

PLANO DE AULA		MÓDULO:	PERÍODO LETIVO: 2023/2
TEMA	TERAPÊUTICAS NÃO FARMACOLÓGICAS EM PSIQUIATRIA		
CARGA HORÁRIA	2		
PROFESSOR (A)			
Anna Carolina Ricoboni Cremonesi			
OBJETIVO GERAL			
Explorar as principais terapêuticas não farmacológicas utilizadas no tratamento de transtornos psiquiátricos, enfatizando suas evidências científicas e aplicabilidades clínicas.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS			
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender os fundamentos das principais terapias não farmacológicas em psiquiatria. • Identificar os transtornos psiquiátricos para os quais essas terapias são indicadas. • Analisar brevemente estudos e pesquisas sobre a eficácia de terapêuticas não farmacológicas. • Introduzir técnicas específicas de intervenções não farmacológicas. 			
DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO			
<ul style="list-style-type: none"> • Aula Expositiva e Dialogada • Atividade Interativa com discussão de casos clínicos • Recursos Necessários: <ul style="list-style-type: none"> - Projetor de slides - Computador ou dispositivo para apresentação - Material de apoio para exercícios práticos (papel, canetas) 			
Bibliografia Básica			
<ul style="list-style-type: none"> • Sadock, Benjamin J. Compêndio de psiquiatria : ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico] / Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz ; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ... [et al.] ; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] – 11. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017- Capítulo 28. • CAPS: https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps- Acesso em 12/10/2021 às 14 horas. 			

Terapêuticas não farmacológicas em Psiquiatria



CENTRO UNIVERSITÁRIO
Integrado

Saúde mental- abordagem multiprofissional

- Os transtornos mentais são doenças multifatoriais, pois envolvem questões biológicas, psicológicas e socioculturais do paciente. Assim, o tratamento envolve muito mais do que a administração de remédios psiquiátricos. É importante que o paciente faça acompanhamento psicológico, tenha hábitos de vida saudáveis, desenvolva sua capacidade de sociabilização e sua autonomia.



Benefícios da abordagem multidisciplinar:

A equipe multidisciplinar tem a função de potencializar os ganhos obtidos no tratamento psiquiátrico, complementando a abordagem clínica do médico e os benefícios do tratamento medicamentoso. Ela permite que as demandas particulares de cada paciente sejam atendidas, melhorando o quadro como um todo.

Os profissionais da equipe multidisciplinar devem sempre buscar uma atuação conjunta, integrada, compartilhando seus avanços e informações sobre o paciente. Essa troca permite mais dinamicidade na execução do plano terapêutico, revendo os objetivos e estratégias adotados, adequando-o a cada fase do processo de recuperação do paciente



CAPS: Centro de Atenção Psicossocial

Os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS nas suas diferentes modalidades são pontos de atenção estratégicos da RAPS (Rede de Atenção Psicossocial): serviços de saúde de caráter aberto e comunitário constituído por equipe multiprofissional e que atua sobre a ótica interdisciplinar e realiza prioritariamente atendimento às pessoas com sofrimento ou transtorno mental, incluindo aquelas com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas, em sua área territorial, seja em situações de crise ou nos processos de reabilitação psicossocial e são substitutivos ao modelo asilar.



Modalidades:

- **CAPS I:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 15 mil habitantes.
- **CAPS II:** Atendimento a todas as faixas etárias, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS i:** Atendimento a crianças e adolescentes, para transtornos mentais graves e persistentes, inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS AD Álcool e Drogas:** Atendimento a todas faixas etárias, especializado em transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 70 mil habitantes.
- **CAPS III:** Atendimento com até 5 vagas de acolhimento noturno e observação; todas faixas etárias; transtornos mentais graves e persistentes inclusive pelo uso de substâncias psicoativas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.
- **CAPS AD III Álcool e Drogas:** Atendimento e 8 a 12 vagas de acolhimento noturno e observação; funcionamento 24h; todas faixas etárias; transtornos pelo uso de álcool e outras drogas, atende cidades e ou regiões com pelo menos 150 mil habitantes.

Composição mínima da Equipe CAPS:

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS I, para o atendimento de 20 (vinte) pacientes por turno, tendo como limite máximo 30 (trinta) pacientes/dia, em regime de atendimento intensivo, será composta por:

- a - 01 (um) médico com formação em saúde mental;
 - b - 01 (um) enfermeiro;
 - c - 03 (três) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico.
 - d - 04 (quatro) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão;
- 

PASSO A PASSO ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – ATENDIMENTO INICIAL



1º O usuário procura uma Unidade de Saúde ou é acompanhado pela família, munido de seus documentos pessoais e seu cartão SUS, para receber o primeiro acolhimento.



2º A equipe da Atenção Básica realiza a triagem e percebendo a necessidade de um atendimento especializado (transtornos graves e persistentes) encaminha o paciente para o Centro de Atenção Psicossocial – CAPS.



3º A equipe multidisciplinar do CAPS avalia as necessidades do usuário, considerando seu contexto histórico, social e psicológico e constrói o Projeto Terapêutico Singular – PTS.



4º A partir do Projeto Terapêutico Singular – PTS inicia-se um acompanhamento terapêutico (biopsicossocial) onde o usuário do serviço recebe apoio psicossocial a partir de atividades terapêuticas, culturais e sociais, objetivando sua reabilitação psicossocial.

PASSO A PASSO ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL – ATENDIMENTO EM SITUAÇÃO DE CRISE



1º O familiar ou responsável pelo usuário aciona o SAMU.

2º O SAMU direciona o usuário para os Leitos Psiquiátricos existentes na região ou para qualquer ponto de atenção de urgência e emergência (UPA, Pronto Socorro...)

3º O usuário é acolhido e medicado.

4º Após o atendimento, havendo a estabilização do quadro inicial, o usuário é acolhido, e referenciado a um serviço especializado (CAPS), de acordo com seu perfil para iniciar o acompanhamento e o apoio psicossocial. Caso já seja usuário de serviços de Saúde Mental, deve ser realizado contato com estes para encaminhá-lo.

Saúde Mental na Atenção Básica

- No Brasil, a atenção básica (AB) é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde. Por isso, é fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.
- Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde em 2008 com o objetivo de apoiar a consolidação da Atenção Básica no Brasil, ampliando as ofertas de saúde na rede de serviços, assim como a resolutividade, a abrangência e o alvo das ações.



Psicanálise

Psicanálise é praticamente o sinônimo do nome de seu fundador, Sigmund Freud, também é chamada de psicanálise “clássica” ou “ortodoxa” para distingui-la de variações mais recentes conhecidas como psicoterapia psicanalítica.



Indicações psicanálise:

- De modo geral, todas as chamadas psiconeuroses são adequadas para psicanálise. Elas incluem **transtornos de ansiedade, pensamento obsessivo, comportamento compulsivo, transtorno conversivo, disfunção sexual, estados depressivos e várias outras condições não psicóticas, como transtornos da personalidade. Sofrimento** significativo deve estar presente de forma que o paciente esteja motivado a fazer os sacrifícios de tempo e de recursos financeiros exigidos pela psicanálise. Pacientes que começam análise devem ter um **desejo genuíno de compreender a si mesmos**, e não uma ânsia desesperada por alívio sintomático. Eles devem ser capazes de suportar frustração, ansiedade e outros fortes afetos que emergem na análise sem fuga ou atuação de seus sentimentos de forma autodestrutiva. Também devem ter um superego razoável e maduro que os permita serem sinceros com o analista. A inteligência deve ser, no mínimo, mediana, e, acima de tudo, eles devem ter uma orientação mental psicológica, no sentido de que possam pensar de forma abstrata e simbólica sobre os significados inconscientes de seu comportamento.

Contraindicações:

Ausência de sofrimento, baixo controle de impulsos, incapacidade de tolerar frustração e ansiedade e baixa motivação para compreensão são contraindicações. A presença de extrema desonestidade ou transtorno da personalidade antissocial contraindica o tratamento analítico. Pensamento concreto ou ausência de orientação mental psicológica são outras contraindicações. Alguns indivíduos que normalmente têm uma capacidade de pensar psicologicamente não são candidatos à análise porque se encontram em meio a uma reviravolta de grandes proporções, ou crise de vida, como perda do emprego ou divórcio. Doença física grave também pode interferir na capacidade do indivíduo de investir em um processo de tratamento de longo prazo. Pessoas com baixa inteligência geralmente não compreendem o método ou não cooperam no processo.



Estágios da Psicanálise:

- **Estágio 1:** o paciente se familiariza com os métodos, as rotinas e as exigências da análise, e uma **aliança terapêutica realista** é formada entre ele e o analista. As regras básicas são estabelecidas; o paciente descreve seus problemas; há alguma revisão da história, e ele ganha alívio inicial por meio de catarse e sensação de segurança antes de mergulhar mais profundamente na fonte da doença. O paciente é motivado principalmente pelo desejo de melhorar.;
- **Estágio 2:** a neurose de transferência emerge e substitui a neurose real do paciente, na qual o desejo por saúde entra em conflito direto com o desejo simultâneo de receber gratificação emocional do analista. Aos poucos, conflitos inconscientes vêm à tona; e há aumento de um apego irracional ao analista, com consequências concomitantes regressivas e dependentes desse laço; retorno de desenvolvimento a formas mais primitivas de relacionamento (às vezes comparado com o de uma mãe e seu bebê); e repetição de padrões de infância e lembrança de memórias traumáticas por meio de transferência de desejos libidinais não resolvidos ao analista;
- **Estágio 3:** a fase do término é marcada pela **dissolução do laço analítico**, à medida que o paciente se prepara para deixá-lo. O apego irracional ao analista durante a neurose de transferência cedeu porque passou por processo de elaboração, e os aspectos mais racionais da psique governam, proporcionando maior controle e adaptação madura aos problemas do paciente. O término não é um evento absoluto, e o paciente invariavelmente precisa continuar a elaborar quaisquer problemas fora da situação de terapia sem o analista ou pode precisar de assistência intermitente depois que a análise foi tecnicamente encerrada.

Psicoterapia Psicanalítica

Se baseia em formulações dinâmicas fundamentais e técnicas derivadas da psicanálise, é elaborada para ampliar seu âmbito. Em seu sentido mais restrito, é o uso apenas de métodos voltados para o insight. Da forma genérica aplicada hoje a um espectro clínico cada vez maior, ela incorpora uma combinação de medidas de descoberta e supressão. As **estratégias de psicoterapia psicanalítica atualmente variam de técnicas expressivas (voltada para insight, descoberta, evocativa ou interpretativa) a técnicas de apoio (voltada para relacionamento, sugestiva, supressiva ou repressiva).**

A duração da psicoterapia psicanalítica costuma ser mais curta e mais variável do que a psicanálise.

Diferentemente da psicanálise, a psicoterapia psicanalítica raramente usa o divã; **paciente e terapeuta sentam-se frente a frente.** Essa postura ajuda a impedir a regressão- paciente olha o terapeuta como uma pessoa real.



I- Psicoterapia Expressiva

É indicada para uma gama **de psicopatologias com enfraquecimento do ego de leve a moderado**, incluindo conflitos neuróticos, complexos de sintomas, condições reativas e toda a área de transtornos de caráter não psicótico, incluindo os transtornos do self, que estão entre os mais transitórios e menos profundos no espectro de gravidade da doença, como transtornos do comportamento narcisista e transtornos da personalidade narcisista. Também é um dos tratamentos recomendados para indivíduos com transtorno da personalidade borderline.

O **objetivo** é alcançar uma compreensão mais limitada e, portanto, selecionada e focalizada dos próprios problemas, aumentando a autopercepção do paciente e melhorando as relações objetivas por meio da investigação de percepções e eventos interpessoais atuais.



II- Psicoterapia de Apoio

Se destina a criar um relacionamento terapêutico como um **suporte ou ponte temporários para o paciente deficiente**. Suas raízes encontram-se praticamente em todo o tipo de terapia que reconhece os efeitos benéficos do **apoio emocional** e de uma atmosfera estável e atenciosa no manejo de pacientes. A perspectiva global de psicoterapia de apoio (em geral parte de uma abordagem de tratamento combinado) coloca **maior ênfase etiológica nos eventos externos** do que nos intrapsíquicos, em especial sobre influências estressantes ambientais e interpessoais em um self gravemente danificado.

É mais favorável para pacientes nas seguintes áreas principais: **(1) indivíduos em crise aguda ou em estado temporário de desorganização** ou incapacidade de enfrentamento (incluindo aqueles que, de outro modo, poderiam ter bom funcionamento) cujas circunstâncias de vida intoleráveis produziram ansiedade extrema ou instabilidade repentina (p. ex., indivíduos em luto, com doença, passando por divórcio, perda do emprego, vítimas de crime, abuso, desastre natural ou acidente); **(2) pacientes com patologia grave crônica** com funcionamento frágil ou deficiente do ego (p. ex., aqueles com psicose latente, descontrole de impulsos ou perturbação de caráter grave); **(3) pacientes cujos déficits cognitivos e sintomas físicos os deixam particularmente vulneráveis** e, portanto, inadequados para uma abordagem voltada para o insight (p. ex., pessoas com distúrbios psicossomáticos ou medicamente doentes); e **(4) indivíduos que não têm motivação psicológica**, embora não sejam necessariamente resistentes, do ponto de vista caracterológico, a uma abordagem profunda (p. ex., pacientes que se apresentam para tratamento por pressão familiar ou de intervenção e estão interessados apenas em alívio imediato).

O **Objetivo** é ajudar o paciente a se adaptar melhor a problemas e a viver de forma mais confortável com sua psicopatologia.

Psicoterapia psicodinâmica breve

É um tratamento de **tempo limitado (10 a 12 sessões)** que se baseia nas teorias de psicanálise e psicodinâmica. Ela é usada para ajudar pessoas com depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, entre outras perturbações.

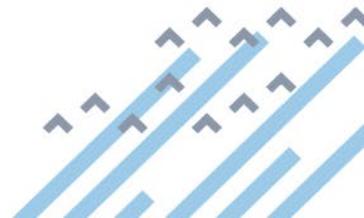
Tipos: Psicoterapia focal breve (Tavistock-Malan), Psicoterapia de tempo limitado (Boston University-Mann), Psicoterapia dinâmica intensiva breve (McGill University-Davanloo), Psicoterapia breve provocadora de ansiedade (Harvard University-Sifneos). Todos compartilham a **aliança terapêutica** ou interação dinâmica entre terapeuta e paciente, o uso de **transferência**, a **interpretação ativa** de um foco terapêutico ou **questão central**, as **ligações repetitivas** entre questões relativas aos pais e de transferência e a **terminação rápida**.



Psicoterapia de Grupo

Utiliza forças terapêuticas dentro do grupo, interações construtivas entre os membros e intervenções de um líder treinado para mudar comportamentos, pensamentos e sentimentos desadaptativos de indivíduos com sofrimento emocional. A terapia de grupo se aplica a locais de internação e ambulatoriais, trabalho institucional, unidades de hospitalização parcial, casas de passagem, centros comunitários e clínicas privadas.

A psicoterapia de grupo é um tratamento no qual pessoas cuidadosamente selecionadas e emocionalmente doentes se encontram em um grupo orientado por um terapeuta treinado e ajudam umas às outras a promoverem mudanças em suas personalidades. Ao fazer uso de uma série de manobras técnicas e construtos teóricos, o líder direciona as interações dos membros do grupo para provocar mudanças



Fatores terapêuticos:

Ab-reação: material reprimido, especialmente uma experiência ou conflito doloroso, é trazido de volta à consciência, para obter resposta emocional adequada, resulta em Insight.

Aceitação: o sentimento de ser aceito pelos outros membros do grupo, não há censura.

Altruísmo: o ato de um membro ajudar outro; colocar a necessidade de outra pessoa acima da sua própria e aprender que há valor na doação. Há coesão de grupo e sentimento de comunidade.

Aprendizagem: Os pacientes adquirem conhecimento sobre novas áreas, eles recebem conselhos, obtêm orientação e tentam influenciar e são influenciados por outros membros do grupo.

Catarse: A expressão de ideias, pensamentos e material suprimido que é acompanhada por uma resposta emocional, produzindo um estado de alívio no paciente.

Coesão: O sentimento de que o grupo está trabalhando em conjunto com um objetivo comum, acredita-se, seja o fator mais importante relacionado aos efeitos terapêuticos positivos.

Contágio: O processo pelo qual a expressão de emoção por um membro estimula a percepção de uma emoção semelhante em outro integrante.



Desabafo: A expressão de sentimentos, ideias ou eventos suprimidos a outros membros do grupo; o compartilhamento de segredos pessoais que aliviam uma sensação de pecado ou culpa (autorrevelação).

Empatia: A capacidade de um membro do grupo de se colocar na estrutura psicológica de referência de outro integrante e, assim, compreender seu pensamento, sentimento ou comportamento.

Experiência familiar corretiva: membros conseguem elaborar conflitos originais.

Identificação: mecanismo de defesa inconsciente.

Imitação: quando um paciente aprende com o outro.

Insight: Percepção consciente e compreensão da própria psicodinâmica e sintomas.
(1) insight intelectual – conhecimento e percepção sem alterações no comportamento desadaptativo;(2) insight emocional – percepção e compreensão levam a mudanças positivas na personalidade e no comportamento.

Inspiração: transmitir uma sensação de otimismo aos membros do grupo; a habilidade de reconhecer que se tem a capacidade de superar problemas; também conhecida como instilação de esperança.

Interação: troca livre e aberta de ideias e sentimentos entre os membros.

Interpretação: paciente compreende seu comportamento.

Teste de realidade: avaliar de forma objetiva o mundo exterior.

Transferência: projeção de sentimentos e pensamentos sobre o [terapeuta]membros.

Universalização: consciência do paciente de não ser o único com problemas.

Validação consensual: confirmação da realidade.

Psicoterapia combinada Individual e de Grupo;

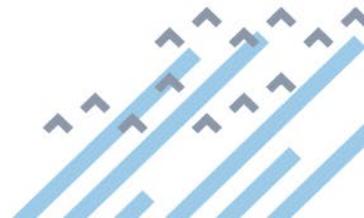
Psicodrama: dramatização terapêutica de problemas emocionais



inclui o protagonista, ou paciente, a pessoa que atua os problemas com a ajuda de egos auxiliares, pessoas que representam aspectos variados do paciente, e o diretor, psicodramaturgo ou terapeuta, que orienta os integrantes do drama em direção à aquisição de insight.

Terapia familiar: objetivos: resolver ou reduzir o conflito patogênico e a ansiedade na matriz de relacionamentos interpessoais; intensificar a percepção e a satisfação pelos membros da família das necessidades emocionais uns dos outros; promover relacionamentos de função adequados entre os gêneros e as gerações; fortalecer a capacidade de membros individuais e da família como um todo para lidar com forças destrutivas dentro e fora do ambiente que os envolve; e influenciar a identidade e os valores familiares de forma que os membros se voltem em direção à saúde e ao crescimento

Terapia de casal: objetivos da terapia são aliviar o sofrimento e incapacidade emocionais e promover os níveis de bem-estar de ambos os parceiros em conjunto e de cada um como indivíduo.



Terapia comportamental dialética

Objetivo dominante de TCD é ajudar a criar uma vida que vale a pena ser vivida para pessoas que costumam sofrer tremendamente de **problemas crônicos e globais em diversas áreas de suas vidas**. As **consultas são semanais**, com o objetivo de melhorar as habilidades interpessoais do paciente e de **reduzir o comportamento autodestrutivo** usando técnicas que envolvem aconselhamento, metáfora, narração de histórias e confrontação, etc.

Cinco “funções” essenciais no tratamento: (1) intensificar e ampliar o repertório do paciente de padrões de comportamento adaptativos; (2) melhorar a motivação do paciente a mudar por meio da redução do reforço do comportamento desadaptativo, incluindo pensamentos e emoções disfuncionais; (3) certificar-se de que novos padrões comportamentais se generalizem a partir do ambiente terapêutico para o ambiente natural; (4) estruturar o ambiente de forma que comportamentos eficazes, em vez de comportamentos disfuncionais, sejam reforçados; e (5) intensificar a motivação e capacidades do terapeuta de forma a atingir um tratamento eficaz



Terapia cognitiva

Uma característica básica da teoria cognitiva de transtornos emocionais é sua ênfase na significação psicológica das crenças das pessoas sobre si mesmas, seu mundo pessoal (incluindo as pessoas em suas vidas) e seu futuro – a “tríade cognitiva”. Por exemplo, pacientes clinicamente deprimidos podem ser propensos a acreditar que são incapazes e desamparados, a ver os outros como críticos e intolerantes e a ver o futuro como sombrio e insatisfatório, assim como transtornos de ansiedade podem ser propensos a ver a si mesmos como extremamente vulneráveis, enquanto outros são mais capazes, e o futuro provavelmente está pontilhado de desastres pessoais.

A terapia cognitiva é usada na **depressão, transtorno de pânico, transtorno obsessivo-compulsivo, transtornos da personalidade e transtornos de sintomas somáticos**. Costuma ser conduzida individualmente, embora métodos em grupo às vezes sejam proveitosos

A forma como o indivíduo avalia uma situação costuma estar evidente em suas cognições (pensamentos e imagens visuais). Essas **cognições constituem seu fluxo de consciência** ou campo fenomenológico, que reflete sua configuração de si mesmo, de seu mundo, de seu passado e de seu futuro.

Alterações no conteúdo de suas estruturas cognitivas subjacentes afetam seu estado de afeto e padrão de comportamento. Por **meio de terapia psicológica, os pacientes podem se conscientizar de suas distorções cognitivas**. A correção de construtos disfuncionais falhos pode levar à melhora clínica.



Terapia comportamental

A noção de comportamento na terapia comportamental se refere às ações e às respostas observáveis de uma pessoa. A terapia comportamental envolve mudar o comportamento de pacientes para reduzir a disfunção e para melhorar a qualidade de vida. Inclui uma metodologia, chamada de análise comportamental, para a seleção estratégica de comportamentos a serem alterados, e uma tecnologia para efetuar tais mudanças, como modificação de antecedentes ou consequências, ou fornecimento de instruções.

I-Dessemsibilização sistemática: uma pessoa supera a ansiedade desadaptativa provocada por uma situação ou por um objeto ao se aproximar da situação temida gradativamente, em um estado psicofisiológico que inibe ansiedade.

II- Terapia de Exposição: o indivíduo precisa ser levado a ter contato (i.e., ser exposto) com o estímulo para aprender de primeira mão que não haverá consequências perigosas. A exposição é gradativa e segue uma hierarquia.

III- Inundação: consiste em expor o paciente ao objeto temido, mas não há hierarquia. Ela se baseia na premissa de que fugir de uma experiência provocadora de ansiedade reforça a ansiedade por meio de condicionamento.

IV- Modelagem participante: o paciente aprende um novo comportamento por imitação, primeiramente por meio de observação, sem precisar executá-lo até se sentir seguro.

V- Exposição a estímulos apresentados em realidade virtual



VI- Treinamento de Assertividade: comportamento assertivo que permite a uma pessoa agir em seu melhor interesse, defender a si mesma sem ansiedade indevida, exprimir sentimentos honestos sem desconforto e exercitar seus direitos pessoais sem negar os direitos de outros.

VII- Treinamento de Habilidades sociais: programas de treinamento de habilidades sociais para pacientes com esquizofrenia abrangem habilidades nas seguintes áreas: conversação, manejo de conflito, assertividade, vida em comunidade, amizade e namoro, trabalho e vocação e manejo de medicamentos.

VIII: Terapia de Aversão: estímulo desagradável (punição) é apresentado imediatamente após uma resposta comportamental específica, em teoria, a resposta acaba sendo inibida e extinta. Muitos tipos de estímulos desagradáveis são usados: choques elétricos, substâncias que envolvem vômito, castigo corporal e desaprovação social. O estímulo negativo é associado ao comportamento, que passa a ser suprimido.

IX- Dessemsibilização e reprocessamento por meio de movimentos oculares: usados em transtorno de estresse pós--traumático e fobias.

X- Reforço Positivo: resposta comportamental é seguida por um evento geralmente recompensador, como alimento, evitação da dor ou elogio, ela tende a ser fortalecida e a ocorrer com maior frequência do que antes da recompensa.



Outras terapias:

- **Hipnose**
- **Terapia Interpessoal:** curso típico da TIP é de 12 a 20 sessões ao longo de um período de 4 ou 5 meses. Desenvolve-se em três etapas definidas: (1) a fase inicial é dedicada a identificar a área problemática que será o alvo do tratamento; (2) a fase intermediária é dedicada a trabalhar na área (ou áreas) problemática identificada; e (3) a fase de terminação se concentra em consolidar os ganhos obtidos durante o tratamento e preparar o paciente para que trabalhe por conta própria no futuro.
- **Psicoterapia Narrativa:** retrabalham ou “reescrevem” a história inicial do paciente em uma nova história, permitindo novos graus de flexibilidade para compreender o passado e proporcionando novas estratégias para se lançar ao futuro.
- **Reabilitação profissional**
- **Reabilitação de Habilidades sociais:** melhora das habilidades sociais em situações específicas; generalização moderada de habilidades adquiridas para situações semelhantes; aquisição ou reaprendizado de habilidades sociais e de conversação; e redução da ansiedade social.
- **Terapia Ambiental:**
- **Reabilitação Cognitiva**



Referências Bibliográficas:

- Sadock, Benjamin J. Compêndio de psiquiatria : ciência do comportamento e psiquiatria clínica [recurso eletrônico] / Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz ; tradução: Marcelo de Abreu Almeida ... [et al.] ; revisão técnica: Gustavo Schestatsky... [et al.] – 11. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2017- Capítulo 28.
- CAPS: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/caps>- Acesso em 12/10/2021 às 14 horas.

