Estudo da Terapia Cognitiva: um novo conceito em Psicoterapia

Ana Maria Serra

ITC - Instituto de Terapia Cognitiva

Objetivo:

Aprimorar os conhecimentos de estudantes e profissionais da Psicologia sobre a Terapia Cognitiva.

Elaboração:

Ana Maria Serra, PhD.
ITC – Instituto de Terapia Cognitiva, São Paulo - SP

Coordenação:

Claudia Stella - Psicóloga Clínica, Doutora em Educação, Docente em Psicologia e Editora da revista Psicologia Brasil.

Módulos:

8 módulos publicados nas revistas Psicologia Brasil (Editora Criarp)



Ana Maria Serra

PhD em Psicologia e Terapeuta Cognitiva pelo *Institute of Psychiatry* da Universidade de Londres, Inglaterra.

Presidente Honorária da ABPC - Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva.

Diretora do ITC - Instituto de Terapia Cognitiva, que atua nas áreas de clínica, pesquisa, consultoria e treinamento de profissionais, oferecendo regularmente Cursos e Palestras, dentre os quais um Curso de Especialização em Terapia Cognitiva credenciado pelo CFP – Conselho Federal de Psicologia.

E-mail: itc@itcbr.com
Site: www.itcbr.com

Módulo 1 4
Introdução à Terapia Cognitiva 4
Módulo 2 13
Conceitos Básicos em Terapia Cognitiva 15
Terapias Cognitiva, Cognitivo-Comportamental e Comportamental 21
Módulo 3 28
Terapia Cognitiva em situações de crise 32
Terapia Cognitiva e Depressão 35
Terapia Cognitiva e Suicídio 40
Módulo 4 45
Introdução 46
O modelo cognitivo básico dos transtornos de ansiedade 47
Transtorno de preocupação excessiva 54
Módulo 5 59
Terapia Cognitiva da Dependência Química 60
Terapia Cognitiva e Transtornos Alimentares 65
Terapia Cognitiva nas Organizações 71
Módulo 6 74
Terapia Cognitiva com Casais 75
Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes 81
Prevenção de Depressão em Crianças e Adolescentes 85
Módulo 7 90
Comportamental dos Transtornos de Personalidade 91
Terapia Cognitiva para a Esquizofrenia 97
Terapia Cognitiva Comportamental para Transtornos Bipolares 101
Módulo 8 105
Superando a resistência em Terapia Cognitiva 106
Terapia Cognitiva com Casos Difíceis 111
O papel da aliança terapêutica em Terapia Cognitiva 116
Questões relacionadas a treinamento em TC 122
Conclusão 127

Módulo 1

Introdução à Terapia Cognitiva

Bases Históricas da Terapia Cognitiva

Na década de 1950, nos Estados Unidos, os princípios Piagetianos da Epistemotologia Genética e do Construtivismo eram conhecidos no mundo acadêmico, bem como a Psicologia dos Construtos Pessoais de Kelly. Além disso, devido à emergência das ciências cognitivas, o contexto da época já sinalizava uma transição generalizada para a perspectiva cognitiva de processamento de informação, com clínicos defendendo uma abordagem mais cognitiva aos transtornos emocionais. Observou-se nessa época uma rara convergência entre psicanalistas e behavioristas em um ponto: sua insatisfação com os próprios modelos de depressão, respectivamente, o modelo psicanalítico da raiva retroflexa e o modelo behaviorista do condicionamento operante. Clínicos apontavam para a validade questionável desses modelos como modelos de depressão clínica.

Em decorrência, observou-se nas décadas de 1960 e 1970 um afastamento da psicanálise e do behaviorismo radical por vários de seus adeptos. Em 1962, Ellis, propôs sua *Rational Emotive Therapy*, ou Terapia Racional Emotiva, a primeira psicoterapia contemporânea com clara ênfase cognitiva, tomando os construtos cognitivos como base dos transtornos psicológicos. Behavioristas como Bandura, Mahoney e Meichembaum publicaram importantes obras em que apontavam os processos cognitivos como cruciais na aquisição e regulação do comportamento, propondo a cognição como construto mediacional entre o ambiente e o comportamento, bem como estratégias cognitivas e comportamentais para intervenção sobre variáveis cognitivas. Martin Seligman, na mesma época, propôs sua Teoria do Desamparo Aprendido, uma teoria essencialmente cognitiva, e suas revisões, como relevante para processos psicológicos na depressão.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Em 1977, é lançado o *Journal of Cognitive Therapy and Research*, o primeiro periódico a tratar de Terapia Cognitiva. Em 1985, a palavra "cognição" passa a ser aceita em publicações da AABT, *Association for the Advancement of Behavior Therapy*. Em 1986 Beck é aceito como membro da mesma AABT. E em 1987, ou seja, apenas dois anos após a AABT aceitar a inclusão da palavra "cognição" em suas publicações, em uma pesquisa realizada entre membros da AABT, 69% se identificaram como tendo uma orientação cognitivo-comportamental.

Estava, portanto, inaugurada a era cognitiva na área da psicoterapia, a partir de fatos que convergiram de forma decisiva para a emergência de uma perspectiva cognitiva, que se refletiu na proposição da Terapia Cognitiva como um sistema de psicoterapia, baseado em modelos próprios de funcionamento humano e de psicopatologia.

Aaron Beck

Mas quem é Aaron Beck, o criador da Terapia Cognitiva? Beck nasceu em 1921. Graduou-se em 1942 em Inglês e Ciências Políticas pela Brown University, seguindo para a Escola de Medicina da Universidade de Yale, onde completou sua Residência em Neurologia. Em 1953, certificou-se em Psiquiatria, e, em 1954, tornou-se Professor de Psiquiatria da Escola de Medicina da Universidade da Pennsylvania em Philadelphia. Nos anos 60, criou e dirigiu o Centro de Terapia Cognitiva da Universidade da Pennsylvania. Em 1995, afastou-se do Centro, fundando com sua filha Judy Beck o *Beck Institute*, em Bala Cynwid, um subúrbio de Philadelphia. Em 1996, retornou à Universidade da Pennsylvania como Professor Emérito, com um grande financiamento do NIMH – *National Institute of Mental Health* dos Estados Unidos. Além disso, vem recebendo inúmeros prêmios e honrarias de instituições ao redor de todo o mundo.

A Emergência da Terapia Cognitiva

Inicialmente, Beck propôs o modelo cognitivo de depressão, que evoluindo, resultou em um novo sistema de psicoterapia, que seria chamado de Terapia Cognitiva. Fundamentalmente, a influência mais importante, e a que deu origem à Terapia Cognitiva, foram os experimentos e observações clínicas do próprio Beck.

Na área de seus experimentos, Beck inicialmente explorou empiricamente o modelo psicanalítico da depressão como agressão retroflexa, ou seja, uma agressão do indivíduo contra ele próprio em uma tentativa de autounição. Através de estudos de exploração do conteúdo dos sonhos e de manipulação de humor e desempenho com depressivos, reuniu dados que contrariaram o modelo motivacional da psicanálise, e apontaram para a depressão como refletindo simplesmente padrões negativos de processamento de informação. Nessa época, Beck e colaboradores desenvolveram o *Beck Depression Inventory*, medida que se tornaria a escala de depressão mais amplamente utilizada em pesquisa em todo o mundo. A atual versão revisada do inventário foi publicada em 1996 (BDI-II), mas não está validada em Português.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Na área de suas observações clínicas, estas indicavam direções semelhantes. Beck observou que, durante a livre-associação, pacientes não estavam relatando um fluxo de pensamentos automáticos, pré-conscientes, rápidos, específicos, em um autodiálogo ininterrupto. Investigando, notou que tais fluxos de pensamentos eram fundamentais para a conceituação do transtorno dos pacientes. Funcionavam como uma variável mediacional entre a ideação do paciente e sua resposta emocional e comportamental. Além disso, no caso dos pacientes depressivos, esses pensamentos expressavam uma negatividade, ou pessimismo, geral do indivíduo contra si, o ambiente e o futuro.

Com base em suas observações clínicas e experimentos empíricos, Beck propôs sua teoria cognitiva da depressão. A negatividade geral expressa pelos pacientes não era um sintoma de sua depressão, mas antes desempenhava uma função central na instalação e manutenção da depressão. Além disso, depressivos sistematicamente distorciam a realidade, aplicando um viés negativo em seu processamento de informação. Beck aponta a cognição, e não a emoção, como o fator essencial na depressão, conceituando-a, portanto, como um transtorno de pensamento e não um transtorno emocional. Propôs a hipótese de vulnerabilidade cognitiva, como a pedra fundamental do novo modelo de depressão, e a noção de esquemas cognitivos.

Em 1967, Beck publicou sua primeira obra importante, “Depressão: Causas e Tratamento” (1967), à qual seguiu-se uma série contínua de publicações expressivas como “Terapia Cognitiva dos Transtornos Emocionais” (1976), obra na qual a terapia cognitiva já é apresentada como um novo sistema de psicoterapia, “Terapia Cognitiva da Depressão” (1979), a obra mais citada na literatura especializada, além de outras obras importantes, em que Beck e seus colaboradores desenvolvem e expandem os limites da Terapia Cognitiva, aplicada a uma ampla gama de transtornos.

Características Básicas

As principais características da Terapia Cognitiva, como um sistema de psicoterapia, são:

- Constitui um sistema de psicoterapia integrado. Combina o modelo cognitivo de personalidade e de psicopatologia a um modelo aplicado, que reúne um conjunto de princípios, técnicas e estratégias terapêuticas fundamentado diretamente em seu modelo teórico. Conta, ainda, com comprovação empírica através de um volume respeitável de estudos controlados de eficácia. Em outras palavras, satisfaz os critérios básicos que lhe conferem o status de sistema de psicoterapia.
- Demonstra aplicabilidade eficaz, segundo estudos controlados, em várias áreas: na área tradicional da Psicologia Clínica, em que TC é aplicada à depressão, aos transtornos de ansiedade (ansiedade generalizada, fobias, pânico, hipocondria, transtorno obsessivo-compulsivo), à dependência química, aos transtornos alimentares, aos transtornos de stress pós-traumático, aos transtornos de personalidade, à terapia com casais e em grupo etc., com adultos, crianças e adolescentes. A Terapia Cognitiva padrão, reunindo técnicas e estratégias terapêuticas destinadas à realização de seus objetivos básicos,

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

é modificada para aplicação a diferentes áreas de especialidade, refletindo modelos teóricos e aplicados particulares para cada classe de transtorno.

- Aplica-se ainda às áreas de educação, esportes e organizações, sendo também utilizada com sucesso como coadjuvante no tratamento de distúrbios orgânicos, área em que conta com um grande volume de estudos científicos. E, no caso particular das psicoses, as publicações se avolumam nas áreas de esquizofrenia e transtorno bipolar, indicando resultados encorajadores. Representa um processo terapêutico diretivo e semiestruturado, orientado à resolução de problemas. É colaborativa, ou seja, reflete um processo em que ambos, terapeuta e paciente, têm um papel ativo e estabelecem colaborativamente metas terapêuticas, as agendas de cada sessão, tarefas entre sessões etc. Requer a socialização do paciente ao modelo, a fim de que ele possa desempenhar seu papel como colaborador ativo. Envolve uma relação genuína entre terapeuta e paciente, baseada em empatia terapêutica, em que o terapeuta é amigável, caloroso e genuíno.
- As sessões, bem como o processo terapêutico, são semiestruturadas, envolvendo tarefas entre as sessões. É focal, requerendo uma definição concreta e específica dos problemas do paciente e das metas terapêuticas.
- Tem um caráter didático, em que o objetivo não é unicamente ajudar o paciente com seus problemas, mas dotá-lo de um novo instrumental cognitivo e comportamental, através de prática regular, a fim de que ele possa perceber e responder ao real de forma funcional, sendo o funcional definido como aquilo que concorre para a realização de suas metas. Nesse sentido, as intervenções são explícitas, envolvendo feedback recíproco entre o terapeuta e o paciente. É um processo terapêutico de tempo curto e limitado, podendo sua aplicação variar entre aproximadamente 12 e 24 sessões, tornando-a apropriada ao contexto socioeconômico atual, e possibilitando sua utilização pelo sistema de saúde público, bem como pelos convênios e seguros de saúde.
- Mostra-se eficaz para diferentes populações, independentemente de cultura e níveis socioeconômico e educacional (Serra et al., 2001).

A reunião de todas essas características seguramente nos permite afirmar que a Terapia Cognitiva representa uma mudança de paradigma no campo das psicoterapias.

Entretanto, a Terapia Cognitiva parece fácil, mas não é! A média de trainees que se tornam proficientes em Terapia Cognitiva após o primeiro ano de treinamento em centros internacionais é de apenas 25%, índice que tende a aumentar a medida que se prolonga o tempo de treinamento, apontando para a relevância do treinamento adequado. Recomenda-se, portanto, treinamento extenso e formal, com instrutores capacitados na área específica da Terapia Cognitiva, e supervisão clínica prolongada, até que o terapeuta esteja apto a atender independentemente.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Intervenção Clínica em Terapia Cognitiva

Destacamos diversas fases. Na primeira, enfatiza-se a definição da estratégia de intervenção, ou seja, a conceituação cognitiva do paciente e de seus problemas, a definição de metas terapêuticas e do planejamento do processo de intervenção.

Na segunda fase, o terapeuta objetiva a normalização das emoções do paciente, a fim de promover a motivação do paciente para o trabalho terapêutico e sua vinculação ao processo. Nesse sentido, o terapeuta prioriza o que podemos chamar de intervenção em nível funcional, concentrando-se no desafio de cognições disfuncionais, iniciando os primeiros esforços em resolução de problemas, e encorajando o desenvolvimento, pelo paciente, de habilidades próprias para a resolução de problemas.

Na terceira fase, o terapeuta enfatiza a intervenção em nível estrutural, ou seja, o desafio de crenças e esquemas disfuncionais, objetivando promover a reestruturação cognitiva do paciente.

Na quarta fase, de terminação, promove-se, através de várias técnicas, a assimilação e generalização dos ganhos terapêuticos bem como a prevenção de recaídas. O objetivo último dos esforços terapêuticos é dotar o paciente de estratégias cognitivas e comportamentais, a fim de capacitá-lo para a promoção e preservação continuadas de uma estrutura cognitiva funcional.

O Princípio Básico da Terapia Cognitiva e o Modelo Cognitivo de Psicopatologia

O princípio básico da Terapia Cognitiva pode ser resumido da seguinte forma: nossas respostas emocionais e comportamentais, bem como nossa motivação, não são influenciadas diretamente por situações, mas sim pela forma como processamos essas situações, em outras palavras, pelas interpretações que fazemos dessas situações, por nossa representação dessas situações, ou pelo significado que atribuímos a elas. As nossas interpretações, representações ou atribuições de significado, por sua vez, refletem-se no conteúdo de nossos pensamentos automáticos, contidos em vários fluxos paralelos de processamento cognitivo que ocorrem em nível pré-consciente. O conteúdo de nossos pensamentos automáticos, pré-conscientes, reflete a ativação de estruturas básicas inconscientes, os esquemas e crenças, e o significado atribuído pelo sujeito ao real. Um exemplo simples para ilustrar esse princípio: suponhamos que nos encontremos casualmente com um amigo que não nos cumprimenta. Se pensarmos “ele não quer mais ser meu amigo”, nossa emoção será tristeza e nosso comportamento será possivelmente afastarmo-nos do amigo. Se, porém, pensarmos “oh, será que ele está aborrecido comigo?”, nossa emoção será apreensão e nosso comportamento será procurar o amigo e perguntar o que está havendo. Ou ainda, se pensarmos “quem ele pensa que é para não me cumprimentar? Ele que me aguarde!”, nossa emoção poderia ser raiva e o comportamento, confrontaríamos o amigo. Porém, diante da mesma situação, podemos ainda pensar “não me cumprimentou... acho que não me viu”; e, nesse caso, nossas emoções e comportamentos seguiriam inalterados.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Este exemplo ilustra, portanto, que nossas interpretações, representações, ou atribuições de significado atuam como variável mediacional entre o real e as nossas respostas emocionais e comportamentais. Daí decorre que, para modificar emoções e comportamentos, intervimos sobre a forma do indivíduo processar informações, ou seja, interpretar, representar ou atribuir significado a eventos, em uma tentativa de promover mudanças em seu sistema de esquemas e crenças. Essas intervenções objetivariam uma reestruturação cognitiva do paciente, o que o levará a processar informação no futuro de novas formas.

O modelo cognitivo de personalidade pode ser resumido como segue. Através de sua história, e com base em experiências relevantes desde a infância, desenvolvemos um sistema de esquemas, localizado em nível inconsciente ou, utilizando conceitos da Psicologia cognitiva, em nossa memória implícita. Esquemas, nesse sentido, podem ser definidos como superestruturas cognitivas, que refletem regularidades passadas, conforme percebidas pelo sujeito. Ao processarmos eventos, os esquemas implicitamente organizam os elementos da percepção sensorial, ao mesmo tempo em que são atualizados por eles, em uma relação circular. Os esquemas ainda dirigem o foco de nossa atenção. Incorporadas aos esquemas, desenvolvemos crenças básicas e pressuposições intermediárias específicas para diferentes classes de eventos, as quais são ativadas em vista de eventos críticos e licitadores. A ativação dessas crenças reflete-se em nosso pré-consciente, nos conteúdos dos pensamentos automáticos, que representam nossa interpretação do evento, ou o significado atribuído a ele. Estes, por sua vez, influenciam a qualidade e intensidade de nossa emoção e a forma de nosso comportamento, frente a essa determinada situação.

Daí decorre que a teoria cognitiva básica reflete um paradigma de processamento de informação, baseado em esquemas, como um modelo de funcionamento humano. Quanto ao sistema de processamento de informação, este envolve estruturas, processos e produtos, envolvidos na representação e transformação de significado, com base em dados sensoriais derivados do ambiente interno e externo. As estruturas e processos do sistema atuariam a fim de selecionar, transformar, classificar, armazenar, evocar e regenerar informação, segundo uma forma que faça sentido para o indivíduo em sua adaptação e funcionamento. Central, portanto, para o modelo cognitivo é a capacidade para atribuição de significado.

Quanto ao modelo cognitivo de psicopatologia, de forma semelhante, este propõe que, durante o desenvolvimento e em vista de regularidades do real interno e externo, indivíduos podem gradualmente perder sua flexibilidade cognitiva, isto é, a capacidade para atualizar continuamente seus esquemas em vista de novas regularidades. Estes esquemas enrijecendo-se se tornariam disfuncionais, predispondo o indivíduo a distorções cognitivas e à resistência ao reconhecimento de interpretações alternativas, que, em conjunto com fatores biológicos, motivacionais e sociais, originariam os transtornos emocionais. Fundamental, portanto, para o modelo cognitivo de psicopatologia e o modelo aplicado de intervenção clínica é a hipótese da vulnerabilidade cognitiva, segundo a qual indivíduos portadores de transtornos emocionais apresentam uma rigidez, ou uma tendência aumentada a distorcer eventos, no momento de processá-los. E, uma vez feita uma atribuição, resistem ao

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

reconhecimento de interpretações alternativas. Outra hipótese básica para o modelo da Terapia Cognitiva refere-se à primazia das cognições, segundo a qual as cognições têm primazia sobre as emoções e comportamentos, embora não de uma forma rigidamente causal e temporal.

Princípios, Técnicas e Estratégias de Intervenção Clínica

Para se promover o que classificamos anteriormente de intervenção funcional sobre o conteúdo das cognições, com o objetivo de possibilitar ao paciente a modulação de suas emoções, necessitamos primeiramente levá-lo a identificar as cognições pré-conscientes que representam a base das emoções adversas, as chamadas "cognições quentes". As pessoas naturalmente não entram em contato com seus pensamentos automáticos negativos no momento em que experienciam emoções adversas. É, portanto, necessário treinar pacientes para identificar seus pensamentos automáticos, encorajando, através de questionamento, uma reencenação mental da situação, até finalmente fazermos a pergunta-chave: "o que estava passando por sua mente, pensamentos e imagens, no momento em que começou a sentir a emoção?". É importante identificarmos pensamentos ou imagens que correspondam à qualidade e intensidade da emoção relatada. Identificada a cognição, passamos ao seu desafio, avaliando inicialmente o nível de crença na cognição e a intensidade da emoção associada. Para desafiar a cognição, podemos buscar evidências que a apoiem ou a contrariem, interpretações alternativas, por exemplo, "de que forma alternativa você poderia pensar?", ou "como outro pensaria diante da mesma situação?", ou ainda "como aconselharia outro na mesma situação?". Podemos ainda recorrer a um desafio mais pragmático, perguntando "qual a sua meta nessa situação?", "a cognição ajuda ou atrapalha na realização de sua meta?", e "qual o efeito de se crer em uma interpretação alternativa?". Utilizamos enfim formas, apropriadas à situação, de questionamento socrático, ou seja, formas aparentemente imparciais, a fim de encorajar nosso paciente a re-significar ou reinterpretar a situação, utilizando outras linhas de raciocínio e outras perspectivas diante das mesmas classes de eventos. Ao final, solicitamos ao paciente que reavalie agora seus pensamentos e emoções originais, encorajando-o a definir planos de ação para lidar com os mesmos eventos no futuro: como pensar, sentir e agir diferentemente? Além dessas técnicas de intervenção funcionais, podemos utilizar ainda técnicas de distanciamento ou deslocamento de atenção, visando a normalização das emoções, apenas mantendo em mente que tais técnicas promovem apenas alívio emocional temporário, devendo ser utilizadas com parcimônia e em alternância com tentativas efetivas de reestruturação cognitiva.

Inicialmente, conduzimos a identificação e os desafios de cognições em sessão; gradualmente, porém, encorajamos o paciente a realizar o mesmo entre as sessões, utilizando inclusive formulários para registro e desafio de pensamentos automáticos negativos, encontrados em manuais de TC.

Na fase intermediária da terapia, ou seja, de intervenção sobre esquemas e crenças, objetivamos a reestruturação cognitiva do indivíduo, que o levará a processar o real de uma nova forma.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Focalizamos, nessa fase, a identificação e desafio de crenças disfuncionais. Crenças representam os esquemas traduzidos em palavras. São consideradas disfuncionais quando predispõem a transtornos emocionais. Caracterizam-se por refletir rigidez, estarem associadas a emoções muito fortes, denotarem um caráter excessivo, supergeneralizado, extremo e irracional, podendo, muitas delas, ser culturalmente reforçadas. Podem ser inferidas por corresponder a temas recorrentes durante o tratamento, tipos de erros cognitivos frequentes, avaliações globais, por exemplo, “sou incapaz”, ou “ninguém me entende”, ou ainda “o mundo é cheio de perigos”, e memórias ou ditos familiares, por exemplo “tal pai, tal filho” ou “tirar 10 não é mais que obrigação”. A identificação de crenças requer um cuidado maior do que dos pensamentos automáticos, pois, se abordarmos uma crença precocemente, poderemos ativar a resistência do paciente, dificultando referências futuras à mesma crença. Necessitamos, portanto, através de esforços consistentes de conceituação cognitiva, baseados em toda a informação que conseguirmos coletar, refinar continuamente as nossas hipóteses de crenças disfuncionais, abordando-as apenas quando já se tornaram evidentes para o indivíduo. Em outras palavras, devemos abordar as crenças disfuncionais apenas quando já houver um volume considerável de evidências, que possibilitem ao paciente estar preparado para reconhecê-las como disfuncionais e estar motivados a substituí-las por crenças mais funcionais.

Na última fase, de terminação, conforme anteriormente indicado, empregamos uma variedade de técnicas para promover a generalização das estratégias adquiridas durante o processo clínico e das novas formas de perceber e responder ao real, reforçando-se o novo sistema de esquemas e crenças, em uma tentativa de se prevenir recaídas e garantir a preservação de uma estrutura cognitiva funcional.

Conclusão

Como vimos, a Terapia Cognitiva surgiu há poucas décadas, e nesse curto tempo tornou-se o mais validado e mais reconhecido sistema de psicoterapia, e a abordagem de escolha ao redor do mundo para uma ampla gama de transtornos psicológicos. A originalidade e o valor das ideias iniciais de Beck foram reforçados e expandidos através de um volume respeitável de estudos e publicações, refletindo hoje o que há de melhor no estágio atual do pensamento e da prática psicoterápica, um merecido tributo a Beck e seus colaboradores e seguidores, dentre os quais inúmeros profissionais no Brasil e no mundo têm o privilégio de figurar.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Módulo 2

Conceitos e preconceitos sobre Terapia Cognitiva

Embora tenha surgido internacionalmente há mais de quatro décadas, no Brasil a Terapia Cognitiva, uma abordagem nova e inovadora, apenas recentemente vem atraindo a atenção de profissionais e estudantes de saúde mental, da mídia e do público em geral. No entanto, o caráter recente de sua presença no Brasil tem favorecido o surgimento de distorções ou interpretações equivocadas que, não obstante, tenderem a se esclarecer com o tempo e à medida que mais profissionais têm acesso a treinamento adequado, no momento prejudicam sua disseminação e utilização adequada. Os conceitos sobre Terapia Cognitiva se confundem com preconceitos, ou sejam, ideias e opiniões que refletem a influência de posicionamentos teóricos e aplicados oriundos de abordagens anteriormente propagadas, bem como distorções que evidenciam a necessidade de maior aprofundamento.

O presente módulo, o segundo nesta série de Estudos Transversais em Psicologia, fará uma breve referência aos conceitos básicos em Terapia Cognitiva, que constituíram o tema do primeiro módulo desta série. Deter-nos-emos especialmente no tema de dúvida mais frequente: a associação entre a Terapia Cognitiva e a Terapia Comportamental, tema que merecerá um espaço destacado no final deste segundo módulo.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Conceitos Básicos em Terapia Cognitiva

Ana Maria Serra, PhD

Dentre os conceitos básicos sobre a Terapia Cognitiva (TC), apresentados no primeiro módulo desta série de Estudos Transversais, destacamos, inicialmente, as bases históricas da TC, sua emergência como um sistema de psicoterapia, bem como sua inserção no contexto contemporâneo das psicoterapias, em âmbito internacional. Referimo-nos às características básicas da TC, como um sistema de Psicoterapia, apontando seu caráter integrado; a fundamentação científica do modelo cognitivo de psicopatologia; sua eficácia, com base em estudos controlados; seu caráter breve, exceto quando aplicada a transtornos de personalidade; às áreas de aplicação, em Psicologia Clínica, em educação, nos esportes, e como coadjuvante no tratamento de distúrbios orgânicos e psicoses. Delineamos, ainda, o princípio básico da TC, segundo o qual nossas respostas emocionais e comportamentais são resultados da forma como representamos ou interpretamos o real, aspecto que reflete seu caráter essencialmente construtivista. Finalmente, apresentamos o caráter estruturado do processo clínico em TC, destacando a importância de uma sólida conceituação cognitiva do caso clínico, segundo o modelo cognitivo de psicopatologia. E terminamos por apresentar características do processo aplicado em TC, enfatizando suas várias fases: a inicial, em que buscamos as bases para nossas primeiras hipóteses de conceituação cognitiva e definição de metas terapêuticas; a de intervenção funcional, em que buscamos prioritariamente prover o paciente de estratégias para modular suas emoções; a fase de intervenção estrutural, em que buscamos propriamente a

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

reestruturação cognitiva, ou seja, a substituição do sistema de esquemas disfuncionais do paciente por um sistema de esquemas funcionais; finalizando com a preparação do paciente para a terminação do processo clínico, fase em que promovemos a generalização dos ganhos terapêuticos e a prevenção de recaídas.

Em resumo, enquanto que no primeiro módulo desta série focalizamos prioritariamente o que a TC é, neste segundo módulo focalizaremos o que ela não é. Ou seja, nas demais seções, abordaremos ideias que se popularizaram a respeito do que é a TC e como atua, mas que, em um sentido estrito, refletem equívocos e carecem de fundamentação.

Preconceitos em TC

Vários preconceitos se popularizaram a respeito da TC, dentre os quais destacamos: sua identificação com o behaviorismo, seu suposto caráter neo-behaviorista, a ideia de que terapeutas comportamentais seriam naturalmente terapeutas cognitivos, e a ideia de que a TC é amplamente divergente da orientação psicanalítica. Acrescente-se a esses a falsa ideia de que a TC, devido ao seu aparente caráter prescritivo, é fácil; a ideia de que sua duração breve favoreceria a intervenção superficial, o deslocamento de sintomas e as recaídas; a proposição questionável de que instrutores de TC devem ser ligados a Universidades; a ideia de que o caráter estruturado da abordagem impediria a espontaneidade no processo terapêutico e a utilização da intuição do terapeuta; e, finalmente, a ideia de que a aliança terapêutica interferiria com processos transferenciais no curso do processo clínico.

Derivada do Behaviorismo (Neo-behaviorista) e Divergente da Psicanálise

O maior impacto sobre o modelo teórico e aplicado de TC adveio da própria atuação clínica anterior de Beck, um reconhecido Psicanalista na década de 1950, e Professor em Psiquiatria da Universidade da Pennsylvania. Impulsionado por preocupações teóricas, com o objetivo de confirmar o modelo psicanalítico da depressão e, dessa forma, promover o pensamento psicanalítico entre contemporâneos acadêmicos, Beck, que frequentemente desafiava a ortodoxia da Psicanálise, emprestou da Psicologia Acadêmica o método científico e empregou a análise dos sonhos para testar o modelo motivacional psicanalítico da depressão. Surpreso quando seus estudos falharam em confirmar o modelo da agressão retroflexa, e intrigado com suas observações na prática clínica, Beck propõe o modelo cognitivo de depressão.

Entretanto, ao propor o novo modelo de depressão que eventualmente resultou em um novo sistema de psicoterapia, Beck

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

não negligenciou seu passado psicanalítico; isto se faz evidente no caráter racionalista da TC, em aspectos importantes do modelo cognitivo de psicopatologia, e em aspectos de seu modelo aplicado. Beck admite a noção de inconsciente, embora proponha, diferentemente da Psicanálise, que podemos acessar conteúdos inconscientes em condições especiais. Enfatiza a influência de experiências passadas no desenvolvimento do sistema de esquemas cognitivos do indivíduo, embora a intervenção clínica em TC não objetive os elementos históricos, mas os fatores presentes que mantêm ativo o quadro disfuncional. Prescreve ainda a exploração de experiências passadas para uma sólida conceituação cognitiva do caso clínico. E, em comum com a Psicanálise, a TC conceitua as cognições como eventos mentais. Finalmente, os mais importantes pontos em comum entre as duas abordagens – ambas são construtivistas, ao propor que o indivíduo constrói seu próprio real; e racionalistas, ao basear suas intervenções nos processos racionais.

Quanto ao Behaviorismo, por sua vez, este influenciou aspectos importantes do modelo aplicado de TC, como seu caráter estruturado, o tempo curto de intervenção, a definição de agenda, o estabelecimento de metas terapêuticas, dentre outros, tendo, no entanto, pouco impacto sobre o modelo cognitivo de psicopatologia. Ao contrário, as intervenções cognitivo-comportamentais do Behaviorismo, como inoculação de estresse e a dessensibilização sistemática, conceituam as cognições como comportamentos encobertos, em flagrante contradição com as proposições, pela TC, das cognições como eventos mentais e da subordinação das emoções e dos comportamentos às cognições, um aspecto fundamental para a validade do modelo cognitivo de psicopatologia. Mas suas relações com o behaviorismo são discutidas, em maior profundidade, na segunda parte do presente módulo.

A TC é Fácil?

Devido ao seu aparente caráter prescritivo, a TC é frequentemente considerada uma abordagem fácil, cuja aplicação dispensa treinamento formal e específico. É comum profissionais, que anunciam utilizar a TC, afirmarem que aprenderam através da simples leitura da literatura especializada. Entretanto, como todas as demais abordagens, seu exercício competente requer treinamento formal, específico e prolongado, incluindo supervisão clínica, até que o terapeuta esteja capacitado a atender independentemente. Na realidade, o caráter dinâmico e a atuação ativa e intensiva do terapeuta em TC enfatizam a necessidade de uma familiaridade aprofundada com seu modelo teórico e aplicado, possivelmente até maior do que em outras abordagens, em cujo caso a atuação do terapeuta é menos ativa e mais reflexiva. O caráter extremamente dinâmico da TC, em que as interações entre terapeuta e paciente se sucedem em ritmo rápido e ativo através

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

de todas as sessões terapêuticas e de todo o processo clínico, efetivamente exige uma sólida formação por parte do terapeuta.

Estudos que avaliam a efetividade de centros de treinamento em TC apontam que apenas aproximadamente 25% de seus trainees atingem proficiência após o primeiro ano de treinamento. Em um estudo, em particular, que conduzimos no Instituto de Psiquiatria da Universidade de Londres, Inglaterra, não apenas essa baixa taxa de sucesso, após o primeiro ano de treinamento, foi replicada; mas, investigando, notamos que aqueles que demonstraram proficiência após um ano eram os mesmos que, antes do início de seu treinamento, já demonstravam algumas habilidades pertinentes a um terapeuta cognitivo, como: objetividade, estruturação da sessão, ênfase no conteúdo cognitivo das queixas e intervenções de caráter cognitivo. Além disso, os estudos demonstram que o índice de proficiência de trainees é diretamente proporcional ao tempo de treinamento, à aderência a manuais e ao tempo de atendimento supervisionado.

A competência para o terapeuta cognitivo vai muito além de experiência e tempo de atuação. A importância da competência aumenta conforme aumentam os graus de severidade e cronicidade dos casos clínicos. A supervisão clínica é necessária até para terapeutas experientes, mas treinados em outras abordagens. Terapeutas treinados em outras abordagens, como, por exemplo, a Comportamental, não prescindem de treinamento formal e prolongado em TC, visto que as posturas teóricas e epistemológicas, bem como os modelos de funcionamento humano, de instalação e manutenção das psicopatologias, o modelo aplicado, e a postura do terapeuta, são distintos entre as duas abordagens. Finalmente, a aliança terapêutica em TC é singular, envolvendo uma relação afetiva e colaborativa, em vários sentidos, entre terapeuta e paciente, também distinta de outras abordagens.

Tempo Curto favorece Intervenção Superficial, Recaída e Deslocamento de Sintomas

A TC tem como objetivo fundamental a reestruturação cognitiva, isto é, a substituição do sistema disfuncional de crenças e esquemas do paciente por um sistema funcional. Como visto no Módulo 1 desta série, os esquemas cognitivos refletem superestruturas, que se desenvolvem em nível inconsciente, ou de memória implícita, e que organizam os elementos da percepção sensorial do real, em um processo do qual resultam a interpretação ou representação do real pelo sujeito. Esta interpretação ou representação do real se reflete, em nível pré-consciente, no conteúdo dos pensamentos automáticos, que influenciariam as respostas emocionais e comportamentais do sujeito. Daí decorre que, se substituirmos os esquemas atuais do paciente por novos esquemas, o conteúdo de seus pensamentos automáticos pré-conscientes mudaria, e, consequentemente, mudariam também suas respostas emocionais

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

e comportamentais. Portanto, a intervenção não é superficial, desde que estruturas inconscientes sejam mudadas. Além disso, mudando-se estruturas esquemáticas, a recaída e o deslocamento de sintomas ficaria inviabilizado.

Adicionalmente, estudos longitudinais indicam a manutenção de ganhos terapêuticos e índices baixos de recaída. Deve-se ainda notar que o caráter didático da TC concorre também para a prevenção de recaídas e do deslocamento de sintomas; a intervenção cognitiva visa, não apenas resolver os problemas atuais dos pacientes, mas, ao resolvê-los, dotar o paciente de novas estratégias para processar e responder ao real de forma funcional, sendo o funcional definido como aquilo que concorre para a realização de suas metas.

Instrutores em Terapia Cognitiva devem ser ligados a Universidades

A competência na área específica da TC, através de treinamento formal e prolongado, é a condição necessária para a atuação clínica competente. Além disso, a atuação como instrutor requer igualmente treinamento supervisionado específico para a prática didática. Em particular, a atuação de supervisores clínicos necessita, especialmente, de supervisão por um supervisor sênior, até que possam adquirir competência para o oferecimento independente de supervisão clínica a outros profissionais em treinamento.

Nesse sentido, deve-se notar que grandes experts em treinamento atuam como instrutores em seus Institutos e independentemente de universidades, como Christine Padesky, Judith Beck, Frank Dattilio, Robert Leahy, Jacqueline Persons e, no Brasil, meu caso pessoal à frente do ITC. Pessoalmente, após receber treinamento clínico durante mais de três anos, atuei, durante um ano adicional, como instrutora sob supervisão, viabilizando, dessa forma, minha competência para o treinamento de profissionais.

Finalizando, a expertise de um acadêmico em sua área particular de atuação não lhe confere automaticamente expertise na área específica da TC. O fundamental, para aqueles que buscam treinamento na abordagem cognitiva, é certificar-se da competência de profissionais que se oferecem como instrutores, exigindo comprovação de treinamento formal e prolongado na área específica da TC.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Abordagem estruturada impede espontaneidade no processo terapêutico e utilização da intuição do terapeuta

A abordagem estruturada em TC objetiva promover a brevidade do processo e favorece o sucesso de seu aspecto didático. Quanto à espontaneidade e à intuição do terapeuta, com treinamento e experiência, a estrutura das sessões e do processo terapêutico é introjetada, permitindo a espontaneidade, a intuição e a criatividade do terapeuta, e favorecendo sua competência, como nas demais abordagens.

Aliança terapêutica interfere com processos transferenciais

Estudos comprovam a necessidade de uma sólida aliança terapêutica e uma atuação colaborativa para o progresso clínico. Em TC, na realidade, as intervenções não ocorrem na relação transferencial. Mas terapeuta e paciente são parceiros ativos no processo de reestruturação cognitiva do paciente. A aliança terapêutica é necessária, embora não suficiente, para o sucesso terapêutico, favorecendo a relação colaborativa, a brevidade do processo e a eficácia de seu aspecto didático.

Conclusão

Vimos, nesta seção, evidências que contrariam algumas ideias distorcidas sobre o que é a TC e suas formas de atuação, a qual reflete aspectos teóricos e aplicados próprios. A seguir, veremos alguns aspectos da relação entre a TC e o behaviorismo, que apontam para o desenvolvimento independente dessas abordagens em diferentes períodos e contextos históricos.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Terapias Cognitiva, Cognitivo-Comportamental e Comportamental

Ana Maria Serra, PhD

A Terapia Cognitiva tem sido frequentemente e equivocadamente identificada com a Terapia Comportamental, e as denominações TC e Terapia Cognitivo-Comportamental, especialmente no Brasil, têm sido empregadas intercambiavelmente.

Destacaremos alguns fatores específicos de cada abordagem e fatores de superposição, com especial ênfase a aspectos históricos que convergiram para a emergência de cada uma dessas abordagens em diferentes períodos e contextos.

Bases históricas da TC

Na década de 1950, nos Estados Unidos, a emergência das ciências cognitivas sinalizava uma transição generalizada para a perspectiva cognitiva de processamento de informação, com clínicos defendendo uma abordagem mais cognitiva aos transtornos emocionais. Observou-se, nessa época, uma convergência entre psicanalistas e behavioristas em sua insatisfação com os próprios modelos de depressão, respectivamente, o modelo psicanalítico da raiva retroflexa e o modelo behaviorista do condicionamento operante. Nas décadas de 1960 e 1970, observou-se o afastamento da psicanálise e do behaviorismo radical por vários de seus adeptos, como Ellis, criador da Terapia Racional Emotiva, a primeira psicoterapia contemporânea com clara ênfase cognitiva, além de Brandura, Mahoney e Meichenbaum. Estes apontavam os

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

processos cognitivos como cruciais na aquisição e regulação do comportamento, a cognição como construto mediacional entre o ambiente e o comportamento, bem como estratégias cognitivas e comportamentais para intervenção sobre variáveis cognitivas.

Estava, portanto, inaugurada a era cognitiva na psicoterapia, a partir de fatos que convergiram de forma decisiva para a emergência de uma perspectiva cognitiva, que se refletiu na proposição da TC como um sistema de psicoterapia, baseado em modelos próprios de funcionamento humano e de instalação e manutenção das psicopatologias. Fundamentalmente, e conforme discutido no primeiro módulo desta série, a influência mais importante, e a que deu origem à TC, foram os experimentos e observações clínicas do próprio Beck. Ele aponta a cognição, e não a emoção, como o fator essencial na depressão, conceituando-a como um transtorno de pensamento e não um transtorno emocional. E propõe a hipótese de vulnerabilidade cognitiva como a pedra fundamental do novo modelo de depressão.

Terapias Comportamental e Cognitivo-Comportamental

Na primeira metade do século XX, a Psicanálise, em suas várias orientações, dominava o campo da psicoterapia. No entanto, ao redor dos anos 50, cientistas começaram a questionar os fundamentos teóricos e a eficácia da Psicanálise, enquanto que, ao mesmo tempo, a teoria da aprendizagem e dos processos de condicionamento, e a abordagem Comportamental derivada delas, começaram a influenciar a pesquisa e a clínica psicológicas.

Pavlov, o cientista que primeiro descreveu e analisou os processos de condicionamento, expressou seu interesse em suas possíveis aplicações clínicas. Os princípios fundamentais do behaviorismo, que desafiaram a psicanálise ortodoxa, podiam ser assim resumidos: a mente não representava um objeto legítimo de estudo científico; o problema do paciente se limitava ao seu comportamento observável, contra a necessidade de se invocar processos inconscientes não-observáveis e não-testáveis; o foco da avaliação e tratamento deveria ser dirigido ao que poderia ser observado, operacionalizado e medido; na modificação do comportamento, os fatores importantes eram os que concorriam para a manutenção do problema do paciente, ao invés de sua suposta origem; e, finalmente, o método científico provia um enquadre legítimo para o desenvolvimento de uma teoria e uma prática clínica, em que a aplicação de princípios teóricos e terapêuticos avançaria melhor através da observação empírica sistemática.

Entretanto, o desenvolvimento da Terapia Comportamental na

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Inglaterra e nos Estados Unidos seguiu trajetos paralelos e distintos.

Na Inglaterra

Após uma visita aos Estados Unidos, e pouco impressionado com a Psicologia acadêmica e clínica americana, Eysenck desenvolveu parâmetros para a Psicologia clínica inglesa: as leis estabelecidas pela Psicologia acadêmica deveriam ser aplicadas na clínica; a Psicologia clínica deveria constituir uma profissão independente; como a psicoterapia e os testes projetivos não se originaram de teorias ou conhecimentos da Psicologia acadêmica, estes não deveriam ser empregados na Psicologia clínica; a Psicologia clínica deveria basear-se em conhecimento, métodos e desenvolvimentos gerados pela Psicologia acadêmica, concluindo que os processos de condicionamento ofereciam a melhor fundação para a nova abordagem.

Após Segunda Guerra Mundial Eysenck, encorajado por Lewis, fundou um programa acadêmico para psicólogos clínicos, tendo Monte Shapiro como o primeiro diretor de treinamento clínico, dando origem ao Departamento de Psicologia do Instituto de Psiquiatria do Maudsley, da Universidade de Londres. Os casos conduzidos eram, em sua maioria, transtornos de ansiedade, especialmente agorafobia, resultando na publicação de estudos de caso. No entanto, tais esforços iniciais em nada ainda se assemelhavam a uma nova forma de psicoterapia.

Eysenck foi sucedido na direção do departamento por Jeffrey Gray, que, por sua vez, foi substituído, em 2000, por David Clark e Paul Salkovskis, brilhantes pesquisadores cognitivos, definitivamente impondo no Instituto a Terapia Cognitiva, em substituição à predecessora terapia comportamental. À mesma época, um importante marco no desenvolvimento da terapia comportamental britânica se encerrou no mesmo Instituto, com a aposentadoria de Isaac Marks.

Nos Estados Unidos

À mesma época, o modelo mais proeminente na Psicologia acadêmica americana era o modelo de Boulder, Colorado, que insistia em que o treinamento de psicólogos clínicos deveria fundar-se nos departamentos da Psicologia acadêmica, com sólida formação em Psicologia e um componente significativo de pesquisa em nível de doutorado. Entretanto, em contraposição, observava-se na clínica uma tendência à aceitação não crítica de uma variedade de formas de psicoterapia, praticadas na época, e o uso indiscriminado de instrumentos psicométricos, particularmente os testes projetivos.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Ao contrário do Behaviorismo britânico, claramente fundado nos conceitos de Pavlov, Watson e Hull e aplicado no contexto clínico a pacientes neuróticos, o Behaviorismo americano, apoiado principalmente nas ideias de Skinner e seus seguidores, tentava replicar em pacientes psiquiátricos os efeitos do condicionamento obtidos com animais em laboratórios. Os problemas psiquiátricos, de pacientes severos e crônicos, foram conceituados como problemas de comportamento, cuja solução dependia de um programa de correção através do condicionamento operante.

As pesquisas conduzidas foram de grande valor, mas não produziram os resultados esperados. Além disso, o sucesso da Terapia Comportamental no tratamento dos transtornos de ansiedade não foi replicado no tratamento da depressão. Ao mesmo tempo, a teoria do condicionamento do medo, fundamental à proposição inicial da Terapia Comportamental, dava claros sinais da necessidade de revisão.

Terapia Cognitivo-Comportamental

Embora a Terapia Comportamental mostrasse-se promissora, especialmente no tratamento de fobias e transtornos obsessivo-compulsivos, muito cedo suas limitações teóricas e aplicadas se tornaram claras, especialmente com relação à limitada gama de transtornos para os quais se mostrava eficaz. Paralelamente, nos anos 60, as teorias dominantes em Psicologia mudaram seu foco do poder do ambiente sobre o indivíduo para os processos racionais, como fonte de direção das ações humanas, refletidos nas expectativas, decisões, escolhas e controle do indivíduo, prenunciando os efeitos da revolução cognitiva sobre a clínica, através da emergência das orientações cognitivas.

Em vista do reduzido sucesso no tratamento da depressão por terapeutas comportamentais, e a despeito da resistência da Terapia Comportamental a conceitos e técnicas cognitivos, Beck (1970) encontrou uma audiência interessada. Além disso, havia ainda o fato de que ele estava articulando preocupações de um número crescente de clínicos, que advogavam a atenção dos behavioristas para uma fonte valiosa de dados e compreensão clínica: a cognição. Reassegurados por características do modelo cognitivo proposto por Beck, que incluía tarefas comportamentais, sessões estruturadas, prazo limitado de tratamento, registro diário de experiências mal-adaptativas etc., os escritos de Beck encontraram surpreendente interesse por parte dos comportamentais. Superando suas resistências, reconhecidos comportamentais passaram a incluir técnicas cognitivas em seus programas de tratamento, ao mesmo tempo em que passaram a tomar a cognição como um construto mediacional entre o ambiente e o comportamento.

Outra fonte de desconfiança para os behavioristas, incluindo o

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

próprio Eysenck, referia-se ao fato de que a TC desenvolveu-se independente da, ou em paralelo à, Psicologia Cognitiva como ciência básica, violando a máxima behaviorista de que a ciência psicológica deveria fundamentar a Psicologia Clínica. Mas o sucesso da TC no tratamento da depressão concorreu para neutralizar essas resistências. E à medida que conceitos cognitivos eram incorporados à prática comportamental, dando dessa forma origem às Terapias Cognitivo-Comportamentais, notou-se que, além da superioridade em eficácia no tratamento da depressão, as técnicas cognitivas demonstraram eventualmente também sua superioridade no tratamento dos transtornos de ansiedade, o campo onde a Terapia Comportamental havia alcançado sucesso incontestável.

Características compartilhadas?

De uma perspectiva ontológica, as Terapias Cognitiva e Comportamental diferem radicalmente em sua visão de homem. Do ponto de vista filosófico, o modelo cognitivo, reconhece a influência do observador, e de suas hipóteses e expectativas, sobre o processo da observação. O modelo comportamental, por outro lado, na sua ânsia de rigor metodológico, ou propõe reduzir o objeto observado a objeto observável, ou propõe ingenuamente que a observação pura, na qual o observador está livre de hipóteses, é possível, quando, segundo Popper, isso configura apenas um mito filosófico.

Da perspectiva epistemológica, a TC propõe que, por serem refutáveis, as hipóteses são candidatas ao status de científicas, adotando uma postura equivalente a do racionalismo crítico. Por outro lado, o Behaviorismo sempre se declarou como adepto do positivismo lógico, com sua ênfase na necessidade de verificação direta, até um relativo afrouxamento, ao admitir a ação, sobre a variável dependente, das variáveis intervenientes, o que coincidiu com a popularização, nos meios científicos, do método hipotético-dedutivo. Este, adotado pelo cognitivismo, permitiu a investigação da cognição não observável como construto mediacional entre o ambiente e as respostas emocionais e comportamentais do indivíduo, estas constituindo as consequências observáveis.

Outra diferença marcante, aliás melhor referida como incompatibilidade filosófica, refere-se ao conceito de cognição, que para o behaviorista constitui um comportamento encoberto e, para o cognitivista, constitui um evento mental. Para este, está explícita a noção de subordinação das emoções e comportamentos às cognições, refletindo uma postura construtivista realista, visão cognitiva que colide com o modelo behaviorista de comportamento humano. Para ilustrar essa diferença fundamental, tomemos o exemplo dos experimentos comportamentais, técnica largamente utilizada em ambas as abordagens, mas com finalidades que expressam claramente suas diferenças. Como declara Beck (1979): “para o terapeuta comportamental, a modificação do comportamento é um fim em si mesmo; para o terapeuta cognitivo,

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

é um meio para se atingir um fim – isto é, a mudança cognitiva".

E o que as duas abordagens têm em comum? Devido à sequência histórica, apenas a TC, em sua proposição, poderia haver "emprestado" algo de sua predecessora, a Terapia Comportamental. A despeito das diferenças discutidas, a Terapia Comportamental ofereceu importantes contribuições, especialmente nos seguintes aspectos: ênfase ao uso do método científico; importância aos fatores de manutenção dos transtornos, ao invés dos fatores de origem; ênfase a elementos terapêuticos, como estrutura das sessões e do processo clínico, definição de metas terapêuticas, tratamento de curto prazo; e a consideração de mudanças comportamentais como um meio importante para se alcançar mudanças cognitivas.

Quanto à Terapia Cognitivo-Comportamental, esta se situa em uma posição intermediária confortável entre as duas abordagens, porém com certo grau de liberdade conferido aos seus praticantes. Verificam-se dois grandes grupos. Primeiro, aqueles anteriormente treinados como terapeutas comportamentais, que tendem a manter-se vinculados ao modelo comportamental, apenas adicionando a este princípios e técnicas cognitivos, porém objetivando primordialmente mudanças comportamentais. Para esses, a cognição ainda é vista como um comportamento encoberto. Segundo, aqueles treinados como terapeutas cognitivos, e que, adotando um modelo cognitivo, utilizam-se de técnicas comportamentais, porém com a finalidade explícita de obter mudanças cognitivas.

Conclusão

Faz-se evidente que a crença, comum especialmente no Brasil, de que a TC originou-se da Terapia Comportamental, constituindo uma forma de neo-behaviorismo, não encontra fundamentação na sequência histórica de eventos que confluíram para o desenvolvimento independente de ambas. Em 1994, Hans Eysenck expressou da seguinte forma sua opinião a respeito da possível origem comportamental da TC: "a TC tem pouco em comum com a Terapia Comportamental. Beck foi, na realidade, um psicanalista redimido, que foi sábio em abandonar a parafernália do pensamento psicanalítico e adotar a metodologia científica" (comunicação pessoal, 1994).

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Sugestões de Leitura

BECK, A.T., Rush, Shaw & Emery (1996) TC da Depressão, Porto Alegre: Ed. Artes Medicas.

CASTAÑON, G.A. (2005) "O surgimento do Racionalismo Crítico de Karl Popper e sua Influência na Revolução Cognitiva". (Em preparação)

CLARK, D. A., Beck, A.T. (1999) Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression, New York: Wiley.

SALKOVSKIS, P. (Ed.) (2005) Fronteiras da TC. Organizadora da Ed. Brasileira A. M. Serra. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo.

SERRA, A. M. (2004) Introdução à Teoria e Prática da TC (Áudio em CD). São Paulo: ITC-Instituto de TC.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Módulo 3

Intervenção em Crise, Depressão e Suicídio

Crises estarão presentes em um momento da vida da maioria dos indivíduos, decorrentes de situações em que o limiar individual de controle e resposta a estressores internos e externos do indivíduo é ultrapassado.

Uma crise se define como um estado temporário de distúrbio grave e consequente desorganização, durante o qual o indivíduo se percebe incapaz de enfrentar uma determinada situação, através da utilização dos mesmos recursos que habitualmente utiliza para resolução de problemas. Crises têm o potencial de um resultado radicalmente negativo, ativando, portanto, a vulnerabilidade dos indivíduos envolvidos. Crises caracterizam-se por um período em que o equilíbrio de um ou mais indivíduos é perturbado, afetando, temporariamente ou não, sua capacidade para perceber e gerenciar situações de modo efetivo. Sob crise, indivíduos manifestam sintomas cognitivos e comportamentais e algum grau de desorganização, que se refletem através de uma redução em suas habilidades e recursos para processamento de informação, enfrentamento, resolução de problemas e modulação emocional. A percepção da própria situação de crise pode ser afetada, em consequência da ativação emocional que favorece distorções no processamento da natureza da situação. Os recursos de enfrentamento podem se tornar limitados e estratégias ineficazes de resolução de problemas podem ser aplicadas, muitas vezes de forma estereotipada.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

A capacidade habitual do indivíduo para a flexibilidade cognitiva, necessária para o gerenciamento das emoções, pode ser seriamente afetada, implicando no uso de estratégias compensatórias disfuncionais, como negação ou esquiva. Crises mais graves podem ainda originar estados psicóticos temporários, devido à desestruturação cognitiva e emocional gerada pela percepção da situação como insolúvel. Em uma situação de crise, os recursos comumente disponíveis podem se mostrar insuficientes; nesses casos, os indivíduos envolvidos podem necessitar acessar reservas de recursos pouco usadas, como força e coragem, podem criar sistemas temporários de enfrentamento, e, na maioria dos casos, necessitarão mobilizar os sistemas de apoio familiar e social.

Observamos diferenças interindividuais e intraindividuais com relação à natureza e à gravidade das crises, à disponibilidade de recursos que serão mobilizados em seu gerenciamento, e à eficácia com que a crise será superada. Em outras palavras, algumas situações podem significar uma crise para um indivíduo e não para outro, ou a mesma situação pode significar uma crise para um indivíduo em um momento de sua vida, mas não em outro, devido ao fato de que a disponibilidade de recursos para o gerenciamento de crises pode variar em diferentes fases e contextos de vida. Há pacientes em crise que apresentam uma história pregressa de recursos adequados de enfrentamento, e para os quais a crise representa uma situação atípica. Há outros pacientes propensos a crises, com dificuldades de gerenciamento emocional e comportamental, e que experienciam sucessivas crises que periodicamente irrompem. Ambos os grupos podem necessitar de ajuda profissional.

Situações críticas podem se apresentar de diferentes formas e em diferentes contextos, individuais ou coletivas. Podem apresentar-se relacionadas à enfermidade aguda ou crônica, do próprio indivíduo e de outros significativos; à morte de outros significativos; a conflitos e rupturas nas relações interpessoais e afetivas; a acidentes envolvendo o próprio indivíduo ou outros indivíduos ou grupos; a desastres naturais; a situações de violência familiar, social e política, com violação dos direitos civis individuais e coletivos; a abuso de substâncias psicoativas etc. Tais situações críticas geram estresse, que se traduz em angústia e em um sentido aumentado de vulnerabilidade frente ao real objetivo ou subjetivo, ou ambos.

Em crise, indivíduos apresentam, segundo Freeman (2000), desconforto, disfunção, descontrole e desorganização. Desconforto refere-se à experiência subjetiva de angústia diante da percepção, real ou não, de insolubilidade da situação. Disfunção refere-se à limitação dos recursos de enfrentamento com os quais os indivíduos normalmente contam. Descontrole refere-se à experiência, subjetiva e objetiva, de incapacidade em determinar ou alterar o curso da situação. E desorganização reflete-se na incapacidade de formular ou ativar um plano específico para resolver a situação, identificando problemas, gerando objetivos e

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

estratégias de resolução e priorizando e implementando essas estratégias.

Situações de crise podem demandar a intervenção clínica. Nesses casos, a Terapia Cognitiva pode ser especialmente indicada, tendo em vista seu caráter breve e estruturado, bem como várias outras de suas características aplicadas, que discutimos a seguir.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Terapia Cognitiva em situações de crise

Ana Maria Serra, PhD

Os objetivos imediatos do terapeuta cognitivo, diante de um paciente em crise, podem ser assim resumidos: avaliar a natureza da situação e os elementos precipitadores da crise; explorar e avaliar fatores de risco de violência contra si e outros, como suicídio ou homicídio; explorar e avaliar o repertório de recursos de enfrentamento com os quais o indivíduo conta ou já contou em situações anteriores; estabelecer um plano de resolução da crise, gerar alternativas de processamento da situação e alternativas de comportamentos. O profissional deve manter em mente o caráter transitório da crise e da perturbação e desorganização do processamento da situação pelo indivíduo. Esse aspecto temporário abre espaço para o questionamento e o desafio cognitivo, e sugere a necessidade de estrutura na condução da intervenção e na implementação do processo de resolução dos problemas envolvidos, a fim de otimizar o aproveitamento do tempo terapêutico. Finalmente, o terapeuta deve atuar para reduzir o potencial de ações radicais e negativas pelo paciente.

Várias características do modelo aplicado da Terapia Cognitiva a tornam especialmente indicada no atendimento a pacientes em situações de crise. O caráter breve da intervenção se adequa a intervenções em situações críticas. O caráter ativo e colaborativo da intervenção encoraja a participação ativa do paciente no processo de mudança, sugerindo a ideia de controle sobre a situação. O aspecto dinâmico da interação entre terapeuta e paciente possibilita a exploração rápida de cognições e emoções, facilita a

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

autorrevelação pelo paciente e, dessa forma, o direcionamento mais imediato da intervenção aos aspectos disfuncionais das cognições, atitudes e comportamentos do paciente. O caráter diretivo do modelo aplicado possibilita ao terapeuta formular hipóteses de conceituação cognitiva, que refletem os esquemas e crenças disfuncionais que integram o sistema cognitivo do paciente; utilizar o questionamento socrático, em nível de intervenção funcional, o que possibilita a modulação emocional pelo paciente; explorar colaborativamente os focos de problemas e definir metas e estratégias de resolução e enfrentamento, o que encoraja o paciente a funcionar como sua própria fonte de recursos. A definição colaborativa de metas terapêuticas não apenas fornece estrutura e direciona a intervenção, mas também facilita a avaliação periódica do progresso clínico e assegura que paciente e terapeuta estejam desenvolvendo esforços na mesma direção. O aspecto didático do processo clínico em Terapia Cognitiva possibilita o esclarecimento do paciente com relação às dificuldades internas e externas que ele está experienciando; além disso, determina o desenvolvimento, pelo paciente, de estratégias próprias de enfrentamento e resolução de problemas, tarefa que vai muito além do objetivo terapêutico de simplesmente ajudá-lo a resolver os problemas que apresenta nesse momento de sua vida.

Outro aspecto importante na intervenção de crise refere-se à aliança terapêutica, baseada na empatia entre o terapeuta e o paciente, e cujo desenvolvimento e manutenção é de responsabilidade do terapeuta. A aliança fornece ao paciente a impressão de não estar sozinho diante da crise, de ter um apoio efetivo na pessoa do terapeuta, o qual, dependendo da natureza da crise, pode até funcionar como um defensor na preservação dos direitos do paciente. Finalmente, referindo-nos a esquemas cognitivos, sabemos que estas estruturas organizam os elementos da nossa percepção do real; através do processo clínico em Terapia Cognitiva, não apenas os esquemas e crenças disfuncionais do paciente representam focos importantes de intervenção e que favorecerão a visão realista da situação de crise e o reconhecimento, mobilização e desenvolvimento de recursos de resolução e enfrentamento; mas a própria situação de crise pode prover um espaço de treinamento de novas habilidades cognitivas e de resolução de problemas, favorecendo o desenvolvimento de um sistema funcional de esquemas e crenças, em substituição ao sistema anterior disfuncional.

Diante de situações críticas verdadeiramente adversas, são esperados sintomas de depressão ou ansiedade, ou ambos. No trabalho clínico, mostra-se muito útil encorajar o paciente em crise a distinguir entre, de um lado, respostas esperadas de tristeza ou ansiedade realista, que ainda possibilitam o ajustamento e enfrentamento eficazes, e, de outro, sintomas de depressão ou de um transtorno de ansiedade, que rendem o indivíduo disfuncional e requerem atenção terapêutica focalizada.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Conclusão

Situações de crise não ocasionam necessariamente resultados ou consequências negativas. A crise pode ser utilizada como uma arena, onde o paciente e o terapeuta poderão, colaborativamente, desenvolver novos recursos, mobilizar recursos existentes de maneira concertada e criativa, assegurar o paciente das escolhas que lhe estão abertas, e aproveitar-se das estratégias de resolução utilizadas no sentido de formular novas formas de resolução de problemas, de neutralização de estressores e de adaptação e enfrentamento das dificuldades inerentes à vida.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Terapia Cognitiva e Depressão

Êdela A. Nicoletti e Ana Maria Serra, PhD

O impacto da depressão na população geral tem sido grandemente subestimado. Em recente estudo promovido pelo Banco Mundial e pela Organização Mundial da Saúde, ficaram evidentes os devastadores efeitos da depressão. Nesse estudo, a depressão representou a quarta maior causa de incapacitação, sendo responsável por mais de 10% dos anos de incapacitação de indivíduos em todo o mundo. As projeções para as próximas décadas refletem um agravamento da presente situação, esperando-se que a depressão venha a representar, em 2020, a segunda maior causa de incapacitação, abaixo apenas das doenças cardíacas. Atualmente, a depressão afeta cerca de 12% da população adulta (8% feminina e 4% masculina), contra apenas 3% no início do século XX. Estima-se que aproximadamente l5% da população será vítima de pelo menos um episódio depressivo a cada ano de sua vida adulta. Cerca de 75% das internações psiquiátricas têm episódios depressivos como causa principal ou secundária.

Outros dados confirmam a gravidade dessa situação. As estatísticas, em âmbito mundial, nas três últimas décadas, indicam não apenas um aumento gradual da incidência de depressão na população em geral, mas, ao mesmo tempo, uma redução na idade de ocorrência do primeiro episódio depressivo, com aproximadamente 9% dos adolescentes apresentando um episódio de depressão severa antes dos 14 anos de idade. Além disso, a depressão, para a maioria das pessoas, é uma enfermidade recorrente e crônica. Um estudo

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

prospectivo aponta que 85% dos pacientes recuperados de um episódio depressivo sofreram pelo menos uma recorrência durante os 15 anos seguintes, e 58% deles apresentaram uma recorrência nos 10 anos seguintes à recuperação, mesmo tendo-se mantido estáveis durante os primeiros cinco anos após o término do tratamento inicial (Frank, 1991).

Esses dados apontam para a necessidade, entre outras medidas, da disponibilidade de planos eficazes de prevenção e tratamento da depressão. A TC vem-se demonstrando útil em ambos os aspectos, quais sejam, na prevenção da depressão e como uma forma de psicoterapia eficaz. Sua relevância se faz ainda maior se considerarmos que seu surgimento veio preencher uma grave lacuna, visto que os modelos comportamental e psicanalítico, anteriormente desenvolvidos, não se demonstraram particularmente eficazes no tratamento do transtorno depressivo. Movido por preocupações teóricas, e em uma tentativa de expandir os limites da psicoterapia e de comprovar princípios psicanalíticos através do emprego da metodologia científica, Aaron Beck propôs um modelo de depressão inovador, o modelo cognitivo, no qual ele conceituou a depressão como um transtorno de processamento de informação, e não como um transtorno emocional.

Antidepressivos e Psicoterapia

A eficácia da TC no tratamento da depressão mostra-se relevante especialmente em vista do sucesso limitado do uso exclusivo dos antidepressivos. Primeiramente, os índices gerais de recaída e suicídio não se reduziram com o crescente emprego dos antidepressivos. Estima-se que entre 35 e 40% de portadores de depressão não respondem satisfatoriamente a antidepressivos, e parte dos que respondem satisfatoriamente recusam-se a tomá-los ou descontinuam o tratamento devido aos efeitos colaterais. O depressivo tratado com farmacoterapia incorre em um problema de atribuição, tendendo a atribuir sua melhora ao medicamento e, dessa forma, reforçando a ideia de doença e de lócus de controle externo. Por outro lado, a melhora do paciente em psicoterapia vai além do simples alívio da depressão; ele “aprende” de sua experiência psicoterapêutica de maneira abrangente e desenvolve-se em várias áreas de sua experiência, processos que previnem novos episódios. Finalmente, antidepressivos não combatem a “desesperança”, um construto cognitivo e que constitui o fator determinante da ideação e comportamento suicidas.

Segundo a atual percepção de que quadros depressivos importantes, para a grande maioria dos pacientes, representam uma condição recorrente, tem sido levantada a questão de que a capacidade de uma intervenção de prevenir o retorno dos sintomas depressivos após o término do tratamento pode ser ao menos tão

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

importante quanto sua capacidade de tratar o episódio atual. Não há evidências de que a farmacoterapia forneça qualquer proteção contra o retorno dos sintomas após a sua suspensão. Contudo, defensores das intervenções psicoterápicas argumentam que estas proveem ganhos permanentes, que persistem após a descontinuação das sessões e reduzem os riscos subsequentes. Um estudo conduzido por Hollon e colaboradores, em 1996, comparando o tratamento da depressão com TC, medicamentos ou um misto de ambos constatou que os resultados, em curto prazo, são os mesmos em qualquer das situações, mas que as recidivas são muito menor entre aqueles tratados com TC.

A hipótese de Vulnerabilidade Cognitiva como um modelo de depressão

A hipótese de vulnerabilidade cognitiva, a pedra fundamental do modelo cognitivo de depressão, refere-se à tendência aumentada nos depressivos, em relação à população em geral, de aplicar um viés negativo no processamento de informação; além disso, uma vez feita uma interpretação exageradamente negativa, eles tendem ainda a resistir à desconfirmação de sua interpretação inicial ou ao reconhecimento de interpretações alternativas. Dessa forma, a depressão resultaria do fenômeno que chamamos de “espiral negativa descendente”: interpretações exageradamente negativas resultam em uma queda de humor, que por sua vez conduz a interpretações ainda mais negativas, e assim por diante, em um processo que explica a instalação e a manutenção do transtorno depressivo. No caso da depressão, o conteúdo das cognições dos depressivos refletiriam atribuições e avaliações pessimistas a respeito dos três vértices da tríade cognitiva: o depressivo avalia-se autodepreciativamente, como desprovido de qualidades e habilidades, percebe o mundo externo como hostil, injusto e rejeitador, e imagina que, no futuro, sua insatisfação com seu presente permanecerá ou poderá aumentar. Beck propôs a ideia de esquemas cognitivos, de crenças básicas e crenças condicionais, que se desenvolveriam a partir das experiências relevantes de vida e refletiriam a ideia do indivíduo a respeito das regularidades do real. O objetivo fundamental da TC seria, portanto, promover a reestruturação cognitiva, ou seja, a mudança no sistema de esquemas e crenças do depressivo, e restabelecer a flexibilidade cognitiva, que conjuntamente lhe possibilitariam a modulação emocional diante dos problemas e das dificuldades inerentes à vida.

Fatores de vulnerabilidade à depressão

A TC adota um modelo de vulnerabilidade/ estressor para explicar a instalação e manutenção do transtorno depressivo. Segundo esse modelo, a vulnerabilidade à depressão, compreendendo fatores biológicos e cognitivos, seria inversamente proporcional à

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

apresentação de estressores ambientais; desse modo, um indivíduo apresentando alta vulnerabilidade à depressão necessitaria de apenas um pequeno estressor para a ativação de um episódio depressivo, e vice-versa. Essa noção auxilia na avaliação, conceituação e intervenção sobre os quadros de depressão. Quanto aos fatores de vulnerabilidade à depressão, e refletindo a adoção de modelos multifatoriais, a TC aponta fatores de predisposição biológicos; fatores hereditários; fatores de predisposição cognitivos, adquiridos ou familiarmente transmitidos; déficit em habilidades de resolução de problemas; fatores ambientais e contingenciais, como problemas e crises vitais; fatores de personalidade, como introversão, neuroticismo, traços obsessivos; estados subjetivos de desamparo e desesperança, entre outros. Quanto aos fatores cognitivos em particular, destacam-se os estilos de processamento de informação que denotam extremismo e rigidez, como pessimismo e perfeccionismo. Contudo, faz-se necessário refletir sobre se a negatividade comum nos depressivos refletiria uma distorção da realidade ou um excesso de realismo. Estudos na área de Psicologia Cognitiva demonstram que o pessimista é mais realista do que o otimista, isto é, os últimos distorcem mais a realidade, e a seu favor, do que o fazem os primeiros. Entretanto, estudos em TC demonstram que o pessimismo é um fator necessário, embora não suficiente, nos quadros depressivos. Essas evidências, portanto, parecem sugerir que certo grau de otimismo é necessário para neutralizar a desesperança e o desamparo, que predispõem indivíduos à depressão.

Classificação ou diagnóstico de depressão e a análise cognitiva funcional

Vários sistemas diagnósticos foram desenvolvidos, os quais apontam critérios para o diagnóstico da depressão. Entretanto, diagnósticos implicam no conhecimento de fatores etiológicos. E como, no presente estágio de conhecimento, temos apenas hipóteses sobre a etiologia da depressão, sendo o diagnóstico feito com base nos sintomas apresentados, então vários autores argumentam, com boa dose de razão, que o que fazemos é, na verdade, uma classificação da depressão, e não o seu diagnóstico. Contudo, essa discussão tem apenas uma relevância parcial para a TC, devido ao fato de que, em TC, o planejamento da intervenção e o próprio processo psicoterapêutico apoia-se em uma análise funcional do quadro específico de cada paciente depressivo. Para a formulação de uma análise funcional, exploramos as seguintes dimensões relevantes do quadro depressivo: (1) alterações de humor, que se referem à característica central da depressão, daí a denominação genérica de “transtornos afetivos”; (2) alterações do estilo cognitivo, que se refletem no pensamento lento e ineficiente, baixa concentração, déficits de memória, indecisão; (3) alterações de motivação, como perda de interesse em trabalho ou lazer, isolamento social, comportamentos de fuga ou esquiva, incluindo o suicídio; (4) alterações de comportamento, como passividade, inatividade, choro, reclamação ou demanda excessivas, e dependência; (5) alterações biológicas, como aumento ou redução

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

do apetite ou sono, que podem resultar de alterações estruturais ou bioquímicas.

Conclusão

Com relação ao processo terapêutico em TC para a depressão, note-se que o planejamento da intervenção e a condução do processo clínico seguem os moldes gerais da abordagem, ou o que denominamos de "TC Padrão", conforme já delineados no primeiro módulo dessa série de Estudos Transversais.

Em uma palestra memorável oferecida durante o congresso da EABCT em Manchester, Inglaterra, em setembro de 2004, Beck declarou que, quando ele propôs o modelo cognitivo de depressão, conceituando-a de forma inovadora como um transtorno de pensamento e não como um transtorno emocional, ele foi percebido, por comportamentalistas e psicanalistas, como um "cavalo de Tróia", explicando: "temiam que se me aceitassem entre eles, eu destruiria seus modelos por dentro". Contudo, não tardou para que a consistência e a eficácia do novo modelo chamassem a atenção de estudiosos e clínicos ao redor do mundo, que testaram e replicaram os achados de Beck e seus associados. Hoje, o modelo cognitivo constitui o mais eficaz e melhor validado modelo para a conceituação e tratamento da depressão, em associação ou não à medicação. Além de seu desenvolvimento nas áreas de intervenção e eficácia, mais recentemente os estudos sobre processos cognitivos na depressão e processos que viabilizam resultados clínicos vêm igualmente recebendo atenção crescente de pesquisadores, em um sinal inequívoco de progresso nos níveis conceitual e aplicado, e explicando a preferência pela TC por clínicos ao redor de todo o mundo.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Terapia Cognitiva e Suicídio

Arnaldo Vicente e Ana Maria Serra, PhD

TC vem-se demonstrando eficaz para uma ampla gama de transtornos emocionais, que inclui o suicídio. Sua eficácia na área da prevenção do suicídio reveste-se de especial relevância, tendo em vista os dados que demonstram um aumento na incidência de suicídio entre adultos e adolescentes. O preparo técnico do terapeuta cognitivo para o atendimento adequado ao paciente suicida é de fundamental importância, especialmente em vista da imprevisibilidade da presença de comportamentos suicidas em pacientes depressivos que procuram ou são encaminhados para a psicoterapia. Quando é identificada, pelo terapeuta, a presença de ideação e comportamentos suicidas no paciente, todos os demais objetivos terapêuticos são negligenciados, concentrando-se a ação do terapeuta na intervenção direta sobre esses elementos.

Comportamentos Suicidas

Primeiramente, necessitamos distinguir entre os vários níveis de comportamentos suicidas, desde a ideação suicida, em que o paciente começa a contemplar o suicídio como uma solução viável para os seus problemas, até propriamente a tentativa de suicídio e o suicídio consumado. Comportamentos suicidas podem apresentar-se disfarçadamente: decisões súbitas de, por exemplo, preparar um testamento; afirmações que denotam desesperança, como “minha vida não vai melhorar”; ideias de que os demais estariam melhor com minha morte, como “sou um peso para

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

todos"; ideias de fracasso em satisfazer as expectativas de outros, como "desapontei a todos" etc. Uma criança de 6 anos, gravemente deprimida após um acidente em que faleceram a mãe e o irmão menor, começou a expressar aos familiares o desejo de ir para o céu para rever a mãe e o irmão e, como eles, "ficar com os anjinhos", fala que indicava ideação suicida, na tentativa de escapar da situação difícil em que se encontrava a família após a tragédia.

Deve-se notar que o desejo de morrer é inversamente proporcional ao desejo de comunicar a intolerabilidade à situação de vida presente; o indivíduo que efetivamente deseja morrer, por ver a morte como a única solução para seus problemas, não comunica seu desejo, para evitar ser impedido. Por outro lado, o indivíduo que comunica seu desejo de morrer pode estar comunicando, na realidade, um pedido de ajuda.

Há ainda outras formas de avaliarmos a intencionalidade. Devemos inquirir o paciente a respeito de seu conhecimento sobre possíveis métodos que ele consideraria utilizar, sobre a letalidade dos métodos, sobre como teria acesso a esses métodos e sobre medidas que já pode haver empregado para investigar sobre os diferentes métodos e acessar estratégias instrumentais. Essas informações, em conjunto, permitem ao terapeuta avaliar a gravidade da intenção suicida versus o desejo de comunicar a intenção como um pedido de ajuda.

A investigação direta da ideação e comportamento suicidas é recomendada, sem o uso de eufemismos e evitando inadvertidamente reforçar preconceitos sociais, culturais e religiosos contra o suicídio e o suicida. Alguns clínicos defendem a ideia de que abordar diretamente o suicídio, inclusive usando os termos "suicídio" e "suicida", pode induzir o paciente a considerar essa alternativa. Contudo, os estudos sugerem a improbabilidade dessa alternativa, e indicam ainda que a evitação do assunto ou a referência velada podem sugerir ao paciente que o terapeuta compartilha do preconceito social e cultural, e talvez até religioso, contra suicidas.

Avaliação Objetiva

Embora todos os suicidas sejam depressivos, os estudos demonstram que a desesperança é o construto central de risco para o suicídio. Beck e associados criaram escalas para a avaliação objetiva da depressão e da desesperança. O BDI (*Beck Depression Inventory*), o Inventário de Depressão de Beck, mostra-se correlacionado ao suicídio em amostras heterogêneas, por exemplo, na população em geral, ao discriminar entre depressivos e não depressivos. Porém, o BHS (*Beck Hopelessness Scale*), a Escala de Desesperança de Beck, mostra-se correlacionado a suicídio em amostras homogêneas de depressivos, isto é, discrimina entre depressivos suicidas e não suicidas, indicando que é a medida

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

relevante na avaliação objetiva do risco de suicídio em pacientes depressivos que buscam ou são encaminhados para a psicoterapia.

Fatores Cognitivos de Risco

Além de fatores demográficos e sociais de risco crônico e agudo, estudos sugerem vários fatores cognitivos de risco, que devem ser investigados. A desesperança tem-se demonstrado, segundo os estudos, como um fator de risco crônico e agudo. Sugere um esquema relativamente estável, em que a dimensão da tríade cognitiva implicada é o "futuro".

Outro fator de risco refere-se ao autoconceito. Em adultos, o autoconceito indica um fator de risco, independente da desesperança. Em crianças, porém, o autoconceito está relacionado à depressão e à intenção suicida, porém apenas quando na presença da desesperança. O autoconceito refere-se à dimensão "eu" da tríade cognitiva.

Quanto à forma de processamento de informação, o suicida demonstra tendência aumentada a distorções na interpretação de seu real. As formas mais frequentes de distorções, que refletem em termos gerais uma rigidez cognitiva, são: a abstração seletiva, em que o indivíduo abstrai de seu real apenas as evidências que confirmam suas expectativas pessimistas e negligencia evidências contrárias; a supergeneralização, em que o indivíduo utiliza-se de termos generalizantes como "nunca"/"sempre", "tudo"/"nada"; e o pensamento dicotômico, que denota uma forma extremista e perfeccionista de avaliar seu real em termos de, por exemplo, "ótimo" ou "péssimo", ou seja, não considerando possibilidades intermediárias mais realistas.

Quanto ao conteúdo de suas cognições, os temas mais frequentes no processamento do real pelo suicida são crenças perfeccionistas, que se refletem nas expectativas irrealistas que o indivíduo tem de si, nas expectativas que o indivíduo tem dos outros, e nas expectativas que o indivíduo acredita que os outros têm de si. Dentre essas, as expectativas que o indivíduo acredita que os outros têm de si correlacionam-se ao mais alto risco de suicídio.

Quanto aos estilos de atribuição para explicar eventos negativos em suas vidas, o suicida tende a fazer atribuições internas ("os males da minha vida devem-se a mim"), estáveis ("os fatores internos que levaram a tais males permanecerão ao longo do tempo") e globais ("os fatores internos que levaram a tais males afetam todas as áreas da minha vida"). Essa tendência – fazer atribuições de eventos negativos – reflete pessimismo e desesperança, os fatores determinantes da ideação e comportamentos suicidas.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Déficit em Habilidades para Resolução de Problemas

Os estudos demonstram que o déficit cognitivo básico no suicida, semelhantemente a depressivos, refere-se a uma reduzida habilidade para resolução de problemas. Quando suas estratégias habituais para resolver problemas falham, suicidas ficam paralisados e demonstram inabilidade para gerar novas estratégias de resolução, insistindo de forma estereotipada em estratégias ineficazes. Ao fracassar em resolver problemas, acreditam que o suicídio é a única solução eficaz.

Suicidas falham em todas as etapas do processo de resolução de problemas. Apresentam dificuldades em identificar claramente problemas e metas, em gerar estratégias alternativas de resolução e inclusive resistem a reconhecer estratégias viáveis de resolução quando estas lhes são sugeridas. Têm dificuldade, ainda, em implementar estratégias de resolução devido à desmotivação inerente à depressão, em avaliar estratégias e monitorar resultados, e em gerar estratégias alternativas de resolução quando as estratégias iniciais falham. Finalmente, suicidas demonstram uma reduzida tolerância à ansiedade inerente ao processo de resolução de problemas e ao tempo de latência entre a identificação de um problema e a sua resolução.

Vários programas de treinamento em habilidades de resolução de problemas para depressivos e suicidas são relatados na literatura especializada. No caso específico da TC, o treinamento em habilidades de resolução de problemas faz parte integrante de seu modelo aplicado, representando um dos dois pilares sobre os quais se apoia a intervenção cognitiva, ao lado da reestruturação cognitiva.

O papel do psicoterapeuta

Profissionais devem refletir sobre esse aspecto e definir seu posicionamento filosófico a respeito dessa difícil questão. Porém, alguns pontos devem ser destacados. O psicoterapeuta tem uma responsabilidade legal, sob pena de ser considerado judicialmente como cúmplice, e ética de impedir o suicida de consumar seu plano, mobilizando todos os recursos disponíveis, inclusive o envolvimento de outros significativos do paciente. Consideradas as posições pessoais do terapeuta, ele poderá justificar sua ação, no sentido de impedir o suicídio, com base na suposição de que o suicida não está, nesse momento, funcional e de posse de recursos habituais de enfrentamento. Caberá, portanto, ao terapeuta o desenvolvimento da flexibilidade cognitiva e de habilidades de resolução de problemas, que dotarão o paciente de recursos de enfrentamento.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Referências bibliográficas

BECK, A.T.; RUSH, A.J.; SHAW, B.F.; EMERY, G. (1997) Terapia Cognitiva da Depressão, Porto Alegre: ArtMed.

DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (Eds.) (2004) Estratégias Cognitivo-Comportamentais de Intervenção em Situações de Crise, Porto Alegre: ArtMed.

SALKOVSKIS, P.M. (Ed.) (2004) Fronteiras da Terapia Cognitiva, São Paulo: Casa do Psicólogo.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Módulo 4

Transtornos de Ansiedade

Introdução

Ana Maria Serra, PhD

Os transtornos de ansiedade, que compreendem a ansiedade generalizada, as fobias, a síndrome de pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo, a ansiedade associada à saúde e hipocondria, e o transtorno de estresse pós-traumático, implicam em severa incapacitação em seus portadores. Sua incidência, segundo estudos recentes, vem aumentando de forma preocupante. O presente módulo, o quarto nesta série de "Estudos Transversais", tratará da aplicação da Terapia Cognitiva aos transtornos de ansiedade. Iniciaremos explicando as bases do modelo cognitivo dos transtornos de ansiedade, apresentando, em seguida, os modelos cognitivos específicos para as classes de transtornos mais frequentemente observados, quais sejam, as fobias, a síndrome de pânico, o transtorno obsessivo-compulsivo, a ansiedade associada à saúde e hipocondria, e o transtorno de estresse pós-traumático. Finalizaremos, abordando uma importante área de transtornos – o transtorno de preocupação excessiva ("*worry disorder*") – área em que a TC vem-se destacando e que mereceu um livro recente, intitulado "*The Worry Cure: Seven Steps to Stop Worry from Stopping You*" (ainda sem título em português), de autoria de Robert Leahy, o autor do último artigo deste suplemento.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

O modelo cognitivo básico dos transtornos de ansiedade

Ana Maria Serra, PhD

Conforme vimos anteriormente, segundo o modelo cognitivo, a hipótese de vulnerabilidade cognitiva explicaria a instalação e manutenção dos transtornos emocionais. Essa hipótese propõe que o portador de um transtorno emocional tem uma tendência aumentada a cometer distorções ao processar o real interno e externo, além de uma rigidez que o levaria, uma vez cometida uma distorção, a resistir à consideração de interpretações alternativas. Segundo o modelo cognitivo, o ponto central para a experiência subjetiva de ansiedade diante de um evento não seria o evento em si, mas a atribuição de um significado ameaçador ou perigoso ao evento pelo sujeito. No caso específico dos transtornos de ansiedade, a experiência de ansiedade decorreria de uma atribuição exagerada de ameaça ou perigo a eventos que outros poderiam processar como neutros. A valência emocional ou ansiogênica de um evento não é, portanto, intrínseca, mas relativa e subjetiva, porquanto reflete a forma particular de representação desse evento por cada sujeito. Como exemplo, temos o agorafóbico, que experiência ansiedade em espaços abertos, em decorrência de uma forma subjetiva de processar ou representar espaços abertos, os quais, para outros, não carregam o mesmo significado de risco e perigo. Ou o portador de síndrome de pânico, que experiência uma ansiedade incontrolável diante de uma taquicardia ou arritmia, que ele interpreta como um sinal iminente de um ataque cardíaco, mas que outros processam de forma neutra ou, na maioria das vezes, nem notam.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Ao tratar o paciente ansioso, promovendo a reestruturação e a flexibilidade cognitivas, o terapeuta cognitivo tem como meta levá-lo a buscar interpretações alternativas a suas interpretações exageradamente catastróficas; e, em paralelo, capacitá-lo a avaliar eventos com maior realismo, neutralizando o sentido de risco ou perigo exagerado que ele vem imprimindo ao seu real, interno e externo.

A hipótese de especificidade cognitiva

Essa hipótese reflete a proposição de uma correspondência entre o conteúdo das cognições e a qualidade e intensidade da emoção, bem como a forma do comportamento de um indivíduo diante de uma situação. Dessa forma, sequências típicas de pensamentos automáticos pré-conscientes ocasionariam emoções típicas; por exemplo, pensamentos que refletem perda ("não sou nada sem o emprego que perdi" ou "sem meu casamento, a vida não vale a pena"), falta de algo ("não tenho capacidade para conseguir um bom emprego" ou "não tenho o afeto de ninguém"), ou baixo autoconceito ("sou um fracasso" ou "sou incapaz"), estariam associados a emoções de depressão. Enquanto que pensamentos que refletem um sentido exagerado de vulnerabilidade frente ao real ("se perder esse emprego, jamais conseguirei outro" ou "não suportarei se vier a ser abandonado", ou ainda, "dor de cabeça: e se eu tiver um tumor cerebral?") estariam associados à emoção de ansiedade. A hipótese de especificidade cognitiva é útil ao clínico, ao facilitar a identificação da cognição "quente", que está associada à raiz da emoção, e que, desafiada, resultará na modulação da emoção pelo sujeito; ou, no caso particular dos transtornos de ansiedade, o desafio da cognição "quente" resultará na neutralização da experiência de ansiedade pelo sujeito ansioso.

O perfil cognitivo típico do portador de um transtorno de ansiedade

Com base na hipótese de especificidade cognitiva podemos postular um perfil cognitivo típico para o portador de um transtorno de ansiedade, reunindo elementos que possibilitam a instalação e garantem a manutenção do quadro de ansiedade. Efetivamente, em termos de estruturas cognitivas, o ansioso tem tipicamente crenças disfuncionais focalizadas em ameaça física ou psicológica ao próprio indivíduo ou a seus outros significativos, que refletem um sentido aumentado de vulnerabilidade. Em relação ao modo de processamento cognitivo, o ansioso processa seletivamente sinais de ameaça, derivados de sua superestimação da própria vulnerabilidade, e descarta elementos contrários. Sua atenção autofocalizada aumenta, o que reflete a tentativa de controlar o estímulo ameaçador. Seus pensamentos automáticos refletem uma negatividade ou pessimismo geral, focalizam em ameaça ou perigo a si ou a seus outros significativos, e são

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

orientados para o futuro, em forma de pensamentos negativos antecipatórios, particularmente como perguntas do tipo “e se?” (“E se eu esquecer tudo na hora da prova?”, “e se eu tiver um ataque cardíaco?”, “e se eu ficar ansioso e me descontrolar no elevador?”, ou “e se eu for abandonado e não suportar a solidão?”). Suas cognições pré-conscientes refletem rigidez; seu pessimismo dá origem ao caráter excessivamente catastrófico de suas interpretações, complementado pela rigidez, que o leva a “encalhar” nessa primeira interpretação e resistir ao reconhecimento de interpretações alternativas.

A avaliação do real pelo ansioso

Paul Salkovskis (1996) propôs um modelo cognitivo de ansiedade que traduz, de forma criativa e eficiente, os fatores que interagem e determinam a intensidade da experiência de ansiedade pelo paciente, diante dos eventos que habitualmente desencadeiam sua resposta emocional – a ansiedade – e suas respostas comportamentais – as chamadas estratégias compensatórias.

Nesse modelo, quatro elementos, em sinergia, resultam na resposta de ansiedade, segundo a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Probabilidade de ocorrência do evento temido}}{\text{Possibilidade estimada de enfrentamento}} \times \frac{\text{Grau de aversão do evento caso ocorra}}{\text{Possibilidade estimada de resgate}}$$

Este modelo é de extrema utilidade para explorarmos as características específicas ao quadro ansioso de cada paciente, para formularmos a conceituação cognitiva do caso, para planejarmos a intervenção e, finalmente, para promovermos o processo clínico. É recomendado ainda que seja apresentado ao paciente esse modelo, adaptado especificamente ao seu quadro clínico, como uma estratégia adicional facilitadora do progresso terapêutico.

Fatores cognitivos de instalação e manutenção de quadros de ansiedade

Fatores cognitivos, ou modos específicos de processamento de informação utilizados por sujeitos ansiosos, podem reforçar cognições de ameaça e a consequente resposta de ansiedade, concorrendo dessa forma para a manutenção do quadro de ansiedade, através do seguinte processo. Diante de estímulos potencialmente ameaçadores, como situações, sensações ou

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

pensamentos, o estímulo é processado pelo ansioso, segundo a equação acima apresentada, e a valência emocional do estímulo é avaliada, sendo, no caso do ansioso, frequentemente superestimada. A superestimação do potencial de ameaça ou perigo do estímulo pelo indivíduo incitará a ativação de processos de atenção seletiva, que o levarão a concentrar sua atenção seletivamente nos elementos que confirmam sua expectativa de ameaça ou perigo e a descartar os elementos neutros ou os que, ao contrário, desconfirmam sua expectativa de risco aumentado. A percepção, através da atenção seletiva, de risco aumentado incitará nova avaliação, novo aumento da atenção seletiva, e assim por diante, fechando o primeiro ciclo vicioso para a manutenção do quadro disfuncional de ansiedade. Em paralelo, um segundo ciclo vicioso é acionado, refletido nas reações biológicas e fisiológicas associadas ao estado de ansiedade ativado em resposta ao estímulo; através da excitação, reações como taquicardia, tensão, respiração acelerada, tremor etc., podem ocorrer, que serão novamente avaliadas pelo indivíduo, através da equação acima, como ameaças adicionais, resultando no reforçamento de suas ideias de vulnerabilidade frente ao real, implicando em um novo aumento das reações biológicas e fisiológicas, e fechando o segundo ciclo vicioso. Finalmente, um terceiro ciclo vicioso é acionado, em que os chamados comportamentos de busca de segurança – evitação, fuga, controle excessivo, monitoramento permanente, alerta, neutralização etc. – aos quais o indivíduo recorre em resposta a sua avaliação catastrófica do estímulo inicial impedem a desconfirmação da atribuição exagerada de ameaça ou perigo ao estímulo e concorrem para a manutenção do quadro de ansiedade.

Tópicos Especiais: Modelos cognitivos específicos para os transtornos de ansiedade mais comuns

Síndrome de pânico

Diante de estímulos como situações, estresse, cansaço, pensamentos, ou simplesmente em decorrência de processos biológicos normais de autorregulação, um indivíduo pode experienciar sensações físicas, como taquicardia, adormecimento, aceleração respiratória, aumento de pressão arterial, tontura, uma "pontada" no peito, ou outras sensações inespecíficas que ele, inclusive, tem dificuldade para descrever. As pessoas em geral descartam essas sensações como inofensivas, ou, na maioria das vezes, nem as notam. Mas o indivíduo propenso à ansiedade, e que, portanto, tem um esquema de vulnerabilidade, o qual já o predispõe ao constante automonitoramento, não apenas notará essas sensações, mas as interpretará como sinal de ameaça ou perigo iminente. Em resposta a essa avaliação catastrófica, o indivíduo entra em um estado de apreensão, o qual, embora infundado, acionará a resposta de ansiedade, que agravará as sensações físicas iniciais e acionará novas respostas fisiológicas

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

normalmente associadas à apreensão. Esse agravamento e surgimento de novas sensações serão interpretados pelo ansioso como uma confirmação de que algo sério está realmente ocorrendo com ele – por exemplo, "estou tendo um ataque cardíaco" – reforçando a ideia inicial de ameaça ou perigo e intensificando ainda mais a ansiedade e as sensações associadas, em um crescendo que acaba resultando em um medo descontrolado, que denominamos de crise de pânico. Os comportamentos de busca de segurança, comumente praticados pelo paciente, como visitas repetidas a médicos, que frequentemente frustram paciente e médicos diante da não identificação formal de uma "doença", o uso de psicofármacos, a esquiva de situações que o indivíduo associa com as crises, a dependência de outros etc. concorrem para impedir a desconfirmação da atribuição exagerada de um valor catastrófico às sensações iniciais. Vemos então que o elemento essencial para a instalação e manutenção da síndrome de pânico é a interpretação catastrófica de sensações frequentes, que aciona um estado de apreensão e a espiral ascendente da ansiedade. Daí decorre que o tratamento para a síndrome do pânico requer a neutralização da atribuição catastrófica e do estado de apreensão infundado, através da desativação do esquema de vulnerabilidade, o desafio das interpretações distorcidas das sensações iniciais e o abandono dos comportamentos de segurança. Enfim, desativar a ideia de que as sensações iniciais sinalizam algum perigo ou ameaça de morte ou descontrole iminentes. Explica-se, dessa forma, a inoperância dos psicofármacos no tratamento do pânico, desde que este não decorre de um distúrbio neufisiológico, mas cognitivo.

Fobia social

A fobia social configura um transtorno de ansiedade comum associado a um alto grau de angústia e incapacitação em seus portadores. A TC desenvolveu um modelo específico para conceituação e tratamento da fobia social, que enfatiza os fatores que mantêm ativo o quadro e busca a desativação desses fatores. Entre os fatores de manutenção destaca-se um desvio de atenção seletiva, em que o paciente focaliza prioritariamente a auto-observação e monitoramento, utilizando esses dados para fazer inferências errôneas sobre o que outros estão pensando dele. Acrescente-se ao quadro uma grande variedade de comportamentos de busca de segurança, que impedem a desconfirmação de seus medos e acentuam a atenção seletiva e a auto-observação, fechando o ciclo vicioso. Sob o aspecto clínico, o modelo de tratamento enfatiza vários elementos: o desenvolvimento de uma conceituação cognitiva do caso clínico, baseado em uma revisão de recentes episódios de ansiedade social; "*roleplays*", com e sem os comportamentos de busca de segurança, a fim de demonstrar o efeito adverso da atenção autofocalizada e dos comportamentos de busca de segurança, que conduzem a outras consequências negativas; demonstração, através de várias técnicas, da inocuidade da autoimagem do paciente e de suas ideias

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

sobre sua imagem social; encorajar o redirecionamento de atenção, da auto-observação para o comportamento do(s) interlocutor(es); modificação da autoimagem social negativa; redução da ruminação pós-interações sociais, além de experimentos para testar suas previsões de avaliações negativas por outros.

Ansiedade associada à saúde e hipocondria

A hipocondria é conceituada como um transtorno de ansiedade, em que o indivíduo interpreta de forma errônea variações e sensações corporais, bem como informações médicas indicando que ele possa estar gravemente doente. Tais interpretações distorcidas frequentemente advêm de suposições gerais acerca de doenças, saúde e a classe médica, realizadas por indivíduos vulneráveis. A ansiedade relacionada a crenças de ameaça é mantida através de uma combinação de respostas fisiológicas, afetivas, cognitivas e comportamentais, e, muitas vezes, reforçadas pelo ambiente social. Esta teoria gerou o desenvolvimento de um tratamento altamente eficaz, validado por meio de diversos estudos controlados, o qual alia técnicas cognitivas e comportamentais à empatia terapêutica, de forma a fazer com que o paciente se sinta compreendido. Enfatiza-se a importância de estratégias que se utilizam do engajamento e da descoberta guiada, de forma a chegar a um consenso mútuo e neutralizar a preocupação excessiva com doenças e assuntos relativos à saúde e tratamentos.

Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)

A TC hipotetiza que o portador de um TOC sofre de obsessões em decorrência de uma tendência acentuada e relativamente estável de interpretar a ocorrência e o conteúdo de pensamentos intrusivos normais como um sinal de que ele possa tornar-se responsável por algum dano ou prejuízo a si ou a seus outros significativos. Sua estratégia compensatória é ritualizar, através de comportamentos compulsivos, aos quais ele atribui uma capacidade infundada de neutralizar os efeitos potencialmente danosos de seus pensamentos intrusivos. O tratamento, desenvolvido com base nesse modelo, tem vários componentes. Além disso, este objetiva ajudar o paciente a compreender seu problema como um transtorno, a compreender seus pensamentos intrusivos como normais e livres de significados ameaçadores, e a reagir conforme essa representação.

Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)

Imediatamente após a ocorrência de eventos traumáticos, muitas pessoas experienciam sintomas de TEPT. Muitos recuperam-se ao longo dos meses subsequentes, porém, um grupo significativo desenvolve TEPT crônico. O modelo de Ehlers & Clark (2000) postula que há três fatores que contribuem para a manutenção do quadro: (1) pessoas com TEPT crônico demonstram avaliações

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

excessivamente negativas do trauma e/ou sequelas que geram uma sensação atual de ameaça; (2) a natureza da memória traumática explica a ocorrência de sintomas recorrentes; (3) a avaliação por parte dos pacientes motiva uma série de comportamentos e estratégias cognitivas disfuncionais (tais como supressão de pensamento, ruminação, comportamentos de busca de segurança), que têm como intuito reduzir a sensação de ameaça, porém concorrem para a manutenção do problema ao impedir mudanças em suas avaliações e de memória traumática, podendo ainda levar a um agravamento dos sintomas. Com base neste modelo, a TC objetiva identificar e mudar as avaliações negativas idiossincráticas do trauma e/ou de suas sequelas, de forma que o paciente abandone comportamentos e estratégias cognitivas responsáveis pela manutenção de seu quadro. Técnicas terapêuticas incluem a reencenação mental do evento, para identificar significados associados, o questionamento socrático, experiências comportamentais e modificação imaginária. Estudos recentes comprovam a alta eficácia da TC no tratamento de TEPT.

LEITURAS RECOMENDADAS

Beck et al. (1990) *Anxiety Disorders and Phobia: A Cognitive Perspective*. New York, Basic Books.

Clark, D. M. (2005) *Transtorno do Pânico: Da Teoria à Terapia.* In Fronteiras da Terapia Cognitiva, P. Salkovskis, São Paulo, Casa do Psicólogo.

Salkovskis, P. M. (2005) *A Abordagem Cognitiva aos Transtornos de Ansiedade: Crenças de Ameaça, Comportamento de Busca de Segurança e o Caso Especial da Ansiedade e Obsessões Relativas à Saúde.* In Fronteiras da Terapia Cognitiva, P. Salkovskis, São Paulo, Casa do Psicólogo.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Transtorno de preocupação excessiva: sete passos para superar suas preocupações



Robert L. Leahy, PhD
(Diretor do *American Institute for Cognitive Therapy*; Professor, Depto. Psiquiatria, *Cornell University Medical College*, Presidente da IACP – *International Association for Cognitive Psychotherapy*; Presidente- Eleito da *Academy of Cognitive Therapy)*

Tradução: Tatiana M. Martinez
Revisão: Ana Maria Serra, PhD

Todas as pessoas parecem preocupar-se; e quase todas recebem maus conselhos em como lidar com suas preocupações. Um típico preocupado crônico dirá: "Em toda a minha vida fui uma pessoa preocupada". Preocupados crônicos levam quase dez anos para procurar psicoterapia – se é que algum dia procuram. E, ao longo desse tempo todo, vêm ouvindo maus conselhos que podem consistir do seguinte:

"Você tem que pensar de forma mais positiva".
"Você tem que acreditar em si mesmo".

As chances de que estes conselhos funcionem são praticamente nulas.

Quando percebi que muitos de meus pacientes procuravam terapia reclamando de suas preocupações, pensei: "Qual livro eu poderia recomendar?" Então eu comecei a me preocupar! Não havia nada disponível que realmente fizesse sentido. Mas, ao longo dos últimos oito anos, surgem novos e inovadores trabalhos sobre as razões pelas quais as pessoas se preocupam e como podemos ajudá-las. Decidi então começar a escrever um livro de autoajuda para pessoas que se preocupam excessivamente.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Qual a melhor forma de se pensar a respeito das preocupações?

Imaginemos que estamos tentando ensinar uma pessoa – digamos alguém que vem de outro planeta, como Marte – "Aqui estão algumas regras sobre como se preocupar".

Quais seriam essas regras?

1. Se algo ruim pode acontecer – se você é capaz de simplesmente imaginar – então é sua responsabilidade se preocupar a respeito.
2. Não aceite qualquer incerteza – você precisa saber com certeza.
3. Trate todos os seus pensamentos negativos como se fossem verdadeiros.
4. Qualquer coisa ruim que venha a acontecer é um reflexo de quem você é como pessoa.
5. O fracasso é inaceitável.
6. Livre-se de qualquer sentimento negativo imediatamente.
7. Trate tudo como se fosse uma emergência. Pense a respeito. Agora que conhece as sete regras, você poderá se preocupar todos os dias de sua vida a respeito de algo que provavelmente nunca ocorrerá. Você tem aí o CAMINHO REAL PARA A INFELICIDADE!

Na realidade, estas sete regras são baseadas nas mais recentes pesquisas acerca da natureza das preocupações. O primeiro passo para lidar com suas preocupações é perguntar: "Qual a vantagem que você espera obter ao se preocupar?" Pessoas que se preocupam excessivamente acreditam que simplesmente ter um pensamento – como "Posso fracassar" – significa que elas devem se preocupar a esse respeito. Estas pessoas de fato acreditam que se preocupar irá prepará-las, motivá-las e evitar que jamais sejam surpreendidas. Preocupar- se é uma estratégia. Por exemplo, se você tem uma prova prestes a ocorrer, você poderá tentar qualquer uma das seguintes estratégias:

1) poderá se preocupar a respeito;
2) poderá se embebedar; ou
3) poderá estudar.

Qual dessas é a melhor estratégia?

Pedimos a pessoas que se preocupam excessivamente que distinguissem entre preocupação produtiva e preocupação improdutiva. Por exemplo, se vou viajar de Nova York a Roma, uma preocupação produtiva envolve AÇÕES QUE POSSO TOMAR AGORA: posso comprar minha passagem aérea e reservar um quarto de hotel. Preocupação improdutiva envolve todos os "e se?" sobre os quais não posso fazer nada a respeito. Estes incluem: "E se minha

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

apresentação não for bem?", ou "E se eu me perder em Roma?", ou ainda "E se alguém não gostar de mim?".

Isso nos leva ao segundo passo – lidando com a incerteza. Pesquisas demonstram que pessoas que se preocupam excessivamente não toleram a incerteza. Ironicamente, 85% das coisas sobre as quais os preocupados se preocupam tendem a ter um resultado positivo. E, mesmo que o resultado seja negativo, em 79% dos casos, os preocupados dizem: "Lidei com isso melhor do que esperava". Ajudamos os preocupados a comprometer-se a aceitar a incerteza. Na verdade, você já aceita muitas incertezas na sua vida. Exigir certeza é inútil; portanto podemos procurar por algumas vantagens em se ter algum grau de incerteza. Estas incluem novidade, surpresa, desafio, mudança e crescimento. Caso contrário, a vida é entediante.

Juntamente com a aceitação de algum grau de incerteza, sabemos que pessoas que se preocupam de forma excessiva evitam experiências desconfortáveis. Então pedimos a estas pessoas que listassem todas as coisas que evitavam fazer e começassem a fazê-las. A meta, nesse caso, é "desconforto construtivo" e "imperfeição bem-sucedida". Você tem de se sentir desconfortável para motivar-se a crescer e mudar; e o sucesso é adquirido a custo de imperfeições. Descobri que estas ideias podem ser muito fortalecedoras. Uma vez que você descobre que já está desconfortável (porque você é uma pessoa que se preocupa de forma excessiva e provavelmente está um pouco deprimido), você pode ao menos usar o seu desconforto para fazer progresso.

O terceiro passo refere-se à forma como você avalia o seu pensamento. Pessoas que se preocupam excessivamente têm uma "fusão pensamento-realidade". Elas acreditam que "Se eu achar que há a possibilidade de eu vir a ser rejeitado, então isso se tornará realidade – a menos que eu me preocupe a respeito e faça todo o possível para que isso não ocorra". Nesse sentido, as preocupações são como obsessões – pessoas tratam seus pensamentos como se já fossem fatos. Erros típicos de pensamento incluem "leitura de pensamento" (Ele acha que sou um perdedor), conclusões precipitadas (Eu não sei algo, portanto irei fracassar), racionalização emocional (Sinto-me nervoso, então as coisas não darão certo), perfeccionismo (Preciso ser perfeito para ser confiante), e descontar o positivo (O fato de que fui bem-sucedido no passado não é garantia de nada). Os excessivamente preocupados também têm ideias de "emergência repentina" – tais como, pensamentos do tipo "descida escorregadia" (Se essa tendência continuar, as coisas poderão continuar desabando rapidamente) ou "armadilha" (Eu poderei cometer um erro e minha vida inteira poderá desmoronar). Os preocupados podem desafiar e testar seus pensamentos – "Qual o pior resultado, o melhor e o mais provável?", "Quais as coisas que eu poderia fazer para lidar com um problema real?", "Há evidências de que o resultado poderá ser ok?", e "Estou fazendo as mesmas previsões futuras erradas que

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

eu sempre faço?"

O quarto passo para lidar com a preocupação excessiva é reconhecer como sua personalidade contribui para o problema. Também sabemos que as pessoas diferem entre si com relação ao que as preocupa. Algumas pessoas se preocupam a respeito de dinheiro, outras a respeito de saúde, e outras sobre o que outras pessoas pensam acerca delas. E a preocupação também está relacionada a sua personalidade. Por exemplo, você pode estar preocupado em ser abandonado ou em se tornar desamparado e incapaz de cuidar de si mesmo, ou pode estar preocupado de que não é religioso ou moral o suficiente, ou ainda de que não é superior aos demais. Podemos utilizar as técnicas da terapia cognitiva para ajudar as pessoas a modificar essas preocupações. Por exemplo, podemos examinar os custos e benefícios de pensar em termos tão rígidos – tudo ou nada. Ou você pode se perguntar que conselho poderia oferecer a um amigo na mesma situação. Ou podemos estabelecer experimentos, nos quais você não solicita proteção a outros, ou não precisa agir com perfeição, ou passe tempo sozinho (se você acha que sempre precisa de alguém). Você também pode praticar escrever afirmações assertivas ao familiar que o ensinou todas essas coisas negativas a seu respeito.

O quinto passo refere-se a suas ideias a respeito de fracasso. Preocupados acreditam que o fracasso é inaceitável – e que tudo pode ser visto como um possível fracasso. Se você vai a uma festa e alguém não é amigável, então VOCÊ FRACASSOU. Quando eu estava na faculdade, tinha um amigo, Fred, que fez um trabalho para uma disciplina de Economia. Era um plano de negócios de um serviço de remessa rápida noturna, nos Estados Unidos. Seu professor lhe deu uma nota baixa, alegando "Isto é irrealista. Nunca irá funcionar". Ele se formou da faculdade e se tornou o fundador da FEDERAL EXPRESS. Fracasso?

Utilizo vinte estratégias para lidar com o medo do fracasso. Exemplos de dez destas estratégias incluem as seguintes:

1. Eu posso focalizar naquilo que consigo controlar.
2. Eu consigo focalizar em outros comportamentos que serão bem-sucedidos.
3. Não era essencial ser bem-sucedido naquela tarefa.
4. Adotei alguns comportamentos que não valeram a pena.
5. Todos fracassam em alguma coisa.
6. Talvez ninguém tenha notado.
7. Minha meta estava correta?
8. Fracasso não é fatal.
9. Os meus padrões eram altos demais?
10. Desempenhei melhor do que anteriormente?

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

O sexto passo aborda como você lida com suas emoções. Pesquisas demonstram que a preocupação é uma forma de evitação emocional – quando as pessoas engajam-se em preocupações estão ativando o lado "PENSANTE" de seus cérebros – e não se permitindo sentir uma emoção. A preocupação é abstrata. Quando interrompem a sequência de "e se?", estas pessoas experienciam tensão, suor, taquicardia ou insônia. Observamos que pessoas que se preocupam excessivamente têm dificuldade em rotular suas emoções e tendem a ter visões muito negativas sobre elas. Ajudamos preocupados a aceitar e valorizar suas emoções, a reconhecer que os outros também têm as mesmas emoções, que é normal ter "sentimentos conflitantes", e que as emoções dolorosas podem sinalizar suas necessidades e refletir seus mais altos valores. Emoções são temporárias – se você permitir que elas ocorram.

Finalmente, pessoas que se preocupam excessivamente acreditam que o mal chegará muito em breve. Acreditam que o fracasso, a rejeição, a ruína financeira, ou doenças fatais as atingirão muito rapidamente. Tudo é uma emergência: "Eu preciso saber agora mesmo".

Ensinamos estas pessoas a desligar o senso de urgência, a se distanciar de seu medo do futuro, e a viver e apreciar o momento presente. Os excessivamente preocupados também podem se imaginar entrando em uma máquina do tempo e perguntando-se: como me sentirei um mês após o evento ter ocorrido – se é que um dia realmente ocorrerá? Como tenho lidado com problemas que de fato existem? E, sobre o que me preocupei no ano passado? Interessantemente, uma vez que a maioria das preocupações nunca torna- se realidade, essas pessoas frequentemente dizem, "Eu não consigo recordar sobre o que me preocupei no ano passado". Isto nos revela que o que o está preocupando neste momento é algo que logo você esquecerá.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Módulo 5

Dependência Química, Transtornos Alimentares e Organizações

Terapia Cognitiva da Dependência Química



Cory Newman, PhD
(Diplomado em Psicologia Comportamental pelo Conselho Americano de Psicologia Profissional. Diretor Clínico do Centro de Terapia Cognitiva. Professor Associado de Psicologia em Psiquiatria. Membro Fundador da Academia de terapia Cognitiva)

Tradução: Carla Andrea
Revisão: Ana Maria Serra, PhD

A terapia cognitiva (TC) pode representar uma importante aliada no tratamento de pacientes dependentes, especialmente se habilmente combinada com farmacoterapia e terapia de apoio em grupo. Este estudo focalizará as habilidades adquiridas em TC e os meios pelos quais estas podem ser utilizadas no tratamento do abuso de substâncias e da dependência química. O modelo da TC para a dependência química, descrito por Beck, Wright, Newman & Liese (1993), expõe sete principais áreas potenciais de intervenção, que são descritas a seguir.

Situações de alto risco, externas e internas

Aos pacientes é prescrita a tarefa de avaliar as “pessoas, lugares e coisas” que eles associam ao seu uso de drogas. Essas são as situações externas de alto risco, com as quais os pacientes devem tentar limitar o seu contato. Exemplos podem incluir o primo com quem o paciente injetava heroína (“pessoas”); a esquina onde costumava comprar suas pílulas (“lugar”), e o cachimbo especial que costumava utilizar para consumir crack (“coisas”). Os pacientes são encorajados de forma ativa a estruturar suas vidas, a fim de que possam evitar ao máximo esses estímulos externos de alto risco. Terapeutas cognitivos ensinam seus pacientes a estarem conscientes de seu processo de tomada de decisões, a fim de que possam planejar o seu dia de forma deliberada, a fim de maximizar ordem e previsibilidade, e reduzir as chances de contato “acidental”

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

com altos riscos externos. Entretanto, nem todos estes estímulos são perfeitamente evitáveis, e os pacientes terão de aprender habilidades de enfrentamento que os ajudarão a se manterem abstinentes, mesmo se tiverem contato inadvertido com tais estímulos.

Os estados de humor do paciente representam suas situações internas de alto risco. Muitos pacientes são intolerantes a desconfortos e tentarão anestesiá-los com álcool e outras drogas, na tentativa de não se sentirem ansiosos, sozinhos, deprimidos, entediados, culpados, envergonhados ou bravos. Esses estados internos precisam ser gerenciados através de medidas cognitivas e comportamentais apropriadas, a fim de que o paciente possa maximizar suas chances de continuar abstinente. É nessa área que as técnicas da TC padrão para ansiedade e depressão são aplicáveis, conforme ilustrado em estudos nos quais a sua aplicação no tratamento da dependência química foi diferencialmente eficaz para pacientes que eram também depressivos. Da mesma forma, alguns pacientes tentam aumentar os seus sentimentos positivos com álcool e outras drogas, a fim de celebrar, mas também (talvez) para evitar o seu medo de enfrentar sua vulnerabilidade em um estado sóbrio.

Crenças disfuncionais sobre drogas, e a respeito de si mesmo em relação a drogas

Terapeutas cognitivos ajudam pacientes a acessar e modificar suas crenças errôneas sobre as substâncias psicoativas. Algumas dessas crenças mal-adaptativas relacionam-se às próprias substâncias, como, por exemplo, quando pacientes acreditam que “você não se torna um alcoólatra apenas por tomar cerveja” e “cocaína é segura se você cheirá-la e não fumá-la”. Outras crenças disfuncionais referem-se às relações do paciente com as drogas, como, por exemplo, “se eu parar de tomar drogas, não terei mais amigos”. Talvez as crenças mais difíceis de abordar são aquelas que são sugestivas de um diagnóstico duplo, como, por exemplo, o paciente que acredita “eu sou uma má pessoa e não mereço ter uma vida normal, por isso não me importo se estragar a minha vida ou morrer”. Intervenções em TC devem focalizar não somente o uso de drogas pelo paciente, mas também sua baixa autoestima, desamparo e tendência suicida.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Pensamentos automáticos que aumentam a fissura e intenção de utilizar drogas

Esses são os pensamentos e imagens instantâneos que os pacientes têm em situações, nas quais teriam a oportunidade de consumir álcool ou outras drogas. Frequentemente, estes são pensamentos breves e exclamatórios, tais como "quem se importa?", ou "preciso de algo agora". Tais pensamentos levam a um aumento na ativação do sistema nervoso autônomo do paciente (por exemplo, suor, respiração pesada) e a um aumento na fissura pela substância química. Em TC, os pacientes são ensinados a reconhecer a sua tendência a esses pensamentos automáticos, bem como a preparar "respostas" para eles, a fim de reduzir a fissura, relaxar e poder refletir com mais cuidado sobre a situação.

Fissuras fisiológicas

Essas são sensações fisiológicas que geram uma sensação desconfortável e não resolvida de "ativação" ou "apetite", motivando o indivíduo a alterar seu estado mental através do uso de substâncias psicoativas (Newman, 2004). Muitos pacientes acreditam que não podem enfrentar sua fissura e que não "têm escolha", a não ser satisfazer seu desejo. Estão erroneamente convencidos de que seus desejos irão aumentar perigosamente e atingir o ponto de um "*breakdown*" mental ou físico, em que a "única saída" para seu alívio é render-se aos desejos e à vontade de beber e usar drogas. Os terapeutas cognitivos educam seus pacientes sobre a natureza cíclica (não linear) de sua fissura (Newman, 1997), indicando que a fissura alcança um ponto máximo e então diminui por si mesma. Pacientes podem ajudar-se a si mesmos, enquanto esperam que sua fissura diminua, aprendendo uma técnica conhecida como "distrair e adiar", na qual eles desviam sua atenção a uma lista de tarefas significantes e de alta prioridade (por exemplo, retornar ligações importantes) ou prazeres pequenos e não-aditivos (ouvir música), até que os desconfortáveis desejos e compulsões diminuam naturalmente.

Os pacientes aprendem que, cada vez que permitem à fissura seguir seu curso natural, sem "satisfazê-la" com álcool ou outras drogas, eles estão sendo bem-sucedidos na redução da força média de fissuras futuras, através de um aumento gradual no domínio sobre elas. Entretanto, os pacientes devem ser alertados de que certas situações de alto risco ocasionalmente causarão desejos e compulsões de, por exemplo, reforçar uma bebida com álcool. Nesses casos, devem ter prontamente à mão um plano de enfrentamento e podem necessitar estar preparados para contatar seu sistema de apoio de emergência.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Crenças de permissão que os pacientes utilizam para justificar o uso de drogas

Frequentemente os pacientes lutam contra o conflito psicológico referente à escolha de beber e usar drogas ou de se abster. Eles querem lutar em direção à meta da abstinência, mas também querem reduzir a dor da retirada da substância e voltar a experienciar as alterações mentais associadas aos efeitos de drogas ilícitas. Uma das formas mal-adaptativas que os pacientes utilizam para resolver esse conflito é por meio de suas crenças de permissão, em que eles dizem a si mesmos que não há problema em beber e usar drogas essa vez. Exemplos dessas crenças de permissão são:

1. só usarei um pouquinho;
2. ninguém ficará sabendo dessa vez;
3. tenho-me comportado bem há um bom tempo, portanto agora eu mereço "ficar alto" (usar drogas);
4. só vou testar-me para ver se agora consigo dominar a vontade de usar essa droga.

Essas crenças favorecem o uso da droga e, consequentemente, atuam como uma grave ameaça à sobriedade, mesmo em pacientes que expressam desejar tratamento para abandoná-la. Para contra-atacar essas crenças de permissão, pacientes em TC precisarão desenvolver respostas racionais claras, não-ambíguas e bem treinadas, que favorecem a abstinência. Essas respostas podem ser escritas em cartões ou praticadas verbalmente em forma de "role-play" com o terapeuta. Exemplos de respostas racionais (às crenças disfuncionais acima) são:

1. Não existe somente um único "uso". Este levará a mais "usos", que significarão problemas.
2. Saberei que usei e isso me perturbará e outros descobrirão de qualquer forma.
3. Necessito manter minha sobriedade. Mereço uma vida melhor e não retornar a usar drogas.
4. Testar-me é uma armadilha para o fracasso. O verdadeiro teste é continuar nesta linha, que já completa 35 dias.

Rituais e estratégias comportamentais generalizadas, associadas ao uso de drogas

Quando terapeutas formulam uma conceituação cognitiva do caso de seus pacientes dependentes, eles também avaliam os rituais comportamentais nos quais os pacientes se envolvem, associados ao seu uso de álcool e outras drogas. Esses comportamentos podem ocorrer no âmbito social (por exemplo, ir a um bar

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

específico em um certo horário da noite), e/ou no âmbito individual (montar sua parafernália para uso da droga no banheiro, com o chuveiro ligado e a porta fechada). As intervenções nessa área têm como objetivo evitar, abortar, interromper ou contra-atacar o progresso de tais rituais. Isto tipicamente envolve uma grande dose de motivação, a fim de reestruturar suas rotinas, a fim de que as aquisições de álcool e outras drogas se tornem o mais inconveniente possível. Por exemplo, os pacientes podem comprometer-se a esvaziar suas casas de álcool, drogas e equipamentos relacionados a drogas; a estruturar sua rotina diária para que estejam em companhia de pessoas sóbrias; e a estar sempre em contato com outros, comunicando onde estão.

Reações psicológicas adversas a lapsos e recaídas

Caso o paciente recaia no uso de drogas, ele ainda terá a oportunidade de limitar o dano e fazer um novo compromisso de manter a sobriedade. Infelizmente, suas fissuras agora serão mais fortes, suas funções cerebrais executivas estarão afetadas e muitas de suas crenças disfuncionais serão ativadas (por exemplo, “sou um fracasso sem esperanças e nunca me recuperarei”). A despeito disso, o uso de álcool e drogas compreende muitas decisões distintas, qualquer das quais poderá referir-se a uma autoinstrução para parar. Consequentemente, é errôneo para os pacientes acreditar que eles não podem parar de beber ou de usar drogas, uma vez que tenham começado; um lapso que os leva a beber e usar drogas não necessariamente se tornará uma completa recaída. Os pacientes em TC aprendem a estudar seus lapsos, ao invés de sentir-se desamparados. Eles registram dados a respeito de seus lapsos, o que usaram, quanto, quem os acompanhava, quais foram suas “crenças de permissão”, como se sentiram etc. Esses dados constituirão uma parte importante da agenda da sessão seguinte, de modo que o paciente possa aprender lições importantes de seu lapso. Os pacientes aprendem que a abstinência é o seu melhor resultado, e que os lapsos não devem ser tratados como uma catástrofe. Ao contrário, seus efeitos prejudiciais podem ser limitados, desde que o paciente utilize seus recursos de enfrentamento e se comprometa novamente com o programa de tratamento.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Terapia Cognitiva e Transtornos Alimentares

Ana Maria Serra, PhD

O tema da TC aplicada aos transtornos alimentares (TA's) é apresentado em seguida ao tema da TC aplicada à dependência química graças a que os modelos cognitivos específicos para ambos os transtornos têm importantes características em comum. As crenças de permissão, que desempenham um papel decisivo na instalação e manutenção da dependência química, também exercem uma forte influência nos processos cognitivos de tomada de decisão dos portadores de TA's.

Os TA's referem-se a severas perturbações no comportamento alimentar, que podem levar ao emagrecimento extremo ou à obesidade. Constituem uma manifestação bio-psico-social, em que a genética, o estresse, a baixa autoestima, a pressão cultural para a forma corporal magra, a exposição a comportamentos disfuncionais de pares relativos à alimentação, as dificuldades nas relações interpessoais, e outros aspectos, se conjugam e resultam na instalação e manutenção desse tipo de transtorno. Aspectos comuns às várias modalidades de TA's referem-se a dietas rigorosas; pensamentos recorrentes sobre comida, sobre forma e peso corporais; perda de controle sobre a alimentação; medo mórbido de engordar, regras rígidas e, eventualmente, transtornos emocionais (depressão, ansiedade) e orgânicos (distúrbios hidroeletrolíticos, cardiológicos e dentários), estes especialmente associados aos comportamentos purgativos e à desnutrição, que podem ocasionar até a morte do portador.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Os TA's compreendem a anorexia nervosa (AN), a bulimia nervosa (BN) e o transtorno de "binge" (TB), também denominado transtorno de compulsão alimentar. Este último tem sido descrito recentemente na literatura, sendo caracterizado por episódios recorrentes de compulsão alimentar, durante os quais uma quantidade grande de alimento é consumida em tempo curto, não satisfazendo, porém, os critérios de dieta excessiva e preocupação excessiva com forma e peso corporais, característicos dos diagnósticos de AN e BN. A obesidade, por sua vez, é classificada como um transtorno médico e não como a manifestação principal de um transtorno psicológico, o qual, caso se apresente, requer tratamento psicoterápico, à semelhança dos demais TA's.

Quanto à incidência, os TA's afetam cerca de 3% da população no Brasil, cerca de 8 milhões de americanos e aproximadamente 70 milhões de pessoas ao redor do mundo. 90% dos portadores de algum tipo de TA são mulheres entre 12 e 25 anos. Cerca de 30% dos adultos obesos sofrem de transtorno de compulsão alimentar. A ocorrência de TA's entre homens vem aumentando, afetando hoje cerca de 1% da população masculina nos EUA. Estimativas de ocorrência de alguma forma de TA's entre atletas são particularmente preocupantes e indicam uma taxa de incidência que varia entre 15 e 60%. A taxa de mortalidade para portadores de transtornos alimentares é maior do que para qualquer outro transtorno psicológico.

Com relação a comorbidades, além de quadros associados de depressão, ansiedade e dependência química, um terço dos anoréxicos tem transtornos de personalidade evitativa e 40% dos bulímicos têm personalidades borderline. O transtorno obsessivo compulsivo (TOC) apresenta-se associado a 60% dos casos de AN e a 33% dos casos de BN, e estudos reportam transtornos de personalidade narcisista e evitativo entre os portadores de TA's.

Modelo cognitivo dos TA's

Distorções cognitivas refletem uma característica proeminente nos TA's, sendo consideradas, pela TC, como a característica central dessa forma de psicopatologia. Para a TC, especialmente a AN e a BN são consideradas transtornos cognitivos. As distorções cognitivas apresentam-se frequentemente associadas ao perfeccionismo e pensamento dicotômico, que resultam em: foco excessivo em alimentos e dietas; rigidez e dietas muito restritivas; ideias radicais de que pequenas transgressões em regras e dietas autoimpostas são interpretadas como graves violações, ou seja, qualquer coisa aquém de "controle perfeito" não tem valor. O modelo cognitivo enfatiza o papel das crenças disfuncionais do paciente sobre si, sobre peso e forma corporais, sobre o papel desses aspectos na determinação do valor pessoal do indivíduo, sobre alimentos, sobre autocontrole e disciplina, sobre expectativas culturais e sociais etc., que resultam em estratégias compensatórias

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

tais como perfeccionismo, rigidez, monitoramento constante e controle excessivo. Conforme dito acima, as crenças de permissão (por exemplo, “estou triste, portanto mereço comer”, “comerei hoje, mas amanhã retomarei uma dieta ainda mais rigorosa”, “portei-me tão bem por uma semana que posso comer o que quiser hoje” etc.) têm um papel fundamental na manutenção dos quadros de TA’s. O paciente resolve o conflito entre, por exemplo, iniciar ou não um episódio de “binge” através de uma permissão para prosseguir, a qual atua como uma “desculpa” temporária. A permissão resulta de uma avaliação de fatores a favor e contra a decisão de comer compulsivamente, avaliação que enfatiza metas de curto prazo em detrimento de metas de médio e longo prazo, conduzindo a sentimentos posteriores de culpa e fracasso, que exacerbam o afeto negativo e perpetuam o quadro de transtorno. O afeto negativo, frequentemente associado aos TA’s, e resultante das distorções cognitivas e da ativação das crenças disfuncionais, garante perpetuação do quadro através de dois círculos viciosos. No caso da BN e da TB, o primeiro círculo refere-se à queda de humor, que encoraja o episódio de compulsão alimentar, o qual, por sua vez, favorece cognições que denotam arrependimento, desgosto consigo e medo redobrado de ganhar peso, exacerbando o humor negativo. No segundo círculo vicioso, comportamentos pugativos compensam o “binge” ou episódio de hiperfagia, mas não proporcionam o alívio do afeto negativo; ao contrário, o agravam, resultando na manutenção dos transtornos. No caso da AN, o foco excessivo em forma e peso, bem como a insatisfação continuada decorrente, estão associados também ao afeto negativo como causa e efeito. Porém, no caso da AN, a psicopatologia cognitiva e os efeitos da desnutrição são vistos como realização e não como um problema, o que igualmente perpetua o quadro. Em consequência, enquanto que os portadores de BN e TB apresentam-se motivados para a terapia, os portadores de AN não reconhecem sua necessidade de tratamento, resultando em que o foco sobre a promoção da motivação para a terapia torna-se com frequência a primeira meta terapêutica.

Trataremos, a seguir, de aspectos cognitivos e gerais referentes a cada modalidade dos TA’s.

Aspectos gerais e cognitivos da Bulimia Nervosa (BN)

BN, dentre os transtornos alimentares, conta com o maior volume de literatura que aponta para a eficácia de TC, inclusive com a proposição em 1993, por Fairburn, do Oxford Manual para seu tratamento. Os sintomas mais característicos da BN incluem: consumir uma quantidade objetivamente excessiva de alimentos em um período de tempo limitado, em forma de episódios periódicos compulsivos, mantidos em segredo; preocupação constante e exagerada com comida, forma e peso; condutas inapropriadas para compensar a ingestão excessiva a fim de evitar o

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

aumento de peso, tais como o uso de laxantes e diuréticos, vômitos autoinduzidos, jejum ou exercícios físicos excessivos; culpa e vergonha desses comportamentos, que procuram ocultar. Fatores cognitivos e emocionais podem desencadear um episódio de compulsão, tais como: cognições relacionadas a peso, forma do corpo e alimentos; queda de humor; estressores ambientais, especialmente de ordem interpessoal; ou ainda, fome após um período de restrição alimentar ou dieta excessivamente rigorosa. Contudo, o alívio obtido através da ingestão alimentar é rapidamente substituído por culpa, queda da autoestima, autocrítica, e o desamparo decorrente da percepção de autocontrole reduzido ou ausente, e depressão. Magreza e perda de peso são valores idealizados, em cuja busca os pacientes bulímicos se envolvem continuamente. A autoestima é em grande parte baseada em termos de forma e peso, em muitos casos porque esses aspectos do autoconceito são social e facilmente reforçados e parecem aos portadores mais "controláveis" do que outros aspectos de suas vidas. Os pacientes têm fundamentalmente um autoconceito negativo, que os leva a sentirem-se, sempre, insatisfeitos consigo, o que, por sua vez, incentiva a importância exagerada devotada à aparência e ao peso, o consequente uso de estratégias compensatórias para alcançá-los, a culpa e autorrecriminação posterior, que implicam em autoconceito ainda mais negativo, em forma de uma espiral descendente em direção à depressão.

A forma do pensamento do portador de BN é rígida e inflexível, características que se originam a partir de suas tendências perfeccionistas (critérios demasiado altos e não realistas de expectativas, e insatisfação profunda quando falham em alcançá-los) e dicotômicas (pensamento extremista ou "tudo ou nada"). Pequenas transgressões a suas rígidas regras alimentares ou à dieta, inevitáveis dado o caráter perfeccionista das mesmas, são vistas como graves, levando a um padrão de alternância entre restrições à alimentação e episódios de comer compulsivamente. Por fim, é comum a associação da BN, especialmente do tipo purgativo, com transtornos de personalidade, especialmente evitativo e borderline.

Aspectos gerais e cognitivos da Anorexia Nervosa (AN)

A AN é caracterizada pela busca de um peso corporal abaixo do mínimo aceito como normal, considerados idade e altura, e obtido basicamente através da redução do consumo alimentar e de dietas severas. Mas o portador pode também recorrer a métodos purgativos e ao exercício físico excessivo como meio de redução do peso. Envolve ainda um temor mórbido de ganhar peso; perda intensa de peso em um período relativamente curto de tempo; distorções na percepção de forma e tamanho corporais, mas sem atingir o nível de um transtorno dismórfico; sentimento de culpa ou

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

autodepreciação quando come; mudanças de humor, como irritabilidade, tristeza e insônia; e amenorréia. A mortalidade a longo prazo, superior a 10%, devido especialmente à inanição e desequilíbrios hidroeletrolíticos, é maior do que em qualquer outro quadro de transtorno psicológico.

Certos efeitos psicológicos e fisiológicos da desnutrição observados na AN concorrem para a manutenção do quadro: a preocupação excessiva com pensamentos sobre comida e comer exagera preocupações sobre alimentar-se; a queda do humor intensifica a autoavaliação negativa e a exacerbação da dependência da forma e do peso para a manutenção, mesmo falsa, de uma autoimagem positiva; o isolamento social eleva a preocupação consigo e intensifica o foco em peso e forma.

Alguns indivíduos acham que têm um excesso de peso global. Outros percebem que estão magros, mas ainda assim se preocupam com o fato de certas partes de seu corpo, particularmente abdômen, nádegas e coxas, estarem "muito gordas". O ganho de peso é percebido como um inaceitável fracasso do autocontrole. Eles tipicamente negam as sérias implicações de seu estado de desnutrição e não se percebem como tendo um problema. Ao contrário, percebem sua perda de peso como uma conquista e uma demonstração de intensa autodisciplina. Devido a esse aspecto, é comum que o portador de AN se apresente resistente a receber tratamento. Quando busca tratamento espontaneamente, isto geralmente ocorre em razão do sofrimento subjetivo acerca das sequelas somáticas e psicológicas da inanição, e não propriamente de uma queixa referente à perda de peso.

O tratamento basicamente consiste em: buscar a flexibilidade nos hábitos de alimentação e nas ideias sobre seu corpo, e desafiar os critérios do portador a respeito de peso e forma corporais; focalizar o autoconceito negativo, na intenção de elevar a autoestima do paciente; abordar as crenças disfuncionais sobre padrões culturais de beleza, suas próprias medidas, muitas vezes superestimadas, e a importância da saúde; e, finalmente, desenvolver habilidades de resolução de problemas, com relação à dieta rigorosa, isolamento social, problemas interpessoais, uso de substâncias psicoativas etc.

Aspectos gerais e cognitivos do Transtorno de Binge (TB) ou de Compulsão Alimentar

O TB resulta do emprego de uma dieta em que os pacientes restringem a alimentação de forma estereotipada e inflexível, o que resulta em uma pressão fisiológica contínua para comer. Caracteriza-se por episódios recorrentes de orgias alimentares, também chamadas de "hiperfagias" ou "binge", porém sem a presença dos comportamentos de controle exagerado de peso que caracterizam a AN e a BN, tais como comportamentos purgativos,

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

exercício físico excessivo e dietas excessivamente restritivas. Além disso, e ao contrário dos quadros de AN e BN, não se observa a ênfase excessiva em forma e peso corporais. Quando os portadores de TB se mostram preocupados com forma e peso corporais, sendo que muitos entre eles estão significantemente acima do peso, essa preocupação geralmente não tem a mesma intensidade e grave significado pessoal dos portadores de AN e BN. Além disso, ao contrário de portadores dos demais TA's, os hábitos alimentares dos pacientes com TB são relativamente normais, exceto pelos episódios de "binge", os quais parecem estar associados a humor depressivo ou ansioso, e a distorções cognitivas que refletem perfeccionismo, rigidez e pensamento dicotômico. As crenças de permissão também desempenham um papel importante na manutenção do quadro de TB, ao concorrer para os episódios de "binge". Durante esses episódios, três dos seguintes indicadores devem estar presentes: comer muito mais rápido do que o normal; comer até se sentir desconfortavelmente farto; comer grandes quantidades, mesmo sem fome; comer em segredo e com vergonha da quantidade; e sentir-se culpado ou deprimido após o episódio.

Implicações para Tratamento

O tratamento cognitivo compreende basicamente três estágios: Primeiro, apresentação do modelo cognitivo, automonitoramento de hábitos alimentares, aplicação de técnicas comportamentais para o estabelecimento de hábitos alimentares regulares, bem como a psicoeducação do paciente sobre seu transtorno e sobre o modelo. Segundo, uma vez obtida a instituição de hábitos alimentares saudáveis, associada à redução na dieta, nessa fase enfatiza-se também a intervenção sobre distorções cognitivas, crenças disfuncionais, atitudes e valores autodepreciativos. Os focos das intervenções cognitivas mais frequentes são o autoconceito negativo, as crenças de permissão, as crenças disfuncionais relativas a incapacidade e inadequação, as estratégias compensatórias, especialmente refletindo rigidez, perfeccionismo e busca permanente de controle, bem como os comportamentos compensatórios. As relações interpessoais também demandarão intervenção cognitiva e abordagem de resolução de problemas. No terceiro estágio, promove-se a manutenção das mudanças e plano de acompanhamento, visando o gerenciamento de indicações de recaídas e sua prevenção. Note-se que, no caso particular da AN, a motivação para a terapia necessitará ser abordada antes dos demais objetivos terapêuticos.

Estudos indicam um impacto importante da TC sobre os TA's, o qual se mantém através do tempo. Especialmente no caso da BN, a TC mostra um impacto positivo sobre todos os aspectos de sua psicopatologia. Finalmente, estudos sugerem a superioridade da TC quando comparada a outros tipos de tratamento, psicoterápicos e farmacoterápicos.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Terapia Cognitiva nas Organizações

Ana Maria Serra, PhD

Conforme visto anteriormente, o modelo cognitivo de personalidade e funcionamento humano postula que as nossas crenças, através dos processos de representação e significação do real, influenciam nossas respostas emocionais e comportamentais. Este estudo apresentará uma proposta para aplicação de conceitos, estratégias e técnicas cognitivos na esfera organizacional.

No contexto corporativo ou organizacional em geral, as crenças de indivíduos sobre o real interno e externo, e as cognições pré-conscientes a elas associadas, são de grande importância na determinação do comportamento desses indivíduos e de sua produtividade, influenciando sua competência, motivação e autoconfiança. Deve-se notar que esses fatores – competência, motivação e autoconfiança, ou otimismo – representam os três ingredientes para o sucesso em qualquer área de realização, incluindo a profissional.

Segundo Martin Seligman, indivíduos continuamente constroem hipóteses sobre as regularidades do real, as quais lhes permitem a representação de contingências e os habilitam a exercer controle sobre o real interno e externo. Os estilos de atribuição, segundo essa visão, refletiriam, portanto, a maneira pela qual indivíduos tendem a explicar sucessos e insucessos. Em outras palavras, estilos individuais de atribuição de sucessos e fracassos a diversos fatores refletiriam a tendência predominantemente otimista ou pessimista desses indivíduos. Deve-se notar que os estilos de atribuição, ou,

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

em última análise, o otimismo ou o pessimismo, podem ser medidos através de questionários ou de análise de conteúdo.

Os estilos de atribuição variam segundo três dimensões: personalização, abrangência e permanência. Com relação à dimensão personalização, as pessoas podem fazer atribuições, ou explicar eventos, de forma interna (atribuindo-os a si) ou externa (atribuindo-os a outros). A dimensão abrangência, por sua vez, refletiria atribuições abrangentes ou específicas. E, por último, a dimensão permanência se referiria a atribuições permanentes ou temporárias. Note-se que as pessoas têm formas diferentes, segundo as três dimensões, para explicar sucessos e fracassos. Otimistas tenderiam a atribuir sucessos a fatores internos, abrangentes e permanentes, enquanto que atribuiriam fracassos a fatores externos, específicos e temporários. Por outro lado, pessimistas tenderiam a atribuir sucessos a fatores externos, específicos e temporários, enquanto que atribuiriam fracassos a fatores internos, abrangentes e permanentes.

No contexto corporativo ou organizacional, estudos indicam que os estilos de atribuição correlacionam-se com: suscetibilidade à depressão clínica e à doença orgânica, ao risco de recaída em depressão, à motivação e desempenho em educação e esportes, e à satisfação no trabalho e, especificamente, ao desempenho em vendas, na esfera ocupacional.

Programas de re-treinamento de estilos de atribuição na área organizacional

Estilos de atribuição podem ser modificados. Através de programas de re-treinamento em estilos de atribuição podemos transformar pessimistas em otimistas. Esses programas têm como objetivos: aumentar a satisfação no trabalho; melhorar a qualidade do relacionamento interpessoal; melhorar o estado intrapessoal dos indivíduos, reduzindo a depressão e a ansiedade, quando presentes; reduzir o "*turnover*"; reduzir a baixa persistência; e, de forma geral, melhorar o desempenho operacional de indivíduos nas organizações.

Esses programas têm, tipicamente, a duração de 21 horas. São estruturados de forma a incluir 7 seminários de 3 horas cada, à razão de um seminário por semana. Incluem tarefas entre sessões, destinadas a possibilitar a experimentação e a aplicação de novas estratégias. O conteúdo do programa, apresentado durante os seminários, assemelha-se muito à proposta clínica na área da TC, ou seja: introdução ao modelo cognitivo e ao conceito de pensamentos automáticos negativos; definição de metas e estratégias; planejamento de tarefas; gerenciamento de tempo; identificação de pensamentos automáticos negativos e técnicas para modificá-los; a noção e as categorias de erros cognitivos típicos; acesso a crenças básicas disfuncionais e promoção da reestruturação cognitiva, encorajando a adoção de crenças mais funcionais. Os

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

programas compreendem ainda a introdução do conceito de estilos de atribuição, as dimensões dos estilos de atribuição, sua aplicação a situações específicas, profissionais e pessoais, finalizando pela integração de estratégias, planejamento do programa de mudança, e generalização de ganhos e prevenção de recaídas.

Os processos de treinamento incluem: questionamento socrático, discussão em grupo, auto-observação, experimentação e atividades individuais e em grupo. O formato das sessões, inclui: revisão do seminário anterior, discussão da tarefa de casa, introdução ao tópico de seminário, atividades individuais e/ou em grupo, feedback e discussão, sugestão e definição das tarefas de casa, resumo da sessão, e avaliação pelos participantes de suas reações à sessão.

Comparado à TC individual, o programa de re-treinamento em estilos de atribuição, no campo ocupacional, envolvendo dois terapeutas oferecendo 21 horas a 12 sujeitos, é cerca de 50 vezes mais eficaz, encorajando esforços similares no contexto corporativo.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Módulo 6

Casais e Famílias, Crianças e Adolescentes

Terapia Cognitiva com Casais



Frank M. Dattilio, PhD, BPP Harvard Medical School
(Professor de Psiquiatria na Harvard Medical School e Psicólogo Clínico. Um dos pioneiros em TC com casais e famílias; já se apresentou em mais de 40 países, publicou 13 livros e mais de 200 artigos e capítulos em obras especializadas, traduzidos em 22 idiomas e utilizados em treinamento em todo o mundo)

Tradução: Carla Andrea
Revisão: Ana Maria Serra, PhD

Algumas excelentes intervenções foram desenvolvidas para o tratamento de casais. À medida que a taxa de divórcio continuou aumentando ao redor do mundo, as sociedades voltaram a empreender esforços no sentido do fortalecimento dos casamentos deteriorados. Assim, o aconselhamento conjugal tornou-se uma alternativa cada vez mais popular na tentativa de remediar os relacionamentos perturbados. Entre os estilos de intervenções conjugais, um que conquistou reconhecimento crescente, tanto entre o público como entre os profissionais da saúde mental, foi a Terapia Cognitiva (TC).

Distúrbios psicológicos derivam de erros específicos de pensamento, que foram denominados “distorções cognitivas”. Esses erros podem ser habituais e envolver julgamentos e decisões baseados em interpretações das ações de uma outra pessoa, que podem envolver uma inferência arbitrária. Outros erros comuns do sistema de raciocínio são abstração seletiva, supergeneralização, maximização ou minimização, pensamento dicotômico e personalização. O conceito de distorções cognitivas aplica-se a casais, cujas expectativas recíprocas são violadas. Casais desenvolvem crenças básicas sobre relacionamentos em geral e sobre a natureza das relações entre casais muito cedo em suas vidas. Essas crenças podem ser derivadas de fontes primárias, tais como os pais e a mídia, ou refletir expectativas desenvolvidas a partir de namoros precoces ou de uma idealização sobre o que

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

deveriam ser casamentos e relacionamentos (Dattilio & Padesky, 1995).

Esquemas cognitivos

À medida que essas crenças ou ideias se desenvolvem, elas se tornam sedimentadas ou constituem o que os terapeutas cognitivos chamam de esquemas. É o esquema, ou crença básica, que gera certos pensamentos automáticos sobre o relacionamento, particularmente quando expectativas são violadas. Quase sempre, esses pensamentos tendem a ser negativos e se baseiam em informações infundadas. A partir desses pensamentos, expectativas são formadas e impostas ao cônjuge. Quando essas expectativas são baseadas em informações errôneas ou falsas, elas conduzem a novas expectativas não-realistas, que podem resultar na erosão da satisfação conjugal e contribuir para interações disfuncionais. Um exemplo é o caso de Rafael e Maria, que demonstraram um dos mais comuns desentendimentos entre casais, envolvendo a noção de que "uma vez apaixonados, os casais continuam dessa maneira para sempre, sem terem de trabalhar para o desenvolvimento de seu relacionamento". Consequentemente, depois de vários anos de casamento, quando Rafael e Maria começam a notar que parte do "brilho" não estava mais presente entre eles, entraram em pânico e desenvolveram pensamentos automáticos, tais como "talvez não tenhamos sido feitos um para o outro desde o início" e "nosso amor deveria ser 'espontâneo' e não algo que requer muito trabalho". Como resultado desses pensamentos automáticos e crenças, Rafael e Maria impuseram pressão um ao outro para demonstrar expressões mais espontâneas de amor. Essas demandas não-realistas, infelizmente, colocaram pressão exagerada no relacionamento, inibindo-os ainda mais, e aumentando a ponto de se isolarem um do outro e chegarem à beira da separação.

Intervenção em Terapia Cognitiva

A terapia cognitiva com casais focaliza os estilos gerais de pensamentos e percepções dos casais, as crenças básicas sobre relacionamentos, e a natureza das interações entre os parceiros. As cognições são vistas como sendo diretamente responsáveis pela insatisfação subjetiva de cada cônjuge com o relacionamento e são abordadas especificamente durante o tratamento.

Inicialmente, o terapeuta cognitivo conduz uma conceituação do caso, reunindo informações sobre os antecedentes de ambos os parceiros e sobre seu relacionamento, e focalizando as expectativas que cada um mantém sobre a natureza da intimidade em seu relacionamento. Isso pode ser feito tanto de modo não estruturado (o estilo próprio do terapeuta), como através do uso de instrumentos estruturados. Habitualmente inclui a história completa do relacionamento do casal, juntamente com detalhes

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

sobre suas vidas como solteiros ou casados anteriores ao período de seu relacionamento.

Inventários e questionários sobre relacionamentos também são utilizados, em uma tentativa de obter informações adicionais sobre a maneira pela qual os parceiros veem um ao outro e o problema presente no relacionamento. Como um método auxiliar a fim de melhor entenderem o modelo cognitivo de terapia com casais, pode-se recomendar bibliografia aos casais durante a fase de avaliação, tais como Para além do amor (Beck, 1995) ou *Fighting for Your Marriage* (Markman, Stanly & Blumberg, 1994). Uma vez que essas informações tenham sido reunidas, os cônjuges são atendidos em sessões individuais em dias diferentes. Durante as sessões particulares, as metas do terapeuta são explorar mais as percepções pessoais sobre o relacionamento, focalizar especificamente pensamentos e crenças sobre mudança, e obter informação mais detalhada sobre como cada parceiro vê o outro e o relacionamento em si. Além disso, é posto um foco específico na exploração dos pensamentos automáticos e emoções de cada parceiro, a fim de descobrir crenças básicas. Por exemplo, durante a sessão individual com Rafael, diversos itens de um dos questionários foram revisados com ele, a fim de clarificar sua percepção sobre o seu relacionamento com Maria. Um dos itens ao qual Rafael havia atribuído grande importância era a frase “Eu não conseguiria fazer nada para melhorar o nosso relacionamento mesmo que eu tentasse”. A partir dessa frase, o terapeuta pode começar solicitando a Rafael que elabore sobre seus pensamentos automáticos, utilizando uma técnica denominada de “flecha descendente”. Essa técnica é utilizada para explorar a sequência de pensamentos do indivíduo e relacionar suas emoções aos pensamentos automáticos. Nesse caso, o terapeuta identifica o pensamento automático do indivíduo através do questionamento Socrático, e continua a explorar, perguntando “se isso for verdadeiro, o que significa para você?” Por exemplo, a técnica da flecha descendente seria aplicada à afirmação de Rafael deste modo:

Pensamentos automáticos: Eu não conseguiria fazer nada para melhorar o nosso relacionamento mesmo que eu tentasse > a culpa é toda dela > Então, a situação não tem solução. > Nós estamos condenados > Divórcio é a única saída.

Reações emocionais: Frustração > raiva > depressão > desespero > apatia.

Pensamentos automáticos desempenham um papel essencial na angústia que acomete casais com problemas. Através de técnicas, tais como a flecha descendente e outras, pode-se identificar o pensamento automático de um indivíduo e vinculá-lo às respostas emocionais correspondentes. O próximo passo é ajudar indivíduos a avaliar as evidências a favor de seus pensamentos automáticos. Fazendo isso, o terapeuta é capaz de ajudar os cônjuges a

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

identificar pensamentos distorcidos e rotulá-los conforme as classes de distorções apresentadas acima. Por exemplo, o terapeuta pode pedir a Rafael que se pergunte: “qual a evidência a favor de minha afirmação – ‘eu não posso fazer nada para melhorar o relacionamento? Qual a evidência contrária a minha afirmação? Poderia haver uma explicação alternativa?” É também importante ao terapeuta ajudar Rafael a equilibrar algumas de suas respostas emocionais através do exame de suas afirmações sobre o relacionamento.

Suponhamos que a evidência a favor das afirmações de Rafael é que ele já tentou fazer o máximo que podia para melhorar seu relacionamento com Maria. Pede-se a ele que se pergunte: “há coisas que talvez eu tenha deixado passar?”, e que avalie suas ideias sobre como melhorar o relacionamento por outro ângulo.

Avaliando as evidências e desenvolvendo afirmações racionais e respostas alternativas, Rafael é capaz de ver que seu pensamento automático original era distorcido e que a classe de distorção é a “abstração seletiva”. Ele também pode ver a conexão entre reestruturar seus pensamentos e mudar sua emoção. Neste caso, a emoção de Rafael muda de frustração para sentir-se mais esperançoso, mas ainda com alguma cautela. Essa técnica é usada com ambos os cônjuges e pode ser feita na sessão conjunta. Pode também ser recomendada regularmente como tarefa entre as sessões. As tarefas entre as sessões constituem também um aspecto importante em TC, pois servem para consolidar o que é aprendido durante as sessões terapêuticas.

Infelizmente, muitos casos não aderem facilmente a esse tipo de pensamento reestruturado, e outras técnicas necessitam ser empregadas. Quando um terapeuta pergunta ao casal sobre incidentes, argumentos, ou pensamentos automáticos anteriores, eles muitas vezes não são capazes de recordar todos os detalhes. O uso de imagens e técnicas de reencenação mental pode ser útil para que o casal recorde seu diálogo, ou seja, onde estavam e o que faziam no momento do incidente, bem como as emoções que estavam sentindo naquele momento. Uma vez que conseguem capturar a imagem, pede-se que encenem a situação exatamente como ela ocorreu. Isso inclui a visualização por eles de seus pensamentos automáticos naquele momento e a anotação de pensamentos específicos, juntamente com respostas alternativas. Esse exercício permite que o terapeuta veja onde o casal está errando, mas, o mais importante, encoraja o casal a monitorar seus pensamentos automáticos e a considerar respostas alternativas que possam aplicar a situações futuras.

Re-enquadramento de percepções distorcidas

É interessante que, quando os casais em terapia são questionados sobre as qualidades que os fizeram sentir-se atraídos por seu

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

parceiro, algumas vezes eles respondem dando uma lista de adjetivos que são contrários aos adjetivos utilizados atualmente para descrever o parceiro. Por exemplo, quando perguntei o que inicialmente atraiu Maria a Rafael, ela enumerou as seguintes qualidades “esperto, sensível, cuidadoso, e com um grande senso de humor”. Depois, quando solicitada a enumerar as áreas de descontentamento, ela disse que Rafael era “barato, ignorante, manipulativo, bobo e ridículo”. Quando essas características foram alinhadas com as demais, Maria pôde ver que a sua visão atual das qualidades de Rafael era contrária à visão original sobre ele. Ou seja, sua percepção do que um dia eram qualidades desejáveis, agora era visto com desdenho. Isso conduz à seguinte questão: foi Rafael quem mudou ou foi a percepção que Maria tinha sobre ele que mudou – ou talvez os dois!?

O terapeuta deve ajudar o cônjuge a entender que o sentimento uma vez presente ainda existe, mas num parâmetro diferente, e que reestruturar esse parâmetro, vendo o lado positivo dessas características, pode ajudar a perceber o relacionamento de uma forma diferente.

Estrutura do processo clínico

De modo geral, as sessões de TC com casais são de curto prazo, mas algumas situações podem necessitar de mais sessões. A frequência das sessões depende da natureza e severidade dos conflitos do casal, bem como do quanto abertos eles estão a resolver esses conflitos. As sessões terapêuticas são tipicamente conduzidas pelo menos uma vez por semana e, mais adiante, podem ser mais espaçadas a fim de possibilitar mais tempo para a conclusão de tarefas.

Os casais habitualmente recebem tarefas de casa e deverão dispor de tempo suficiente para cumpri-las e praticar os exercícios recomendados. Tais tarefas podem envolver o monitoramento dos pensamentos automáticos e a avaliação de evidências. As tarefas em conjunto podem envolver exercícios estruturados de comunicação e a tomada conjunta de decisões.

À medida que o casal começa a progredir, as sessões são agendadas a cada duas semanas ou, às vezes, até com menos frequência, dependendo da avaliação do relacionamento pelo terapeuta. As sessões eventualmente são reduzidas a visitas mensais, por aproximadamente três meses, com sessões de reforço agendadas quando necessário. As sessões de reforço envolvem a revisão dos princípios básicos de terapia de casal e o reforço pelo casal das técnicas aprendidas. Podem também envolver a abordagem de situações de crise específicas e o processamento dessas situações de acordo com o modelo. É importante que o casal observe as mudanças individuais que devem ser feitas, a fim de desenvolver um relacionamento bem-sucedido.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Sugestões de Leitura

Beck, A. T. (1995) *Para Além do Amor*, Rio de Janeiro: Ed. Record.

Dattilio, F. M. (2004). *Casais e famílias in P. Knapp (Ed.). Terapia cognitiva comportamental na prática psiquiátrica* (377-401). Porto Alegre: Artmed.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes

Ana Maria Serra, PhD

O modelo da Terapia Cognitiva (TC), aplicado a crianças e adolescentes, envolve aspectos qualitativamente diferentes do modelo aplicado a adultos, contendo particularidades adequadas a essa população. A literatura especializada, embora de volume ainda um pouco limitado, aponta a eficácia da TC também nessa área, que se reveste de especial relevância em vista de dados empíricos que apontam um aumento preocupante, nas últimas décadas, na incidência de transtornos emocionais em crianças e adolescentes, aliado a uma redução na idade de ocorrência do primeiro episódio.

Questões relevantes à aplicação de TC em crianças e adolescentes

Uma importante questão refere-se à forma como crianças e adolescentes buscam tratamento. Com raras exceções, elas são levadas por pais ou cuidadores, ou encaminhadas por educadores ou por outros profissionais. Daí decorrem dificuldades, como, por exemplo, a ausência de motivação própria da criança ou adolescente para o tratamento, o que representa uma área inicial de dificuldade. Outra possível, e importante, dificuldade refere-se ao grande número de crianças e adolescentes que necessitam e se beneficiariam de tratamento, e que, no entanto, jamais chegam ao contato com os profissionais especializados.

Como o divórcio afeta crianças e adolescentes? Reduz ou aumenta

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

o estresse familiar? Teria efeito diferencial sobre diferentes fases de desenvolvimento de crianças e adolescentes? Uma avaliação abrangente e um monitoramento próximo auxilia as decisões clínicas dos profissionais envolvidos.

A questão mais crítica: pais, cuidadores e profissionais podem prever e evitar o suicídio da criança e do adolescente? Com relação ao suicídio, há diferenciais especificamente relativos à criança e ao adolescente que os diferenciam dos adultos, como um dado particularmente relevante e grave apontado por estudos: a criança e o adolescente se suicidam impulsivamente. Este dado evidencia a importância de atenção a fatores de predisposição para o suicídio e a necessidade de tratamento adequado em caso de suspeita de ideação ou comportamento suicida em crianças e adolescentes.

Como o desenvolvimento intelectual afeta o ajustamento de crianças e adolescentes? Em muitos casos, identifica-se a dificuldade de se diferenciar entre déficits – por exemplo, de ordem cognitiva – e desajustes psicológicos. Este aspecto é tratado com mais detalhe a seguir.

Questões especiais

Há importantes diferenças entre o modelo da TC aplicado a adultos e o modelo da TC aplicado a crianças e adolescentes. Fatores relevantes devem ser considerados, específicos dessa faixa etária, com destaque para questões de desenvolvimento, questões de identidade, a contribuição da família à etiologia, à instalação e à manutenção do transtorno, bem como a relevância do envolvimento da família no tratamento; questões relativas à sexualidade e desenvolvimento de atividades sexuais; e questões relativas à socialização, que, junto com a definição da identidade, têm uma relevância destacada especialmente entre adolescentes.

Há contextos que denotam a necessidade de considerações especiais, como o caso da criança ou adolescente vítimas de violência física e sexual; a criança ou adolescente envolvido com abuso ou dependência de substância psicoativa; a criança ou adolescente suicida; a criança ou adolescente hospitalizados, especialmente aqueles com história de hospitalizações longas, durante ou após a hospitalização. Finalmente, enfatizamos a questão do uso de psicofármacos em crianças e adolescentes, particularmente tendo em vista a imprevisibilidade, no estágio atual de desenvolvimento dos psicofármacos, dos efeitos a médio e longo prazo do uso de medicamentos sobre o desenvolvimento estrutural e funcional da criança, e, em consequência, em seu desenvolvimento psicossocial.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

TC com crianças e adolescentes

Na fase inicial, priorizamos a avaliação e conceituação do caso, bem como o planejamento da intervenção. Coletamos dados, junto ao jovem paciente e aos familiares, sobre história familiar, possíveis correlatos biológicos, incidência de transtornos afetivos ou distúrbios de aprendizagem na criança ou adolescente e nos familiares, podendo ainda necessitar requisitar avaliações médicas e avaliações neuropsicológicas e cognitivas. A possibilidade de co-morbidades também requer exploração. Com base nesses dados, definimos a estratégia de intervenção clínica.

Na fase intermediária, a condução da intervenção envolve identificação de pensamentos automáticos e crenças básicas e disfuncionais, bem como a intervenção funcional, centrada sobre as cognições, e tentativas de reestruturação cognitiva, centrada sobre as crenças. A identificação de áreas de problemas e definição de metas e estratégias para a sua realização é empreendida em paralelo, objetivando o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas. Outro aspecto que requer atenção refere-se à percepção da variabilidade emocional do jovem, a fim de identificar e controlar os fatores precipitadores de alteração emocional. Além das técnicas cognitivas, técnicas de intervenção comportamental, especialmente os experimentos comportamentais, são largamente utilizadas. Na fase final, priorizamos o reforço das habilidades cognitivas e comportamentais adquiridas, ao mesmo tempo em que promovemos a internalização das habilidades cognitivas. Através de várias técnicas, promovemos ainda a generalização das habilidades e ganhos terapêuticos, visando a prevenção de recaídas. Desafiamos os pensamentos automáticos da criança e adolescente com relação à terminação e aumentamos o intervalo entre as sessões.

Nas fases, promovemos, de várias formas, o envolvimento da família, inclusive convidando os pais a participarem das sessões, com o objetivo de modelar para os mesmos comportamentos e habilidades de comunicação funcionais, sensibilizá-los e obter sua colaboração com relação aos esforços para o desenvolvimento de habilidades de resolução de problemas no paciente, resolver conflitos envolvendo a criança e demais familiares, entre outros. A identificação do papel da criança ou adolescente na família é de fundamental importância para a conceituação cognitiva do caso e a condução da intervenção. A estrutura familiar, incluindo três gerações, deve ser estudada, recordando que o sistema familiar reflete um organismo vivo e em mudança e acomodação. Agendas encobertas do paciente e dos familiares devem ser exploradas e abordadas, a fim de evitar que estas impeçam o progresso terapêutico. Problemas de natureza social e policial, dos pacientes e familiares, que sugerem condutas desviantes, também necessitarão ser abordados.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Alguns fatores podem interferir com a terminação, como a falta de recursos de apoio no sentido da manutenção dos ganhos terapêuticos; a opção dos pais por uma terapia prolongada, em que possam continuar dividindo a responsabilidade pelo desenvolvimento da criança ou adolescente, ou a ideia dos familiares de que a mudança é linear e progressiva, portanto, quanto mais terapia, melhor; ou o terapeuta pode representar um obstáculo à terminação, devido a sua insegurança, especialmente com relação à manutenção de ganhos e prevenção de recaídas. A aliança terapêutica, cuja qualidade é de essencial relevância para o progresso clínico, requererá especial atenção, especialmente com relação a possíveis fontes de dificuldades devido, por exemplo, a fatores específicos do paciente, de seus familiares ou do terapeuta, fatores referentes ao transtorno, ou fatores inerentes à fase de desenvolvimento em que se encontra o jovem paciente.

Conclusão

Algumas recomendações são úteis na aplicação da TC a crianças e adolescentes: enfatizar a aliança terapêutica, com o paciente alvo e membros de seu sistema familiar e social, incluindo esses membros no processo terapêutico; reconhecer o narcisismo de crianças e adolescentes, bem como a importância de questões como identidade e sexualidade; adotar uma postura objetiva, enfatizando o empirismo colaborativo e questionamento socrático, favorecendo perguntas ao invés de afirmações; estar alerta ao afeto das crianças e adolescentes, desafiando cognições de culpa; operacionalizar o abstrato, enfatizando a resolução de problemas; evitar a postura binária, especialmente com relação a questões morais; elaborar e reformular sempre a conceituação cognitiva, do paciente e familiares; atualizar as metas terapêuticas; estar alerta para flutuações de humor e sinais comportamentais sutis. Acima de tudo, recordar sempre que você, terapeuta, atua como modelo, devendo portanto continuamente enfatizar em sua atuação as habilidades que deseja desenvolver em seu paciente.

Sugestões de Leitura

Kendall, P.C. *Childhood Disorders*, Inglaterra: Ed. Psychology Press, Cornwall, 2000.

Reinecke, M.A., Dattilio, F.M., Freeman, A., *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes*, Porto Alegre: Ed. Artes Médicas, 1999.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Prevenção de Depressão em Crianças e Adolescentes

Ana Maria Serra, PhD

Programa de re-treinamento em estilos de atribuição

Dados empíricos apontam um aumento preocupante na incidência de transtornos emocionais em crianças e adolescentes nas últimas décadas, em associação a uma redução na idade de ocorrência do primeiro episódio depressivo. Estudos indicam uma incidência média de 9% de depressão severa entre crianças e adolescentes. Nesse contexto, tornam-se relevantes os modelos de prevenção e tratamento da depressão infantil e da adolescência, destacando-se entre esses o modelo cognitivo. Aqui, não focalizaremos o tratamento de transtornos depressivos já instalados. Ao contrário, utilizando o modelo cognitivo de personalidade e de instalação e manutenção de depressão, em associação com a teoria dos estilos de atribuição, focalizaremos um programa de prevenção de depressão em crianças e adolescentes.

Sintomas de Depressão em Crianças e Adolescentes

Como em adultos, a depressão infantil e na adolescência está marcada por alterações a estas dimensões: pensamento, humor, comportamento e orgânicas. Os sintomas mais comuns são, primeiro, a tristeza, a marca central da depressão, associada ou não

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

a flutuações de humor. A criança e o adolescente deprimidos avaliam-se negativamente, e, em consequência de seu autoconceito negativo, têm baixa autoestima, ou seja, gostam-se menos. Outros sintomas: tendência ao isolamento social e à solidão; queixas generalizadas, como de rejeição; baixa energia, inclusive para atividades físicas e de lazer, as quais atraem crianças e adolescentes; falta de disposição para iniciar tarefas, tendendo a retardá-las, como no caso das tarefas escolares; queixas de cansaço injustificado; queixas frequentes de distúrbios orgânicos, como dores de cabeça ou de barriga; distúrbios de atenção e de concentração; maior irritabilidade e agressividade; quadros de medo inexplicado e de terror noturno; transtornos alimentares, com aumento ou redução de apetite; transtornos de sono, incluindo dormir mais ou menos do que o habitual, ou ainda despertar durante a noite; tiques; distúrbios de eliminação, como enurese noturna; e, finalmente, os sintomas mais graves de ideação ou comportamento suicidas. Os sintomas de depressão infantil se confundem com transtornos de comportamento ou de caráter, podendo ser alvo de críticas de pais e educadores, que não percebem estarem diante de um quadro de depressão.

Estilos explicativos ou de atribuição

Apresentamos anteriormente a teoria dos estilos de atribuição no artigo sobre TC nas organizações. Aqui, abordaremos a mesma teoria, mas aplicada a crianças e adolescentes. É proposto que o estilo de atribuição de uma pessoa representa um dos mecanismos responsáveis pelo desenvolvimento de seu sistema de esquemas cognitivos. A atuação sobre o estilo de atribuição de uma criança teria reflexos sobre a formulação e reformulação de seus esquemas cognitivos, que refletem suas impressões sobre as regularidades do real.

Propomos que, diante de um evento, uma criança pergunta “por quê?”, “a que fatores se deve o evento?” Sua resposta a essa pergunta reflete suas ideias sobre regularidades do real interno e externo e será incorporada aos seus esquemas cognitivos, em uma relação circular entre esses e o real. Seligman propõe que, caso a pergunta da criança ou adolescente seja “quem?”, “a quem se deve tal evento?”, sua resposta influenciará sua auto- estima. Caso sua pergunta seja “por quanto tempo os fatores determinantes desse evento atuarão ou se aplicarão?” ou “como os fatores determinantes desse evento se aplicam a outros campos de atuação?”, então suas respostas a essas perguntas influenciarão o que essa criança ou adolescente fará em situações semelhantes no futuro. Tais perguntas, e suas respectivas respostas, podem ser classificadas em três dimensões correspondentes: personalização (“a quem se deve?”), permanência (“por quanto tempo?”) e abrangência (“como afeta outros campos?”). Detalhando, cada uma dessas dimensões remete a duas possibilidades principais, como

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

veremos no quadro abaixo:

DIMENSÃO	PENSAMENTOS TÍPICOS
Personalização Atribuição interna Atribuição externa	**"eu" vs. "outros"** "eu sou a causa" "a causa se deve a outras pessoas ou circunstâncias"
Permanência Atribuição permanente Atribuição temporária	**"algumas vezes" vs. "sempre"** "a causa é algo que persistirá" "a causa é algo transiente"
Abrangência Atribuição global Atribuição específica	**"muitas situações" vs. "algumas"** "a causa afetará muitas situações" "a causa afetará apenas algumas situações"

Adaptado de M.Seligman, 1995

Os eventos podem ser divididos em positivos e negativos, como, por exemplo, ser aprovado ou reprovado no Vestibular para um adolescente de 18 anos. Teríamos as seguintes possibilidades de explicação para cada um dos resultados, que seriam determinadas pelo estilo de atribuição do adolescente em questão:

DIMENSÃO	EVENTO POSITIVO: "Aprovação no Vestibular"	EVENTO NEGATIVO: "Reprovação no Vestibular"
Personalização		
Atribuição interna Atribuição externa	"Porque sou bom" (O) "O Vestibular foi fácil" (P)	"Porque não sou bom" (P) "O Vestibular foi difícil" (O)
Permanência		
Atribuição permanente Atribuição temporária	"Os fatores que causaram minha aprovação permanecerão" (O) "Os fatores que causaram minha aprovação são temporários" (P)	"Os fatores que causaram minha reprovação permanecerão"(P) "Os fatores que causaram minha reprovação são temporários" (O)
Abrangência		
Atribuição global Atribuição específica	"Os fatores que causaram minha aprovação afetam outras áreas de minha atuação" (O) "Os fatores que causaram minha aprovação são específicos a essa área de atuação (intelectual)" (P)	"Os fatores que causaram minha reprovação afetam outras áreas de minha atuação" (P) "Os fatores que causaram minha reprovação são específicos a essa área de atuação (intelectual)" (O)

O = Otimista; P = Pessimista

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Note que as formas como a criança ou o adolescente explica um evento positivo ou negativo determinarão o que fará em uma próxima oportunidade na mesma área de atuação. Se explicar um evento positivo de forma interna, permanente e global, ou um evento negativo de forma externa, temporária e específica, ele se sentirá seguro e motivado em uma próxima oportunidade; se, no entanto, explicar um evento positivo de forma externa, temporária e específica, ou um negativo, de forma interna, permanente e global, sua tendência será esquivar-se ou sentir-se inseguro em uma próxima ocorrência. Nesse sentido, os estilos de atribuição podem ser classificados como otimistas (O) e pessimistas (P).

Otimismo e Pessimismo

Definimos o otimista como aquele que acredita na possibilidade de sucesso, mesmo na ausência de provas concretas. O pessimista, por outro lado, é aquele que não acredita na possibilidade de sucesso mesmo na presença de provas concretas. Os estilos otimista e pessimista mostram-se associados a estados disposicionais distintos, como motivação e satisfação, no primeiro caso, e ansiedade e depressão, no segundo. Cabe destacar que os ingredientes para o sucesso, em qualquer área de atividade, são: competência, adquirida através de exposição, aprendizado e experimentação; motivação, ou seja, o impulso em direção a um desafio ou tarefa; e autoconfiança ou otimismo, a crença de que poderá ter sucesso em um determinado empreendimento ou desafio se tentar. A criança ou o adolescente com um estilo de atribuição otimista para eventos positivos e negativos, e sentindo-se, portanto, motivada e segura, tenderá a materializar na prática toda a sua competência. Ao contrário, a criança ou o adolescente com um estilo de atribuição pessimista, terá sua motivação e autoconfiança negativamente afetados, o que se interporá como um obstáculo à expressão de sua competência.

É inevitável nos questionarmos sobre o aspecto realista ou não realista dessas formas de atribuição, quando otimistas e pessimistas explicam os mesmos eventos de formas diametralmente opostas. Quem está correto? Onde se situa o realismo e a objetividade? Estudos na área de psicologia cognitiva apontam que pessimistas são mais realistas do que otimistas. Entretanto, estudos na área clínica indicam que o pessimismo é um ingrediente invariavelmente presente em quadros de depressão e ansiedade. É como se sugeríssemos que uma dose de distorção a seu favor é necessária para um indivíduo não cair em depressão ou ansiedade. O que se poderia concluir é que, satisfeitos os critérios de competência e motivação, o estilo de atribuição desejável equivaleria ao que poderíamos denominar de otimismo realista, ou seja, o estilo daquele que, além de satisfazer os critérios da competência e da motivação, ainda acredita na possibilidade de sucesso mesmo na ausência de provas concretas. Este sugerimos ser o estilo de atribuição funcional, que desejaríamos instilar em nossas crianças e

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

adolescentes, sempre enfatizando, no entanto, a observância da atribuição com precisão. Segundo esse raciocínio, o otimismo não realista, ao contrário, estaria associado à tendência ao transtorno emocional.

Conclusão

Que nós, adultos, possamos compreender o impacto que tudo o que dizemos e fazemos tem sobre nossas crianças. E que possamos usar esse impacto para desenvolver nelas esquemas de capacidade, adequação e estima, para que se tornem adultos otimistas e capazes de enfrentar as dificuldades da vida.

Sugestões de Leitura:

Seligman, M.E.P. (2005) *Aprenda a ser otimista.* (2ª. Ed.) Rio de Janeiro: Nova Era.

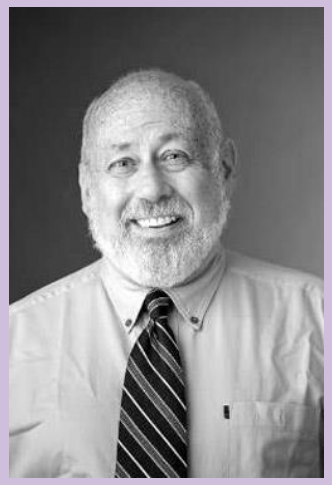
Seligman, M.E.P. (1995) *The Optimistic Child.* New York: Harper.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Módulo 7

Esquizofrenia, Transtornos de Personalidade e Bipolares

Comportamental dos Transtornos de Personalidade



Arthur Freeman, EdD, PhD
(Membro senior da *University of Medicine and Dentistry of New Jersey*, do *Robert Wood Johnson Medical School*, e do Depto. de Psiquiatria do Cooper Hospital, *University Medical Center*, em Camdem, New Jersey, o Dr. Freeman é ganhador do prêmio por *Outstanding Contribution to the Science and Practice of Psychology*, autor de inúmeras publicações, traduzidas em 9 idiomas, tendo oferecido cursos e palestras em 25 países, inclusive no Brasil, a convite do ITC, em 2000, 2007, 2009 e 2010)

Cynthia Diefenbeck, PsyD; (PhD, University of Delaware, Newark, DE.)

Roberto Amato, MA. (PhD, Adler School of Professional Psychology and Sheridan Shores Care and Rehabilitation Center, Chicago, IL.)

Tradução: Roberto Amato, MA
Revisão: Ana Maria Serra, PhD

Pacientes portadores de Transtornos de Personalidade (TP's) são desafiadores, resistentes e frequentemente difíceis de tratar. Eles geralmente requerem mais tempo, energia e sistemas de apoio, e necessitam estar em terapia por um tempo maior, do que outros pacientes. As reações do terapeuta a estes pacientes variam da empatia à hostilidade, da preferência à aversão, entre outros sentimentos. Os TP's, por definição, são inflexíveis, estáveis e persistentes, gerando um nível clinicamente importante de stress e prejuízo funcional. Manifestam-se tipicamente no início da adolescência, mas os sintomas podem ser observados desde a idade de 6 anos.

Estima-se que aproximadamente 1 a 3% da população possua um diagnóstico de TP's (DSM IVTR, APA, 2000). Muitos outros, talvez, sofram com níveis subclínicos de patologia. Não há dois pacientes que apresentem uma mesma combinação de critérios diagnósticos; estudos sugerem, por exemplo, que o TP Borderline tem, potencialmente, 247 combinações possíveis de sintomas.

Este artigo apresenta um modelo de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para pessoas com TP's crônicos, severos e às vezes incapacitadores. Diversos aspectos dessa abordagem terapêutica serão definidos e discutidos, salientando as várias dificuldades que podem surgir no trabalho com esses pacientes. Finalmente, são oferecidas sugestões sobre como resolver com sucesso os desafios que se apresentam.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Esquemas

Desde o nascimento até a metade da infância, os esquemas formam-se como um conjunto de regras que regulam o processamento de informação. As crenças centrais são baseadas nestes moldes estabelecidos ao longo do tempo e usados como mapas para que o indivíduo interprete situações, pessoas, imagens e interações. (A especificação dos vários TP's e seus esquemas definidores poderá ser encontrada em Beck, Freeman, Davis e cols.; 2005; v. sugestões de leitura, abaixo). Esquemas estão em um constante estado de mudança. Indivíduos se adaptam continuamente às demandas da vida através de processos de assimilação e acomodação. Onde não há TP's, os esquemas são constantemente aumentados, subtraídos ou modificados, a fim de facilitar a organização e a compreensão realística do mundo fenomenológico. Os indivíduos com TP's parecem ter uma habilidade limitada para assimilar ou acomodar. Os esquemas que foram funcionais no início da vida são
utilizados, mais tarde, em situações mais complexas e exigentes. Embora a maioria dos esquemas infantis tenha sido funcional naquele tempo, perderam eficácia e valor em atender às demandas atuais.

A utilização dos esquemas no tratamento dos TP's

Identificar o nível necessário de mudança esquemática é a primeira coisa a ser feita. A mudança pode incluir construção, reconstrução, modificação, reinterpretação ou camuflagem. A construção esquemática resulta da visão de que existe uma necessidade de construir esquemas onde estes não existiam anteriormente. A reconstrução esquemática implica em uma revisão completa do sistema de crenças do indivíduo; ao se decidir que uma estrutura é doentia, optamos por desinstalar a estrutura antiga, substituindo-a por uma nova. A modificação esquemática envolve pequenas mudanças na maneira básica como o indivíduo responde ao mundo, mas mantém a forma geral da estrutura do sistema de esquemas. A reinterpretação esquemática envolve ajudar o paciente a compreender a origem inicial e a utilidade dos esquemas, e a usá-los de uma maneira mais funcional. Finalmente, o processo denominado "camuflagem esquemática" envolve mudanças cosméticas ou superficiais. Os indivíduos com TP's tipicamente procuram terapia apresentando frequentemente preocupações associadas a transtornos do Eixo I. Tais pacientes consideram suas
dificuldades como sendo causadas por forças externas e independentes de seus comportamentos. Geralmente não têm ideia sobre como se desenvolveram seus padrões rígidos, como esses padrões contribuem para os seus problemas, e como mudar estes padrões de pensamentos, emoções e relacionamentos. Seus estilos de comportamento e resposta parecem normais e razoáveis a eles (ego-sintônicos); geralmente veem seus problemas como produto do comportamento ou da maldade de outras pessoas. Alguns pacientes são superficialmente cientes do autoboicote presente em seus problemas de personalidade (por exemplo, dependência excessiva, inibição, evitação), mas vêm-se impotentes para efetivamente mudar seus próprios comportamentos. Outros pacientes podem reconhecer seus padrões de comportamento mal-adaptativos e ter a motivação para mudá-los, mas não ter as habilidades necessárias para que isso ocorra.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Diagnóstico

O terapeuta pode não estar, inicialmente, ciente da natureza, cronicidade e severidade dos problemas de personalidade do paciente; ou os pacientes portadores de transtornos do Eixo II podem não revelar, ou até negar, seus problemas de personalidade, como um reflexo do próprio transtorno. Alguns sinais que podem facilitar o diagnóstico e indicar a presença de patologia do Eixo II:

1. O paciente relata o problema como sendo severo, persistente e disfuncional. Um paciente ou familiar relata, "Ele/ela sempre fez assim, desde criança", ou o paciente pode relatar, "Eu sempre fui assim".
2. O paciente é resistente ao regime terapêutico. Embora essa resistência seja comum em muitos problemas clínicos e por muitas razões, a contínua não-complacência ou resistência deve ser vista como um sinal para a exploração adicional de questões do Eixo II.
3. A terapia parece parar, repentina e inexplicavelmente. O clínico pode ajudar o paciente a reduzir os problemas de ansiedade ou de depressão, mas a seguir é bloqueado na continuidade do tratamento.
4. O paciente parece não perceber o efeito de seu comportamento sobre outros. Relata as respostas de outros a si, mas falha em relatar alguma provocação ou comportamento disfuncional que possam ter exibido.
5. Há dúvidas sobre a motivação do paciente para mudar. Esse problema aplica-se especialmente a pacientes que foram encaminhados por membros da família ou por ordem judicial.
6. O paciente "fala da boca para fora" sobre a terapia e a importância de mudar, mas parece evitar mudanças. Ele pode exercer uma energia maior em evitar ou impedir mudanças do que em seguir completamente as recomendações terapêuticas.
7. Os problemas de personalidade parecem ser aceitáveis e naturais para o paciente. O paciente do Eixo II pode ver nos problemas naturalidade, talvez dizendo "É assim que eu sou".

TCC com Transtornos de Personalidade

Os objetivos iniciais da terapia envolvem uma avaliação completa, a fim de desenvolver uma conceituação cognitiva e definir colaborativamente um plano de tratamento. A conceituação de caso permite a compreensão dos comportamentos passados, cujos esquemas, se mudados, permitem predizer as respostas comportamentais futuras; permite ainda explorar os fatores precipitantes dos problemas. Em seguida, o terapeuta e o paciente devem gerar uma lista de outros problemas e situações que podem ser potencialmente relevantes para a terapia. Outro aspecto da conceituação de caso refere-se à possibilidade de elucidação das crenças relevantes e de suas origens. É necessário também identificar os fatores que mantêm ativas as crenças da pessoa.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Relacionamento Terapêutico

Por causa da natureza persistente e inflexível dos TP's, o relacionamento terapêutico transforma-se num microcosmo das respostas do paciente a outros em seu ambiente natural. Esta é uma fonte de frustração para alguns terapeutas, que não reconhecem a riqueza de oportunidades que se apresentam a partir dessa experiência. A delicada natureza do relacionamento demanda grande cuidado, por parte do terapeuta, ao trabalhar com este grupo de pacientes. Apenas dois minutos de atraso para uma sessão com um paciente de personalidade dependente pode evocar a ansiedade sobre o abandono; os mesmos dois minutos, para um paciente paranoide, podem sugerir estar sendo "passado para trás".

A colaboração terapêutica é mais importante com esse grupo de pacientes do que com qualquer outro, envolvendo objetivos terapêuticos mutuamente aceitáveis e razoáveis. O paciente que espera se tornar uma pessoa totalmente diferente em resultado da terapia, certamente se desapontará. O processo pode ser lento. Terapeutas devem notar que a colaboração não é sempre 50-50, mas pode ser 80-20, ou até 90-10.

Parceiros do paciente podem ser importantes aliados no esforço terapêutico, ajudando-o nas tarefas, com os testes de realidade, oferecendo apoio nas mudanças e
atuando como fontes de dados sobre o paciente e seus comportamentos passados, e fatores familiares, que podem estar mantendo o comportamento disfuncional.
Essas pessoas podem ser envolvidas na terapia.

Outros significativos, infelizmente, podem também constituir contínuos obstáculos ao tratamento e fatores patogênicos. É imperativo para o terapeuta manter uma visão abrangente dos sistemas envolvidos, a fim de compreender as inter-relações delicadas entre o paciente e seu ambiente.

A Intervenção Terapêutica em TCC

A TCC usada no tratamento dos TP's é similar ao tratamento de outros transtornos. A identificação de distorções cognitivas é feita pelo terapeuta, a fim de testar o significado, o realismo, ou a validade dos pensamentos e das percepções do paciente. Esta meta requer muita habilidade e tato, porque alguns pacientes do Eixo II têm uma dificuldade aumentada para entender este conceito do que outros, podendo inclusive se sentir invalidados em vista das tentativas do terapeuta de ajudá-los a compreender suas experiências sob outros pontos de vista. As técnicas empregadas podem ser divididas em cognitivas e comportamentais, cuja combinação particular, naturalmente, depende das necessidades do paciente. Em geral, quanto mais severa a patologia, maior ênfase é dada às técnicas comportamentais.

Técnicas Cognitivas

As técnicas Cognitivas, que podem ser úteis no tratamento dos transtornos específicos do Eixo II, são numerosas. Primeiramente, o cliente necessita tornar-se ciente da conexão entre pensamentos,

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

emoções e comportamentos. Isto pode ser feito através de sessões psicoeducativas, questionamento Socrático, e role-plays. O registro diário dos pensamentos automáticos é particularmente útil com relação a esse objetivo. Outra técnica útil refere-se à procura do significado idiossincrático. Posto que os pacientes portadores de TP's frequentemente rotulam sentimentos e pensamentos de maneiras incomuns, em parte devido aos seus padrões desviantes de interpretação de experiências, é importante não supor nada – mas esclarecer sempre, através da coleta de mais informações. Uma outra técnica é rotular distorções. Pode-se conscientizar o paciente de que os padrões automáticos de pensamento são, de fato, enviesados e não razoáveis. O uso do questionamento Socrático ou da descoberta guiada é essencial na elucidação das crenças básicas e dos pensamentos automáticos. A avaliação de evidências pode ser usada para desafiar os pensamentos irracionais. As evidências a favor ou contra o esquema compulsório pode ser avaliada explicitamente. Similarmente, os clientes são encorajados a desafiar afirmações supergeneralizadas, tais como "nunca", "sempre", e "ninguém". Pacientes podem ser encorajados a examinar opções e alternativas, de modo a ver além de sua situação imediata. A técnica de hierarquização é usada para colocar as experiências em perspectiva e reduzir a tendência de percebê-las isoladamente. A reatribuição de eventos é especialmente útil ao paciente que atribui responsabilidades de forma estereotipada, por exemplo, responsabilizando unicamente a si ou a outros. Finalmente, o uso de "*coaching*" e de autoinstrução incita, encoraja e guia o cliente no uso de novos padrões de ação.

Técnicas comportamentais

O objetivo do emprego de técnicas comportamentais envolve três aspectos: Primeiro, o terapeuta pode necessitar intervir diretamente sobre comportamentos de autoboicote, a fim de alterálos. Segundo, os pacientes podem ter déficits em habilidades específicas, caso em que a terapia obrigatoriamente deve incluir um componente de criação e prática dessas habilidades. Terceiro, tarefas comportamentais podem ser empregadas como tarefas entre sessões, a fim de ajudar a testar cognições. Há numerosas técnicas comportamentais que podem ser úteis. O automonitoramento e reprogramação de atividades ajudam os pacientes a regular seus níveis diários de atividade. O treinamento de habilidades pode ser obtido através do ensaio comportamental, da modelagem, do treinamento de assertividade e de role-plays. Outras técnicas úteis incluem o relaxamento e técnicas comportamentais de distração, a ser empregadas quando aumenta a ansiedade associada à mudança. Exposição "ao vivo" a uma situação problemática e uma hierarquia de tarefas por grau de dificuldade são particularmente úteis ao processo de mudança, associadas ao incentivo à aquisição de competência e acompanhadas de reforço e elogios. Finalmente, as escalas que avaliam a satisfação associada à realização de tarefas prazerosas e à realização de obrigações podem ser empregadas de modo a incentivar o paciente através do reconhecimento de seu sucesso em obter mudanças, ou aferir o que falta para alcançá-las.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Sugestões de Leitura:

Beck, Aaron T., Freeman, A., Davis, D.D. & Cols (2005) *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*, Porto Alegre: ArtMed.

Beck, J.S. (2005) *Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade*. In Fronteiras da Terapia Cognitiva, Ed. P. M. Salkovskis, Cap. 8. São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Terapia Cognitiva para a Esquizofrenia



Professor Dr. David Kingdom
(Professor de Mental Health Care Delivery, Universidade de Southampton, Royal South Hants Hospital, Southampton, Inglaterra. Tendo-se apresentado em vários países, o Dr. Kingdon, juntamente com os Drs. Nicholas Tarrier e Douglas Turkington, estará se apresentando no Brasil, na Conferência de Terapia Cognitiva e Esquizofrenia, em Novembro, 2007)

Dra. Maged Swelam
(Psiquiatra, Professora Honorária em Psiquiatria, Universidade de Southampton, Depto. Psiquiatria, Royal South Hants Hospital, Southampton, Inglaterra.)

Introdução

A primeira tentativa de uso de técnicas cognitivas com esquizofrenia data de 1952, quando Aaron Beck publicou um estudo de caso de um paciente com delírios persecutórios, que respondeu bem ao tratamento. Mas foi somente no início dos anos 90 que o Reino Unido tomou a liderança na investigação da aplicação da TC, juntamente com os antipsicóticos, no tratamento dos sintomas resistentes da esquizofrenia crônica. Os primeiros estudos de caso mostraram-se promissores, relatando resultados de sucesso.

Evidências que apoiam a eficácia da TC para a esquizofrenia

Em 1996, Drury e colegas conduziram um estudo sobre a aplicação individual e em grupo de terapia cognitivo-comportamental versus atividades recreacionais e de apoio, durante e imediatamente após um episódio psicótico agudo. Os resultados foram promissores, favorecendo o uso da TC para sintomas positivos; mas, após um *follow-up* de cinco anos, os benefícios se perderam. Kuipers e colegas examinaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental em pacientes portadores de sintomas psicóticos residuais, em atendimento em ambulatórios. Eles demonstraram uma melhora nos sintomas psicóticos superior ao tratamento convencional.

Esses primeiros estudos abriram caminho para estudos controlados mais rigorosos. A despeito de críticas, foram os resultados positivos desses primeiros estudos que propiciaram a mudança de paradigma

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

com relação à utilidade das psicoterapias no tratamento de sintomas psicóticos.

Tarrier e colegas demonstraram uma melhora em sintomas positivos superior à terapia de apoio. Embora a melhora não se tenha mantido durante os dois anos de follow-up, esse estudo representou um marco na comprovação da especificidade da TC aplicada à esquizofrenia, que foi, mais tarde, confirmada por outros pesquisadores.

Características Básicas

Subgrupos Clínicos

O termo "psicose" reflete um conceito muito heterogêneo. A pesquisa psicossocial e a experiência na utilização da TC levaram à proposição de quatro subgrupos relativamente distintos, que parecem requerer diferentes planos de gerenciamento, ainda com base em uma conceituação cognitiva de caso. Esses grupos são conforme segue:

1. Psicose sensitiva: há uma vulnerabilidade geral a eventos estressores e se apresenta cedo na adolescência.

2. Psicose induzida por drogas: a ocorrência inicial dos sintomas psicóticos coincide com a utilização de drogas alucinógenas.

3. Psicose traumática: eventos traumáticos, especialmente abuso sexual na infância ou adolescência, parecem relevantes na produção dos sintomas.

4. Psicose por ansiedade: desenvolvimento de ansiedade em resposta a circunstâncias estressantes, em associação com o humor delirante e a conversão a sintomas psicóticos, especialmente em forma de quadros delirantes sistematizados.

A relação terapêutica

A vinculação é um fator chave na TC para sintomas psicóticos. Pode ser altamente potencializada através do foco no desenvolvimento de uma relação terapêutica efetiva, explorando eventos do presente do paciente, relativos ou não à psicose, utilizando linguagem apropriada, resumos frequentes, explicações simples, o estabelecimento de metas, a utilização de estrutura adequada e a instilação de esperança. Além da vinculação, o desenvolvimento de "amizade" tem demonstrado ser uma intervenção útil e valiosa na manutenção do vínculo, combinada a uma abordagem não confrontativa, que permite à pessoa revelar seus sintomas angustiantes.

O ritmo da terapia necessita ser ajustado ao paciente individual, levando-se em conta que a TC para a esquizofrenia pode ser um processo lento. Sintomas psicóticos podem ser muito angustiantes quando abordados e muitas vezes provocar agitação durante a sessão; uma retirada tática é recomendada nessas circunstâncias e a mudança do foco para tópicos menos ameaçadores pode aliviar a situação.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Avaliação

Os sintomas psicóticos podem representar um dilema para o terapeuta. À primeira vista, podem não fazer muito sentido – entretanto, em nossa experiência, o estabelecimento do momento inicial em quem os problemas começaram pode levar a uma compreensão compartilhada dos sintomas presentes. Mais adiante no processo, a construção de uma história de vida sequencial completa o processo de avaliação. Instrumentos de medida podem mostrar-se úteis em estabelecer uma linha de base com a qual podemos avaliar o progresso terapêutico. O uso de uma escala de medida mais abrangente é também recomendado.

Intervenções sobre Delírios

A descoberta guiada é uma técnica cognitiva clássica, utilizada para compreender os antecedentes das crenças delirantes. Esse processo envolve a construção de um quadro completo, desde o período que antecedeu a instalação do quadro psicótico, incluindo eventos e crenças do paciente sobre esses eventos; a partir daí, vai-se gradualmente descobrindo as conexões entre os eventos ativadores, as crenças e suas consequências. O terapeuta colaborativamente gera explicações alternativas para tais eventos, em forma de hipóteses testáveis. O processo necessita de muito cuidado e sensibilidade por parte do terapeuta, a fim de evitar a resposta “você não acredita em mim” pelo paciente, a qual pode resultar no rompimento da aliança terapêutica.

Essas hipóteses podem ser formuladas em forma de exercícios entre as sessões, com o intuito de explorar as explicações que o paciente dá para eventos e crenças específicos. A sequência inferencial é também uma técnica útil em delírios persistentes, em cujo caso o significado da crença pode ser explorado de uma forma não ameaçadora, que abre caminho para a compreensão, pelo paciente, do que é importante sobre suas crenças e sobre como isso afeta sua vida.

Intervenções sobre Alucinações

No modelo cognitivo, as alucinações são conceituadas como pensamentos automáticos atribuídos a fontes externas. É importante estabelecer a natureza exata das vozes e os sintomas associados a elas. Trabalhar com alucinações auditivas envolve a reatribuição desse fenômeno, com o objetivo de permitir ao paciente considerar a possibilidade de que as vozes podem ser seus próprios pensamentos. Outra possível explicação pode ser explorada e testada através de tarefas entre as sessões, determinadas colaborativamente com o paciente. O trabalho terapêutico pode então focalizar a redução de emoções, as quais parecem exacerbar a experiência alucinatória, como, por exemplo, a raiva, a ansiedade e os comportamentos de busca de segurança que mantém os sintomas.

O Transtorno de Pensamento

Portadores de transtorno de pensamento necessitam de uma estruturação leve das sessões, a fim de que alguma forma de ordem e

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

comunicação possa ser desenvolvida, sob a orientação do terapeuta. Este processo se inicia com o terapeuta escutando cuidadosamente o paciente e encorajando-o a observar quaisquer disparidades entre sua expressão verbal e não-verbal. Frequentemente, o terapeuta pode identificar pontos incompreensíveis na fala do paciente, casos em que ele solicitará esclarecimento e explorará o significado de, por exemplo, neologismos e metáforas. É crucial concordar sobre o significado de certos termos, antes de prosseguir com a conversa. Algumas vezes, o fluxo da conversa é totalmente incompreensível. Nessas circunstâncias, o terapeuta necessita procurar por temas particulares, ou somente fazer perguntas simples ou que requeiram as respostas "sim" ou "não", a fim de desenvolver alguma forma de comunicação.

Sintomas negativos

Há evidências de que o tratamento psicológico pode ter um impacto positivo sobre os sintomas negativos. O trabalho cognitivo teria como objetivo a preparação gradual e gentil dos pacientes, através de um estilo lento de conversação. A programação de atividades, envolvendo alvos paradoxalmente modestos, pode auxiliar a evitar o desenvolvimento cumulativo de pressão sobre o paciente, permitindo a identificação colaborativa de seus sintomas e propiciando uma discussão sobre o enfrentamento de stress. É importante compreender a natureza protetora dos sintomas negativos em reduzir o stress e os sintomas positivos. Os sintomas negativos podem ser aliviados com um trabalho paralelo sobre os sintomas positivos coexistentes – o trabalho prévio sobre os sintomas positivos pode levar, por exemplo, a um maior envolvimento social, através do desenvolvimento de habilidades de enfrentamento social.

Sugestões de Leitura:

Tarrier, N., (Ed) (2006) Case Formulation in Cognitive Behaviour Therapy, London: Routledge.

Turkington, D., Kingdon, D. (2005) *Cognitive Therapy of Schizophrenia*, London: Guilford.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Terapia Cognitiva Comportamental para Transtornos Bipolares



Steven Jones, PhD
(PhD, Professor em *Clinical Psychology*, *University of Manchester School of Psychological Sciences*, *Academic Division of Clinical Psychology*)

Tradução: Carla A. Serra
Revisão: Ana Maria Serra, PhD

O Transtorno Bipolar (TB) é uma doença mental severa, caracterizada por episódios alternados de mania e depressão, e que tipicamente se manifesta no final da adolescência ou no início da idade adulta. Seu impacto no indivíduo, nos familiares e na sociedade pode ser altamente custoso. O curso do TB é marcado por repetidas recaídas e pela experiência de sintomatologia importante entre os episódios.

Os índices de danos ao self e de suicídio são altos: indivíduos com TB's são 20 vezes mais suscetíveis ao suicídio do que a população em geral.

Os períodos de mania são caracterizados por elevação do humor e da impulsividade. Durante os episódios maníacos, indivíduos podem muitas vezes agir de uma maneira bem distinta do seu normal. Indivíduos em relacionamentos estáveis podem iniciar encontros sexuais múltiplos de curto prazo; pessoas que são normalmente prudentes financeiramente podem adquirir grandes empréstimos para financiar transações comerciais arriscadas. Durante esses períodos, o indivíduo é normalmente intolerante à opinião de outros, frequentemente classificando outros como lentos ou monótonos demais para apreciarem suas ideias e planos arrojados. Embora o humor apresente-se, na maioria das vezes, elevado durante o período de mania, pode também vir acompanhado de irritabilidade e até raiva. Há evidências de risco de
violência em indivíduos em estado de mania. Um fator que pode exacerbar essas alterações é o abuso de drogas ou álcool, que representam concomitantes comuns de episódios de mania.

Indivíduos geralmente despertam a atenção dos serviços de saúde mental quando estão em um episódio de mania. Esse episódio pode significar para muitos o pico de um longo período de perturbação do

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

humor e funcionamento instável. Pesquisas realizadas por grupos no Reino Unido e nos EUA estimam que, para um indivíduo, podem decorrer até 10 anos, desde seu primeiro episódio de humor alterado, até que ele venha a ser diagnosticado corretamente. Durante esse longo período, muitos indivíduos terão recebido tratamentos que não são apropriados ao seu TB e muitos terão sofrido significativamente como resultado dessa demora.

Embora a mania seja a característica mais dramática do TB, a depressão é também uma característica importante para a grande maioria dos indivíduos com esse diagnóstico. A pesquisa com grandes grupos de indivíduos portadores de TB indica que a maioria deles experiencia sintomas afetivos (primariamente a depressão) durante até 50 % do tempo em que se encontram sintomáticos. No estado depressivo, o indivíduo reportará baixa autoestima, terá dificuldade em se motivar para continuar com suas atividades diárias, e frequentemente reportará desesperança e pensamentos suicidas. Consequentemente, é crucial que as abordagens terapêuticas levem em consideração os dois polos do transtorno.

Até recentemente, o método predominante de tratamento do TB era o farmacológico. As limitações da farmacoterapia foram reconhecidas pelo Instituto Nacional de Saúde Mental *(National Institute of Mental Health*), dos EUA, em 1990, quando publicaram um chamado para o desenvolvimento de terapias psicossociais. Desde então, houve um aumento rápido no desenvolvimento de tratamentos psicológicos para o TB, em particular a TC.

Há dez casos de estudos controlados de TCC (terapia cognitivo-comportamental) para TB's. Esses estudos se diferenciam entre si em relação à duração e à abrangência da terapia oferecida, e também com relação a terem como alvo o transtorno como um todo ou apenas uma fase em particular. De forma geral, há evidências consistentes de que a TC é melhor do que o tratamento convencional, em relação à redução do risco de recaídas e em relação à melhora do funcionamento geral durante os períodos intermediários entre os episódios. Uma característica chave da TCC para TB's refere-se à ajuda que proporciona ao paciente compreender os sinais precoces de alerta, que denunciam a aproximação de episódios de depressão e de mania. Na TC, a investigação cuidadosa do histórico do paciente é utilizada para explorar o desenvolvimento do seu transtorno de humor e para criar uma caracterização compartilhada, através da qual o paciente começará a entender a inter-relação entre, de um lado, sua história familiar, eventos externos e seu próprio comportamento, e, de outro, a instabilidade de seu humor. Após compreender essas inter-relações históricas, o paciente é geralmente encarregado de monitorar seu humor atual, sua atividade e seu comportamento, através de um longo período de tempo. Esse processo torna-se crucial à medida que o paciente começa a aprender como os eventos podem influenciar seu humor e como as respostas a tais
mudanças podem melhorar ou exacerbar alterações iniciais de humor. Durante essa fase de tratamento, o paciente é orientado em direção ao entendimento da importância de desenvolver rotinas estáveis, que protegem seu ciclo de sono (uma vez que a perturbação do ciclo de sono é uma característica da mania e da depressão). Embora esse processo leve certo tempo, é importante que o paciente aprenda sobre essas relações através de sua própria experiência.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Uma vez que os sinais precoces tenham sido identificados, o cliente e o terapeuta trabalham juntos em uma tentativa de mapear as estratégias de enfrentamento cognitivas e comportamentais que ele possui e poderá ativar em resposta aos sinais. Estas estratégias de enfrentamento incluirão aprender a desafiar pensamentos automáticos (positivos e negativos), aprender quando devem aumentar e quando devem reduzir o envolvimento social geral, como construtivamente acessar os serviços profissionais e informais de apoio, e como planejar para lidar com situações previsíveis, que podem conter algum risco. Durante esse processo, o cliente tipicamente nota que as abordagens de enfrentamento para as primeiras alterações na maioria das vezes envolvem apenas mudanças simples em pensamentos e comportamentos, que estão completamente sob o controle do indivíduo. À medida que os sintomas progridem em direção a um episódio, uma intervenção mais intensa é necessária, e o indivíduo consequentemente requer mais ajuda de outros, a fim de efetuar as mudanças planejadas. Como a maioria dos indivíduos portadores de TB valorizam muito sua autonomia, muitos se tornam altamente motivados a detectar os sinais precoces, a fim de que possam manter sua independência. Indivíduos frequentemente se beneficiam da TC, no sentido de que a terapia facilita a consideração das consequências dos comportamentos com os quais possivelmente estiveram envolvidos em episódios anteriores e dos quais se envergonham (como infidelidade sexual, comportamento agressivo ou gastos excessivos). É importante para o cliente compreender este aspecto dentro de um contexto apropriado, a fim de que ele seja capaz de dar passos positivos em direção a medidas de reparação em seu sistema de apoio social, e de evitar a ruminação negativa, a qual poderia torna-lo vulnerável a novos episódios.

TCC para TB requer normalmente de 12 a 20 sessões individuais, ao longo de um período de aproximadamente 6 meses. É sempre útil programar algumas sessões de reforço, após o período de tratamento ativo, a fim de facilitar a generalização. Quando uma terapia desse tipo é conduzida por terapeutas cognitivo-comportamentais bem treinados, os quais são sensíveis ao caráter complexo dos TB's, o processo mostra-se associado a uma redução significativa no risco de recaídas. Essa terapia
é oferecida a indivíduos que não estão, naquele momento, passando por um episódio agudo de depressão ou mania, embora uma variação significativa de humor possa ocorrer durante o período da terapia.

Em 2006, o Instituto Nacional Britânico para a Excelência Clínica (*UK National Institute for Clinical Excellence*) publicou seu Guia Clínico para TB's. Esse guia enfatizou a importância de intervenções psicológicas em geral, e intervenções cognitivo-comportamentais em particular, em melhorar a vida de indivíduos portadores de TB. Há mais trabalho a ser feito para refinar essas intervenções e desenvolver abordagens eficazes para indivíduos com co-morbidade de abuso de substâncias psicoativas durante os episódios agudos da doença. Este trabalho está em andamento no Reino Unido e em outras partes, e poderá conduzir a avanços adicionais no tratamento psicológico desse transtorno potencialmente devastador.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Sugestões de Leitura:

Jones, S. H. (2004). *Psychotherapy of bipolar disorder: A review*. Journal of Affective Disorders, 80, 101-114.

Newman, C., Leahy, R.L., Beck, A.T., Reilly-Harrington, N. & Laszlo, G. (2001). *Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach.* American Psychological Association.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Módulo 8

Resistência, pacientes difíceis, aliança terapêutica e treinamento

Superando a resistência em Terapia Cognitiva



Robert L. Leahy, PhD
(Diretor do *American Institute for Cognitive Therapy*; Professor, Depto. Psiquiatria, *Cornell University Medical College*, Presidente da IACP – *International Association for Cognitive Psychotherapy*; Presidente- Eleito da *Academy of Cognitive Therapy)*

Os terapeutas cognitivos são frequentemente criticados por não lidar adequadamente com a relação transferencial – e com a resistência do paciente à mudança. Comecei a reconhecer que muitos pacientes não respondiam às "técnicas" da TC que eu estava usando – e, na verdade, alguns desses pacientes respondiam com raiva.

Então, comecei a pensar: "talvez eu devesse ouvir os críticos da TC e reconhecer que realmente há alguma coisa relativa à resistência ocorrendo". Comecei a escrever um livro, Superando Resistência em Terapia Cognitiva; e, ironicamente, vi-me procrastinando a produção do livro! Eu estava resistindo a escrever um livro sobre resistência!

De qualquer forma, o livro foi publicado em 2001 e, desde então, venho escrevendo sobre resistência, transferência, contratransferência, esquemas emocionais e questões de personalidade. Finalmente, superei minha própria resistência!

Não aderência, resistência ou falta de progresso em terapia podem ser compreendidos, até certo ponto, como resultado de estratégias que o paciente usa e papéis que ele desempenha a fim de reforçar seus esquemas pessoais e evitar maiores perdas. A pressuposição neste caso é de que o paciente está tentando proteger-se de maiores perdas e está buscando alguma reação (por exemplo, validação, legitimidade, sanção moral) de parte do terapeuta. Vejo

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

a resistência como envolvendo várias dimensões – há mais de uma razão para as pessoas resistirem. Vejamos algumas das dimensões da resistência:

1. Resistência de validação

O paciente "encalha" em sua demanda de que você focalize exclusivamente a validação de sua angústia. Ele pode perceber sugestões para ação ou pensamento alternativo como invalidações: "você não compreende o quanto eu me sinto mal". A suposta falha em validá-lo levará a um aumento nas queixas e no sofrimento, até que a validação seja alcançada. Além disso, pacientes podem ter "regras" únicas e autossabotadoras para a validação – como, por exemplo, "você somente poderá me validar concordando comigo em que não há esperança para meu caso". Conflitos potenciais entre o terapeuta e o paciente podem surgir quando o terapeuta orienta suas ações em direção à execução de tarefas e vê a validação como interferência com importantes metas terapêuticas. O terapeuta pode abordar essas preocupações, reconhecendo a necessidade de validar a angústia e encorajar a mudança – e que o paciente pode estar usando estratégias derrotistas a fim de ensejar a validação. Se você não validar a resistência de validação, a terapia fracassará.

2. Resistência de vitimização

Neste caso, o paciente acredita que sua identidade é definida apenas se ele se fizer de vítima – e que não há nada que ele possa fazer para mudar, porque não causou seus problemas. A pessoa que "encalha" neste papel terá regras específicas a respeito de como a mudança poderá ser alcançada – "é assim que eu poderei melhorar". Tentativas para encorajar o paciente a seguir adiante, em direção à mudança individual, somente o levarão a ver o terapeuta como mais um vitimizador maligno. Intervenções úteis incluem reconhecer a legitimidade das queixas do paciente de que ele é uma vítima – mas de que ele também pode se fortalecer através do foco em metas pessoais e ativação de recursos disponíveis.

3. Resistência moral

Nesta situação, o paciente acredita que a mudança incorreria no risco de violar seus próprios padrões morais ou éticos. Isto é especialmente verdadeiro no caso de pacientes obsessivo-compulsivos, os quais acreditam que seu senso aumentado de responsabilidade e receio de cometer um erro é baseado em um código moral. Dessa forma, o terapeuta que encoraja o paciente a abandonar padrões exigentes de perfeição pode ser visto como facilitador de qualidades irresponsáveis e repreensíveis no paciente. Enquanto reconhecendo que há "deveres" legítimos que

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

orientam o comportamento, o terapeuta pode ajudar o paciente a reconhecer que seus "deveres" absolutos e perfeccionistas violam um código moral universal, que visa a fortalecer a dignidade humana e garantir a justiça. Dessa forma, o terapeuta não necessita rejeitar a "resistência moral" – mas, ao contrário, ele pode reafirmar um código moral mais racional e razoável e que reconheça as diferenças e necessidades humanas.

4. Resistência esquemática

Neste caso, os esquemas pessoais do paciente (por exemplo, incapaz, abandonado, especial) limitam a mudança terapêutica, desde que ele tenha uma tendência a ver o passado, o presente e o futuro como evidências de que seus esquemas pessoais são válidos. Neste caso, o terapeuta pode utilizar técnicas para modificar esquemas persistentes, como examinar a origem dos esquemas, explorar esquemas alternativos mais adaptativos e experimentar agir de forma contrária ao esquema.

5. Compromisso com o self

Todos queremos acreditar que há alguma previsibilidade na vida – uma das razões pelas quais os esquemas têm uma natureza "conservadora". Uma forma particular de compromisso com o self, da perspectiva da resistência, refere-se à insistência em justificar decisões passadas que fracassaram – um processo conhecido como "custo irrecuperável". Neste caso, o paciente argumenta que ele não pode abandonar uma sequência de maus acontecimentos porque investiu muito nele (em seu fracasso!). Como o terapeuta não necessita justificar erros passados, pode lhe ser difícil compreender como é para o paciente abandonar um compromisso anterior consigo mesmo, mas que demonstrou significar unicamente um "custo irrecuperável". Intervenções para modificar um comprometimento com uma situação que já implicou em um alto custo, mas sem retorno, incluem considerar a rejeição do comprometimento anterior como uma oportunidade para novos ganhos, afastar-se desse comprometimento através da exploração de conselhos que ofereceria a um amigo em situação semelhante, e considerar se ele próprio aceitaria o mesmo comprometimento caso tivesse que começar tudo novamente.

6. Aversão a riscos

Indivíduos resistentes frequentemente se envolvem em estratégias para evitar riscos no processo de tomada de decisões. Estas estratégias incluem altas demandas de informação, foco seletivo na probabilidade e magnitude de potenciais resultados negativos, alta ênfase em lamentação, e atribuição de baixo valor ou estimativa de baixa probabilidade a eventos de utilidade positiva: "eu realmente necessito saber mais, porque muito provavelmente seria realmente terrível se as coisas não dessem certo e, então, eu me culparia. E,

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

por quê? Quanto eu efetivamente apreciaria se as coisas ocorressem da forma como você sugere?". Indivíduos que usam estratégias que refletem aversão a riscos têm maior tendência à depressão, ansiedade, preocupação excessiva, dependência e personalidades evitativa ou borderline. Estes indivíduos utilizam estratégias de busca de segurança, espera, interrupção repentina de uma ação, desistência antes de se verem em risco, e a desvalorização de mudanças positivas, a fim de evitar que suas expectativas "saiam fora de controle". O terapeuta e o paciente podem ter conflitos quando as sugestões do terapeuta relativas à ativação e mudança comportamentais forem vistas como apresentando riscos inaceitáveis ao paciente, o qual acredita que já acumulou perdas suficientes. As intervenções incluem avaliação de formas alternativas e mais flexíveis de calcular, de forma razoável, riscos e oportunidades para mudanças, e de evitar a interrupção prematura de uma ação ou a desistência prematura.

7. Autoincapacitação

Alguns pacientes vêm para a terapia com habilidades para serem bem-sucedidos, mas com uma história de comportamento limitado e de autossabotagem. Rotulados de masoquistas ou derrotistas, esses pacientes ou abertamente resistem a tentativas de mudança, ou fazem esforços fracos que resultam em fracasso. Em alguns casos, essa estratégia pode refletir uma tentativa de esquivar-se de ser avaliado em seu melhor desempenho. É melhor fracassar como resultado de um esforço limitado – desde que sempre se pode argumentar que "não me importava tanto" ou "eu não tentei de verdade" – preservando dessa forma um pouco da auto- estima, com base no que ele poderia realmente fazer sob condições ideais. O terapeuta pode ajudar o paciente a examinar seus padrões de autoincapacitação através da avaliação de suas ideias globais e constrangedoras sobre "fracasso", e ainda ajudar o paciente a fazer um progresso gradual a fim de evitar que ele sinta que está "indo rápido demais".

8. Esquemas emocionais

Em anos recentes, vimos nos concentrando em como as ideias dos pacientes a respeito de suas emoções interferem com a mudança clínica. Por exemplo, algumas pessoas temem emoções intensas – acreditando que perderão o controle sobre as emoções, ou que elas poderão sobrepuja-los ou que durarão para sempre. Outros se sentem confusos ou constrangidos sobre seus sentimentos – e ainda outros acreditam que estão sós com seus sentimentos. Observamos que é útil encorajar pacientes a ver emoções (até mesmo as mais dolorosas) como um sinal de vitalidade e uma fonte de informação sobre suas necessidades. Explorar as "crenças sobre emoções" também tem se mostrado útil em superar as resistências baseadas em validação e vitimização – e em mudar esquemas mal adaptativos sobre si e sobre outros.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

A conclusão a que chego é que a exploração da resistência pode conduzir a um senso mais significativo, mais existencial a respeito da mudança no indivíduo. De fato, como terapeutas cognitivos, podemos aprender das ideias psicanalíticas sobre resistência – mas sugiro que podemos ser capazes de fazer até mais em direção à superação desses fatores, que representam obstáculos ao progresso psicoterápico.

Sugestões de Leitura:

LEAHY, R.L. (2001) Overcoming Resistance in Cognitive Therapy. Guilford: New York.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Terapia Cognitiva com Casos Difíceis



Cory Newman, PhD
(Diplomado em Psicologia Comportamental pelo Conselho Americano de Psicologia Profissional. Diretor Clínico do Centro de Terapia Cognitiva. Professor Associado de Psicologia em Psiquiatria. Membro Fundador da Academia de terapia Cognitiva)

Tradução: Ana Maria Serra, PhD

Claramente, alguns transtornos são mais difíceis de tratar do que outros. Em consequência, há uma necessidade hoje de se utilizar os melhores métodos da prática da TC a fim de atacar os casos mais desafiantes. Isto requer que o terapeuta seja diligente de várias formas, incluindo: 1) que faça uma avaliação completa (diagnóstica e conceitual) do caso e continuamente atualize essa avaliação, à medida que novos dados se fazem disponíveis; 2) que demonstre calor humano e aceitação, dentro do enquadre de uma relação terapêutica diretiva; 3) que seja um inabalável solucionador de problemas; 4) que utilize, de forma transparente, conhecimentos sobre comportamento humano em geral e sobre técnicas da TC em particular; e 5) que seja psicologicamente resiliente diante de cenários clínicos adversos, como, por exemplo, quando um paciente ameaça suicidar-se ou expressa hostilidade contra o terapeuta. Nesta breve revisão, examinaremos as características de um "caso difícil" e apresentaremos algumas ideias sobre como terapeutas cognitivos podem encontrar maneiras para se manter colaborativos e esperançosos, e produzir resultados construtivos.

Quais são as características de Casos difíceis?

1. O paciente apresenta co-morbidade. Por exemplo, uma paciente pode estar fazendo progresso em direção ao alívio de sua depressão; mas então ela experiencia uma exacerbação de seu abuso de álcool, ponto em que ela não comparece a algumas sessões. Em casa, a família da paciente está furiosa e ela se sente

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

envergonhada e sem valor. A paciente não deseja encarar seu terapeuta, e acredita que nada a pode ajudar, mesmo diante de evidências anteriores de que sua depressão poderia melhorar.

2. O paciente está correndo "alto risco" de violência contra si ou outros. Por exemplo, um paciente cronicamente suicida e furioso ameaça ferir-se todas as vezes que o terapeuta tenta estabelecer limites apropriados ou sugere intervenções adicionais. O terapeuta é frequentemente obrigado a tomar decisões éticas difíceis, com base nos princípios de gerenciamento de crises. O terapeuta experimenta um alto nível de estresse no trabalho com esse paciente, e frequentemente tem dificuldade com os procedimentos habituais de TC.

3. O paciente responde 'subotimamente' à empatia do terapeuta. Por exemplo, o paciente não parece ter uma reação positiva às tentativas do terapeuta de oferecer apoio, empatia acurada e/ou usar apropriadamente o humor. Ele permanece quieto, estoico e passivo, e não parece vincular-se ao terapeuta, independentemente do que este faça para ser útil e atencioso.

4. O paciente não tem as habilidades para uma atuação colaborativa (por exemplo, não faz as tarefas entre sessões). Por exemplo, o paciente mantém crenças falhas sobre o processo terapêutico e não está disposto a modificar tais crenças. Crenças disfuncionais incluem "meu terapeuta deveria fazer todo o trabalho para me consertar (portanto, não há necessidade de que eu faça trabalho algum)", "todas as sessões deveriam me fazer sentir-me melhor".

5. As vulnerabilidades psicológicas do terapeuta são expostas por um determinado caso. Por exemplo, as próprias lembranças angustiantes ou questões psicológicas do terapeuta são ativadas pela história de vida e/ou por características pessoais do paciente. Isto dificulta que o terapeuta permaneça adequadamente objetivo, e o coloca em risco de altos níveis de estresse e erros na tomada de decisões clínicas apropriadas.

6. O paciente frequentemente experiencia um "esquema de antagonismo". Por exemplo, um paciente demonstra esquemas de "dependência" e "desconfiança". Qualquer um desses esquemas individualmente representa um problema significativo em terapia, mas juntos eles são extremamente prejudiciais e podem colocar o paciente e o terapeuta em uma situação difícil. O paciente angustia-se por se sentir próximo e envolvido com o terapeuta (porque na realidade não consegue confiar nele); mas também se sente disfórico ao acreditar que tem de manter distância do terapeuta a fim de sentir-se seguro (porque na realidade "necessita" que seu terapeuta cuide dele). Esta é uma típica situação em que se diz que o terapeuta estará em dificuldades fazendo ou não fazendo o que o paciente solicita.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Como terapeutas eficazes podem utilizar a TC para casos difíceis?

Há várias publicações que examinam essa questão em profundidade. Considerando os objetivos deste módulo, vamos simplesmente tocar em alguns dos princípios de orientação básicos que os terapeutas cognitivos podem seguir, a fim de estar mais bem preparados para os casos mais difíceis.

1. Qualquer problema no tratamento fornece dados úteis. Algumas vezes, terapeutas se sentem desencorajados quando seus pacientes não respondem bem à terapia, como, por exemplo, quando eles continuamente contradizem ou menosprezam as observações e sugestões clínicas do terapeuta, e se recusam a se engajar em técnicas potencialmente úteis, como "role plays". Embora esse comportamento dos pacientes represente um impedimento ao progresso clínico, ele também fornece informações importantes para o terapeuta, que o auxiliará a obter uma melhor compreensão sobre os problemas do paciente. Ao invés de tentar "forçar" o paciente a aceitar as intervenções (e dessa forma arriscar uma disputa por poder), terapeutas cognitivos podem refletir sobre as dificuldades que estão encontrando, conceituar o problema e talvez discutir abertamente o problema com o paciente.

2. A segurança do paciente e os comportamentos que interferem com a terapia são as prioridades máximas para a agenda. Manter uma hierarquia de importância dos tópicos terapêuticos é de grande ajuda, a fim de que os terapeutas possam se manter focados e eficazes, mesmo quando os pacientes se apresentam de uma forma caótica, confusa e até perigosa. Vários autores concordam em que a mais alta prioridade da terapia é a segurança do paciente e de outras pessoas, como, por exemplo, quando a ideação suicida ou homicida está presente. Todos os demais tópicos que o paciente deseja discutir devem ser adiados, até que o perigo agudo seja suficientemente controlado. Uma forma através da qual os terapeutas podem fazer com que os pontos fortes dos métodos da terapia cognitiva possam dar conta das demandas dos itens de alta prioridade é continuar a examinar as crenças e esquemas que os pacientes mantém, pertinentes a suas tendências suicidas ou homicidas e a suas dificuldades para engajar-se à terapia.

3. Não expresse desesperança ou raiva em relação ao paciente. Terapeutas são humanos e algumas vezes sentem-se frustrados com a falta de colaboração de seus pacientes, suas altas demandas, as crises repetidas e os comentários provocativos (por exemplo, "você é exatamente igual às outras fraudes em sua área, que não se preocupam de verdade com os seus pacientes!"). Às vezes, terapeutas sentem como se houvessem atingido seu limite em tolerar tal comportamento e correm o risco de fazer afirmações contraproducentes. Este é o momento em que as habilidades

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

interpessoais do terapeuta são seriamente testadas. Se o terapeuta for capaz de se manter calmo e continuar a comunicar ao paciente sua disposição para ajudá-lo, isso poderá resultar em um avanço no processo de tratamento.

4. Utilize métodos psicoeducacionais e solicite "*feedback*". Terapeutas cognitivos valorizam a arte de ensinar, à medida que tentam "treinar" seus pacientes para o uso de uma variedade de habilidades de autoajuda e para a compreensão de princípios importantes de função e disfunção psicológica (por exemplo, explicando o fenômeno dos esquemas, e como reconhecê-los quando eles causam erros de julgamento e angústia emocional). Mesmo quando os pacientes são lentos em apreender o modelo cognitivo, e/ou mostram-se relutantes em praticar as técnicas, o terapeuta cognitivo continua tentando ensinar aos pacientes toda a informação útil que eles puderem reter para uso no presente e no futuro. Além disso, é importante pedir "feedback" aos pacientes, sobre suas reações emocionais à sessão de terapia e sobre a retenção dos pontos educacionais importantes aprendidos durante a sessão. Essa constitui uma maneira empática de dar sustentação ao processo educacional, mesmo quando os pacientes expressam dúvidas sobre o quanto eles serão capazes de aprender.

5. Esteja alerta aos seus próprios pensamentos automáticos e formule boas respostas racionais, a fim de permanecer profissional e objetivo. Terapeutas cognitivos, que são adeptos da aplicação do modelo terapêutico a si próprios, estarão melhor posicionados para atender casos difíceis. Esses terapeutas estarão conscientes de seus próprios pensamentos problemáticos (por exemplo, aqueles que causam raiva e desesperança) e, assim, estarão capacitados a engajar-se em autointervenções silenciosas a fim de permanecer focados, ativos e colaborativos diante de pacientes desafiadores. Além disso, esses terapeutas servem como excelentes modelos para seus pacientes, pois serão objetivos, profissionais em sua postura e determinados a serem bem-sucedidos.

6. Você não está só! Consulte um supervisor ou colega. Alguns terapeutas se esquecem de que não necessitam sempre tratar seus pacientes sozinhos. As opções incluem: consultar um supervisor; discutir casos em um grupo de profissionais; utilizar um co-terapeuta e/ou comunicar-se com outro clínico que esteja gerenciando um outro aspecto do caso (por exemplo, quando um psicólogo e um psiquiatra trabalham em conjunto para oferecer ao mesmo paciente terapia cognitiva e farmacoterapia). Pedir ajuda a um par sobre um caso difícil não deve constranger o terapeuta. Na realidade, é útil, apropriado e necessário em muitas ocasiões.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Sugestões de Leitura:

BECK, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). Terapia Cognitiva dos Transtornos de Personalidade, Porto Alegre: ArtMed.

BECK, J. S. (2006). Terapia Cognitiva para Desafios Clínicos: O que fazer quando o básico não funciona. Porto Alegre: ArtMed.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Tornando-nos específicos em relação a fatores não específicos: O PAPEL DA ALIANÇA TERAPÊUTICA EM TERAPIA COGNITIVA

Katherine P. Eisen, Ph.D. e David D. Burns, M.D.
Stanford University Medical Center
Department of Psychiatry and Behavioral Sciences

Introdução

Terapeutas humanistas e psicodinâmicos sempre enfatizaram o papel da relação terapêutica. Entretanto, a atenção devotada à Aliança Terapêutica (AT) tem sido relativamente inconsistente entre praticantes da Terapia Cognitiva (TC). Alguns investigadores pensam sobre a AT como um entre vários fatores não- específicos, e pouco esforço tem sido feito com o fim de operacionalizar o termo ou identificar suas características definidoras. Devido a um volume crescente de literatura enfatizando a importância da AT, faz-se necessário disponibilizar a profissionais clínicos os métodos práticos para avaliar a AT, bem como estratégias efetivas para a construção de uma AT mais positiva com seus clientes.

AT e Resultados Terapêuticos

Historicamente, Carl Rogers foi o principal proponente da importância da AT. Na realidade, Rogers, em 1957, argumentou que a comunicação pelo terapeuta da compreensão empática e do afeto positivo incondicional reflete as condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica. Pesquisadores recentes sugerem que os “fatores não específicos”, como, por exemplo, a AT, podem ser até mais importantes do que as técnicas específicas de cada forma de terapia, embora nem todos os pesquisadores concordem a esse respeito.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Beck adotou uma posição mais intermediária. Ele propõe que uma boa relação terapêutica é uma condição necessária em TC, embora não suficiente, para a mudança terapêutica. Um volume crescente de literatura oferece apoio a essa perspectiva. Utilizando técnicas estatísticas, Burns e Nolen-Hoeksema encontraram um efeito causal moderado da empatia terapêutica sobre a melhora terapêutica na depressão. Esses investigadores também relataram que a observância das tarefas entre sessões em TC exerce um grande efeito adicional sobre a melhora clínica e que pode ser separado dos efeitos da empatia. Em outras palavras, embora a AT seja importante, as técnicas específicas empregadas por terapeutas cognitivos podem ter um efeito ainda mais forte sobre o progresso clínico.

TC difere das terapias psicodinâmicas em termos do foco em uma ampla variedade de técnicas que objetivam ajudar clientes a modificar seus pensamentos negativos e comportamentos disfuncionais que perpetuam a angústia emocional. Terapeutas cognitivos colocam menor ênfase na relação terapêutica do que o fazem os terapeutas psicodinâmicos ou psicanaliticamente orientados, sendo que o papel do terapeuta tende a ser mais colaborativo, ativo, focalizado no presente e orientado a metas. Entretanto, a literatura sugere que os terapeutas cognitivos estabelecem relacionamentos que são pelo menos tão fortes quanto terapeutas de orientações distintas.

Avaliação da AT

Ao mesmo tempo em que se observa ampla concordância a respeito da proposição de que uma AT positiva pode facilitar a melhora clínica, poucos investigadores desenvolveram programas de treinamento destinados a ajudar terapeutas a sistematicamente monitorar e aperfeiçoar a aliança. Diversos instrumentos foram desenvolvidos para medir a AT, mas há pouco acordo em relação a qual escala de avaliação seria considerada o “padrão de ouro”. Os instrumentos que avaliam a aliança variam em termos de perspectiva, conteúdo e alternativas de resposta. Por exemplo, a AT pode ser avaliada por clientes, terapeutas ou observadores independentes. As avaliações por clientes são mais fortemente relacionadas aos resultados terapêuticos do que as avaliações conduzidas pelos terapeutas ou observadores externos. Na realidade, as avaliações da AT por terapeutas nem se correlacionam à melhora clínica. Os estudos sugerem que as percepções pelos pacientes da qualidade da AT são válidas, enquanto que as percepções dos terapeutas não são.

A maioria dos instrumentos avalia a concordância entre terapeuta e paciente a respeito das metas terapêuticas, as estratégias a serem empregadas para se alcançar as metas, e a qualidade do vínculo afetivo entre o terapeuta e o cliente. O vínculo afetivo inclui empatia acurada, afeto positivo, calor humano e genuinidade.

Burns desenvolveu instrumentos curtos e confiáveis para acessar a

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

percepção dos pacientes sobre a qualidade da empatia terapêutica, a utilidade de cada sessão de terapia, a satisfação do paciente com o tratamento e seu comprometimento com a execução das tarefas entre sessões, bem como qualquer sentimento negativo que possa emergir durante a sessão. Os pacientes podem completar essas escalas na sala de espera após o fim da sessão e deixar o formulário para ser revisado pelo terapeuta. Os pacientes também podem completar instrumentos curtos de avaliação de depressão, tendências suicidas, ansiedade e raiva no início e no final de cada sessão. Essas escalas fornecem aos terapeutas um feedback imediato e acurado sobre qualquer ruptura potencial na aliança, bem como a respeito da eficácia de cada sessão.

Alguns terapeutas relutam em usar esses instrumentos, devido a preocupações de que seus pacientes não serão honestos ao preencher essas escalas e que dirão aos terapeutas simplesmente o que eles querem ouvir. A experiência clínica, porém, não fundamenta tais preocupações. As escalas são muito sensíveis até as menores rupturas na AT, e a maioria dos terapeutas recebe avaliações baixas da maioria de seus pacientes quando utilizam esses instrumentos pela primeira vez. Isto pode causar surpresa e angústia aos terapeutas. O verdadeiro problema com esses instrumentos parece ser o fato de que os pacientes dizem a seus terapeutas o que estes não querem ouvir! Felizmente, os terapeutas que utilizam regularmente essas escalas e treinam os procedimentos de treinamento da empatia descritos abaixo, habitualmente experienciam rápida melhora em seus escores de empatia, em conjunto com aumentos substanciais, muitas vezes, dramáticos, em sua eficácia terapêutica.

Treinamento em Empatia

Enquanto que se pode argumentar que a habilidade para ser afetuoso e empático é inata, acreditamos que seja possível para os terapeutas desenvolver essas habilidades tal como desenvolveriam qualquer outra. Contudo, o sucesso de um treinamento em empatia parece depender de três fatores cruciais: a avaliação da empatia em todas as sessões, exercícios de role-play com colegas, e humildade.

Embora a maioria dos terapeutas acredite que eles sabem como seus pacientes se sentem, e como os seus pacientes se sentem a respeito deles, as pesquisas indicam que as percepções dos terapeutas tendem a ser altamente imprecisas.

Em outras palavras, se solicitarmos a terapeutas que preencham as mesmas escalas que seus pacientes preenchem ao final de cada sessão, mas para tentar adivinhar como seus pacientes os avaliaram, bem como quanto eles estão se sentindo deprimidos, suicidas, ansiosos ou irados, os escores dados pelos terapeutas serão alta ou completamente não correlacionados com os escores efetivamente dados pelos pacientes às mesmas variáveis. Por esta razão acreditamos que é essencial avaliar objetivamente a empatia

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

e outros sintomas em todas as sessões.

O programa de treinamento desenvolvido por Burns fornece aos terapeutas um conjunto de técnicas concretas projetadas para melhorar a comunicação e fortalecer a empatia terapêutica. Terapeutas aprendem a usar os Cinco Segredos para uma Comunicação Efetiva (Tabela 1), mediante a ajuda de exercícios de role-play. Um terapeuta desempenha o papel de um paciente raivoso, resistente e crítico, e o outro desempenha o papel de um terapeuta. O "paciente" ataca o terapeuta; por exemplo, ele diz: "você não está me ajudando. Você não entende como eu me sinto. Na realidade, você nem se importa comigo". O "terapeuta" então responde da forma mais habilidosa possível, usando várias das habilidades descritas pelos Cinco Segredos para uma Comunicação Efetiva. Após uma troca, o role-play é finalizado, e o "paciente" critica o "terapeuta" em três áreas:

1. O terapeuta recebeu um A, B ou C? Alguns terapeutas relutam em avaliar seus colegas, mas esse passo é crucial. Por exemplo, um grau B+ reflete duas coisas. Primeiro, o terapeuta fez um trabalho mediano. Segundo, o terapeuta falhou e houve algo em sua forma de responder ao paciente que simplesmente não funcionou.
2. O que o terapeuta disse foi útil, ou não? Eficaz ou ineficaz?
3. O terapeuta cometeu erros ao usar os Cinco Segredos para uma Comunicação Efetiva? Como esses erros poderiam ser corrigidos para tornar a resposta mais adequada?

Outros membros do grupo também podem oferecer feedback, fornecendo ao terapeuta uma riqueza de informações sobre falhas na empatia e sugestões concretas para aperfeiçoá-la. Então, o "paciente" e o "terapeuta" podem inverter os papéis várias vezes, sempre com feedback, até que ambos alcancem um grau "A" nos exercícios. Nesse ponto, os terapeutas estão prontos para experimentar, empregar essas novas habilidades com pacientes reais.

Este exercício é muito mais desafiador do que pode parecer à primeira vista, e quase que a totalidade dos terapeutas é inicialmente avaliada desfavoravelmente. Alertamos os terapeutas para o fato de que isso é perfeitamente normal e os encorajamos a verificar seus egos desde o início; do contrário, o treinamento se tornará demasiado angustiante e ameaçador para seus sentimentos e autoestima. Embora o exercício seja emocional e tecnicamente difícil, ele pode conduzir a um aperfeiçoamento marcante e rápido na capacidade do terapeuta de gerar afeto e confiança, mesmo com os mais difíceis dos pacientes.

Todas as cinco técnicas de comunicação são surpreendentemente difíceis de ser dominadas por terapeutas, mas a Técnica de

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Desarmamento é, de longe, a técnica mais importante e desafiadora. Quando o terapeuta desarma um paciente raivoso, ele descobre a verdade presente no que o paciente está dizendo e reconhece que o paciente está certo. A maioria dos terapeutas faz o oposto; eles sentem um impulso quase irresistível a se defender e explicar que as críticas do paciente estão "erradas". Estas respostas defensivas simplesmente reforçam a crença do paciente de que a crítica é válida. Em contraste, se o terapeuta puder aprender a reconhecer uma semente de verdade nas críticas do paciente, então ele poderá tranquilizá-lo. Burns chamou este quadro de "Lei dos Opostos".

Acreditamos que a humildade é essencial para qualquer terapeuta que espera estabelecer alianças mais efetivas com seus pacientes. Isto ocorre porque os terapeutas farão avaliações sobre as percepções pelo paciente da qualidade da aliança terapêutica, e de sua utilidade, que poderão ser desconcertantes. Além disso, discutir suas falhas com seus pacientes pode fazê-los sentir-se constrangidos. Alguns terapeutas temem que perderão o respeito de seus pacientes se admitirem haver cometido um erro ou falha. Outros poderão descartar as críticas de um paciente conceituando-as como uma distorção cognitiva ou uma expressão da transferência do paciente. Acreditamos que nossas maiores falhas terapêuticas podem frequentemente tornar-se nossos maiores sucessos, se as abordarmos de forma aberta, com respeito pelo paciente e com curiosidade. Devido ao fato de que nossos pacientes frequentemente sentem-se alienados e experienciam uma falta de confiança e intimidade em quase todos os seus relacionamentos, esses diálogos frequentemente oferecerão aos pacientes suas primeiras experiências reais de intimidade e incentivarão avanços terapêuticos muito significativos.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Tabela 1: Os cinco segredos para uma Comunicação Efetiva

E = EMPATIA	A = ASSERTIVIDADE
1. Técnica de Desarmamento Encontre algo verdadeiro no que a outra pessoa está dizendo, mesmo que pareça totalmente não razoável ou injusto. **2. Empatia** "Coloque-se no lugar" da outra pessoa e tente ver o mundo através de seus olhos. *Empatia de Pensamento* Parafrasear as palavras da outra pessoa. *Empatia de Sentimento* Reconhecer como a outra pessoa está provavelmente se sentindo, com base no que ela diz. **3. Questionamento** Faça perguntas gentis e encorajadoras, a fim de aprender mais sobre como a outra pessoa está pensando ou se sentindo.	**4. Afirmações do tipo "Eu sinto"** Expresse suas próprias idéias e sentimentos de forma direta e com tato. Use afirmações que se iniciam com "eu sinto", ao contrário de afirmações que se iniciam com "você", por exemplo "eu me sinto abalado", ao invés de "você está errado" ou "você está me deixando furioso!"
	R = RESPEITO
	5. Afago Transmita uma atitude de respeito, mesmo que você se sinta frustrado ou furioso com a outra pessoa. Encontre algo de genuinamente positivo para dizer a outra pessoa, mesmo durante o ápice da discussão.

Copyright ©1991 by David D. Burns, MD. Revised 2001

Sugestões de Leitura

Burns, D.D. (1989). *The Feeling Good Handbook.* New York: William Morrow.

Burns, D.D. & Auerbach, A. (2005) *A Aliança Terapêutica em Terapia Cognitiva.* In P.M. Salkovskis (Ed.), Fronteiras da Terapia Cognitiva, São Paulo: Ed. Casa do Psicólogo.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Questões relacionadas a treinamento em TC: Psicoterapia baseada em evidências



Keith Dobson, PhD
(Professor de Psicologia Clínica e Diretor do Departamento de Psicologia da Universidade de Calgary, Alberta, Canadá. Presidente-Eleito da IACP- *International Association for Cognitive Psychotherapy*)

Introdução

Conforme os leitores da revista Psicologia Brasil saberão há uma ampla variedade de teorias e terapias psicológicas, para várias classes de transtornos e problemas. Estes tratamentos são oferecidos sem que isto implique em violação da consciência dos profissionais que discutem e promovem essas abordagens. Mas com mais de 500 tipos específicos de terapia em existência na atualidade, perguntamo-nos: todas dispõem de evidências que respaldam seu uso? É possível que algumas terapias, mesmo fazendo sentido intuitivamente, não possuam o tipo de evidência que é necessário para justificar seu uso? Ou até pior, na ausência de estudos de pesquisa que demonstrem que uma forma particular de terapia funciona, é possível que esses tratamentos até mesmo causem danos? No mínimo, um tratamento ineficaz custa dinheiro e o cliente que paga por esse tratamento está potencialmente gastando tempo e dinheiro preciosos que poderiam ser melhor empregados em outro tratamento mais eficaz.

A emergência do conceito de psicoterapia baseada em evidências

As preocupações mencionadas acima são centrais a um interesse renovado na questão da saúde baseada em evidências. Na América do Norte, todas as disciplinas de saúde, dentre as quais se inclui a

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Psicologia, estão sendo requeridas a aumentar seus níveis de prestação de contas ao público, através da identificação de práticas respaldadas por pesquisas. E, embora não seja novo o debate a respeito de quais terapias funcionam para quais tipos de clientes, as respostas a essa questão estão tomando novas formas.

Nos Estados Unidos, um impulso recente em direção à psicoterapia baseada em evidências ocorreu em 1995, quando a Divisão de Psicologia Clínica da Associação Americana de Psicologia criou uma força-tarefa a fim de examinar a questão de qual base de evidências seria necessária a fim de determinar que um tratamento fosse "empiricamente fundamentado". Esta força-tarefa debateu a questão e recomendou a adoção do critério reproduzido no Quadro 1. Indo mais além, o comitê listou os tratamentos que, com base em sua revisão da literatura, satisfaziam esses critérios.

Métodos de Pesquisa

Conforme demonstrado no Quadro 1, há dois métodos de pesquisa reconhecidos que produzem evidências cientificamente aceitáveis, da perspectiva da força-tarefa. Um método utiliza um desenho experimental estrito, em que os pacientes são aleatoriamente designados para uma de duas condições, experimental ou de controle, sendo que esses estudos são chamados de estudos clínicos aleatórios (RCT - *randomized clinical trial*). O outro método refere-se a uma série de estudos de caso, utilizando desenhos experimentais comportamentais. Na prática, o RCT rapidamente tornou-se a abordagem predominante para o desenvolvimento e testagem dos tratamentos psicológicos. Atualmente, sabemos que há várias terapias que satisfazem (e em alguns casos até excedem) os padrões enumerados no Quadro 1 (v. o seguinte website, mantido pela Divisão de Psicologia Clínica, Divisão 12, da APA, para uma lista recente de tratamentos reconhecidamente eficazes para as diferentes classes de transtornos: http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments/).

Critérios e Controvérsias

Embora a adoção de critérios comuns para o reconhecimento de terapias empiricamente fundamentadas seja visto como um desenvolvimento positivo, uma série de controvérsias emergiu a respeito de seu uso. Uma dessas controvérsias refere-se à adequação, ou não, desses critérios a todas as formas de terapia. Notem que um dos critérios para esta abordagem é de que as características das amostras de clientes devem ser claramente especificadas. Embora esse critério não o afirme explicitamente, muitos o interpretaram como significando que as amostras devem ser diagnosticadas, com critérios claros e limitados para a seleção dos sujeitos a serem incluídos nas amostras. Foi sugerido que este critério empurra o campo da Psicologia em direção a uma abordagem mais médica à saúde mental e ao uso de diagnóstico. Também foi sugerido que os tratamentos que têm como objetivo

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

metas mais amplas, como, por exemplo, melhora na autoestima e mudanças de personalidade, não se enquadram muito facilmente neste critério.

Uma segunda controvérsia surgiu, devido à lista de tratamentos que foram reconhecidos como satisfazendo esses critérios. Conforme visto nas listas, as terapias comportamental e cognitivo-comportamental são proeminentes. Em contraste, as terapias psicodinâmicas estão geralmente ausentes das mesmas listas. Este padrão levou alguns autores a sugerir que os critérios favoreciam as terapias de curto prazo e mais orientadas a resultados, como a terapia cognitivo-comportamental. Considerando que esta seja uma preocupação válida (embora a maioria dos clientes preferisse tratamentos menos longos e menos caros, desde que eles funcionassem), outras abordagens terapêuticas podem estar em desvantagem em tais comparações.

Uma terceira fonte de controvérsia surgiu, envolvendo o argumento de que a abordagem direcionada a uma psicoterapia baseada em evidências centralizou a discussão sobre técnicas e métodos de terapia. Notem que um dos critérios do Quadro 1 refere-se à exigência de um manual de tratamento. Este critério faz sentido se acreditarmos que os métodos podem ser apresentados em forma de uma descrição de procedimentos. Mas e se a terapia for, ao contrário, baseada em ideias relacionadas ao processo interpessoal? Estas ideias podem ser mais difíceis de descrever em forma de um manual. Além disso o foco em técnicas tende a reduzir o foco sobre os aspectos não específicos da terapia, como, por exemplo, uma relação terapêutica positiva, a natureza da aliança terapêutica, o valor de simplesmente falar sobre seus problemas, o valor da liberação emocional, e outros fatores que se aplicam a diferentes modelos de terapia. Na realidade, uma perspectiva alternativa recente sobre a questão da psicoterapia baseada em evidências é de que há fatores empiricamente fundamentados referentes ao relacionamento, que estão presentes em muitos modelos de terapia, e que também necessitam ser examinados e compreendidos. Pode ser que, à medida que o campo avança alguma integração, entre as ideias das terapias empiricamente fundamentadas e os fatores relacionais empiricamente fundamentados, ocorrerá e refletirá o modelo terapêutico ótimo.

Psicoterapia baseada em evidências e o treinamento de profissionais

A despeito das controvérsias acima, é claro que a ideia de terapias que contam com apoio empírico está influenciando o treinamento e os serviços oferecidos em vários países. No Canadá e nos Estados Unidos, o critério de treinamento para ambos os psicólogos clínicos e os psiquiatras exige exposição a terapias apoiadas empiricamente e treinamento. Os programas de treinamento em Psicologia clínica no Canadá se voltaram em direção às terapias comportamental e

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

cognitivo-comportamental como as abordagens dominantes dos programas de treinamento para a próxima geração de clínicos.

O exemplo do Reino Unido

Mas em nenhum outro país o efeito dos serviços de saúde baseados em evidências foi maior do que no Reino Unido. Lá, o governo estabeleceu uma organização nacional, denominada de Instituto Nacional para Saúde e Excelência Clínica (NICE - *National Institute for Health and Clinical Excellence*, http://www.nice.org.uk/), que tem a incumbência de revisar a literatura de pesquisa em todas as áreas de serviços de saúde, e recomendar a avaliação de práticas e tratamentos. Embora seja uma agência independente, a NICE pode recomendar ao Ministério da Saúde certas práticas de saúde, e o Ministério já demonstrou sua disposição para modificar aspectos do Sistema Nacional de Saúde com base nessas recomendações. Por exemplo, aumentos significativos em treinamento e o apoio do tratamento de transtornos de ansiedade e depressão, usando terapia cognitivo-comportamental, já estão sendo financiados, com base na literatura sobre psicoterapia empiricamente fundamentada.

Embora a abordagem adotada no Reino Unido seja de longe a mais radical em sua incorporação de práticas de serviços de saúde baseadas em evidências, modelos similares estão sendo examinados em outros países da União Europeia, bem como ao redor do mundo.

Psicoterapia baseada em evidências no Brasil?

Tal modelo poderia funcionar bem no Brasil? Provavelmente poderia. Como o sistema de saúde no Brasil é relativamente bem regulamentado através do Governo Federal, padrões nacionais de atendimento e oferta de serviços de saúde poderiam ser estabelecidos. Hospitais e clínicas regionais poderiam ser encorajados, através de financiamento, a oferecer psicoterapias baseadas em evidências. Mas um sistema como esse deveria ser introduzido no Brasil? Somente se houver evidência de que os tratamentos funcionam. Embora pareça improvável que os tratamentos psicológicos que funcionam bem na América do Norte e no Reino Unido não funcionariam bem no Brasil, será importante avaliar essa proposição através de pesquisas conduzidas no país, com várias amostras diferentes de seus habitantes. Neste sentido, os critérios apresentados no Quadro 1 poderiam representar um bom ponto de partida, para se começar a avaliar as evidências que respaldam os resultados da psicoterapia.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Sugestões de Leitura

DOBSON, K.S. (Ed.) (2005) Manual de Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais, Porto Alegre: ArtMed.

NORCROSS, J.C. (Ed.). (2002). Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs. New York: Oxford University Press.

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Conclusão

A Terapia Cognitiva ocupa uma posição vantajosa, em relação às demais abordagens psicoterápicas, por unir a teoria à técnica, o caráter breve a eficácia, o modelo prescritivo a criatividade e intuição do terapeuta, o caráter estruturado a alta "treinabilidade" de seu modelo estruturado. Em resumo, a TC, em sua proposição e desenvolvimento, reflete admiravelmente a engenhosidade de seu criador, Aaron Beck, e de seus seguidores, dentre os quais meus associados e eu temos a honra de nos incluir. Os módulos, embora de forma breve e resumida, versaram sobre temas variados na área da Terapia Cognitiva, com o objetivo último de informar, motivar, esclarecer e avançar o conhecimento de iniciantes e adeptos. A quantidade de feedbacks generosos, recebidos ao longo de todo o projeto, sugerem que alcançamos esse objetivo.

A organização dos módulos mensais da série intitulada "Estudos Transversais em Psicologia", na área da Terapia Cognitiva, muito nos honrou e entusiasmou: a Terapia Cognitiva foi escolhida como o tema de abertura da série e nós fomos convidados a organizá-los.

Neste projeto, contamos com a valiosa colaboração de inúmeros experts, sem os quais não teríamos logrado sucesso. Meus associados no ITC - Instituto de Terapia Cognitiva e na ABPC - Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva, os quais, percebendo a oportunidade do projeto para o avanço da TC no Brasil, instaram-me a aceitá-lo e apoiaram-me de várias formas em sua produção. Aos autores, nacionais e internacionais, amigos

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

incondicionais e líderes em suas áreas de especialidade, os quais generosamente se disponibilizaram a colaborar e, dessa forma, partilharam conosco seu conhecimento e expertise. À Revista Psicologia Brasil, pelo convite e pelo apoio durante a elaboração dos artigos, em particular, à Editora, Claudia Stella, cuja competência refletiu-se em orientação segura, especialmente ao nos auxiliar a reduzir artigos brilhantes ao espaço disponível para cada módulo. Aos leitores, que generosamente enviaram mensagens reforçadoras e cuja satisfação refletiu-se em aumento no número de assinaturas anuais da Revista.

A todos, minha gratidão e desejos de sucesso pessoal e profissional em 2007.

Ana Maria Serra
Amsterdam, Holanda
12 de dezembro de 2006

© Ana Maria Serra, PhD. Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.
ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com

Estudo da Terapia Cognitiva: um novo conceito em Psicoterapia

8 módulos publicados nas revistas Psicologia Brasil (Editora Criarp)

© 2006-2007 Ana Maria Serra, PhD.

Todos os direitos reservados.
Publicação e reprodução exclusivamente mediante autorização expressa da autora.

ITC - Instituto de Terapia Cognitiva – www.itcbr.com