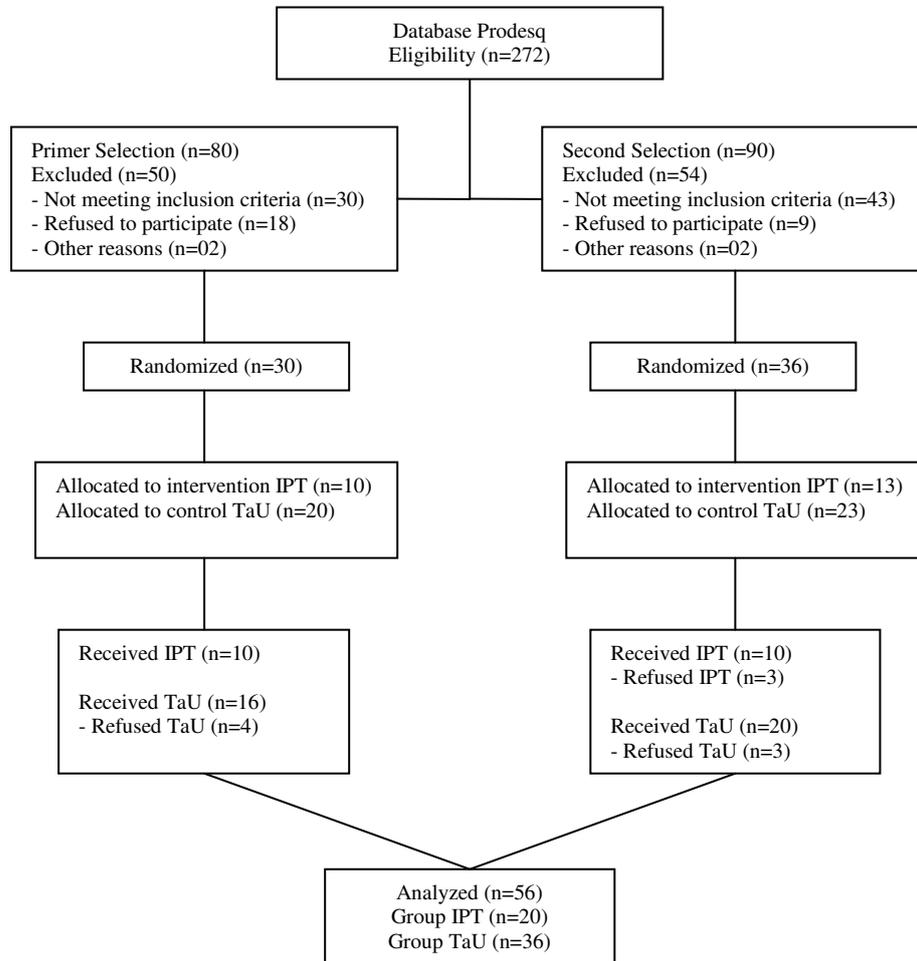


Fig. 1. Fluxogram according to CONSORT, JAMA, 2001.

Table 1 - Distribution of stages over the course of the twelve sessions of the IPT intervention

Subprogram	Cognitive differentiation	Social perception	Verbal communication	Social skills	Problem solving	Psychoeducation
Selection stages	Exercises with cards	10 slides	Literal repetition of verbal sentences (6 sentences)	All proposed stages 4 practice situations	All proposed stages 6 practice situations	General information on schizophrenia
Session	1 st 2 nd 3 rd	2 nd 3 rd 4 th 5 th	5 th 6 th	7 th 9 th	8 th 11 th 12 th	10 th

Table 2 – Demographic characteristics of the sample (n = 56)

	IPT (n = 20)	TaU (n = 36)	p	
			t-test	χ^2 test
Gender			0.205	
Male	17	25		
Female	3	11		
Mean age in years \pm SD (range)	36.05 \pm 7.09	39.31 \pm 8.85	0.164	
ICD-10 diagnosis			0.731	
Schizophrenia	19	34		
Schizoaffective disorder	1	2		
Age of onset in years \pm SD (range)	20.80 \pm 5.19	22.17 \pm 6.55	0.266	
Illness duration in years \pm SD (range)	15.25 \pm 8.18	17.14 \pm 8.47	0.422	
Years of education			0.287	
Up to 5 years, n (%)	5 (25%)	18 (50%)		
5 to 8 years, n (%)	5 (25%)	8 (22.2%)		
9 to 11 years, n (%)	8 (40%)	8 (22.2%)		
Over 11 years, n (%)	2 (10%)	2 (5.6%)		
Marital status			0.367	
Single, n (%)	14 (70%)	28 (77.77%)		
Married, n (%)	2 (10%)	5 (13.89%)		
Separated, n (%)	4 (20%)	3 (8.33%)		
Course (OPCRIT)			0.198	
Multiple episodes, good recovery, n (%)	1 (5%)	4 (11%)		
Multiple episodes, partial recovery, n (%)	7 (35%)	6 (16.7%)		
Continuous chronic disorder, n (%)	9 (45%)	13 (36.1%)		
Chronic disorder with impairment, n (%)	3 (15%)	13 (36.1%)		

SD: standard deviation

Table 3 – Mean differences before and after 12-weeks comparing 20 subjects on IPT group and 36 in TaU group (ANOVA for repeated measures)

Scales	IPT (n=20)		TaU (n=36)		ANOVA Repeated measures – p
	Before	After	Before	After	
GAF ¹ ± SD (range)	34.70 ± 4.27	39.50 ± 5.36	35.25 ± 5.46	33.81 ± 5.12	0.000
SOFAS ² ± SD (range)	34.20 ± 5.31	43.25 ± 6.54	35.81 ± 5.56	34.14 ± 4.53	0.000
MMSE ³ ± SD (range)	26.65 ± 2.37	27.15 ± 2.64	25.06 ± 3.70	24.22 ± 3.92	0.045
Word-Span ⁴ ± SD (range)	4.35 ± 1.72	4.95 ± 1.82	4.11 ± 1.47	4.42 ± 1.81	0.031
WHOQOL-bref ⁵					
Physical ± SD (range)	36.59 ± 26.64	36.83 ± 27.14	35.45 ± 24.53	32.95 ± 21.86	0.384
Psychological ± SD (range)	38.70 ± 25.07	40.08 ± 26.84	40.30 ± 25.74	34.44 ± 23.17	0.021
Pers.Accomplishment ± SD (range)	35.75 ± 28.00	36.35 ± 29.59	35.84 ± 26.49	32.25 ± 20.52	0.414
Environment ± SD (range)	36.16 ± 22.66	37.63 ± 26.38	38.30 ± 25.53	34.92 ± 23.11	0.215
Overall quality of life ± SD (range)	71.82 ± 18.09	39.15 ± 27.82	61.81 ± 21.33	35.63 ± 24.89	0.000
SAS ⁶					
Housework ± SD (range)	1.54 ± 0.44	1.61 ± 0.61	1.84 ± 0.71	1.92 ± 0.72	0.955
Leisure/social life ± SD (range)	2.56 ± 0.43	2.28 ± 0.61	2.68 ± 0.69	2.78 ± 0.88	0.051
Family Relationships ± SD (range)	1.94 ± 0.54	1.68 ± 0.53	1.99 ± 0.50	2.20 ± 0.68	0.008
Overall ± SD (range)	2.02 ± 0.33	1.86 ± 0.47	2.15 ± 0.46	2.27 ± 0.61	0.037

- (1) GAF – Global Assessment of Functioning
- (2) SOFAS – Social and Occupational Functioning Assessment Scale
- (3) MMSE – Mini-Mental State Examination
- (4) Word-Span – Repetition ten words
- (5) WHOQOL-Bref – World Health Organization Quality of Life
- (6) SAS – Social Adjustment Scale

III. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As considerações finais desta tese de doutorado estão apresentadas em forma de tópicos, de acordo com os objetivos do estudo.

- **Revisão da literatura**

De acordo com essa revisão da literatura foi encontrado que existem algumas evidências que contrariam os dados históricos sobre esquizofrenia. Como por exemplo, nos estudos epidemiológicos são descritos que a esquizofrenia apresenta uma prevalência de 0,5% a 1%, em ambos os sexos, sem diferenças entre culturas, cor, raça, e país de origem (Mari & Leitão, 2000). Por outro lado, encontra-se na literatura algumas evidências de que existem algumas diferenças de gênero como idade de início mais cedo nos homens do que nas mulheres. As expectativas de papéis sociais são diferentes para homens e mulheres. O início precoce da doença não é comum nas mulheres, o que permite a elas melhor desenvolvimento de habilidades sociais. A presença de homens representa de 70-80% das dos estudos revisados.

Alguns estudos evidenciam que a presença de déficits e pobreza pré-mórbida de ajustamento estariam associados com o início precoce do processo da doença (Jones e cols., 1994; Done e cols., 1994). Mas ainda existe uma necessidade de aprofundar esses achados, através de um maior número de estudos de seguimento, que não são realizados devido aos altos custos.

Existe uma carência de estudos mais controlados nos países em desenvolvimento como destacado pelo estudo de Gilbody e cols. (2002). Nessa revisão os autores encontraram que 86% dos estudos em esquizofrenia são conduzidos com o objetivo de testar novos medicamentos, e sabe-se que a indústria farmacêutica investe maciçamente nesses tipos de pesquisa. Destacam também que 97% das publicações são em inglês onde: 43% são da América do Norte; 37% da Europa e 8% nos outros continentes. Levando em conta que o Brasil entra nessa parcela dos 8%, essa carência de publicações fica ainda mais gritante quando vamos procurar estudos sobre as aspectos psicológicos da esquizofrenia.

Nessa revisão da literatura também foi possível verificar que existem muitas diferenças entre os critérios de avaliação dos estudos e as dimensões selecionadas como foco dos mesmos. Os estudos diferem em termos de dimensões, tipos de intervenção, duração das

intervenções, desfechos selecionados, tipos de seguimento e variedade de tipos de abordagem de tratamentos. (Rathod & Turkington, 2005)

Também se pode evidenciar que pouca atenção é dada aos processos cognitivos básicos como atenção, percepção, concentração, reconhecimento, integração e transformações de estímulos internos e externos. (Roder e cols, 2002)

Quanto às abordagens de técnicas de tratamento, foi possível verificar que existem diferentes denominações e siglas para identificar essas técnicas. Por outro lado, se pode verificar que muitas vezes os pressupostos são os mesmos, mas existe uma tendência a criar novos nomes e siglas. As abordagens de terapia cognitivo-comportamental foram as que apresentaram o maior número de siglas, como por exemplo: fCBT, VAST, CSEAF, ICBT, KB, Token, IPT.

No Brasil ainda não existem programas estruturados de reabilitação psicossocial, com base em aplicação de técnicas específicas. Pode-se observar uma baixa padronização de programas de tratamento, ausência de sistematização de avaliações de tratamentos, bem como existe a necessidade de medir efeitos de mudança com intervenções psicossociais.

Existem evidências de efeitos positivos de programas e técnicas de reabilitação psicossocial utilizados em outros países. Por outro lado, são evidentes as diferenças culturais entre os países. Pela nossa experiência, observamos que os pacientes demonstram estar pouco habituados e/ou motivados para participar de programas altamente estruturados, com seguimento de etapas pré-definidas e com complexidade crescente.

Cabe destacar que consideramos de fundamental importância o estudo de técnicas que nos possibilitem aplicar e avaliar programas de reabilitação psicossocial, principalmente para atender pacientes com esquizofrenia. Nossos achados em estudos com o IPT evidenciam que as diferenças culturais podem interferir na aplicabilidade do programa, entretanto, se evidenciou resultados positivos sobre o funcionamento dos pacientes, que nos motivam a continuar aplicando essa técnica para propor adaptações para as características de nossos pacientes.

Parece evidente a necessidade de padronização tanto de instrumentos de medidas como de critérios para elaboração e avaliação de estudos, principalmente os de ensaio clínico. Esta preocupação tem sido apresentada de forma ainda insipiente em nossa realidade, ao contrário de outros países, como do projeto do grupo MATRICS (*Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia – National Institute of Mental Health - NIMH*) (Green & Nuechterlein, 2004; Green, Oliver, Crawley, Penn, & Silverstein, 2005;

Bromley, 2005) que definiram uma bateria de testes neuropsicológicos que deverão ser utilizados nos estudos de ensaios clínicos americanos, para que possam receber aprovação do FDA (*Food and Drug Administration*).

Estudos futuros devem ser dirigidos com o objetivo de investigar os instrumentos que estão sendo mais utilizados para avaliar tratamentos com esquizofrênicos no Brasil, com o objetivo de definir diretrizes de padronização dos mesmos, o que seria de fundamental importância para que os achados pudessem ser generalizados. Talvez não seja necessário criar novos instrumentos, nem criar novas técnicas com nomes diferentes, mas aprofundar as investigações para verificar qual metodologia seria adequada a realidade dos grupos de pacientes.

Finalizando, nessa revisão não pretendemos esgotar cada um dos aspectos levantados, até mesmo porque se torna quase impossível acompanhar o crescente número de publicações.

Nosso objetivo principal foi fazer uma revisão sobre as últimas pesquisas quanto aos principais aspectos da esquizofrenia como epidemiologia, relação entre as variáveis de sintomas e principais déficits cognitivos, interações com os medicamentos e tipos de tratamentos com abordagens psicossociais que estão sendo mais utilizados. Também nos pareceu importante apresentar alguns dados que possam levantar questionamentos, sem a pretensão de que sejam conclusivos, mas esperamos que possam ser úteis como motivadores para novas pesquisas.

- **Artigo 1**

- Comparando os portadores de esquizofrenia e transtorno esquizoafetivo com os portadores de diagnóstico de transtorno de humor - uni/bipolar, antes e depois da aplicação do IPT, verificou-se uma mudança significativa nos dois grupos, quanto a melhora dos sintomas e do funcionamento social e ocupacional, .

- Foi observado um ganho semelhante nos dois grupos de pacientes, contrariando a noção de que o ganho em esquizofrenia é mais limitado.

- Os dados revelam que os pacientes portadores de esquizofrenia respondem ao tratamento psicossocial, com isto também se encontra evidência de efeito favorável de IPT tanto para esquizofrênicos quanto para bipolares.

- Apesar do pequeno tamanho da amostra (17 com esquizofrenia/transtorno esquizoafetivo e 18 com transtorno uni/bipolar), foi possível verificar uma modificação marcada de sintomas e mais reduzida de funcionamento social nos pacientes

Esquizofrênicos/Esquizoafetivos, comparados com portadores de Transtornos Afetivos Uni/Bipolares.

- Devido ao delineamento, com exposição à psicoterapia cognitivo-comportamental aliada a técnicas de reabilitação convencionais, não foi possível definir se a diferença foi devida à intervenção específica. Para tal se fez necessária a comparação de duas intervenções diferentes no mesmo grupo de transtornos.

- **Artigo 2**

- Neste estudo nós procuramos analisar as percepções dos pacientes sobre sua participação em um treinamento estruturado com base no manual do IPT, para podermos propor adaptações desta técnica para a nossa realidade brasileira.

- Foram encontrados os seguintes aspectos relevantes quanto à percepção dos pacientes em relação ao programa IPT:

- As principais críticas dos pacientes foram em relação aos primeiros subprogramas do IPT:

- Diferenciação Cognitiva (que compreende exercícios com cartões: classificar cartões de acordo com classes e categorias - formas geométricas, cores, números e dias da semana; e exercícios sobre definição e classificação de palavras, encontrarem sinônimos e antônimos e descrição de palavras de acordo com as circunstâncias).

- Comunicação Verbal (que consiste de exercícios sobre repetição literal de frases, elaboração de perguntas com respostas, fórum de discussão sobre temas pré-definidos e entrevistas entre os participantes).

- Os exercícios desses subprogramas são vivenciados como repetitivos e monótonos, como mostra a fala dos pacientes: *“Não gosto dos exercícios com os cartões, é sempre repetido; “Acho sem graça fica separando cartão, é muito chato”; “Fico cansado de separar essas carta”; “Me cansa, ficá esperando o R escolher as carta”; “Eu gostaria de fazer outras coisas, isso é cansativo”.*

- Os participantes desse estudo manifestaram ter dificuldade na execução dos exercícios onde era necessário escrever frases, ou tomar notas de instruções de tarefas para casa. Apontaram também que não encontram utilidade para esses exercícios dos primeiros subprogramas no seu dia-a-dia.

- Através desse estudo foi possível verificar que os pacientes sentem dificuldade de participar de atividades mais teóricas, como discussão de significado de palavras, elaboração de frases e escrever pequenos textos. Foi possível evidenciar uma baixa motivação, desinteresse, bem como dificuldades de execução das tarefas, principalmente de escrita e leitura. Nenhum paciente era analfabeto, pois a maioria tinha cursado o ensino fundamental. Entretanto, a maioria deles estava afastado dos estudos em torno de 25 a 30 anos, não tendo o hábito de leitura e/ou escrita.

- Contrastando com os aspectos críticos levantados, nossos achados evidenciam que os pacientes são capazes de destacar os aspectos positivos da técnica. Foi possível observar que nos exercícios de Percepção Social, Habilidades Sociais e Resolução de Problemas o crescimento da participação e melhora dos pacientes era percebido por eles mesmos e seus familiares.

- Com base nas verbalizações dos pacientes, se pode observar que um grande número tinha curiosidade ou necessidade de saber mais sobre a doença. Quanto às discussões sobre o tema da doença (Psicoeducação) os pacientes manifestaram sua satisfação através das seguintes verbalizações: *“Eu fiquei aliviado de saber que outras pessoas também sentem o que eu sinto”, “Agora eu entendo que esses pensamentos que eu tenho são da doença”, “Tudo isso que foi mostrado aí eu tenho”, “Eu achava que os remédios é que deixavam a gente assim”*.

- As sessões onde foram abordados os aspectos da doença passaram a ser as mais elogiadas pelos pacientes porque, segundo as verbalizações deles, esta etapa tinha lhes ajudado a entender muitas coisas sobre a doença e, foi percebido em todos os grupos que os pacientes passaram a se interessar mais pelas tarefas, demonstrando maior motivação para participar da execução das atividades e melhor integração grupal.

- São evidentes as diferenças culturais entre diferentes países, embora o Sul do Brasil tenha muita influência da cultura Européia. Os pacientes demonstram estar pouco habituados à utilização de programas altamente estruturados, com seguimento de etapas pré-definidas e com complexidade crescente.

- Em nosso julgamento, o esforço para implementar e manter uma intervenção para esquizofrenia requer o conhecimento de atividades específicas e objetivos similares aos utilizados por outros centros que alcançaram resultados positivos, por isso nosso interesse em adaptar a técnica do IPT para facilitar sua utilização no Brasil.

- Nossos achados evidenciam que as diferenças culturais podem interferir na aplicação do IPT. Entretanto, os resultados positivos relatados pelos próprios pacientes, de melhora no seu funcionamento do dia-a-dia, aliado as críticas formuladas pelos mesmos, nos motivam a continuar buscando a adaptação desta técnica, para as características de nossos pacientes.

- Com base neste estudo, foi realizado um ensaio clínico randomizado com pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, do Ambulatório de Esquizofrenia e Demências – Prodesq, do Hospital de Clínicas de Porto Alegre – HCPA, utilizando o IPT com a exclusão das etapas onde é necessário executar tarefas de leitura e escrita, dos subprogramas de Diferenciação Cognitiva e Comunicação Verbal (citadas anteriormente), e a inclusão de Psicoeducação, para testar a viabilidade de adaptação da técnica, através destes critérios. Esses resultados são discutidos no próximo artigo.

- **Artigo 3**

- Uma recente metanálise coordenada pela equipe de Roder e colaboradores, publicada em dezembro de 2005, demonstrou que não existem estudos sistemáticos com esta técnica no Brasil, provavelmente devido a complexidade e o tempo envolvido na aplicação da intervenção completa.

- Esse foi o primeiro estudo controlado realizado com o IPT no Brasil.

- O principal objetivo desse estudo foi determinar se um programa de 12 sessões (uma sessão por semana) com base no IPT seria suficiente para produzir melhora no funcionamento social de pacientes esquizofrênicos ambulatoriais. Para a seleção das etapas foram considerados os resultados de estudos anteriores e a revisão da literatura. Essa seleção contou com a exclusão de algumas etapas, e a inclusão de uma sessão de Psicoeducação, como descrito no artigo 2.

- De acordo com os achados desse estudo, a intervenção de 12 semanas do IPT resultou em melhora em várias áreas quando comparado com tratamento usual.

- Na revisão da metanálise sobre 28 estudos com o IPT, publicados entre 1980 e 2003, foi encontrado que somente 9 dos 28 estudos avaliados empregaram o programa completo.

- As variações na seleção dos subprogramas não seguiram um critério específico, com razões que variaram de acordo com áreas priorizadas para medir mudanças, dificuldades de seguimento de determinadas etapas ou falta de clareza quanto a possibilidade de generalização das mudanças atingidas pelos pacientes durante o tratamento.

- Os autores do IPT, sugerem que para os casos de grupos heterogêneos, com indicação não específica, ou para pacientes com déficits em várias áreas de funcionamento, somente a aplicação completa do programa pode produzir um efeito mais robusto.

- De acordo com nossos achados, podemos afirmar que esse programa de 12 sessões do IPT seria recomendado para o tratamento de pacientes atendidos pelo Sistema Público de Saúde Mental.

- Isto pode ser feito para grupos treinados (com base no manual do IPT), e o processo de reabilitação poderia ser acelerado através do envolvimento dos profissionais de saúde mental.

- Os atuais modelos de reabilitação psicossocial em esquizofrenia recomendam a aplicação de técnicas específicas (em geral mais complexas que as tipicamente oferecidas pelos serviços de atenção psicossocial).

- Como base nos achados do presente estudo, nós sugerimos que os programas de reabilitação incluam abordagens cognitivo-comportamentais como o IPT, que realmente demonstram efeito sobre as funções cognitivas básicas e funcionamento motor.

- O processo de desinstitucionalização no Brasil é lento, existe uma carência de políticas claras e aplicáveis, bem como o domínio de técnicas de reabilitação psicossocial por parte dos profissionais da saúde mental.

- Consideramos que o esforço requerido para implementar e manter uma intervenção de reabilitação psicossocial para esquizofrenia, como o treinamento para o domínio de técnicas específicas, vai além do mero desenvolvimento de trabalhos manuais, geralmente oferecidos pelos serviços de atenção psicossocial.

- Parece consolidado pela literatura que as abordagens em grupo, apresentam resultados e efeitos na esquizofrenia e que estas abordagens também são mais viáveis devido ao baixo custo de implementação (treinamento e aplicação).

- Finalmente, nós sugerimos que estudos futuros, envolvendo amostras maiores e longo período de seguimento, sejam conduzidos para confirmar nossos achados em relação aos efeitos do IPT sobre dimensões específicas na vida de pacientes com esquizofrenia ou transtorno esquizoafetivo.

- Estudos adicionais deverão também comparar a eficácia de diferentes tratamentos psicossociais.

- Dentro desta linha, torna-se evidente a necessidade de estudos futuros com diferentes estratégias para avaliação de características preditivas associadas com boa resposta.

- Adicionalmente, nós devemos também concentrar esforços em estudos de dimensões de diferentes categorias de antipsicóticos (velha e nova geração, típico e atípico) e tratamento psicossocial.

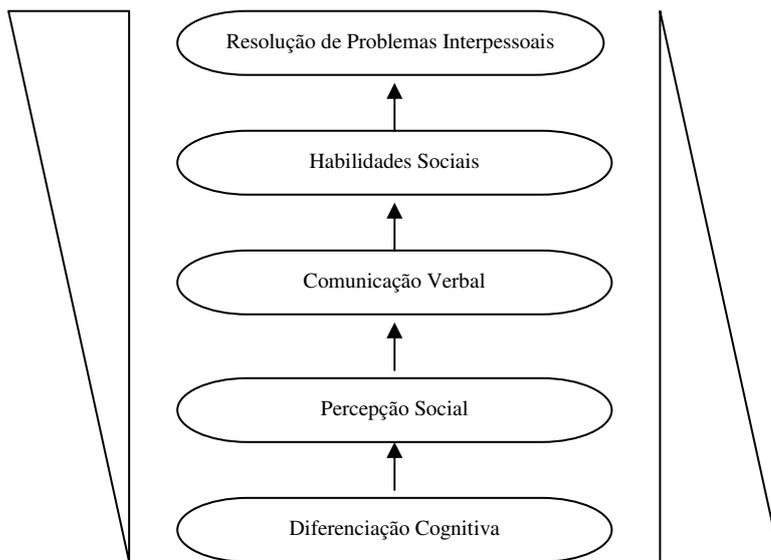
ANEXOS

ANEXO 1

Descrição completa das etapas do programa IPT

O Programa de *Terapia Psicológica Integrada para Esquizofrenia - IPT (Integrated Psychological Therapy for Schizophrenia)* é um tratamento estruturado desenvolvido por Roder e colaboradores, na Suíça, tendo seu manual traduzido para o português^b por um dos autores (M. Zimmer) a qual foi treinada ao longo de 1 ano por Roder, em um curso de Especialização em Reabilitação Psicossocial, realizado em Barcelona/Espanha, no período de 1994 a 1995. Para a elaboração do IPT, os autores consideraram desde os primeiros conhecimentos psiquiátricos sobre esquizofrenia (Bleuler, Kraepelin, Berze e Gruhle)^a, até resultados de pesquisas psiquiátricas e psicológicas mais recentes. Desta forma foi desenvolvido um programa terapêutico composto de cinco subprogramas, orientados à terapia de transtornos perceptivos, da atenção e cognitivos, e também a déficits específicos de comportamento social típicos da esquizofrenia. Os cinco subprogramas são: diferenciação cognitiva, percepção social, comunicação verbal, habilidades sociais e resolução de problemas interpessoais. (ver Figura 1).

Figura 1 - Subprogramas do IPT



^b Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle. *Terapia Integrada da Esquizofrenia*. São Paulo: Ed. Lemos, 2002.

O IPT é uma modalidade de terapia cognitivo-comportamental em grupo, planejada para restabelecer déficits cognitivos básicos que impedem respostas mais adequadas dos pacientes esquizofrênicos. Cada subprograma contém um conjunto de etapas que seguem um padrão de complexidade crescente. O foco do trabalho psicoterápico dos primeiros subprogramas se concentra-se no desenvolvimento de funções cognitivas básicas, tais como déficits de atenção, concentração, percepção e motivação. Os dois últimos subprogramas têm como base o desenvolvimento de tarefas mais complexas de aquisição de habilidades sociais para correção de interação social inadequada. Cada etapa está concebido de tal maneira que, à medida que aumenta a duração da terapia, aumentam gradualmente as exigências ao indivíduo e ao grupo. Desenvolver habilidades para conseguir um equilíbrio adequado nas emoções e nos afetos também desempenha um papel particularmente importante dentro de cada subprograma. O IPT inclui instrução, aprendizagem de modelos, “*role-playing*” (interpretação de papel), “*feedback*” (apreciação crítica) e reforço positivo. Os exercícios de cada subprograma devem ser sempre realizados no início com material terapêutico neutro (orientação à tarefa), na medida em que se supõe que não representa nenhum estresse emocional para os indivíduos. No decorrer da terapia, são introduzidos de forma consecutiva conteúdos emocionalmente estressantes. Nos dois últimos subprogramas é dada ênfase ao enfrentamento do estresse emocional. Os conteúdos da psicoterapia envolvem situações de diferentes áreas da vida cotidiana, como convivência familiar, conduta social, vida em geral, atividades de lazer e demais relações sociais relevantes para os indivíduos.

Considerações preliminares para utilização da técnica

- Os déficits de atenção /percepção têm efeitos sobre os sistemas de organização.
- Os danos cognitivos interagem reciprocamente com os estressores sociais, reforçando-se mutuamente os efeitos.
- Se os processos cognitivos não são modificados, o tratamento será total ou parcialmente ineficaz: trata-se de um círculo vicioso.
- Para lograr uma terapia efetiva, primeiramente temos que desenvolver os processos básicos da atenção, percepção e cognitivos.
- As habilidades básicas como concentração, formação de conceitos, capacidade de abstração, capacidade perceptiva e memória devem ser praticadas em primeiro lugar, para depois poder desenvolver formas mais complexas de conduta social.

Estrutura do Grupo

- Tamanho: ideal de 5 a 6, no máximo 8 pacientes.
- Características dos indivíduos:
 1. Homogeneidade entre inteligência e déficits no processamento da informação.
 2. Inteligência acima da média – não se aconselha a 1ª parte do programa, pelo simples motivo dos pacientes não se sentirem motivados, pois não vêem a necessidade nem sentido nos exercícios.
 3. Inteligência abaixo da média – não suportam a carga emocional de habilidades sociais e resolução de problemas.
 4. O subprograma de diferenciação cognitiva também é indicado para diagnóstico orgânico cerebral.
 5. Evitar no mesmo grupo variação de diagnóstico – ideal esquizofrenia.
- Duração da sessão: varia de 30 a 90min.
- Frequência: de duas a três vezes por semana, dependendo do subprograma.
- Número de sessões: para completar o programa, o número de sessões depende das condições do grupo (gravidade dos transtornos, cronificação, motivação).

Descrição das Etapas

1 – Diferenciação Cognitiva

1.1 – Fundamentos teóricos

Os transtornos cognitivos geralmente são definidos como uma incapacidade para dirigir os processos de atenção, de percepção e do pensamento para distinguir entre as características relevantes das irrelevantes, para classificar o percebido em relações apropriadas e superiores, para orientar diferentes sucessões de idéias e esquemas de pensamento já existentes e para combinar e dar sentido aos pensamentos. A tarefa da atenção é selecionar as informações de acordo com a importância antes de seu processamento. Esta função é conhecida em psicologia experimental como modelo de filtro, a qual nos indivíduos que sofrem de esquizofrenia está defeituosa, já que a informação insignificante ou irrelevante não pode ser descartada. As conseqüências disto são falta de concentração, distração, falta de constância e tendência a se cansar rapidamente. Esta incapacidade para selecionar e processar informação relevante dá lugar a sentimentos de insegurança e ansiedade. Esta incapacidade para selecionar e processar informação relevante dá lugar a sentimentos de insegurança e

ansiedade. Os indivíduos com esquizofrenia são, portanto, incapaz de organizar inicialmente a informação que recebem para ordená-la em seqüências, ou, ainda para observar os vínculos que possam existir entre muitos dos estímulos que recebem.

1.b – Objetivos

O objetivo das três etapas da diferenciação cognitiva (exercícios com cartões, sistemas conceituais verbais e estratégias de busca) é formular conceitos e pensamento abstrato, distinguir o essencial do irrelevante, classificar eventos de acordo com classes e categorias e desenvolver estratégias de formação de conceitos.

1.c – Estrutura

O programa de diferenciação cognitiva está dividido em 3 etapas: (1) *Exercício com cartões* e (2) *Sistemas conceituais verbais*: (a) hierarquias conceituais; (b) sinônimos; (c) antônimos; (d) definições de palavras; (e) estratégias de busca.

Etapa 1 – Exercício com cartões

O material utilizado nesta etapa consiste de cartões, que se diferenciam por cores, números, dias da semana e formas. Os participantes do grupo, sentados em círculo, recebem de 10 a 15 cartões. Na primeira sessão são examinadas todas as características. Pede-se, que separem os cartões com características em comum; por cores; forma; algarismos. Gradativamente vai se aumento o número de critérios para a separação dos cartões. Quando todos conseguem realizar o exercício sem dificuldades, se passa para a etapa seguinte.

Etapa 2 – Sistemas conceituais verbais

Para facilitar a compreensão e manter a atenção concentrada do grupo, se utiliza quadro ou flip-chart para escrever. Os participantes, sentam-se em semicírculo. Pede-se que escolham uma palavra ou o terapeuta escreve no quadro palavras isoladas ou parte de uma frase (ex. fazer as malas). Os participantes são motivados a dizer outras palavras que estão relacionados com a palavra ou frase escolhida anteriormente. Ir anotando no quadro (sem restrições quanto a adequação).

(a) Hierarquias conceituais - A etapa seguinte consiste da leitura e classificação ou agrupamento das palavras escritas, de acordo com classes e categorias definidas pelo grupo. Logo se solicita que classifiquem as que são adequadas, que justifiquem a escolha, e escolham um conceito superior (genérico) no qual podem incluir essas palavras (exemplo: artigos de banho). Este procedimento se repete até que todas as palavras referidas estejam organizadas por conceitos que as agrupem. As palavras devem ser selecionadas inicialmente de acordo

com ênfase no objetivo (neutra), para depois se trabalhar com palavras com ênfase afetiva (carga emocional, estressante).

(b) Sinônimos - Os participantes do grupo devem escrever em uma folha os sinônimos de uma palavra dada previamente. Depois cada um lê em voz alta e se escreve no quadro. Em seguida se solicita que escrevam uma frase com a palavra original e depois ir substituindo pelos sinônimos. O grupo deve escolher qual palavra é mais adequada para a frase e deve estimulado a justificar esta decisão.

(c) Antônimos - Este exercício segue a mesma seqüência que o de *sinônimos*. Às vezes, é necessário que o terapeuta esclareça algumas palavras. É importante não complicar as tarefas para o grupo. O terapeuta deve explicar as tarefas com clareza, de forma que correspondem ao respectivo nível do grupo.

(d) Definições de palavras - Escreve-se uma palavra e se solicita ao grupo que explique como se pode definir esta palavra. Neste exercício se pode utilizar a técnica de “*role-playing*”, neste seria importante contar com a ajuda de um co-terapeuta. Exemplo: o grupo senta-se em círculo ao redor do terapeuta e este apresenta o co-terapeuta como se fosse de outra cidade e os participantes deverão explicar para ele o que é “*cuia de chimarrão*”. Esta explicação deve ser o mais completa possível, para que “o visitante de outra cidade entenda a descrição”, no caso deste exemplo.

(e) Cartões com palavras - O material consiste de cartões com duas palavras onde uma delas está sublinhada. Cada participante recebe um cartão e lê, para todos, as duas palavras, sem dizer qual está sublinhada. Depois deve escolher uma palavra que dê uma pista sobre a palavra sublinhada, para que os outros participantes descubram. Então cada um diz qual é a palavra que considera estar sublinhada. Dependendo do grupo, é indicado que se escreva as duas palavras no quadro, para facilitar a associação.

(f) Palavras com diferente significado, segundo o contexto - O material deste exercício consiste, dentro do possível, em objetos concretos ou palavras escritas da mesma maneira, mas que têm significados diferentes. O objetivo deste exercício é destacar os diferentes conteúdos semânticos de uma palavra, quando esta é empregada em contextos distintos. Exemplo: “*folha*” – material: uma folha de papel e uma folha de árvore. Pede-se a cada indivíduo que forme uma frase com a palavra “*folha*” (nesta frase deve ficar claro a que tipo de folha a pessoa está se referindo). “*As árvores necessitam das folhas para a fotossíntese*”. “*Nas folhas de papel podemos escrever*”. Cada um anota as características comuns e as

diferenças, e busca-se um consenso entre o grupo. Desta forma estaremos trabalhando com formação de conceitos.

Etapa 3 – Estratégias de busca

Solicita-se a um dos participantes que observe bem todos os objetos e sua distribuição na sala e depois se retire. O exercício consiste em remover um objeto de lugar enquanto a pessoa escolhida estiver na outra sala, e depois ela terá que identificar o que foi retirado ou trocado de lugar. Os outros participantes podem sinalizar com “quente ou frio”, mas não podem dizer o que foi retirado. Neste exercício se pode incluir, que aquele que erra pode pagar uma “*prenda*” (dizer um verso, cantar uma música).

2 – Percepção Social

2.a – Fundamentos teóricos

O processo da percepção visual inclui a recepção da informação e a assimilação da informação. Então, perceber significa observar e reconhecer. Em indivíduos com esquizofrenia, na área da recepção de informação está particularmente afetada a atenção seletiva, por isso os pacientes se distraem facilmente, têm dificuldades para focalizar e para destacar a relevância dos estímulos, como foi explicado anteriormente. De acordo com estudos recentes, considera-se que um transtorno da atenção seletiva pode influir diretamente no pensamento formal, nas comunicações, e inclusive na experiência emocional. Segundo Roder e cols.^a, geralmente todos os transtornos das funções cognitivas podem afetar outros planos funcionais superiores, como por exemplo, a interação social e o desempenho de funções.

2.b – Objetivos

Consiste em melhorar a percepção visual das situações sociais. Reduzir os modelos desajustados de percepção de contextos sociais, resultantes de informação incompleta ou fragmentada. Estabelecer esquemas mais adequados de interpretação de situações sociais. Atingir melhor utilização das experiências aprendidas anteriormente e melhorar a capacidade de manejar problemas da vida real. Resumindo, o objetivo do programa de percepção social é melhorar e facilitar a compreensão e a interpretação de situações sociais.

2.c – Estrutura

O suproprograma de percepção social está dividido em 3 etapas: (1) *Recolhimento de informação*; (2) *Interpretação e discussão*; (3) *Definição de um título*. Para realizar este

exercício é necessário o uso de equipamento como projetor de slides ou microcomputador. O material consiste de um conjunto de 40 slides, com imagens da vida cotidiana (exemplo: pessoas passeando, trabalhando, conversando, praticando esportes, etc). Estas imagens foram classificadas segundo as dimensões de: complexidade cognitiva (quantidade de informações da imagem contida no slide - quanto mais informações maior complexidade cognitiva e maior o grau de dificuldades) e carga emocional (tipo de sentimentos que a imagem pode despertar nos indivíduos, por exemplo: imagens de pessoas discutindo, chorando, em uma Igreja, cemitério, Natal - quanto maior a carga emocional maior pode ser o estresse). Deve-se começar a atividade de percepção social com slides de baixa complexidade cognitiva e baixa carga emocional. Na medida em que os participantes do grupo melhoram a capacidade de executar a tarefa, o nível de complexidade deve ser aumentado gradativamente. Os slides devem ser escolhidos de acordo com as características, necessidades e nível de competência dos integrantes do grupo. A imagem do slide é projetada e os participantes do grupo devem estar sentados em semicírculo de forma que todos possam observar o slide sem dificuldades.

Etapa 1 – Recolhimento de informação:

Mostra-se um slide e o terapeuta estimula o recolhimento de detalhes, pedindo a cada integrante do grupo que ajude a identificar os detalhes da imagem. É aconselhável ir anotando em um quadro as informações. Em casos de slides mais complexos, pode-se dividir em etapas, por exemplo: “primeiro analisaremos só o lado esquerdo”. Este enfoque da percepção facilita o manejo da quantidade de estímulos para os pacientes.

Etapa 2 – Interpretação e discussão

Nesta etapa, os participantes dão sua interpretação do slide e analisam as diversas opiniões dadas. Podem aparecer duas ou três interpretações para um mesmo slide, quando se trata de uma imagem mais complexa ou ambígua. Então o terapeuta procura estabelecer um acordo a respeito da imagem que está sendo analisada. É importante estimular que cada um possa dar sua opinião, evitando as interpretações de simples concordância com o colega, deve-se estimular a argumentação das opiniões. As informações recolhidas na etapa 1 devem fundamentar as interpretações. Podemos utilizar alguns estímulos para facilitar a interpretação. (Exemplos: Estímulo para a interpretação: Terapeuta - *Por favor, Da. M. pode nos dizer que expressão tem os olhos da moça?* Fundamentação da interpretação: Terapeuta - *Bem, Da. M. como descobriu?* Estímulo para a discussão de grupo: Terapeuta - *Sim, que dizem os demais a respeito?*)

Quando se chega a um consenso grupal em relação às várias interpretações, o terapeuta reitera as diferentes interpretações do grupo, menciona em que sentido se assemelham e em qual se diferenciam, e pede aos integrantes do grupo que comentem detalhes da informação visual da etapa 1, e que justifiquem as diferentes interpretações.

Etapa 3 – Definição de um título

Depois que as etapas 1 e 2 foram trabalhadas suficientemente, finalmente se pede ao grupo que encontre um título para descrever a imagem. Cada integrante do grupo deve dar um título; quando trabalhamos com um co-terapeuta, este deve ser o último a dizer um título, para não influenciar os pacientes. Escrevemos todos os títulos no quadro, pedindo que cada um fundamente sua escolha e depois o grupo escolhe o mais adequado, através de uma votação.

3 – Comunicação verbal

3.a – Fundamentos teóricos

Este subprograma se constitui em um vínculo entre a prática de funções cognitivas básicas e habilidades mais complexas para a competência social. Portanto é pré-requisito que os dois subprogramas – diferenciação cognitiva e percepção social tenham logrado seus objetivos de forma suficiente para os pacientes. Sempre que possível empregar recursos visuais (projektor de slides, retro-projetor, quadro, e material para escrever), pois contribui para focalizar a atenção. Recomenda-se usar perguntas abertas ao grupo, que não podem ser respondidas somente com monossílabos “sim/não”.

3.b Objetivos

Treinar as três habilidades básicas dos amplos processos verbais de comunicação: *escutar* (respeito e atenção ao que os outros dizem); *compreender* (determinação correta do conteúdo da comunicação transmitida); *responder* (formular e enviar uma resposta relevante).

Etapa 1 – Repetição literal de frases

O material consiste de cartões com frases que variam segundo duas dimensões: grau de dificuldade (número de palavras: 5-10, 11-15 e 16-20) e conteúdo emocional (frases neutras ou emocionalmente significativas). Um integrante do grupo deve ler a frase enquanto os outros devem prestar atenção para repetirem a mesma frase palavra por palavra. Enquanto um repete a frase, os demais devem prestar atenção para confirmar se a frase foi repetida corretamente. A cada instrução dada, é fundamental solicitar ao grupo que repita o que está sendo solicitado, todos devem repetir até que fique bem claro. Em todos os exercícios é de fundamental importância o “*feedback*” (apreciação crítica sobre a execução da tarefa) informativo por parte do terapeuta. O paciente não deve ser deixado sozinho, todos os

comentários devem ser reforçados imediatamente. Este exercício deverá começar com frases neutras, de 5 a 10 palavras por frase. É muito importante que o material de terapia esteja estritamente relacionado com o cotidiano dos pacientes.

Etapa 2- Repetição segundo o sentido de frases auto-formuladas

Nesta etapa o material consiste de cartões contendo uma palavra que deve servir de estímulo, primeiro com ênfase no objetivo e depois no afetivo. Cada integrante do grupo recebe um cartão, com uma palavra-estímulo. Pedimos a um integrante do grupo que formule uma frase com a palavra que recebeu. Pedimos a outro participante que pense em outra frase cujo significado seja o mesmo. Os demais participantes devem prestar atenção para ver se a segunda frase corresponde ao sentido da frase original. Pode ocorrer que um membro do grupo repita a frase palavra por palavra, então pedimos que outro avalie, damos um feedback de que foi repetida palavra por palavra, mas que na realidade ele deveria ter explicado a frase com outras palavras repetindo o mesmo sentido.

Etapa3 – Pergunta autoformulada e resposta

O grupo escolhe uma área de temas (ex: *unidade, hobby, poluição ambiental*). Pedimos ao grupo que pense em palavras associadas ao tema (30 no máximo), que serão escritas no quadro pelos participantes. Cada participante deve contribuir com no mínimo uma palavra. O grupo deve conferir se estão de acordo com o tema. Ao lado fazemos uma lista de pronomes interrogativos (*que, como, por que, quando, onde, qual*). Pedimos para que cada um escolha uma palavra da lista e um pronome interrogativo. Cada um deverá formular uma pergunta sobre o tema. Depois devem escolher quem deverá responder sua pergunta. O grupo avalia se a pergunta foi pertinente ao tema e se a resposta estava relacionada com a pergunta.

Etapa 4 - O grupo interroga a um dos participantes sobre um tema determinado

Nesta etapa se trabalha sem materiais de apoio. No começo é conveniente interrogar um paciente junto com um co-terapeuta. A tarefa consiste em um fazer perguntas ao outro, relacionadas ao tema escolhido previamente, e a avaliação é análoga a da etapa anterior. O terapeuta deverá classificar os temas escolhidos pelo grupo como emocionalmente neutros e emocionalmente significativos, e começar com os primeiros. O tema deve ser um desafio para os participantes, mas não uma sobrecarga (notícia de jornal, tarefa de fim de semana, cinema).

Etapa 5 – Comunicação livre

O objetivo é que o paciente aprenda a se concentrar em questões delimitadas e comente somente um aspecto de um tema (artigos de jornais, contos curtos, provérbios ou

ditados). Quando o grupo tem bom rendimento, os objetivos deste exercício podem ser expandidos e incluir a avaliação de aspectos não verbais da comunicação (olhar, tom de voz, gestos, etc), além dos verbais. A primeira tarefa poderia ser encontrar temas de discussão, citados acima. É importante que o tema seja do interesse de todos, para que se sintam motivados para realizar o exercício. Depois da escolha do tema, se faz um comentário geral, e a seguir vamos estimulando que cada um possa fazer seu comentário. Novamente o grupo avalia se os comentários estão de acordo com o tema, se há relação entre perguntas e respostas. É fundamental para este exercício a avaliação do processo de comunicação. Se o terapeuta propõe temas, estes devem ser aceitos pelo grupo. Entretanto, se o grupo está suportando uma determinada tarefa e demonstra grande interesse numa direção que não havia sido prevista nem planejada, o terapeuta deve respeitar e seguir os interesses do grupo sempre que possível.

4 – Habilidades Sociais

4.a - Objetivos

O propósito deste subprograma é melhorar as habilidades sociais, verbais e não verbais dos participantes, através de uma série de “*role-playing*”. É importante deixar um espaço de tempo entre uma sessão e outra, para que os pacientes possam realizar os exercícios na sua vida cotidiana. O tempo ideal de duração de cada sessão é de 1h30min, fazendo alguns minutos de descanso entre uma etapa e outra. É de fundamental importância o aumento gradual do nível de exigência emocional, começando com situações de padrão emocionalmente neutro, com menor carga emocional, antes de passar para conteúdos mais estressantes. A gravação das sessões, pode ser uma alternativa para trabalhar com o aprendizado das habilidades treinadas. Os pacientes entendem melhor o *feedback* verbal, quando podem relacioná-lo diretamente com aspectos de sua própria conduta, através das cenas gravadas. É recomendável iniciar as gravações somente depois que o grupo já estiver familiarizado com este subprograma, ou seja, lá pela 5a. sessão. Os comentários, sobre o *feedback*, devem ser feitos através de perguntas específicas e diretas, sobre os conteúdos relacionados com as tarefas e os temas.

Etapa 1 – Elaboração cognitiva

Esta etapa consiste da preparação do “*role-playing*”: entrega prévia da situação a praticar; definição do objetivo; elaboração do diálogo; definição de um título; antecipação das dificuldades; delegação de funções de observação; estimação do nível de dificuldade

percebido. As situações sociais devem ser escolhidas com base nas necessidades dos integrantes do grupo. A situação a ser trabalhada pode ser escrita em um cartão ou ser anotada no quadro. Quando anotada, pedimos que um participante leia o que está escrito e vamos fazendo uma roda de repetição para ver se todos entenderam. O terapeuta deve estabelecer claramente a associação entre o objetivo específico de um “*role-playing*” e a explicação clara e objetiva da tarefa. Trabalhamos com o grupo a escolha da situação. Pedimos que ajudem na elaboração de um diálogo. Solicitamos que 2 integrantes sirvam de exemplo para a primeira demonstração, quando trabalhamos em dupla com um co-terapeuta, podemos fazer a primeira demonstrar para depois pedirmos aos integrantes do grupo que repitam.

Etapa 2 – Execução do “*role-playing*”

O grupo senta-se em semicírculo. Antes de iniciar a execução do “*role-playing*”, o grupo deve avaliar a dificuldade da situação dando uma pontuação de 1 (muito fácil) a 5 (muito difícil). A execução do “*role-playing*” deve iniciar com os pacientes que acharam a tarefa mais fácil, os quais devem ficar no centro do grupo. A razão para pedir aos outros participantes do grupo que avaliem o nível de dificuldade percebido antes de começar com o “*role-playing*” é para fazer uma comparação, após a execução da tarefa, e também serve para diminuir a ansiedade. Aos demais participantes são distribuídas as tarefas de: observar a entonação da voz, o volume da voz, a velocidade da linguagem, se a voz é amistosa ou não e a adequação dos gestos e do olhar. Esta é uma forma de diminuir a tensão, ansiedade e medo, e também de manter todos os integrantes do grupo envolvidos com a tarefa. Após cada execução, se faz uma rodada de “*feedback*”, e, quando for possível, se pode passar o vídeo da cena gravada para que cada um possa ver sua atuação e sugerir os aspectos que podem ser melhorados e os objetivos alcançados. Este comentário representam dois objetivos básicos: primeiro dar reforço positivo, segundo propor modificações concretas de conduta, orientadas pelas observações dos demais integrantes do grupo. Devem ser evitados “*feedbacks*” negativos, transformando-os em formulações positivas. Após essa roda de feedback, se passa a outra dupla que deverá executar o mesmo “*role-playing*”, levando em conta as observações sobre a representação anterior. Ao final quando todos tiverem executado a tarefa, e se chegou a melhor forma de execução escolhida pelo grupo, se repete o “*role-playing*” para que todos possam observar e aprender.

Etapa 3 - Tarefa para casa

Cada sessão de terapia termina com uma tarefa para casa, uma medida especialmente importante para a generalização dos efeitos da terapia. Devem ser tarefas fáceis, possíveis de

serem realizadas sem provocar ansiedade e estresse. As experiências devem ser analisadas no início da sessão seguinte. É conveniente que os pacientes anotem a tarefa dada, como realizaram, quais as dificuldades encontradas e como se sentiram ao final.

5 – Resolução de problemas interpessoais

5.a - Objetivos

Este subprograma é o menos padronizado e estruturado de todos os subprogramas. Também varia quanto às formas de proceder e quanto à seqüência das etapas de terapia. Como no subprograma de habilidades sociais, os problemas devem ser praticados mediante a execução de “*role-playing*”, antes de sua transferência para a vida diária. Ao final também se dá uma tarefa para casa. Este subprograma consiste de uma série de passos que são detalhadamente explicados ao grupo: identificação e análise do problema; processamento cognitivo do problema; elaboração de alternativas de solução; discussão das alternativas de solução; decisão por uma alternativa de solução; colocar em prática na vida diária; avaliação sobre a aplicação prática da alternativa de solução escolhida para resolver o problema, na sessão seguinte de terapia. São tratados exclusivamente problemas individuais de cada paciente. Os problemas que se referem a todo o grupo são tratados no subprograma de habilidades sociais.

Procedimento terapêutico:

O terapeuta explica como resolver o problema seguindo um roteiro passo-a-passo e discutindo as sugestões dadas pelo grupo. Considerando a urgência das situações problemáticas apresentadas, as possibilidades dos indivíduos do grupo para se beneficiarem com determinados “*role-playing*”, e a dinâmica de grupo como um todo, o terapeuta determinará que situação-problema mencionada será representada durante a sessão terapêutica.

Tratamento do problema selecionado:

Solicita-se ao paciente, cujo problema foi escolhido para ser trabalhado na sessão, que descreva a situação-problema em detalhes. Motiva-se a participação dos outros pacientes que desejem compartilhar problemas similares e/ou experiências, o que favorece a coesão grupal. Por exemplo: “Quem passou por algo parecido?” O paciente que apresenta o problema deve ser motivado a buscar alternativas de solução para o mesmo, com base nas sugestões do grupo. Também se incentiva aos outros integrantes do grupo que proponham alternativas de solução para o mesmo. Depois de uma análise das vantagens e desvantagens de cada uma das

alternativas de solução, o paciente é incentivado a escolher uma das alternativas que considera mais fácil de aplicar. Antes da realização do “*role-playing*”, se analisa o conteúdo verbal da situação. Para reduzir a ansiedade, o co-terapeuta pode desenvolver o “*role-playing*” antes da pessoa designada. Após a representação, realiza-se o “*feedback*” sobre o desempenho e se propõe soluções concretas. A participação dos pacientes é necessária para encontrar soluções que sejam praticáveis desde os próprios pontos de vista deles. É difícil implementar soluções que não foram propostas ou geradas pelo grupo. O terapeuta, portanto, deverá evitar os planejamentos muito rígidos concebidos por ele previamente, já que isto pode ter o efeito de eliminar as decisões e as possíveis ações dos integrantes do grupo, reduzindo a motivação. Pelo contrário deverá promover um enfoque criativo da resolução terapêutica de problemas, com base em técnicas de dinâmica de grupo. Pode-se propor a análise de um outro problema na mesma sessão terapêutica. No tratamento de um problema, o terapeuta deve cuidar que se trabalhe exclusivamente o “aqui e agora” do conflito. O módulo de resolução de problemas deve estender-se como um processo de longa duração, podendo ser realizado por semanas ou meses. Mediante esta forma de proceder, se possibilita aos indivíduos que gradualmente melhorem suas relações interpessoais, de acordo com a realidade do ambiente onde vivem, melhorando a qualidade de vida de todos.

ANEXO 2

Descrição das 12 sessões da intervenção IPT passo-a-passo

1ª. Sessão de treinamento

I - Dinâmica de grupo para quebra gelo: Formar duplas, de preferência de quem não se conhece. De 5 a 7 minutos, conversarem para se conhecerem. No grande grupo um apresenta o outro. Ninguém pode se apresentar pessoalmente. Pedir que complementem a apresentação. Relato sobre a experiência.

II – Explicar o objetivo da pesquisa, como vai funcionar, a importância da participação. III – Apresentar as principais dificuldades apresentadas nos questionários:

- os familiares decepcionam
- sentem-se solitários, desconfortáveis, aborrecidos
- quiseram contrariar os familiares ao menos uma vez
- discutiram ao menos uma vez
- não conseguem falar sobre sentimentos
- não têm amigos
- dependência familiar
- não fazem tarefa em casa
- não preparam comida
- não sabem lidar com dinheiro
- não sabem calcular
- dificuldade de memória

IV – Ver principais dificuldades no grupo

V – Exercícios com cartões

- dar alguns cartões para cada um e explicar o que estão vendo
- separar dois números
- separar dois números e dia da semana
- separar dois números, dia da semana, cartões azuis
- separar dois números, dias da semana, círculo azul

VI – Fechamento da atividade e combinação do próximo dia.

2ª. Sessão de Treinamento

I – Técnica para quebra gelo: Em duplas um participante entrevista o outro, perguntando 3 coisas que mais gosta, apresentar, dizendo o nome do colega.

II – Retomar as tarefas da sessão anterior:

Pede-se aos participantes eles expliquem o que foi feito com o maior número de detalhes possível, e promover a comunicação entre eles. (separar por dois números/dígitos, + dia da semana, + cartões círculo azul).

III – Distribuir 10 cartões para cada um:

- separar por forma geométrica
- separar os triângulos azuis
- separar triângulos amarelos com um dígito/número
- separar triângulos vermelhos com um dígito e dia da semana

IV – Exercício com slide:

- Explicar o que é a tarefa: descrever uma cena que nós vamos ver, cada um dirá o que está vendo na foto.
- Primeiro olhar a imagem e pedir que descrevam a cena
- slide 02 (dois homens e um bebê numa praça)
- vamos descrever o que cada um está vendo
- depois vemos se todos concordam com o que foi dito e buscamos um consenso
- escolher um título (anota sugestões e faz uma votação), buscar um consenso
- slide 01 – repete mesmo procedimento

3ª. Sessão de Treinamento

I – Dinâmica de grupo para melhorar conhecimento: Em duplas (sorteio) um participante entrevista o outro, perguntando 3 coisas que não gosta. Apresentar ao grupo, dizendo ao grupo o nome do colega e do que não gosta.

II – Retomar a sessão anterior:

- 1º ver quem lembra das coisas que o outro mais gosta.
- 2º Retomar os exercícios trabalhados com os cartões e quais foram as dificuldades
- 3º Exercício com os slides. Quantos foram trabalhados, quais eram as cenas, os títulos
- sobre o horário e dias de greve

III – Distribuir 10 cartões a cada um:

- separar quadrados
- quadrados com dois dígitos
- quadrados com dois dígitos e dia da semana
- cada um escolhe dois critérios/características e separar seus cartões
- explicar ao grupo as características que cada um escolheu

IV – Exercício com slides:

- Retomar como fazemos este exercício (ver características, selecionar, dar um título)
- Slide nº 03 (mulheres fumando e conversando)
- Descrever o que estão vendo e anotar no quadro
- Fazer uma avaliação do que foi dito e buscar um consenso
- Dar um título – trabalhar melhor esta etapa
- Slide nº 08 (lazer, divertimento, praça)
- Descrever o que estão vendo e anotar no quadro
- Fazer uma avaliação do que foi dito e buscar um consenso para o título

4ª. Sessão de Treinamento

I – Dinâmica de grupo para melhorar motivação ao trabalho em grupo: cada um escreve em uma folha o que espera desse trabalho em grupo.

II – Retomar a sessão anterior:

- 1º ver quem lembra das coisas que o outro não gosta.
- 2º Retomar os exercícios trabalhados com os cartões e quais foram as dificuldades
- 3º Exercício com os slides. Quantos foram trabalhados, quais eram as cenas, os títulos. Lembram o que é critério/característica?

III – Distribuir 10 cartões a cada um:

- um de vocês escolhe:
- separar 1 critério (cartões amarelos)
- separar por 2 critérios (cartões amarelos com dois dígitos)
- separar por 3 critérios (cartões amarelos com dois dígitos e círculos)
- cada um escolhe dois critérios/características e separar seus cartões
- explicar ao grupo as características que cada um escolheu

IV – Exercício com slides:

- Retomar como fazemos este exercício (ver características, selecionar, dar um título)
- Slide nº 31 (mulheres se penteando)
- Descrever o que estão vendo e anotar no quadro
- Fazer uma avaliação do que foi dito e buscar um consenso
- Dar um título – trabalhar melhor esta etapa
- Slide nº 05 (homem e mulher brincando sentados)
- Descrever o que estão vendo e anotar no quadro
- Fazer uma avaliação do que foi dito e buscar um consenso
- Dar um título – trabalhar melhor esta etapa

5ª. Sessão de Treinamento

I – Dinâmica de grupo para melhorar a comunicação: jogo do telefone sem fio, digo uma frase e passamos, outro diz uma frase e passamos. Avaliação da tarefa.

II – Retomar a sessão anterior:

- 1º Retomar os exercícios trabalhados com os cartões e quais foram as dificuldades
- 2º Exercício com os slides. Quantos foram trabalhados, quais eram as cenas, os títulos.
- 3º Critérios e características, lembram?
- 4º qual foi a primeira tarefa para casa (escrever o que esperam do trabalho: melhorar memória)

III – Exercício de repetição literal de frases:

- com ênfase no objetivo
- com ênfase no afetivo

IV – Exercício com slides:

- Retomar como fazemos este exercício (ver características, selecionar, dar um título)
- Slide nº 06 (pessoas fazendo compras) – deixar uns 5-10min e apagar
- Descrever o que estão vendo e anotar no quadro
- Fazer uma avaliação do que foi dito e buscar um consenso
- Dar um título – trabalhar melhor esta etapa
- Slide nº 20 (casal conversando) – deixar uns 5-10min e apagar

- Para melhorar a memória vamos olhar o slide com atenção (5min), depois eu retiro e tentamos lembrar dos detalhes
- Descrever o que lembram e anotar no quadro
- Conferir o que foi descrito olhando novamente o que foi descrito
- Dar um título – trabalhar melhor esta etapa

6ª. Sessão de Treinamento

I – Dinâmica de grupo para melhorar comunicação: caminhar pela sala olhando nos olhos dos colegas. Quando for dado o sinal, todos devem parar, olhar para o colega em frente e observar uma característica. Sentados em círculo cada um relata o que observou.

II – Retomar a sessão anterior:

- 1º Jogo do telefone-sem-fio, quem lembra das frases?
- 2º Exercício de repetição das frases, quem lembra de alguma frase?
- 3º Exercício com os slides, como trabalhamos? Quantos foram trabalhados, quais eram as cenas, os títulos.

III – Exercício de repetição literal de frases:

(a) com ênfase no objetivo:

1. “hoje faremos pizza e salada no grupo de cozinha”
2. “darei um livro para meu irmão pelo seu aniversário, mas não sei qual”
3. “hoje eu não vou a terapia ocupacional porque tenho que arrumar meu quarto”

(b) com ênfase no afetivo

1. “Você não pode me dizer o que está acontecendo? Você esteve o dia inteiro de mau humor comigo!”

IV – Exercício com slides:

- Retomar como fazemos este exercício (deixar o slide 5min, retirar, descrever características, selecionar, dar um título)
- Slide nº 17 (mulher chorando)– deixar uns 5-10min e apagar
- Descrever o que estão vendo e anotar no quadro
- Fazer uma avaliação do que foi dito e buscar um consenso
- Dar um título – trabalhar melhor esta etapa
- Slide nº 21 (pedreiros trabalhando) – deixar uns 5-10min e apagar
- Para melhorar a memória vamos olhar o slide com atenção (5min), depois eu retiro e tentamos lembrar dos detalhes

- Descrever o que lembram e anotar no quadro
- Conferir o que foi falado olhando novamente o que foi descrito
- Dar um título – trabalhar melhor esta etapa

V – Cada um elege uma dificuldade que tem em casa ou na vida para começarmos a trabalhar na próxima semana, trazer anotado na próxima sessão.

7ª. Sessão de Treinamento

I – Aquecimento: conversar sobre o que fizeram, como estão se sentindo.

II – Ver quem trouxe a tarefa de casa

- uma situação que deseja melhorar

III – Explicar passando algumas lâminas como será a nova etapa

IV – Da tarefa de casa:

- anotar no quadro o que trouxeram – agrupando semelhanças
- selecionar prioridade – da mais simples e fácil e descartar o que não se pode resolver no grupo
- Temas selecionados
 - (a) ir ao supermercado e farmácia – 1º. Tema
 - (b) acordar cedo e motivação
 - (c) mal entendimento/discórdia/disussões
 - (d) seguir tratamento
 - (e) falar de sentimentos
 - (f) lazer

V – Exercício de habilidades sociais:

1 – *Primeira Etapa*

- selecionar uma situação
- definição do objetivo
- elaboração de um diálogo
- definição de um título
- antecipação de dificuldades (pontuação de 1 a 5)
- entrega prévia de funções de observação (clareza da voz, volume da voz, velocidade da linguagem, gentileza)
- estimativa do nível de dificuldade

2 – *Segunda Etapa* – todos devem fazer - em duplas

- demonstraco do role play
- role play
- feedback
- transferncia para a vida real

VI – Tarefa de casa:

- cada um dever pedir uma informao e trazer na próxima consulta como foi a tarefa. Anotar dificuldades e como se sentiu.

8ª. Sesso de Treinamento

I – Aquecimento: Ver como esto utilizando em casa as tarefas aprendidas.

II – Ver quem trouxe a tarefa de casa

- Pedir uma informao
- Como foi, dificuldades

III – Retomar o que fizemos na semana passada – quais foram os temas

IV – Das prioridades que foram selecionadas:

* Tema - acordar cedo e motivao

V – Resoluo de Problemas:

1 – *Etapas*

- identificao e anlise do problema
- processamento cognitivo do problema
- gerao de soluoes alternativas
- avaliao das soluoes alternativas
- deciso por uma soluo
- transferncia para a vida real
- feedback

VI – Tarefa de casa:

- acordar cedo com despertador e fazer alguma atividade
- fazer algo que d prazer e descrever motivao

9ª. Sesso de Treinamento

I – Aquecimento: conversar sobre o que fizeram nos ltimos dias.

II – Ver quem trouxe a tarefa de casa

- Fazer algo que d prazer, com motivao

- Acordar cedo
- Como fizeram, quais as dificuldades encontradas

III – Retomar o que fizemos na semana passada – quais foram os temas

IV – Das prioridades que foram selecionadas:

* Tema - mau entendimento/discórdia/ discussões em casa

V – Exercício de habilidades sociais:

1 – *Primeira Etapa*

- selecionar uma situação
- definição do objetivo
- elaboração de um diálogo
- definição de um título
- antecipação de dificuldades (pontuação de 1 a 5)
- entrega prévia de funções de observação (clareza da voz, volume da voz, velocidade da linguagem, gentileza)
- estimativa do nível de dificuldade

2 – *Segunda Etapa* – todos devem fazer - em duplas

- demonstração do role play
- role play
- feedback
- transferência para a vida real

VI – Tarefa de casa: ajudar em casa para diminuir as discussões. Podem começar por arrumar a própria cama, varrer a casa, ajudar a lavar a louça sem que ninguém peça.

10ª. Sessão de Treinamento

I – Aquecimento: conversar sobre o que fizeram, sobre o tempo, como estão...

II – Ver quem trouxe a tarefa de casa

- Sobre conversar em casa sem discutir
- Como foi, dificuldades
- Falaram sobre as dificuldades em casa, principalmente sobre a autoridade dos pais
- dificuldade de selecionar, não ter com quem falar (o quê e para quem)
- conflito de gerações (pais mais velhos, ser cuidado pela vó)
- Falaram das discussões em casa.
- Estratégias que tentaram utilizar:

Manter a calma

Falar baixo

Sair do local

Pedir ajuda (vizinho, amigo)

Falar com amigos, avós

Falar com o médico

No final desta sessão surgiram questões sobre a doença e uso de drogas

IV – Das prioridades que foram selecionadas:

* Tema - seguir tratamento – psicoeducação

- lâminas sobre a doença com imagens auto-explicativas

- discussão sobre sintomas, cuidados...

- importância de seguir o tratamento

- ir nas consultas médicas

- não apenas tomar o medicamento, mas seguir o que o médico prescreve também como alternativa para ocupar o tempo com alguma atividade, ajudar em casa...

- promover a participação do grupo quanto aos aspectos abordados

11ª. Sessão de Treinamento

I – Aquecimento: conversar sobre o que fizeram, se estão conseguindo seguir o que estão aprendendo

II – Retomar como trabalhamos – o que lembram sobre a doença cuidados necessários

III – Das prioridades que foram selecionadas:

* Tema - falar de sentimentos

IV - Resolução de Problemas:

1 – Etapas

- identificação do problema

- análise do problema

- processamento cognitivo do problema

- geração de soluções alternativas

- avaliação das soluções alternativas

- decisão por uma solução

- transferência para a vida real – como podemos seguir estas dicas

- feedback

V - Tarefa de casa – trazer uma idéia sobre alternativa de lazer.

12ª. Sessão de Treinamento

I – Aquecimento: retomar o treinamento para fazer o fechamento ao final

II – Retomar como se trabalha com esta etapa – sobre o que falamos

III – Tarefa de casa – trazer uma alternativa de lazer

IV – Das prioridades que foram selecionadas:

* Terma – alternativa de lazer e avaliação final – 13/09

V – Retomar as etapas para resolver um problema:

1 – Etapas

- identificação do problema
- análise do problema
- processamento cognitivo do problema
- geração de soluções alternativas
- avaliação das soluções alternativas
- decisão por uma solução
- transferência para a vida real – como podemos seguir estas dicas
- feedback

VI – Avaliação do treinamento.

- O que acham que melhoraram
- O que mais gostaram
- O que não gostaram

V – Avisar que serão chamados para uma entrevista de seguimento após 12 meses de treinamento.

Anexo 3
Aprovação do Comitê de Ética

ANEXO 4

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

ANEXO 5
Protocolo Sócio-Demográfico

ANEXO 6

GAF

ANEXO 7

EAFSO

ANEXO 8
MMSE e Span-palavras

ANEXO 9

EAS

ANEXO 10
WHOQOL-BREF

OUTROS

**REFERÊNCIAS REVISÃO TÉCNICA DA TRADUÇÃO DO LIVRO
“TERAPIA INTEGRADA PARA ESQUIZOFRENIA”**

**ARTIGO PUBLICADO NO LIVRO
“PRÁTICA EDUCATIVA EM MEDICINA”**