APRENDENDO A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

UM GUIA ILUSTRADO

JESSE H. WRIGHT | MONICA R. BASCO
MICHAEL E. THASE





artmed®

APRENDENDO A TERAPIA **COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Autores

Jesse H. Wright, M.D., Ph.D.
Professor e chefe de Psiquiatria de Adultos, Faculdade de Medicina da Universidade de Louisville, Louisville, Kentucky

Monica R. Basco, Ph.D.
Professora clínica associada, Departamento de Psiquiatria da Divisão de Psicologia da Universidade do Sudoeste do Texas em Dallas, Dallas, Texas

Michael E. Thase, M.D.
Professor e chefe de Psiquiatria Acadêmica de Adultos do Centro Médico da Universidade de Pittsburgh, Pittsburgh, Pensilvânia



W951a Wright, Jesse H.
Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental [recurso eletrônico] : um guia ilustrado / Jesse H. Wright, Monica R. Basco, Michael E. Thase ; tradução Mônica Giglio Armando. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2008.

Editado também como livro impresso em 2008.
ISBN 978-85-363-1449-5

1. Terapia cognitiva I. Basco, Monica R. II. Thase, Michael E. III. Título.

CDU 616.89

Catalogação na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023.

APRENDENDO A TERAPIA **COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

UM GUIA ILUSTRADO

JESSE H. WRIGHT | MONICA R. BASCO
MICHAEL E. THASE

Tradução:
Mônica Giglio Armando

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:
Paulo Knapp
Psiquiatra. Mestre em Clínica Médica pela UFRGS. Doutorando em Psiquiatria na UFRGS. Formação em Terapia Cognitiva no Beck Institute, Filadélfia. Membro fundador e ex-presidente da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC). Membro fundador da Academy of Cognitive Therapy (ACT). Membro da International Association of Cognitive Psychotherapy (IACP).

Versão impressa
desta obra: 2008

artmed®

2008

Obra originalmente publicada sob o título
Learning cognitive-behavior therapy: an illustrated guide
ISBN 978-1-58562-153-8
© 2006 American Psychiatric Publishing, Inc.
All rights reserved.

First published in the United States by American Psychiatric Publishing Inc.,
Washington D.C. and London, UK.
Originalmente publicado nos Estados Unidos pela American Psychiatric Publishing Inc.,
Washington D.C. e Londres, RU.

Capa
Gustavo Macri

Preparação do original
Simone Dias Marques

Supervisão editorial
Mônica Ballejo Canto

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Armazém Digital Editoração Eletrônica – Roberto Vieira

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana
90040-340 Porto Alegre RS
Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte,
sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação,
fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO
Av. Angélica, 1091 - Higienópolis
01227-100 São Paulo SP
Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

Agradecimentos

Desenvolver um livro com demonstrações em vídeo exigiu muito apoio de nossos colegas, amigos e familiares. Devemos uma nota especial de gratidão aos profissionais (Barbara Fitzgerald, M.D.; D. Kristan Small, Ph.D.; Michael Hollifield, M.D.; Gina Woods, A. R. N. P.; Joyce Spurgeon, M.D. e Kellye Singletary-Jones, M.D.) que se ofereceram como voluntários para representar os terapeutas e pacientes nos vídeos. Esses terapeutas deram uma contribuição importante a este livro, ao concordarem em demonstrar as habilidades de TCC a uma grande platéia de leitores. Os vídeos foram gravados e editados com grande cuidado por Randy Cissell, da Universidade de Louisville, e a arte gráfica e o sistema de navegação do CD foram desenvolvidos por Rory McMahon, da Xerxes, Inc.

Maryrose Manshodi, Christine Johnson e Theresa King deram uma ajuda valiosa na preparação do manuscrito. Também gostaríamos de expressar nosso reconhecimento a Susanne Wright, D. Kristan Small, Michael Hollifield, Barbara Fitzgerald e Gina Woods, que leram os rascunhos dos capítulos e fizeram observações valiosas sobre as maneiras de melhorar este livro. Finalmente, queremos agradecer a Glen O. Gabbard, M.D., por sua orientação constante e sua confiança em nosso plano de fundir texto e vídeo em um novo livro sobre o aprendizado da TCC.

O apoio financeiro para o programa multimídia desenvolvido por Jesse H. Wright, M.D., Ph.D., e outros, e descrito neste livro, foi recebido do Instituto Nacional de Saúde Mental (MH57470), Departamento Americano de Saúde e Serviços Humanos (R41-MH62230), Norton Community Trust e Fundação para Terapia Cognitiva e Pesquisa.

Prefácio

A influência e o alcance da terapia cognitivo-comportamental (TCC) vêm se estendendo constantemente desde que esse método de tratamento foi introduzido na década de 1950. Um grande número de estudos controlados demonstrou que a TCC é um tratamento eficaz para depressão, transtornos de ansiedade e uma série de outros quadros clínicos. Além disso, trabalhos recentes demonstraram que a TCC soma-se ao efeito da medicação no tratamento de pessoas com transtornos psiquiátricos graves, como depressão refratária, transtorno bipolar e esquizofrenia. Esses achados – combinados com as vantagens de se utilizar um tratamento que é focado, pragmático e altamente colaborativo – têm despertado o interesse no aprendizado da TCC.

A inclusão da TCC no grupo de terapias para as quais os residentes psiquiátricos devem demonstrar competência deu ainda mais ímpeto ao movimento para oferecer treinamento efetivo nos métodos cognitivo-comportamentais. Quando o autor principal deste livro (J. H. W.) começou a ensinar a TCC aos residentes, alunos de graduação e profissionais, no início dos anos de 1980, essa abordagem era freqüentemente vista como uma terapia secundária ou especializada. Hoje, a TCC é amplamente reconhecida como uma das teorias e um dos métodos centrais para o tratamento de transtornos psiquiátricos. Cursos em TCC são oferecidos em programas de residência psiquiátrica, em treinamentos de graduação em psicologia e na educação de outros profissionais de saúde mental. Programas de educação médica continuada para profissionais são oferecidos amplamente nos congressos da Associação Psiquiátrica Americana, da Associação Psicológica Americana e muitas outras organizações.

Nossos objetivos ao escrever este livro foram fornecer um guia de uso fácil para aprender as habilidades essenciais da TCC e auxiliar os leitores a se tornarem competentes nesse método de tratamento. Começamos investigando as origens do modelo de TCC e dando uma visão geral das teorias e técnicas fundamentais. Em seguida, descrevemos o relacionamento terapêutico na TCC, explicamos como conceitualizar um caso com o modelo de TCC e detalhamos os modos eficazes para estruturar as sessões. Se esses aspectos fundamentais da TCC forem compreendidos, ter-se-á uma base sólida para aprender os procedimentos específicos para modificar as cognições e os comportamentos descritos nos capítulos centrais do livro (p. ex., métodos para modificar pensamentos automáticos; estratégias comportamentais para tratar a pouca energia, a falta de interesse e a evitação, e intervenções para revisar crenças nucleares desadaptativas). Os três últimos capítulos de *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental: Um Guia Ilustrado* são dedicados a ajudá-lo a desenvolver habilidades avançadas para superar obstáculos ao tratamento, tratar quadros clínicos diversos e continuar a desenvolver o conhecimento e a experiência em TCC.

Descobrimos que a melhor maneira de assimilar a essência da TCC é combinar leituras e sessões didáticas – seja em vídeos, *role-play* ou observações de sessões reais. O pró-

ximo passo é praticar os métodos com os pacientes, idealmente com a supervisão cuidadosa de um terapeuta cognitivo-comportamental treinado. Este livro foi elaborado para ajudá-lo a aprender a TCC por meio de três maneiras principais: lendo, vendo e fazendo. Os vídeos que acompanham o livro ilustram as características-chave da TCC. Também é apresentada uma série de exercícios de aprendizagem para ajudar a desenvolver habilidades ao implementar técnicas cognitivas e comportamentais.

As ilustrações dos vídeos apresentam o trabalho de profissionais que voluntariamente concordaram em demonstrar os métodos de TCC comumente usados. Os vídeos foram feitos em um estilo simples, pois nossa intenção era mostrar os métodos que os terapeutas podem usar em sessões reais, e não produzir vídeos profissionais ou sofisticados com atores pagos seguindo roteiros. Queríamos ilustrar intervenções reais que têm os tipos de pontos fortes e imperfeições característicos das sessões reais de tratamento. Assim, pedimos a quatro profissionais de diversas disciplinas para fazerem o papel de pacientes com histórias e sintomas que foram baseados em casos que eles trataram. Uma enfermeira, Gina Woods, representa uma paciente com transtorno de ansiedade (entrevistada pelo autor principal, J. H. W.); uma residente de psiquiatria, Kellye Singletary-Jones, faz o papel de uma jovem com problemas conjugais e depressão (entrevistada por outra residente de psiquiatria, Joyce Spurgeon); um psicólogo e conselheiro pastoral, D. Kristan Small, representa um homem com depressão e ansiedade (entrevistado por uma psiquiatra, Bárbara Fitzgerald) e Michael Hollifield, um médico com larga experiência em TCC, faz o papel de um homem que está tendo dificuldades em concluir tarefas e sofrendo de baixa auto-estima (entrevistado por M. E. T., co-autor do livro).

Em vez de apresentar uma sessão inteira para cada caso, pedimos aos terapeutas para produzirem breves vinhetas (3 a 10 minutos de duração) que demonstrassem os métodos-chave de TCC, como o relacionamento terapêutico colaborativo, o estabelecimento de agenda, a identificação de pensamentos automáticos, o exame das evidências e a exposição gradual a estímulos temidos. Esse formato foi escolhido porque queríamos ilustrar pontos específicos quando eles ocorreram no livro e ligar diretamente as explicações de métodos centrais às ilustrações no vídeo. Recomendamos que os vídeos que acompanham este livro sejam complementados assistindo-se outras sessões gravadas, de modo que seja possível ver uma amostra diferente de técnicas e estilos. As fontes para aquisição de vídeos de sessões inteiras conduzidas por terapeutas cognitivo-comportamentais importantes (p. ex., A. T. Beck, Christine Padesky, Arthur Freeman) estão listadas no Apêndice 2, "Recursos em Terapia Cognitivo-Comportamental".

As ilustrações gravadas são fornecidas em um CD. Para assistir aos vídeos, coloque o disco em um computador com um *drive* de CD-ROM. Aparecerá um menu que lista cada uma das vinhetas incluídas no disco. Os vídeos devem ser assisitidos em seqüência, conforme eles aparecem no livro e no momento em que se está lendo sobre o tópico específico. Por exemplo, os dois primeiros vídeos foram elaborados para acompanhar o Capítulo 2, "O Relacionamento Terapêutico: Empirismo Colaborativo em Ação". Recomendamos que se espere até que o texto que explica os métodos demonstrados nos vídeos tenha sido lido antes de assisti-los.

Quando descrevemos as histórias usadas nos vídeos, apresentamo-as como se fossem casos reais. Na verdade, são simulações baseadas em junções das experiências do terapeuta ao tratar pessoas com problemas semelhantes. Utilizamos ao longo do livro a convenção de descrever os pacientes como se fossem reais pela facilidade de escrever e ler os casos clínicos com esse estilo de comunicação. Quando é utilizado material de casos clínicos, trocamos sexos, informações históricas e outros dados, de modo que as identidades dos pacientes que nós ou nossos colegas tratamos não sejam reveladas. Além disso, para evitar a incômoda

descrição de "ele ou ela", alternamos os gêneros de pronomes pessoais quando não escrevemos sobre casos específicos.

A implementação da TCC pode ser aprimorada pelo uso de formulários de trabalho, listas de verificação, registros de pensamentos e outros exercícios escritos. Portanto, incluímos vários desses formulários úteis para serem usados no planejamento ou na condução da TCC. São fornecidos exemplos no texto e no Apêndice 1, "Formulários de trabalho e inventários". O Apêndice 1 também está disponível para *download* gratuito em sua totalidade e em formato maior no *site* da American Psychiatric Publishing: http://www.appi.org/pdf/wright (conteúdo em inglês).

As habilidades específicas para realizar a TCC foram descritas pela Associação Americana de Diretores de Treinamento de Residência Psiquiátrica (AADPRT). Essas habilidades são discutidas no Capítulo 11, "Desenvolvendo Competência em Terapia Cognitivo-Comportamental". No entanto, preferimos não organizar o livro em torno dessas habilidades, pois queríamos escrever um guia que fosse útil para uma ampla gama de leitores, inclusive profissionais e estudantes de diversas disciplinas. Não obstante, o livro fornece informações históricas, e os exercícios de aprendizagem devem ajudar residentes psiquiátricos e outros a adquirirem as habilidades descritas nas competências da AADPRT.

Somos muito gratos a nossos professores e colegas por suas idéias, que foram incorporadas em *Aprendendo a Terapia Cognitivo-Comportamental*. Os conceitos descritos neste livro são produto do trabalho dedicado de milhares de pesquisadores e terapeutas que agregaram conhecimento aos fundamentos da TCC. Nossos alunos também tiveram um grande papel em nosso desenvolvimento como educadores da TCC. Este livro é resultado dos cursos que temos ministrado na Universidade de Louisville, no Centro Médico da Universidade do Sudoeste do Texas e na Universidade de Pittsburgh e de nosso trabalho conjunto na apresentação de *workshops* em congressos de associações profissionais. Os comentários e as sugestões que recebemos de nossos alunos e colegas moldaram nosso pensamento em muitas direções positivas.

As experiências de aprendizagem para se tornar qualificado em TCC podem ser bastante estimulantes e produtivas. Ler sobre a rica história da TCC pode ajudar a fundamentar suas intervenções terapêuticas em uma ampla abordagem, científica e cultural. Estudar as teorias subjacentes à abordagem cognitivo-comportamental pode expandir seu entendimento da psicologia de transtornos psiquiátricos e desenvolver um guia valioso para a prática da psicoterapia. E aprender os métodos de TCC pode oferecer ferramentas pragmáticas e empiricamente testadas para uma ampla gama de problemas clínicos.

Esperamos que você considere este livro uma companhia valiosa em seu trabalho de aprendizagem da TCC.

Jesse H. Wright, M.D., Ph.D.
Monica R. Basco, Ph.D.
Michael E. Thase, M.D.

Sumário

Prefácio vii

1. Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental 15

- **Exercício 1.1**:
  Reconhecendo os pensamentos automáticos: um registro de pensamentos em três colunas 20

2. A relação terapêutica: empirismo colaborativo em ação 33



Vídeo 1: Avaliando os sintomas de ansiedade – Dr. Wright e Gina/36
Vídeo 2: Modificando os pensamentos automáticos – Dr. Wright e Gina/36

3. Avaliação e formulação 45

- **Exercício 3.1**:
  Registro de formulação de caso em TCC 56

4. Estruturação e educação 59

- **Exercício 4.1**:
  Estruturação da TCC 69
- **Exercício 4.2**:
  Psicoeducação em TCC 73



Vídeo 3: Estabelecendo a agenda – Dra. Spurgeon e Rose/63
Vídeo 4: Psicoeducação no modelo cognitivo-comportamental – Dra. Spurgeon e Rose/71
Vídeo 5: Psicoeducação em pensamentos automáticos – Dr. Thase e Ed/71

5. Trabalhando com pensamentos automáticos 77

- **Exercício 5.1**:
  Identificando os pensamentos automáticos 84
- **Exercício 5.2**:
  Utilizando o registro do pensamento disfuncional 88

- **Exercício 5.3**:
  Questionamento socrático e geração de alternativas racionais 91
- **Exercício 5.4**:
  Examinando as evidências, descatastrofização e reatribuição 96
- **Exercício 5.5**:
  Ensaio cognitivo e cartões de enfrentamento 98



Vídeo 6: Uma mudança de humor – Dra Fitzgerald e Kris/78
Vídeo 7: Descoberta guiada – Dra. Fitzgerald e Kris/81
Vídeo 8: Imagens mentais – Dra. Fitzgerald e Kris/82
Vídeo 9: Gerando alternativas racionais – Dra. Fitzgerald e Kris/91
Vídeo 10: Examinando as evidências – Dra. Fitzgerald e Kris/93
Vídeo 2: Modificando os pensamentos automáticos – Dr. Wright e Gina/94
Vídeo 11: Ensaio cognitivo – Dra. Fitzgerald e Kris/97

6. Métodos comportamentais I: melhorando a energia, concluindo tarefas e solucionando problemas 101

- **Exercício 6.1**:
  Registro de atividades 109
- **Exercício 6.2**:
  Conclusão de tarefas 113



Vídeo 12: Programando atividades – Dr. Thase e Ed/109
Vídeo 13: Planejamento de tarefa gradual – Dr. Thase e Ed/111

7. Métodos comportamentais II: reduzindo a ansiedade e rompendo padrões de evitação 121

- **Exercício 7.1**:
  Treinamento de relaxamento 127
- **Exercício 7.2**:
  Retreinamento da respiração 130
- **Exercício 7.3**:
  Terapia de exposição 135



Vídeo 14: Retreinamento da respiração – Dr. Wright e Gina/130
Vídeo 15: Terapia de exposição: Construindo uma hierarquia – Dr. Wright e Gina/131
Vídeo 16: Terapia de exposição *In Vivo* – Dr. Wright e Gina/133

8. Modificando esquemas 137

- **Exercício 8.1**:
  Métodos de questionamento para crenças nucleares 141
- **Exercício 8.2**:
  Encontrando esquemas em padrões de pensamentos automáticos 144

- **Exercício 8.3**:
  Fazendo um inventário de seus esquemas 146
- **Exercício 8.4**:
  Desenvolvendo uma lista de esquemas personalizada 147
- **Exercício 8.5**:
  Encontrando esquemas com vantagens e desvantagens 151
- **Exercício 8.6**:
  Modificando esquemas 156



Vídeo 17: A técnica da seta descendente – Dr. Thase e Ed 140
Vídeo 18: Examinando as evidências dos esquemas – Dr. Thase e Ed 148
Vídeo 19: Ensaiando um esquema modificado – Dr. Thase e Ed 154

9. Problemas e dificuldades comuns: aprendendo com os desafios da terapia 159

10. Tratando transtornos crônicos, graves ou complexos 173

11. Desenvolvendo competência em terapia cognitivo-comportamental 191

- **Exercício 11.1**:
  Auto-avaliação da competência em TCC 191
- **Exercício 11.2**:
  Aplicando a escala de terapia cognitiva 194
- **Exercício 11.3**:
  Aplicando a escala de avaliação de formulação cognitiva 195

Apêndice 1: Formulários de trabalho e inventários 202

Apêndice 2: Recursos de terapia cognitivo-comportamental 212

Apêndice 3: Guia do CD 216

Índice 217

1

Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental

A prática clínica da terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseia-se em um conjunto de teorias bem-desenvolvidas que são usadas para formular planos de tratamento e orientar as ações do terapeuta. Este capítulo inicial tem o foco na explicação desses conceitos centrais e ilustra como o modelo cognitivo-comportamental básico influenciou o desenvolvimento de técnicas específicas. Começamos com uma breve visão do histórico da TCC. Os princípios fundamentais da TCC foram ligados a idéias que foram descritas pela primeira vez há milhares de anos (Beck et al., 1979; D. A. Clark et al., 1999).

ORIGENS DA TCC

A TCC é uma abordagem de senso comum que se baseia em dois princípios centrais:

1. nossas cognições têm uma influência controladora sobre nossas emoções e comportamento; e
2. o modo como agimos ou nos comportamos pode afetar profundamente nossos padrões de pensamento e nossas emoções.

Os elementos cognitivos dessa perspectiva foram reconhecidos pelos filósofos estóicos Epíteto, Cícero, Sêneca, entre outros, 2 mil anos antes da introdução da TCC (Beck et al., 1979). O estóico grego Epíteto, por exemplo, escreveu em seu *Enchiridion* que "os homens não se perturbam pelas coisas que acontecem, mas sim pelas opiniões sobre as coisas" (Epitectus 1991, p. 14). Também nas tradições filosóficas orientais, como o taoísmo e o budismo, a cognição é considerada como uma força primária na determinação do comportamento humano (Beck et al., 1979; Campos, 2002). Em seu livro *Uma ética para o novo milênio*,* o Dalai Lama (1999) observou que "se pudermos reorientar nossos pensamentos e emoções e reorganizar nosso comportamento, então poderemos não só aprender a lidar com o sofrimento mais facilmente, mas, sobretudo e em primeiro lugar, evitar que muito dele surja" (p. xii).

A perspectiva de que o desenvolvimento de um estilo saudável de pensamento pode reduzir a angústia ou dar uma maior sensação de bem-estar é um tema comum entre muitas gerações e culturas. O filósofo persa da Antigüidade Zoroastro baseou seus ensinamentos em três pilares principais: pensar bem, agir bem e falar bem. Benjamin Franklin, um dos pais da constituição dos Estados Unidos, escreveu extensamente sobre o desenvolvimento de atitudes construtivas, as quais ele acreditava que influenciavam favoravelmente o comportamento (Isaacson, 2003). Durante os séculos XIX e XX, filósofos europeus – incluindo Kant, Heidegger, Jaspers e Frankl – continuaram a desenvolver a idéia de que os processos cognitivos conscientes têm um papel fundamental na existência humana (D. A. Clark et al., 1999;

* N. de T. Traduzido para o português pela Editora Sextante, 2000.

Wright et al., 2003). Frankl (1992), por exemplo, afirmou persuasivamente que encontrar uma sensação de sentido da vida ajudava a servir como um antídoto para o desespero e a desilusão.

Aaron T. Beck foi a primeira pessoa a desenvolver completamente teorias e métodos para aplicar as intervenções cognitivas e comportamentais a transtornos emocionais (Beck, 1963, 1964). Embora tenha partido de conceitos psicanalíticos, Beck observou que suas teorias cognitivas eram influenciadas pelo trabalho de vários analistas pós-freudianos, como Adler, Horney e Sullivan. O foco destes nas auto-imagens distorcidas pressagiava o desenvolvimento de formulações cognitivo-comportamentais mais sistematizadas dos transtornos psiquiátricos e da estrutura da personalidade (D. A. Clark et al., 1999). A teoria dos construtos pessoais (crenças nucleares ou auto-esquemas) de Kelly (1955) e a terapia racional-emotiva de Ellis também contribuíram para o desenvolvimento das teorias e dos métodos cognitivo-comportamentais (D. A. Clark et al., 1999; Raimy, 1975).

As primeiras formulações de Beck centravam-se no papel do processamento de informações desadaptativo em transtornos de depressão e de ansiedade. Em uma série de trabalhos publicados no início da década de 1960, ele descreveu uma conceitualização cognitiva da depressão na qual os sintomas estavam relacionados a um estilo negativo de pensamento em três domínios: si mesmo, mundo e futuro (a "tríade cognitiva negativa"; Beck, 1963, 1964). A proposta de Beck de uma terapia cognitivamente orientada com o objetivo de reverter cognições disfuncionais e comportamentos relacionados foi então testada em um grande número de pesquisas (Butler e Beck, 2000; Dobson, 1989; Wright et al., 2003). As teorias e os métodos descritos por Beck e por muitos outros colaboradores do modelo cognitivo-comportamental estenderam-se a uma grande variedade de quadros clínicos, incluindo a depressão, os transtornos de ansiedade, os transtornos alimentares, a esquizofrenia, o transtorno bipolar, a dor crônica, os transtornos de personalidade e o abuso de substâncias. Foram realizados mais de 300 estudos controlados da TCC para uma série de transtornos psiquiátricos (Butler e Beck, 2000).

Os componentes comportamentais do modelo de terapia cognitivo-comportamental tiveram seu início nos anos de 1950 e 1960, quando pesquisadores clínicos começaram a aplicar as idéias de Pavlov, Skinner e outros behavioristas experimentais (Rachman, 1997). Joseph Wolpe (1958) e Hans Eysenck (1966) foram pioneiros na exploração do potencial das intervenções comportamentais, como a dessensibilização (contato gradual com objetos ou situações temidos) e treinamento de relaxamento. Muitas das abordagens iniciais ao uso dos princípios comportamentais para a psicoterapia prestavam pouca atenção aos processos cognitivos envolvidos nos transtornos psiquiátricos. Pelo contrário, o foco era moldar o comportamento mensurável com reforçadores e em eliminar as respostas de medo através de exposição.

À medida que a terapia comportamental se expandia, vários investigadores proeminentes – como Meichenbaum (1977) e Lewinsohn e colaboradores (1985) – começaram a incorporar as teorias e estratégias cognitivas a seus tratamentos. Eles observaram que a perspectiva cognitiva acrescentava contexto, profundidade e entendimento às intervenções comportamentais. Além disso, Beck defendeu a inclusão de métodos comportamentais desde o início de seu trabalho, pois reconhecia que essas ferramentas são eficazes para reduzir sintomas, e conceitualizou um relacionamento estreito entre cognição e comportamento. Desde a década de 1960 houve uma unificação das formulações cognitivas e comportamentais na psicoterapia. Embora ainda existam alguns puristas que possam argumentar sobre os méritos de se utilizar uma abordagem cognitiva ou comportamental isolada, terapeutas mais pragmáticos consideram os métodos cognitivos e comportamentais como parceiros eficazes tanto em teoria quanto na prática.

Um bom exemplo da combinação das teorias cognitivas e comportamentais pode ser en-

contrado no trabalho de D. M. Clark (1986; D. M. Clark et al., 1994) e de Barlow (Barlow e Cerney, 1988; Barlow et al., 1989) em seus protocolos de tratamento para o transtorno de pânico. Eles observaram que os pacientes com transtorno de pânico normalmente apresentam uma constelação de sintomas cognitivos (p. ex., medos catastróficos de calamidades físicas ou de perda de controle) e sintomas comportamentais (p. ex., fuga ou evitação). Pesquisas extensivas demonstraram a eficácia de uma abordagem combinada que utiliza técnicas cognitivas (para modificar as cognições de medo) juntamente com métodos comportamentais, incluindo o treinamento da respiração, o relaxamento e a terapia de exposição (Barlow et al., 1989; D. M. Clark et al., 1994; Wright et al., 2003).

O MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Os principais elementos do modelo cognitivo-comportamental estão esquematizados na Figura 1.1. O processamento cognitivo recebe um papel central nesse modelo, porque o ser humano continuamente avalia a relevância dos acontecimentos internamente e no ambiente que o circunda (p. ex., eventos estressantes, comentários ou ausência de comentários dos outros, memórias de eventos do passado, tarefas a serem feitas, sensações corporais), e as cognições estão freqüentemente associadas às reações emocionais. Por exemplo, Richard, um homem com um transtorno de ansiedade social, teve os seguintes pensamentos enquanto se preparava para participar de uma festa em seu bairro: "Não vou saber o que dizer... Todo mundo vai ver que estou nervoso... Vou parecer um desajustado... Vou travar e querer ir embora imediatamente". As emoções e as respostas psicológicas estimuladas por essas cognições desadaptativas eram previsíveis: ansiedade severa, tensão física e excitação autonômica. Ele começou a suar, sentia um frio na barriga e ficou com a boca seca. Sua resposta comportamental também foi problemática. Em vez de enfrentar a situação e tentar adquirir habilidades para dominar as situações sociais, ele telefonou para a pessoa que o convidou e disse que estava gripado.

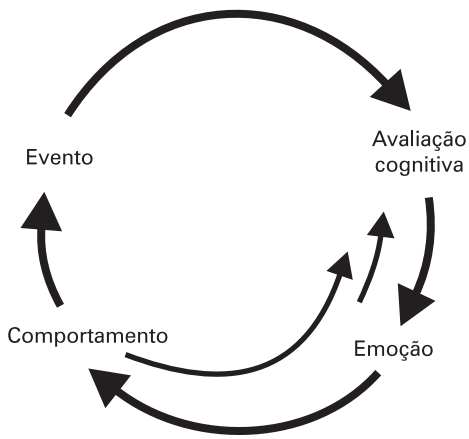


FIGURA 1.1 • Modelo cognitivo-comportamental básico.

A evitação da situação temida reforçou o pensamento negativo de Richard e tornou-se parte de um ciclo vicioso de pensamentos, emoções e comportamento que aprofundou seu problema com a ansiedade social. Cada vez que fazia uma manobra para fugir de situações sociais, suas crenças sobre ser incapaz e vulnerável se fortaleciam. Essas cognições de medo, então, amplificaram seu desconforto emocional e tornaram menos provável que se envolvesse em atividades sociais. As cognições, emoções e atitudes de Richard estão esquematizadas na Figura 1.2.

Ao tratar problemas como os de Richard, os terapeutas cognitivo-comportamentais podem partir de uma série de métodos voltados para todas as três áreas de funcionamento patológico identificadas no modelo básico de TCC: cognições, emoções e comportamentos. Por exemplo, Richard poderia ser ensinado a reconhecer e mudar seus pensamentos ansiosos, a utilizar o relaxamento ou a geração de imagens mentais para reduzir as emoções ansiosas ou a implementar uma hierarquia gradual para romper o padrão de evitação e desenvolver habilidades sociais.

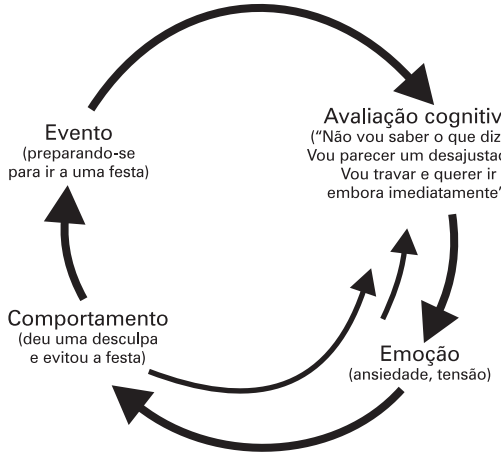


FIGURA 1.2 • Modelo cognitivo-comportamental básico: exemplo de um paciente com fobia social.

Antes de descrever teorias e métodos da TCC mais detalhadamente, queremos explicar como o modelo descrito na Figura 1.1 é usado na prática clínica e como ele se relaciona com conceitos mais amplos da etiologia e do tratamento de transtornos psiquiátricos. O modelo básico de TCC é um construto usado para ajudar os terapeutas a conceitualizarem problemas clínicos e implementarem métodos da TCC específicos. Como um modelo de trabalho, ele é propositalmente simplificado para voltar a atenção do terapeuta para as relações entre pensamentos, emoções e comportamentos e para orientar as intervenções de tratamento.

Os terapeutas cognitivo-comportamentais também reconhecem que há interações complexas entre processos biológicos (p. ex., genética, funcionamento de neurotransmissores, estrutura cerebral e sistemas neuroendócrinos), influências ambientais e interpessoais e elementos cognitivo-comportamentais na gênese e no tratamento de transtornos psiquiátricos (Wright, 2004; Wright e Thase, 1992). O modelo da TCC pressupõe que as mudanças cognitivas e comportamentais são moduladas por meio de processos biológicos e que as medicações psicotrópicas e outros tratamentos biológicos influenciam as cognições (Wright et al., 2003). Pesquisas recentes confirmam esses dados.

Em um estudo, a tomografia por emissão de pósitrons (PET) revelou achados semelhantes (de fluxo sangüíneo cerebral regional diminuído em áreas do cérebro associadas à resposta à ameaça) em pacientes que responderam ao citalopram ou à TCC para fobia social (Furmark et al., 2002). Em uma outra investigação, a normalização do metabolismo do córtex orbitofrontal nas imagens da PET foi positivamente associada ao grau de melhora em pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo tratados com métodos comportamentais ou fluoxetina (Schwartz et al., 1996). Um estudo dos efeitos biológicos da TCC para depressão encontrou ativação cortical antes da estimulação do sistema límbico (Goldapple et al., 2004). Esses achados sugerem que as intervenções biológicas e cognitivas podem interagir no tratamento de transtornos psiquiátricos.

Pesquisas sobre farmacoterapia e psicoterapia combinadas corroboraram as idéias sobre as influências biológicas na implementação do modelo da TCC. O tratamento combinado de TCC e medicação pode melhorar a eficácia, especialmente para quadros mais graves, como depressão crônica ou resistente ao tratamento, esquizofrenia e transtorno bipolar (Keller et al., 2000; Lam et al., 2003; Rector e Beck, 2001; Wright, 2004). No entanto, benzodiazepínicos de alta potência, como alprazolam, podem comprometer a eficácia da TCC (Marks et al., 1993).

Para direcionar o tratamento, é extremamente recomendada uma formulação minuciosamente integrada, e bastante detalhada, que inclua considerações cognitivo-comportamentais, biológicas, sociais e interpessoais. Métodos para desenvolver conceitualizações multidimensionais de caso são discutidos e ilustrados no Capítulo 3, "Avaliação e Formulação". O restante deste capítulo é dedicado à introdução das teorias e dos métodos centrais da TCC.

CONCEITOS BÁSICOS

Níveis de processamento cognitivo

Foram identificados três níveis básicos de processamento cognitivo por Beck e seus colegas (Beck et al., 1979; D. A. Clark et al., 1999; Dobson e Shaw, 1986). O nível mais alto da cognição é a *consciência*, um estado de atenção no qual decisões podem ser tomadas racionalmente. A atenção consciente nos permite:

1. monitorar e avaliar as interações com o meio ambiente;
2. ligar memórias passadas às experiências presentes;
3. controlar e planejar ações futuras (Sternberg, 1996).

Na TCC, os terapeutas incentivam o desenvolvimento e a aplicação de processos conscientes adaptativos de pensamento, como o pensamento racional e a solução de problemas. O terapeuta também dedica bastante esforço para ajudar os pacientes a reconhecer e mudar o pensamento patológico em dois níveis de processamento de informações relativamente autônomo: *pensamentos automáticos* e *esquemas* (Beck et al., 1979; D. A. Clark et al., 1999; Wright et al., 2003). *Pensamentos automáticos* são cognições que passam rapidamente por nossas mentes quando estamos em meio a situações (ou relembrando acontecimentos). Embora possamos estar subliminarmente conscientes da presença de pensamentos automáticos, normalmente essas cognições não estão sujeitas à análise racional cuidadosa. *Esquemas* são crenças nucleares que agem como matrizes ou regras subjacentes para o processamento de informações. Eles servem a uma função crucial aos seres humanos, que lhes permite selecionar, filtrar, codificar e atribuir significado às informações vindas do meio ambiente.

Ao contrário da terapia de orientação psicodinâmica, a TCC não postula estruturas ou defesas específicas que bloqueiam os pensamentos da consciência (D. A. Clark et al., 1999). Em vez disso, a TCC enfatiza técnicas destinadas a ajudar os pacientes a detectar e modificar seus pensamentos profundos, especialmente aqueles associados com sintomas emocionais, como depressão, ansiedade ou raiva. A TCC ensina os pacientes a "pensar sobre o pensamento" para atingir a meta de trazer as cognições autônomas à atenção e ao controle conscientes.

Pensamentos automáticos

Um grande número dos pensamentos que temos a cada dia faz parte de um fluxo de processamento cognitivo que se encontra logo abaixo da superfície da mente totalmente consciente. Esses pensamentos automáticos normalmente são privativos ou não-declarados, e ocorrem de forma rápida à medida que avaliamos o significado de acontecimentos em nossas vidas. D. A. Clark e colaboradores (1999) usaram o termo *pré-consciente* ao descrever os pensamentos automáticos, pois essas cognições podem ser reconhecidas e entendidas se nossa atenção for voltada para eles. Pessoas com transtornos psiquiátricos, como depressão ou ansiedade, freqüentemente vivenciam inundações de pensamentos automáticos que são desadaptativos ou distorcidos. Esses pensamentos podem gerar reações emocionais dolorosas e comportamento disfuncional.

Um dos indícios mais importantes de que os pensamentos automáticos podem estar ocorrendo é a presença de emoções fortes. A relação entre eventos, pensamentos automáticos e emoções é ilustrada por um exemplo do tratamento de Martha, uma mulher que apresentava depressão maior (Figura 1.3).

Nesse exemplo, os pensamentos automáticos de Martha demonstram o achado comum de cognições negativamente tendenciosas na depressão. Embora estivesse deprimida e tendo problemas com sua família e seu trabalho, ela estava funcionando, na verdade, muito

Situação	Pensamentos automáticos	Emoções
Minha mãe telefona e pergunta por que eu esqueci o aniversário de minha irmã.	"Fiz besteira de novo. Não tem jeito, nunca vou conseguir agradá-la. Não consigo fazer nada direito. O que adianta?"	Tristeza, raiva
Pensando sobre um grande projeto a entregar no trabalho.	"É muita coisa para mim. Não vou conseguir entregar a tempo. Não vou conseguir encarar meu chefe. Vou perder meu emprego e tudo o mais na minha vida."	Ansiedade
Meu marido se queixa de que estou irritada o tempo todo.	"Ele está realmente decepcionado comigo. Estou fracassando como esposa. Não gosto de nada. Por que alguém iria querer estar perto de mim?"	Tristeza, ansiedade

FIGURA 1.3 • Pensamentos automáticos de Martha.

melhor do que aparentavam os seus pensamentos automáticos excessivamente críticos. Um grande número de pesquisas confirmou que as pessoas com depressão, transtornos de ansiedade e outros quadros psiquiátricos têm uma alta freqüência de pensamentos automáticos distorcidos (Blackburn et al., 1986; Haaga et al., 1991, 1986; Wright et al., 2003). Na depressão, os pensamentos automáticos muitas vezes se centram em temas de desesperança, baixa auto-estima e fracasso. As pessoas com transtornos de ansiedade normalmente têm pensamentos automáticos que incluem previsões de perigo, prejuízo, falta de controle ou incapacidade de lidar com ameaças (D. A. Clark et al., 1990; Ingram e Kendall, 1987; Kendall e Hollon, 1989).

Todas as pessoas têm pensamentos automáticos; eles não ocorrem exclusivamente em pessoas com depressão, ansiedade ou outros transtornos emocionais. Ao reconhecer seus próprios pensamentos automáticos e empregar outros processos cognitivo-comportamentais, os terapeutas podem aprimorar seu entendimento de conceitos básicos, aumentar sua empatia com os pacientes e aprofundar a consciência de seus padrões cognitivos e comportamentais que poderiam influenciar a relação terapêutica.

Ao longo deste livro, sugerimos exercícios que acreditamos o ajudarão a aprender os princípios centrais da TCC. A maioria desses exercícios envolve praticar intervenções de TCC com pacientes ou fazer *role-play* com um colega, mas em alguns você será solicitado a examinar seus próprios pensamentos e sentimentos. O primeiro exercício é colocar no papel um exemplo de pensamentos automáticos. Tente fazer isso para uma situação de sua própria vida. Se um exemplo pessoal não lhe vier à mente, você pode usar uma vinheta de um paciente que tenha entrevistado.

- **Exercício 1.1**
  Reconhecendo os pensamentos automáticos:
  Um registro de pensamento em três colunas

  1. Desenhe três colunas em uma folha de papel e escreva em cada uma delas "situação", "pensamentos automáticos" e "emoções".
  2. Agora, relembre uma situação recente (ou uma lembrança de um evento) que pareceu mexer com suas emoções, como ansiedade, raiva, tristeza, tensão física ou alegria.
  3. Tente se imaginar estando de volta na situação, exatamente como aconteceu.
  4. Quais foram os pensamentos automáticos que ocorreram nessa situação? Escreva a situação, os pensamentos automáticos e as

emoções nas três colunas do registro de pensamento.

Às vezes, os pensamentos automáticos podem ser logicamente verdadeiros e podem ser uma percepção adequada da realidade da situação. Por exemplo, poderia ser verdade que Martha estivesse em risco de perder seu emprego ou que seu marido estivesse fazendo comentários críticos sobre seu comportamento. A TCC não quer encobrir problemas reais. Se uma pessoa estiver passando por dificuldades substanciais, métodos cognitivos e comportamentais são usados para ajudá-la a enfrentar a situação. Contudo, em pessoas com transtornos psiquiátricos, normalmente há oportunidades excelentes de apontar erros no raciocínio e outras distorções cognitivas que podem ser modificadas com as intervenções da TCC.

Erros cognitivos

Em suas formulações iniciais, Beck (1963, 1964; Beck et al., 1979) teorizou que existem equívocos característicos na lógica dos pensamentos automáticos e outras cognições de pessoas com transtornos emocionais. Pesquisas subseqüentes confirmaram a importância de erros cognitivos em estilos patológicos de processamento de informações. Por exemplo, foram encontrados erros cognitivos muito mais freqüentemente em pessoas deprimidas do que em indivíduos não-deprimidos (LeFebvre, 1981; Watkins e Rush, 1983). Beck e colaboradores (1979; D. A. Clark et al., 1999) descreveram seis categorias principais de erros cognitivos: abstração seletiva, inferência arbitrária, supergeneralização, maximização e minimização, personalização e pensamento absolutista (dicotômico ou do tipo "tudo-ou-nada"). A Tabela 1.1 traz definições e exemplos de cada um desses erros cognitivos.

Como você provavelmente notará nos exemplos na Tabela 1.1, pode haver grande superposição entre os erros cognitivos. David, a pessoa que estava utilizando pensamento absolutista, também estava ignorando as evidências de seus próprios pontos fortes e minimizando os problemas de seu amigo Fred. O homem que se tornou vítima da abstração seletiva por não receber um cartão de boas-festas tinha outros erros cognitivos, como o pensamento do tipo tudo-ou-nada ("ninguém se importa mais comigo"). Ao implementar métodos de TCC para reduzir erros cognitivos, os terapeutas normalmente ensinam os pacientes que o objetivo mais importante é simplesmente reconhecer que se está cometendo erros cognitivos – e não identificar todo e qualquer erro de lógica que esteja ocorrendo.

Esquemas

Na teoria cognitivo-comportamental, os esquemas são definidos como matrizes ou regras fundamentais para o processamento de informações que estão abaixo da camada mais superficial dos pensamentos automáticos (D. A. Clark et al., 1999; Wright et al., 2003). Esquemas são princípios duradouros de pensamento que começam a tomar forma no início da infância e são influenciados por uma infinidade de experiências de vida, incluindo os ensinamentos e o modelo dos pais, as atividades educativas formais e informais, as experiências de seus pares, os traumas e os sucessos.

Bowlby (1985) e outros observaram que os seres humanos precisam desenvolver esquemas para lidar com as grandes quantidades de informações com as quais se deparam a cada dia e para tomar decisões oportunas e apropriadas. Por exemplo, se uma pessoa tiver uma regra básica de "sempre planejar com antecedência", é improvável que ela passe muito tempo debatendo os méritos de entrar em uma nova situação sem prévia preparação. Ao contrário, ela automaticamente começará a preparar o terreno para lidar com a situação.

Foi sugerido por D. A. Clark e colaboradores (1999) que existem três grupos principais de esquemas, conforme mostra a Tabela 1.2.

TABELA 1.1 • Erros cognitivos

Abstração seletiva (às vezes chamada de *ignorar as evidências* ou *filtro mental*)

Definição: Chega-se a uma conclusão depois de examinar apenas uma pequena porção das informações disponíveis. Os dados importantes são descartados ou ignorados, a fim de confirmar a visão tendenciosa que a pessoa tem da situação.

Exemplo: Um homem deprimido com baixa auto-estima não recebe um cartão de boas-festas de um velho amigo. Ele pensa: "Estou perdendo todos os meus amigos; ninguém se importa mais comigo". Ele ignora as evidências de que recebeu cartões de vários outros amigos, que seu velho amigo tem lhe enviado cartões todos os anos nos últimos 15 anos, que seu amigo esteve muito ocupado no ano passado com uma mudança e um novo emprego e que ele ainda tem bons relacionamentos com outros amigos.

Inferência arbitrária

Definição: Chega-se a uma conclusão a partir de evidências contraditórias ou na ausência de evidências.

Exemplo: Uma mulher com medo de elevador é solicitada a prever as chances de um elevador cair com ela dentro. Ela responde que as chances são de 10% ou mais de o elevador cair até o chão e ela se machucar. Muitas pessoas tentaram convencê-la de que as chances de um acidente catastrófico com um elevador são desprezíveis.

Supergeneralização

Definição: Chega-se a uma conclusão sobre um acontecimento isolado e, então, a conclusão é estendida de maneira ilógica a amplas áreas do funcionamento.

Exemplo: Um universitário deprimido tira nota B em uma prova. Ele considera insatisfatório e supergeneraliza quando tem pensamentos automáticos como: "Estou com problemas nessa aula; estou ficando para trás em todas as áreas da minha vida; não consigo fazer nada direito".

Maximização e minimização

Definição: A relevância de um atributo, evento ou sensação é exagerada ou minimizada.

Exemplo: Uma mulher com transtorno de pânico começa a sentir tonturas durante o início de um ataque de pânico. Ela pensa: "Vou desmaiar; posso ter um ataque cardíaco ou um derrame".

Personalização

Definição: Eventos externos são relacionados a si próprio quando há pouco ou nenhum fundamento para isso. Assume-se responsabilidade excessiva ou culpa por eventos negativos.

Exemplo: Houve um revés econômico e um negócio anteriormente de sucesso passa por dificuldades para cumprir o orçamento anual. Pensa-se em fazer demissões. Uma série de fatores levaram à crise no orçamento, mas um dos gerentes pensa: "É tudo culpa minha; eu deveria saber que isso iria acontecer e ter feito alguma coisa; falhei com todos na empresa".

Pensamento absolutista (*dicotômico* ou do tipo *tudo-ou-nada*)

Definição: Os julgamentos sobre si mesmo, as experiências pessoais ou com os outros são separados em duas categorias (por ex., totalmente mau ou totalmente bom, fracasso total ou sucesso, cheio de defeitos ou completamente perfeito)

Exemplo: David, um homem com depressão, compara-se com Ted, um amigo que parece ter um bom casamento e cujos filhos estão indo bem na escola. Embora o amigo seja muito feliz em sua casa, sua vida está longe do ideal. Ted tem problemas no trabalho, restrições financeiras e dores físicas, entre outras dificuldades. David está se envolvendo em pensamento absolutista quando diz para si mesmo: "Tudo vai bem para Ted; para mim nada vai bem".

1. **Esquemas simples**
   Definição: Regras sobre a natureza física do ambiente, gerenciamento prático das atividades cotidianas ou leis da natureza que podem ter pouco ou nenhum efeito sobre a psicopatologia.

Exemplos: "Seja um motorista defensivo"; "uma boa educação é o que vale"; "abrigue-se durante uma tempestade".

2. **Crenças e pressupostos intermediários**
   Definição: Regras condicionais como afirmações do tipo *se-então*, que influenciam a auto-estima e a regulação emocional.
   Exemplos: "Tenho de ser perfeito para ser aceito"; "se eu não agradar aos outros o tempo todo, então eles me rejeitarão"; "se eu trabalhar duro, conseguirei ter sucesso".
3. **Crenças nucleares sobre si mesmo**
   Definição: Regras globais e absolutas para interpretar as informações ambientais relativas à auto-estima.
   Exemplos: "Não sou digna de amor"; "sou burra"; "sou um fracasso"; "sou uma boa amiga"; "posso confiar nos outros".

Em nossa prática clínica, normalmente não tentamos explicar os diferentes níveis de esquemas (p. ex., pressupostos intermediários *versus* crenças nucleares) aos pacientes. Descobrimos que a maioria dos pacientes obtém maior benefício ao reconhecer o conceito geral de que esquemas ou crenças nucleares (utilizamos esses termos alternadamente) têm uma forte influência na auto-estima e no comportamento. Também ensinamos aos pacientes que todas as pessoas têm uma mistura de esquemas adaptativos (saudáveis) e crenças nucleares desadaptativas. Nosso objetivo é identificar e desenvolver os esquemas adaptativos e ao mesmo tempo tentar modificar ou reduzir a influência dos esquemas desadaptativos. A Tabela 1.2 traz uma pequena lista de esquemas adaptativos e desadaptativos.

O relacionamento entre esquemas e pensamentos automáticos foi detalhado na *hipótese diátese-estresse*. Beck e outros sugeriram que, na depressão e em outros quadros, esquemas desadaptativos podem permanecer adormecidos até que um evento estressante da vida ocorra e ative a crença nuclear (Beck et al., 1979; D. A. Clark et al., 1999; Miranda, 1992). O esquema desadaptativo é então fortalecido ao ponto no qual estimula e impulsiona o fluxo mais superficial de pensamentos automáticos negativos. Esse fenômeno é ilustrado através do tratamento de Mark, um homem de meia-idade que ficou deprimido depois de ser demitido de seu emprego.

Mark não estava deprimido antes de perder seu emprego, mas começou a ter muitas dúvidas sobre si mesmo depois de ter dificuldades em encontrar outro trabalho. Quando Mark olhava a seção de empregos do jornal local, era invadido por pensamentos automáticos como: "Eles não vão me querer"; "nunca vou conseguir um emprego tão bom quanto o último"; "mesmo se conseguir uma entrevista, vou travar e não vou saber o que dizer". Depois de iniciar a TCC, o terapeuta pôde ajudar Mark a trazer à tona vários esquemas profundamente arraigados sobre competência, os quais pairavam sob a superfície por muitos anos. Um deles era "nunca sou suficientemente bom", uma crença nuclear que esteve inerte

TABELA 1.2 • Esquemas adaptativos e desadaptativos

Esquemas adaptativos	Esquemas desadaptativos
Não importa o que aconteça, consigo lidar de alguma forma.	Se decidir fazer alguma coisa, *tenho* de ter sucesso.
Se eu trabalhar com alguma coisa, posso fazê-lo bem.	Sou burro.
Sou um sobrevivente.	Sou uma farsa.
Os outros podem confiar em mim.	Nunca me sinto confortável com os outros.
Sou digno de amor.	Sem um homem (mulher), não sou ninguém.
As pessoas me respeitam.	Tenho de ser perfeito para ser aceito.
Se me preparar antes, normalmente faço melhor.	Não importa o que eu faça, não vou ter sucesso.
Pouca coisa me assusta.	O mundo é assustador demais para mim.

Nota: Adaptado de Wright et al., 2003.

em tempos melhores, mas que agora estimulava uma cascata de pensamentos automáticos negativos toda vez que tentava encontrar um emprego.

Processamento de informações na depressão e em transtornos de ansiedade

Além das teorias e dos métodos de pensamentos automáticos, dos esquemas e dos erros cognitivos, várias outras contribuições importantes influenciaram o desenvolvimento de intervenções de tratamento cognitivamente orientadas. Descrevemos rapidamente alguns desses resultados de pesquisas sobre depressão e transtornos de ansiedade para dar uma base teórica ampla para os métodos de tratamento detalhados nos capítulos posteriores. As principais características do processamento de informações patológico na depressão e em transtornos de ansiedade estão resumidas na Tabela 1.3.

A ligação entre desesperança e suicídio

Um dos achados clínicos mais relevantes provenientes de pesquisas sobre depressão é a associação entre desesperança e suicídio. Vários estudos demonstraram que pessoas deprimidas têm probabilidade de ter altos graus de desesperança, e que a falta de esperança aumenta o risco de suicídio (Beck et al., 1975, 1985, 1990; Fawcett et al., 1987). Descobriu-se que a desesperança é o fator preditivo mais importante de suicídio em pacientes deprimidos internados que foram acompanhados por dez anos após a alta médica (Beck et al., 1985). Achados semelhantes foram descritos em um estudo relacionado com pacientes ambulatoriais (Beck et al., 1990). Recentemente, Brown e colaboradores (2005) demonstraram que uma intervenção cognitivo-comportamental, incluindo a tarefa de escrever um plano de ação anti-suicídio, reduz o risco de suicídio.

Estilo atributivo na depressão

Abramson e colaboradores (1978), além de outros, propuseram que as pessoas deprimidas colocam significados (atribuições) aos eventos da vida que são negativamente distorcidos em três domínios:

1. *Interno* versus *externo.* A depressão é associada a uma tendência de fazer atribui-

TABELA 1.3 • Processamento de informações patológico na depressão e nos transtornos de ansiedade

Predominante na depressão	Predominante nos transtornos de ansiedade	Comum à depressão e aos transtornos de ansiedade
Desesperança	Medo de ferir-se ou de perigo	Processamento automático de informações aumentado
Baixa auto-estima	Maior atenção a informações sobre ameaças em potencial	Esquemas desadaptativos
Visão negativa do ambiente	Superestimações de risco nas situações	Maior freqüência de erros cognitivos
Pensamentos automáticos com temas negativos	Pensamentos automáticos associados a perigo, risco, falta de controle, incapacidade	Capacidade cognitiva reduzida para solução de problemas
Atribuições errôneas	Subestimações da capacidade de enfrentar as situações temidas	Maior atenção a si mesmo, especialmente déficits ou problemas
Superestimações de *feedback* negativo	Interpretações errôneas dos estímulos corporais	
Desempenho comprometido nas tarefas cognitivas que requeiram esforço ou pensamento abstrato		

Fonte: Adaptado de Wright et al., 2003.

ções aos eventos da vida que são enviesadas em sua própria direção interna. Assim, indivíduos deprimidos comumente assumem culpa excessiva pelos eventos negativos. Por sua vez, pessoas não-deprimidas têm maior probabilidade de ver acontecimentos nocivos como provenientes de fontes externas, como má sorte, destino ou as atitudes dos outros.

2. *Global* versus *específico.* Em vez de ver os eventos negativos somente com uma relevância isolada ou limitada, pessoas com depressão podem concluir que essas ocorrências têm implicações de longo alcance, globais ou totalmente abrangentes. Pessoas que não são deprimidas têm uma capacidade melhor de isolar eventos negativos e evitar que tenham um efeito extensivo sobre a auto-estima e as respostas comportamentais.
3. *Fixo* versus *mutável.* Na depressão, situações negativas ou problemáticas são vistas como imutáveis e improváveis de melhorar no futuro. Um estilo mais saudável de pensamento é observado em pessoas não-deprimidas, que acreditam, mais freqüentemente, que as condições ou circunstâncias negativas regridirão com o tempo (p. ex., "isso vai passar").

As pesquisas sobre os estilos atributivos na depressão têm sido criticadas, porque os primeiros estudos foram realizados com estudantes e populações não-clínicas. Outras pesquisas realizadas com pacientes cuidadosamente diagnosticados com depressão também produziram resultados inconsistentes (Wright et al., 2003). No entanto, o peso das evidências dá suporte ao conceito de que as atribuições podem ser distorcidas na depressão e que os métodos de TCC podem ser úteis para reverter esse tipo de processamento cognitivo tendencioso. Em nosso trabalho clínico, descobrimos que muitos pacientes deprimidos conseguem assimilar prontamente o conceito de que seu estilo de pensamento está tendencioso na direção de atribuições internas, globais e fixas.

Distorções na resposta ao feedback

Uma série de pesquisas sobre como as pessoas respondem ao *feedback* revelou diferenças entre pessoas deprimidas e não-deprimidas, as quais têm implicações significativas para a terapia. Descobriu-se que indivíduos deprimidos subestimam a quantidade de *feedback* positivo recebido e despendem menor esforço às tarefas depois de lhe dizerem que seu desempenho é ruim (D. A. Clark et al., 1999; DeMonbreun e Craighead, 1977; Klein et al., 1976; Loeb et al., 1971; Wenzlaff e Grozier, 1988). Indivíduos não-deprimidos apresentam padrões que podem indicar um *viés positivo que serve a si mesmos* – eles podem ouvir *feedback* mais positivo do que aquele realmente dado ou minimizar a relevância de *feedback* negativo (Alloy e Ahrens, 1987; Rizley, 1978).

Como um dos objetivos da TCC é ajudar os pacientes a desenvolverem um estilo acurado e racional de processamento de informações, o terapeuta precisa reconhecer e abordar possíveis distorções de *feedback*. Um dos principais métodos para fazer isso – dar e solicitar *feedback* detalhado em sessões de terapia – é descrito nos Capítulos 2 e 4. Estas técnicas utilizam a experiência da terapia como uma oportunidade para aprender a ouvir, reagir e dar *feedback* de maneira apropriada.

Estilo de pensamento em transtornos de ansiedade

Pessoas que apresentam transtornos de ansiedade demonstraram ter vários vieses característicos no processamento de informações. Uma dessas áreas de disfunção é um nível elevado de atenção a informações no ambiente sobre ameaças em potencial (Matthews e MacLeod, 1987). Por exemplo, a mulher com fobia de elevador, descrita na Tabela 1.1, pode ouvir um rangido ou outros sons em um elevador que a deixam preocupada com sua segurança. Uma pessoa que não tenha esse medo provavelmente prestará menos ou nenhuma aten-

ção a esses estímulos. Pessoas com transtornos de ansiedade também, comumente, vêem os ativadores de seu medo como sendo perigosos de maneira não-realista ou com potencial para feri-las (Fitzgerald e Phillips, 1991). Muitos indivíduos com transtorno de pânico têm medo de que os ataques de pânico – ou as situações que os induzem – possam causar danos catastróficos, talvez até mesmo ataque cardíaco, derrame e morte.

Outros estudos de processamento de informações demonstraram que pacientes com transtornos de ansiedade freqüentemente fazem uma estimativa reduzida de sua capacidade de enfrentar ou lidar com as situações carregadas de medo, têm sensação de falta de controle e alta freqüência de auto-afirmações negativas, interpretações errôneas dos estímulos corporais e estimativas exageradas do risco de calamidades futuras (Glass e Furlong, 1990; Ingram e Kendall, 1987; McNally e Foa, 1987; Wright et al., 2003). Ter consciência desses diferentes tipos de processamento tendencioso de informações pode ajudar os terapeutas a planejarem e implementarem o tratamento para transtornos de ansiedade.

Aprendizagem, memória e capacidade cognitiva

A depressão geralmente é associada a comprometimentos substanciais na capacidade de se concentrar e no desempenho das funções de aprendizagem e memória, que exigem esforço ou abstração (Weingartner et al., 1981). Também foram observadas reduções na capacidade de resolver problemas e no desempenho de tarefas tanto na depressão como nos transtornos de ansiedade (D. A. Clark et al., 1990; Ingram e Kendall, 1987). Na TCC, esses déficits de desempenho cognitivo são abordados com intervenções específicas (p. ex., estruturação, métodos psicoeducativos e ensaio) destinadas a melhorar a aprendizagem e auxiliar os pacientes a aprimorar suas habilidades de solução de problemas (ver Capítulo 4, "Estruturação e educação").

VISÃO GERAL DOS MÉTODOS DE TERAPIA

Quando começam a aprender a TCC, os terapeutas às vezes cometem o erro de ver essa abordagem como apenas um conjunto de técnicas ou intervenções. Assim, eles passam rapidamente por alguns dos ingredientes mais importantes da TCC e partem diretamente para a implementação de técnicas, como o registro de pensamentos, a programação de atividades ou a dessensibilização. É fácil cair nessa armadilha, já que a TCC é conhecida por suas intervenções eficazes e pelo fato de os pacientes geralmente gostarem de se envolver em exercícios específicos. Mas, se você se focar prematuramente ou muito fortemente na implementação das técnicas, perderá a essência da TCC.

Antes de escolher e aplicar técnicas, é preciso desenvolver uma conceitualização individualizada que conecte diretamente as teorias cognitivo-comportamentais à estrutura psicológica única do paciente e sua constelação de problemas (ver Capítulo 3, "Avaliação e formulação"). A conceitualização de caso é um guia essencial para o trabalho dos terapeutas cognitivo-comportamentais. Outras características centrais da TCC incluem um relacionamento terapêutico altamente colaborativo, aplicação hábil de métodos de questionamento socrático e estruturação e psicoeducação eficazes (conforme Tabela 1.4). Este livro destina-se a ajudá-lo a adquirir as habilidades gerais cruciais na TCC, além de aprender intervenções específicas para quadros psiquiátricos comuns. Como introdução às descrições detalhadas em capítulos posteriores, fornecemos aqui uma breve visão geral dos métodos de tratamento.

Duração e foco da terapia

A TCC é uma terapia voltada para o problema geralmente aplicada em um formato de curto prazo. O tratamento para depressão ou transtornos de ansiedade descomplicados normalmente dura de 5 a 20 sessões. Entretanto, cursos mais longos de TCC podem ser neces-

TABELA 1.4 • Métodos principais de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

Foco voltado para o problema
Conceitualização de caso individualizada
Relacionamento terapêutico empírico colaborativo
Questionamento socrático
Uso de estruturação, psicoeducação e ensaio para melhorar a aprendizagem
Evocação e modificação de pensamentos automáticos
Descoberta e modificação de esquemas
Métodos comportamentais para reverter padrões de desamparo, comportamento autodestrutivo e evitação
Desenvolvimento de habilidades de TCC para ajudar a evitar a recaída

sários se houver condições co-mórbidas ou se o paciente possuir sintomas crônicos ou resistentes a tratamento. A TCC para transtornos de personalidade, psicoses ou transtorno bipolar pode precisar ser estendida para além das 20 sessões. Além disso, pacientes com doenças crônicas ou recorrentes podem se beneficiar com um desenho de terapia no qual a maior parte da TCC é mais pesada nos primeiros meses de tratamento (i.e., com visitas semanais), mas depois o terapeuta continua a atender o paciente em sessões de reforço intermitentes por períodos mais longos. Psiquiatras experientes nesse método podem usar a TCC em combinação com farmacoterapia em sessões curtas durante a fase de manutenção de depressão recorrente, transtorno bipolar ou outras doenças crônicas.

A TCC normalmente é aplicada em sessões de 45 a 50 minutos. Mas sessões mais longas têm sido implementadas com sucesso para o rápido tratamento de pacientes com transtornos de ansiedade (Öst et al., 2001). Sessões de menos de 50 minutos normalmente são recomendadas para pacientes internados, pessoas com psicose e outros com sintomas graves que interferem substancialmente na concentração (Kingdon e Turkington, 2004; Stuart et al., 1997; Wright et al., 1992). Além disso, como será detalhado no Capítulo 4, sessões curtas de 25 minutos provaram ser eficazes para o tratamento de depressão se combinadas com um programa auxiliar via computador (Wright et al., 2005). Uma forma breve de TCC aplicada em combinação com um programa de computador foi descrita para o tratamento de transtorno de pânico (Newman et al., 1997). Um outro formato para sessões abreviadas de terapia às vezes é usado por psiquiatras experientes em TCC. São empregadas sessões curtas com medicações e auxiliares de tratamento, como a terapia assistida por computador e livros de auto-ajuda, como alternativa à tradicional "hora de 50 minutos".

A TCC concentra-se primordialmente no aqui-e-agora. No entanto, é essencial ter uma perspectiva longitudinal – incluindo a consideração do desenvolvimento na primeira infância, histórico familiar, traumas, experiências evolutivas positivas e negativas, educação, história de trabalho e influências sociais – para entender completamente o paciente e planejar o tratamento. É enfatizada uma abordagem voltada para o problema porque a atenção às questões atuais ajuda a estimular o desenvolvimento de planos de ação para combater sintomas como desesperança, desamparo, evitação e procrastinação. Além disso, as respostas cognitivas e comportamentais a eventos recentes são mais acessíveis e verificáveis do que as reações a ocorrências no passado distante. Um benefício adicional de trabalhar primordialmente no funcionamento atual é uma redução da dependência e da regressão no relacionamento terapêutico (Wright et al., 2003).

Conceitualização de caso

Quando estamos em sessões de TCC e fazemos um bom trabalho, sentimos que a conceitualização do caso norteia diretamente cada

pergunta, cada resposta não-verbal, cada intervenção e o conjunto de ajustes que fazemos no estilo terapêutico para aprimorar a comunicação com o paciente. Em outras palavras, temos uma estratégia cuidadosamente pensada e não fazemos terapia pela nossa cabeça, jogando com um conjunto de técnicas. Para aprender a se tornar um terapeuta cognitivo-comportamental eficaz, é preciso praticar e desenvolver formulações que reúnam informações da avaliação diagnóstica, das observações sobre o histórico específico do paciente e da teoria cognitivo-comportamental em um plano de tratamento detalhado. Os métodos de conceitualização de caso são abordados no Capítulo 3.

Relação terapêutica

Várias das características das relações terapêuticas adequadas são compartilhadas entre a TCC, a terapia psicodinâmica, as terapias não-dirigidas e outras formas comuns de psicoterapia. Esses atributos incluem compreensão, gentileza e empatia. Como todos os bons terapeutas, os terapeutas da TCC também devem ter a capacidade de gerar confiança e demonstrar serenidade quando sob pressão. Mas, em comparação com outras terapias conhecidas, a relação terapêutica na TCC se difere por ser orientada para um alto grau de colaboração, por seu foco fortemente empírico e pelo uso de intervenções direcionadas para a ação.

Beck e colaboradores (1979) utilizam o termo *empirismo colaborativo* para descrever a relação terapêutica na TCC. Eles trabalham juntos como uma equipe investigativa, desenvolvendo hipóteses sobre a acurácia ou o valor de enfrentamento de uma série de cognições e comportamentos. Eles então colaboram no desenvolvimento de um estilo mais saudável de pensamento e de habilidades de enfrentamento e na reversão de padrões improdutivos de comportamento. Os terapeutas cognitivo-comportamentais são normalmente mais ativos do que os terapeutas de outras formas de terapia. Eles ajudam a estruturar as sessões, dão *feedback* e orientam os pacientes sobre como usar os métodos da TCC.

Os pacientes também são incentivados a assumir responsabilidade na relação terapêutica. Eles são solicitados a dar *feedback* ao terapeuta, a ajudar a estabelecer a programação para as sessões de terapia e a trabalhar na prática das intervenções da TCC em situações da vida cotidiana. De modo geral, a relação terapêutica na TCC se caracteriza pela abertura na comunicação e por uma abordagem focada para o trabalho, pragmática e voltada para o senso de equipe no manejo dos problemas.

Questionamento socrático

O estilo de questionamento usado na TCC baseia-se em uma relação empírica colaborativa e tem o objetivo de ajudar os pacientes a reconhecerem e modificarem o pensamento desadaptativo. O *questionamento socrático* consiste em fazer perguntas ao paciente que estimulem a curiosidade e o desejo de inquirir. Em vez de uma apresentação didática dos conceitos da terapia, o terapeuta tenta fazer com que o paciente se envolva no processo de aprendizagem. Uma forma especial de questionamento socrático é a *descoberta guiada*, por meio da qual o terapeuta faz uma série de perguntas indutivas para revelar padrões disfuncionais de pensamento ou comportamento.

Estruturação e psicoeducação

A TCC utiliza métodos de estruturação, como o estabelecimento de agenda e *feedback*, para maximizar a eficiência das sessões de tratamento, ajudar os pacientes a organizar seus esforços em direção à recuperação e intensificar o aprendizado. A agenda da sessão é feita de forma a dar um direcionamento claro à sessão e permitir a mensuração do progresso. Por exemplo, itens bem-articulados da agenda podem ser "desenvolver um plano para voltar ao trabalho", "reduzir a tensão no relacionamen-

to com meu filho" ou "encontrar maneiras de superar o divórcio".

Durante a sessão, o terapeuta orienta o paciente no uso da agenda para explorar produtivamente tópicos importantes e tenta evitar digressões que têm pouca chance de ajudar a atingir os objetivos do tratamento. Contudo, os terapeutas têm bastante espaço para desviar-se da agenda se novos tópicos ou idéias importantes forem identificados ou se o fato de permanecer na agenda atual não estiver produzindo os resultados desejados. Tanto o paciente quanto o terapeuta dão e recebem *feedback* para confirmar a compreensão e para moldar o direcionamento da sessão.

São utilizados vários métodos psicoeducativos na TCC. As experiências de ensino nas sessões normalmente envolvem usar situações da vida do paciente para ilustrar os conceitos. Comumente, o terapeuta dá breves explicações e as acompanha com perguntas que promovam o envolvimento do paciente no processo de aprendizagem. Várias ferramentas estão disponíveis para auxiliar os terapeutas a promover a psicoeducação. Alguns exemplos são a leitura de livros de auto-ajuda, apostilas, questionários de avaliação e programas de computador. O Capítulo 4, "Estruturação e educação", traz uma descrição completa dessas ferramentas.

Reestruturação cognitiva

Uma grande parte da TCC é dedicada a ajudar o paciente a reconhecer e modificar esquemas e pensamentos automáticos desadaptativos. O método mais freqüentemente usado é o questionamento socrático. Registros de pensamento também são bastante utilizados na TCC. Identificar pensamentos automáticos sob a forma escrita pode, muitas vezes, incitar um estilo mais racional de pensamento.

Outros métodos comumente usados incluem identificar erros cognitivos, examinar as evidências (análise pró e contra), reatribuição (modificar o estilo atributivo), listar alternativas racionais e ensaio cognitivo. Esta última técnica consiste em praticar uma nova maneira de pensar por meio da geração de imagens mentais ou *role-play*. Isso pode ser feito em sessões durante o tratamento com a ajuda do terapeuta. Ou, depois de ganhar experiência no uso de métodos de ensaio, o paciente pode ter como tarefa praticar sozinho em casa.

A estratégia geral de reestruturação cognitiva é identificar pensamentos automáticos e esquemas nas sessões de terapia, ensinar habilidades para mudar cognições e, depois, fazer os pacientes realizarem uma série de exercícios intersessões planejados para expandir os aprendizados da terapia às situações do mundo real. Normalmente, é necessária a prática repetitiva até que os pacientes possam modificar prontamente cognições desadaptativas arraigadas.

Métodos comportamentais

O modelo de TCC enfatiza que a relação entre cognição e comportamento é uma via de duas mãos. As intervenções cognitivas descritas acima, se implementadas com sucesso, têm probabilidade de ter efeitos salutares no comportamento. Da mesma forma, mudanças positivas no comportamento normalmente estão associadas a uma melhor perspectiva cognitiva.

A maioria das técnicas comportamentais usadas na TCC destina-se a ajudar as pessoas a:

1. romper padrões de evitação ou desesperança;
2. enfrentar gradativamente situações temidas;
3. desenvolver habilidades de enfrentamento;
4. reduzir emoções dolorosas ou excitação autônomica.

No Capítulo 6, "Métodos comportamentais I: melhorando a energia, concluindo tarefas e solucionando problemas", e no Capítulo 7, "Métodos comportamentais II: reduzindo a ansiedade e quebrando padrões de evitação", detalhamos métodos comportamentais

eficazes para a depressão e os transtornos de ansiedade. Algumas das intervenções mais importantes que você aprenderá são ativação comportamental, exposição hierárquica (dessensibilização sistemática), prescrição gradual de tarefas, programação de atividades e eventos prazerosos, treinamento de respiração e treinamento de relaxamento. Essas técnicas podem servir como ferramentas poderosas para ajudar a reduzir sintomas e promover mudanças positivas.

Desenvolvimento de habilidades de TCC para ajudar a prevenir a recaída

Uma das vantagens da abordagem da TCC é a aquisição de habilidades que podem reduzir o risco de recaída. Aprender como reconhecer e mudar pensamentos automáticos, utilizar métodos comportamentais comuns e implementar as outras intervenções descritas anteriormente neste capítulo podem ajudar os pacientes a lidar futuramente com ativadores dos sintomas. Por exemplo, uma pessoa que aprende a reconhecer erros cognitivos nos pensamentos automáticos pode ser mais capaz de evitar o pensamento catastrófico em situações estressantes com as quais poderá se deparar após o término da terapia. Durante as fases finais da TCC, em geral o terapeuta se concentra especificamente na prevenção da recaída ao ajudar o paciente a identificar problemas em potencial, os quais têm uma alta probabilidade de causar dificuldades. Depois, são utilizadas técnicas de treinamento para praticar maneiras eficazes de enfrentamento.

Para ilustrar a abordagem da TCC à prevenção da recaída, pense no caso de uma pessoa que está recebendo alta de uma unidade hospitalar após uma tentativa de suicídio. Embora o indivíduo possa estar bem melhor e não esteja apresentando ideação suicida, um bom plano de tratamento cognitivo-comportamental incluiria a discussão dos possíveis desafios de retornar para casa e ao trabalho, seguido de orientação sobre as maneiras de lidar com esses desafios. É provável que a TCC com esse paciente também inclua o desenvolvimento de um plano específico anti-suicida.

RESUMO

A TCC é uma das formas mais amplamente praticadas de psicoterapia para transtornos psiquiátricos. Essa abordagem de tratamento se baseia em preceitos sobre a função da cognição no controle da emoção e dos comportamento humanos, os quais foram traçados através de escritos de filósofos desde a Antigüidade até os dias de hoje. Os construtos que definem a TCC foram desenvolvidos por Aaron T. Beck e outros psiquiatras e psicólogos influentes, a partir dos anos de 1960. A TCC distingue-se por uma grande quantidade de pesquisas que examinaram suas teorias básicas e demonstraram a eficácia do tratamento.

O processo de aprendizagem para se tornar um terapeuta cognitivo-comportamental qualificado envolve estudar as teorias e os métodos básicos, examinar exemplos de intervenções de TCC e praticar essa abordagem de tratamento com pacientes. Neste capítulo, introduzimos os conceitos centrais da TCC, como o modelo cognitivo-comportamental, a importância de reconhecer e modificar pensamentos automáticos, a influência dos esquemas no processamento de informações e na psicopatologia e a função-chave dos princípios comportamentais no planejamento das intervenções de tratamento. Os capítulos seguintes trazem explicações detalhadas e ilustrações a respeito de como colocar os princípios básicos da TCC em prática.

REFERÊNCIAS

Abramson LY, Seligman MEP, Teasdale J: Learned helplessness in humans: critique and reformulation. J Abnorm Psychol 87:49-74, 1978.

Alloy LB, Ahrens AH: Depression and pessimism for the future: biased use of statistically relevant information in predictions for self versus others. J Pers Soc Psychol 52:366-378, 1987.

Barlow DH, Cerney JA: Psychological Treatment of Panic. New York, Guilford, 1988.

Barlow DH, Craske MG, Cerney JA, et al: Behavioral treatment of panic disorder. Behav Ther 20:261-268, 1989.

Beck AT: Thinking and depression. Arch Gen Psychiatry 9:324-333, 1963.

Beck AT: Thinking and depression, II: theory and therapy. Arch Gen Psychiatry 10:561-571, 1964.

Beck AT, Kovacs M, Weissman A: Hopelessness and suicidal behavior-an overview. JAMA 234:1146-1149, 1975.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al: Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford, 1979.

Beck AT, Steer RA, Kovacs M, et al: Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. Am J Psychiatry 142:559-562, 1985.

Beck AT, Brown G, Berchick RJ, et al: Relationship between hopelessness and ultimate suicide: a replication with psychiatric outpatients. Am J Psychiatry 147:190-195, 1990.

Blackburn IM, Jones S, Lewin RJP: Cognitive style in depression. Br J Clin Psychol 25:241-251, 1986.

Bowlby J: The role of childhood experience in cognitive disturbance, in Cognition and Psychotherapy. Edited by Mahoney MJ, Freeman A. New York, Plenum, 1985, pp 181-200.

Brown GK, Ten Have T, Henriques GR, et al: Cognitive therapy for the prevention of suicide attempts: a randomized controlled trial. JAMA 294:563-570, 2005.

Butler AC, BeckJS: Cognitive therapy outcomes: a review of meta-analyses. Joumal of the Norwegian Psychological Association 37:1-9, 2000.

Campos PE: Special series: integrating Buddhist philosophy with cognitive and behavioral practice. Cognitive and Behavioral Practice 9:38-40, 2002.

Clark DA, Beck AT, Stewart B: Cognitive specificity and positive-negative affectivity: complementary or contradictory views on anxiety and depression? J Abnorm Psycho199:148-155, 1990.

Clark DA, Beck AT, Alford HA: Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. New York, Wiley, 1999.

Clark DM: A cognitive approach to panic. Behav Res Ther 24:461-470, 1986.

Clark DM, Salkovskis PM, Hackmann A, et al: A comparison of cognitive therapy, appliedTelaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. Br J Psychiatry 164:759-769, 1994.

Dalai Lama: Ethics for the New Millennium. New York, Riverhead Books, 1999.

DeMonbreun BG, Craighead WE: Distortion of perception and recall of positive and neutral feedback in depression. Cognit Ther Res 1:311-329, 1977.

Dobson KS: A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 57:414-419, 1989.

Dobson KS, Shaw BF: Cognitive assessment with major depressive disorders. Cognit Ther Res 10:13-29, 1986.

Epictetus: Enchiridion. Translated by George Long. Arnherst, NY, Prometheus Books, 1991.

Eysenck HJ: The Effects of Psychotherapy. New York, International Science Press, 1966.

Fawcett J, Scheftner W, Clark D, et al: Clinical predictors of suicide in patients with major affective disorders: a controlled prospective study. Am J Psychiatry 144:35-40, 1987.

Fitzgerald TE, Phillips W: Attentional bias and agoraphobic avoidance: the role of cognitive style. J Anxiety Disord 5:333-341, 1991.

Frankl YE: Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy. Boston, MA, Beacon Press, 1992.

Furmark T, Tillfors M, Marteinsdottir I, et al: Common changes in cerebral blood flow in patients with social phobia treated with citalopram or cognitive-behavioral therapy. Arch Gen Psychiatry 59:425-433, 2002.

Glass CR, Furlong M: Cognitive assessment of social anxiety: affective and behavioral correlates. Cognit Ther Res 14:365-384, 1990.

Goldapple K, Segal Z, Garson C, et al: Modulation of cortical-limbic pathways in major depression: treatment-specific effects of cognitive behavior therapy. Arch Gen Psychiatry 61:34-41, 2004.

Haaga DA, Dyck MJ, Ernst D: Empirical status of cognitive theory of depression. Psychol Bull 110:215-236, 1991.

Hollon SD, Kendall PC, Lumry A: Specificity of depressotypic cognitions in clinical depression. J Abnorm Psychol 95:52-59, 1986.

Ingram RE, Kendall PC: The cognitive side of anxiety. Cognit Ther Res 11:523- 536, 1987.

Isaacson W: Benjamin Franklin: An American Life. New York, Simon & Schuster, 2003.

Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al: A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. N Engl J Med 342:1462-1470, 2000.

Kelly G: The Psychology of Personal Constructs. New York, WW Norton, 1955.

Kendall PC, Hollon SD: Anxious self-talk: development of the Anxious Self-Statements Questionnaire (ASSQ). Cognit Ther Res 13:81-93, 1989.

Kingdon DG, Turkington D: Cognitive Therapy of Schizophrenia. New York, Guilford, 2004.

Klein DC, Fencil-Morse E, Seligman MEP: Learned helplessness, depression, and the attribution of failure. J Pers Soc Psychol 33:508-516, 1976.

Lam DH, Watkins ER, Hayward P, et al: A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. Arch Gen Psychiatry 60:145-152, 2003.

LeFebvre MF: Cognitive distortion and cognitive errors in depressed psychiatric and low back pain patients. J Consult Clin Psychol 49:517-525, 1981.

Lewinsohn PM, Hoberman HM, Teri L, et al: An integrative theory of depression, in Theoretical Issues in Behavior Therapy. Edited by Reiss S, Bootzin R. New York, Academic Press, 1985, pp 331-359.

Loeb A, Beck AT, Diggory J: Differential effects of success and failure on depressed and nondepressed patients. J Nerv Ment Dis 152:106-114, 1971.

Marks IM, Swinson RP, Basoglu M, et al: Aiprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: a controlled study in London and Toronto. Br J Psychiatry 162:776-787, 1993.

Mathews A, MacLeod C: An information-processing approach to anxiety. Journal of Cognitive Psychotherapy 1:105-115, 1987.

McNally RJ, Foa EB: Cognition and agoraphobia: bias in the interpretation of threat. Cognit Ther Res 11:567-581, 1987.

Meichenbaum DH: Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach. New York, Plenum, 1977.

Miranda J: Dysfunctional thinking is activated by stressful life events. Cognit Ther Res 16:473-483, 1992.

Newman MG, Kenardy J, Herman S, et al: Comparison of palmtop-computer assisted brief cognitive-behavioral treatment to cognitive-behavioral treatment for panic disorder. J Consult Clin Psychol 65: 178-183, 1997.

Ost LG, Aim T, Brandberg M, et al: One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. Behav Res Ther 39:167-183, 2001.

Rachman S: The evolution of cognitive behavior therapy, in Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy. Edited by Clark DM, Fairburn CG. New York, Oxford University Press, 1997, p. 3-26.

Raimy V: Misunderstandings of the Self San Francisco, CA, Jossey-Bass, 1975.

Rector NA, Beck AT: Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. J Nerv Ment Dis 189:278-287, 2001.

Rizley R: Depression and distortion in the attribution of causality. J Abnorm Psychol 87:32-48, 1978.

Schwartz JM, Stoessel PW; Baxter LR Jr, et al: Systematic changes in cerebral glucose metabolic rate after successful behavior modification treatment of obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 53:109-113, 1996.

Sternberg RJ: Cognitive Psychology. Fort Worth, TX, Harcourt Brace, 1996.

Stuart S, Wright JH, Thase ME: Cognitive therapy with inpatients. Gen Hosp Psychiatry 19:42-50, 1997.

Watkins JT, Rush AJ: Cognitive response test. Cognit Ther Res 7:125-126, 1983.

Weingartner H, Cohen RM, Murphy DL, et al: Cognitive processes in depression. Arch Gen Psychiatry 38:42-47, 1981.

Wenzlaff RM, Grozier SA: Depression and the magnification of failure. J Abnorm Psychol 97:90-93, 1988.

Wolpe J: Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford, CA, Stanford University Press, 1958.

Wright JH: Integrating cognitive-behavioral therapy and pharmacotherapy, in Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice. Edited by Leahy RL. New York, Guilford, 2004, p. 341-366.

Wright JH, Thase ME: Cognitive and biological therapies: a synthesis. Psychiatr Ann 22:451-458, 1992.

Wright JH, Thase ME, Beck AT; et al (eds): Cognitive Therapy With Inpatients: Developing a Cognitive Milieu. New York, Guilford, 1992.

Wright JH, Beck AT, Thase M: Cognitive therapy, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry, 4th Edition. Edited by Hales RE, Yudofsky SC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, p. 1245-1284.

Wright JH, Wright AS, Albano AM, et al: Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. Am J Psychiatry 162:1158-1164, 2005.

2

A relação terapêutica

Empirismo colaborativo em ação

Uma das características atraentes da terapia cognitivo-comportamental (TCC) é o emprego de um estilo de relação terapêutica colaborativa, simples e voltada para a ação. Embora a relação entre terapeuta e paciente não seja considerada o mecanismo principal para a mudança como em algumas outras formas de psicoterapia, uma boa aliança de trabalho é uma parte essencialmente importante do tratamento (Beck et al., 1979). Assim como terapeutas de outras escolas importantes de psicoterapia, os terapeutas cognitivo-comportamentais buscam propiciar um ambiente de tratamento com um alto grau de autenticidade, afeto, consideração positiva e empatia – as qualidades em comum de todas as terapias eficazes (Beck et al., 1979; Keijsers et al., 2000; Rogers, 1957). Além dessas características não-específicas da relação terapêutica, a TCC caracteriza-se por um tipo específico de aliança de trabalho, o *empirismo colaborativo*, que é direcionado para a promoção da mudança cognitiva e comportamental.

As pesquisas sobre a relação terapêutica em vários tipos de psicoterapia têm mostrado repetidamente uma poderosa associação entre o resultado do tratamento e a força do vínculo entre terapeuta e paciente (Beitman et al., 1989; Klein et al., 2003; Orlinsky et al., 1994; Wright e Davis, 1994). Uma revisão das pesquisas da relação terapêutica na TCC também revelou que a qualidade da aliança terapêutica cognitivo-comportamental influencia os resultados do tratamento (Keijsers et al., 2000). Especialmente notável foi a grande e rica pesquisa de uma forma modificada de TCC (o sistema de psicoterapia da análise cognitivo-comportamental; McCullough, 2001) para a depressão crônica; esse estudo demonstrou que as medidas da relação terapêutica no início da terapia preconizavam a melhora subseqüente nos sintomas depressivos (Klein et al., 2003). Assim, há fortes evidências de pesquisa de que os esforços para construir boas relações terapêuticas na TCC têm um forte impacto no curso de tratamento.

Aprender a construir relações mais eficazes entre terapeuta e paciente é um desafio para toda a vida profissional. Todos os terapeutas começam o processo com os blocos de construção básicos de suas experiências em relações anteriores. Entre as típicas razões para as pessoas escolherem a terapia como profissão é que elas têm a capacidade inata de entender os outros e de discutir tópicos emocionalmente carregados com sensibilidade, gentileza e serenidade consideráveis. Entretanto, aprender a maximizar esses talentos geralmente requer grande experiência clínica, juntamente com a supervisão clínica e introspecção pessoal. Como uma introdução à relação terapêutica na TCC, discutimos brevemente as características não-específicas de tratamento e, depois, voltamo-nos para o foco principal deste capítulo: a aliança de trabalho empírico-colaborativa.

EMPATIA, AFETO E AUTENTICIDADE

Do ponto de vista cognitivo-comportamental, a empatia envolve a capacidade de colocar-se no lugar do paciente de modo a ser capaz de intuir o que ele está sentindo e pensando e, ao mesmo tempo, manter a objetividade para discernir possíveis distorções, raciocínio ilógico ou comportamento desadaptativo que possam estar contribuindo para o problema. Beck e colaboradores (1979) enfatizaram que é crucial regular adequadamente a quantidade de empatia e o afeto pessoal associado. Se o terapeuta é visto como sendo distante, frio e despreocupado, as perspectivas de um bom resultado do tratamento diminuirão. Mas um esforço exagerado para ser afetuoso e empático também pode ser contraproducente. Uma pessoa com auto-estima por muito tempo baixa ou falta de confiança básica, por exemplo, poderia compreender as tentativas do terapeuta excessivamente zeloso sob uma ótica negativa (p. ex., "Por que ela se importaria com um fracassado como eu? Se a terapeuta está se esforçando tanto para me conhecer, ela própria deve ser uma solitária. O que a terapeuta quer de mim?").

O momento de se fazer comentários empáticos também é muito importante. Um erro comum é dar muito peso às tentativas de empatia antes de o paciente sentir que você entendeu adequadamente sua difícil situação. Mas se uma demonstração importante de dor emocional for ignorada, mesmo nas primeiras fases da terapia, corre-se o risco de ser visto como não-conectado ou não-responsivo. A seguir, estão algumas boas perguntas para serem feitas a si mesmo, ao se pensar em fazer comentários empáticos: "Entendo bem as circunstâncias de vida e o estilo de pensamento dessa pessoa?", "Esta é uma boa hora para mostrar empatia?", "Qual a quantidade necessária de empatia agora?", "Existe algum risco em ser empático nesse momento com esse paciente?".

Embora os comentários empáticos bem-colocados normalmente ajudem a fortalecer o relacionametno e a aliviar a tensão emocional, há momentos em que as tentativas de ser compreensivo podem reforçar cognições negativamente distorcidas. Se, por exemplo, forem feitas continuamente afirmações como "consigo entender como você se sente" a pacientes que acreditam que fracassaram ou que sua vida é impossível de administrar, pode-se inadvertidamente validar suas atitudes de autocondenação e desesperança. Se você estiver ouvindo ativamente e balançar a cabeça afirmativamente repetidas vezes enquanto a paciente expressa uma ladainha de cognições desadaptativas, ela pode pensar que você concorda com suas conclusões. Ou, ainda, se você tiver um paciente com agorafobia e sentir muita empatia pela dor emocional do transtorno, pode esquecer de usar os métodos comportamentais para romper padrões de evitação, e a eficácia da terapia pode ficar comprometida.

Uma das chaves mais importantes para mostrar empatia é a autenticidade. Terapeutas que exibem autenticidade são capazes de se comunicar verbal ou não-verbalmente de uma maneira honesta, natural e emocionalmente conectada para mostrar aos pacientes que verdadeiramente entendem a situação. O terapeuta autêntico é diplomático ao dar *feedback* construtivo aos pacientes, mas não tenta esconder a verdade. Os eventos e resultados negativos reais são reconhecidos como tal, mas o terapeuta está sempre tentando encontrar nos pacientes os pontos fortes que os ajudarão a enfrentar melhor as vicissitudes da vida. Assim, uma das características pessoais desejáveis de terapeutas cognitivo-comportamentais é um autêntico senso de otimismo, com crença na resiliência e no potencial de crescimento dos pacientes.

A completa expressão de empatia na TCC inclui uma vigorosa busca por soluções. Não é suficiente demonstrar preocupação. O terapeuta precisa converter essa preocupação em ações que reduzam o sofrimento e ajudem o paciente a lidar com os problemas da vida. Portanto, o terapeuta cognitivo-comportamental mescla

comentários empáticos apropriados com questões socráticas e outros métodos de TCC que incentivem o pensamento racional e o desenvolvimento de comportamentos de enfrentamento saudáveis. Muitas vezes, a forma empática mais eficaz é fazer perguntas que ajudem o paciente a enxergar novas perspectivas, em vez de simplesmente seguir o fluxo disfuncional de pensamento.

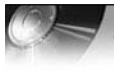
EMPIRISMO COLABORATIVO

O termo mais freqüentemente usado para descrever o relacionamento terapêutico na TCC é *empirismo colaborativo*. Essas duas palavras captam bem a essência da aliança de trabalho. O terapeuta envolve o paciente em um processo altamente colaborativo no qual existe uma responsabilidade compartilhada pelo estabelecimento de metas e agendas, por dar e receber *feedback* e por colocar em prática os métodos de TCC na vida cotidiana. Juntos, terapeuta e paciente focam pensamentos e comportamentos problemáticos, que são então explorados empiricamente quanto à sua validade ou utilidade. Quando são detectados defeitos ou déficits reais, são planejadas e praticadas estratégias de enfrentamento para essas dificuldades. No entanto, a principal função do relacionamento terapêutico é enxergar as distorções cognitivas e os padrões comportamentais improdutivos por meio de uma lente empírica que pode revelar oportunidades para o desenvolvimento de mais racionalidade, o alívio dos sintomas e a melhor eficácia pessoal.

O estilo empírico-colaborativo da relação terapêutica de tratamento é ilustrado ao longo deste livro por meio de uma série de breves vídeos que demonstram os métodos centrais de TCC. Sugerimos assistir agora duas dessas vinhetas que mostram o tratamento de Gina, uma mulher com transtorno de ansiedade, com o Dr. Wright. No primeiro vídeo, o Dr. Wright está avaliando os sintomas de ansiedade de Gina e começando a planejar o tratamento. Embora a terapia ainda não tenha atingido o ponto das intervenções específicas da TCC, terapeuta e paciente estão construindo um sólido relacionamento que permitirá que façam progressos na redução dos sintomas de ansiedade de Gina. No segundo vídeo, Gina está sendo incentivada a assumir uma abordagem empírica para modificar um conjunto de cognições desadaptativas. Uma boa aliança terapêutica é um requisito essencial para realizar esse tipo de trabalho terapêutico.

Antes de assistir ao primeiro vídeo, queremos fazer algumas sugestões sobre como extrair o máximo dessas demonstrações. Como observado no Prefácio, nosso objetivo, ao produzir o vídeo, foi oferecer exemplos de como os terapeutas poderiam implementar a TCC em sessões reais. Os vídeos não são roteirizados ou elaborados para serem perfeitas ilustrações da única maneira possível de tratar cada situação. Embora tenhamos pedido aos terapeutas que dessem o melhor de si na intervenção e acreditemos que os vídeos representem, de modo geral, intervenções genuínas de TCC, você pode pensar em métodos ou variações alternativos no estilo de terapia que podem funcionar melhor.

Quando apresentamos vídeos em nossas aulas, mesmo quando são sessões conduzidas por mestres como Aaron T. Beck, comumente encontramos tanto pontos fortes quanto oportunidades para fazer as coisas de modo diferente. Portanto, recomendamos que faça a si mesmo esse tipo de perguntas, ao assistir as demonstrações em vídeo neste livro: “De que modo essa vinheta demonstra os princípios-chave da TCC?”; “O que me agrada no estilo do terapeuta?”; “Caso fizesse algo diferente, como seria?”. Também pode ser útil assistir aos vídeos com um colega ou supervisor, para comparar anotações e gerar outras idéias para intervenções em terapia. Finalmente, queremos lembrar-lhe que os vídeos foram elaborados para ser assistidos em seqüência, a partir do ponto do livro em que você estiver lendo sobre o método específico demonstrado no vídeo.



- **Vídeo 1**: Avaliando os sintomas de ansiedade: Dr. Wright e Gina
- **Vídeo 2**: Modificando os pensamentos automáticos: Dr. Wright e Gina

Grau de atividade do terapeuta na TCC

Além das qualidades não-específicas da relação, comuns a todos os terapeutas eficazes, os terapeutas cognitivo-comportamentais precisam se tornar hábeis em demonstrar alto grau de atividade nas sessões de tratamento. Os terapeutas cognitivo-comportamentais normalmente trabalham com a intenção de estruturar a terapia, dar compasso às sessões para aproveitar ao máximo o tempo disponível, desenvolver uma formulação de caso sempre em evolução e implementar os métodos de TCC.

A atividade dos terapeutas normalmente é maior nas primeiras fases do tratamento, quando os pacientes estão mais sintomáticos e estão sendo familiarizados com o modelo cognitivo-comportamental. Durante essa parte do tratamento, o terapeuta também pode precisar injetar energia, animação e um senso de esperança na terapia, especialmente quando o paciente está severamente deprimido e exibindo forte anedonia ou lentidão psicomotora. A vinheta do caso clínico a seguir, do tratamento de um homem deprimido, demonstra como o terapeuta pode, às vezes, precisar ser bastante ativo para ajudar o paciente a assimilar e utilizar os métodos da TCC.

CASO CLÍNICO

Foi pedido a Matt que fizesse um registro de pensamentos como tarefa após sua segunda sessão, mas ele teve problemas para concluir a tarefa.

Terapeuta: Dissemos que passaríamos algum tempo revisando sua tarefa da semana passada. Como foi?

Matt: Não sei. Eu tentei, mas estava muito cansado quando chegava em casa à noite. Parecia que eu nunca tinha tempo para trabalhar nisso. (*Abre seu caderno de terapia e tira a tarefa*).

Terapeuta: Podemos dar uma olhada no que você escreveu no papel?

Matt: Claro, mas acho que não fiz um bom trabalho.

O terapeuta e Matt examinam o registro de pensamentos deste. A primeira coluna tem uma situação ("Minha esposa me disse que eu não era mais divertido"), a segunda coluna (Pensamentos) está em branco e a terceira coluna inclui uma classificação de seus sentimentos ("Triste, 100%").

Terapeuta: Matt, acho que você está se menosprezando em relação à sua tarefa. Às vezes, quando as pessoas estão deprimidas, é difícil fazer esse tipo de coisa. Mas você fez uma boa tentativa, e realmente identificou uma situação que mexeu com muitos sentimentos. Se você não se importar, podemos trabalhar para completar as outras colunas aqui.

Matt (parecendo aliviado): Fiquei com medo de fazer errado e você achar que eu não estava tentando.

Terapeuta: Não, não vou julgá-lo. Só quero ajudá-lo a usar esse tipo de exercício para melhorar. Você está pronto para falar sobre o que aconteceu, quando sua esposa fez essa observação?

Matt: Sim.

Terapeuta: Notei que você escreveu a situação e os sentimentos de tristeza que ocorreram. Mas você não colocou nada na coluna de pensamentos. Você pode relembrar quando sua esposa disse que você não era mais divertido, e tentar lembrar o que pode ter passado por sua cabeça?

Matt: Foi um banho de água fria. Tinha sido um dia difícil no trabalho. Então, quando cheguei em casa, me joguei na cadeira e comecei a ler o jornal. Então, ela realmente pegou no meu pé. Acho que isso me aborreceu tanto que não quis escrever o que estava pensando.

Terapeuta: É compreensível. Dá para ver que isso realmente aborreceu você. Mas se pudermos descobrir o que você estava

pensando, talvez pudéssemos encontrar algumas pistas para combater sua depressão.

Matt: Posso falar sobre isso agora.

Terapeuta: Vamos usar esse registro para escrever alguns dos pensamentos que você teve naquele momento. (*Pega o registro de pensamentos e se posiciona para escrever*)

Matt: Bom, acho que o primeiro pensamento foi "ela está cansada de mim". Depois comecei a ver todas as coisas importantes em minha vida escorrerem pelos dedos.

Terapeuta: O que você achava que iria perder?

Matt: Estava pensando: "Ela está prestes a me deixar. Vou perder minha família e meus filhos. Toda a minha família vai desmoronar".

Terapeuta: Estes são pensamentos angustiantes. Você acha que são totalmente precisos? Será que a depressão pode estar influenciando seu modo de pensar?

O terapeuta, então, explicou a natureza dos pensamentos automáticos e ajudou Matt a examinar as evidências para esse fluxo de cognições negativas. Em conseqüência da intervenção, Matt concluiu que era altamente provável que sua esposa estivesse determinada a manter o relacionamento, mas estava cada vez mais frustrada com a depressão dele. O grau de tristeza e tensão de Matt reduziu-se assim que o caráter absolutista de suas cognições atenuou e um plano comportamental foi desenvolvido para atender às preocupações de sua esposa. Esse exemplo demonstra como o terapeuta pode precisar assumir um papel muito ativo ao explicar conceitos, demonstrar princípios centrais da TCC e auxiliar os pacientes a se envolverem completamente no processo de tratamento.

Você deve ter notado que o terapeuta falou mais do que Matt durante boa parte dessa conversa. Embora haja uma grande variabilidade de paciente para paciente e de sessão para sessão a respeito do quanto o terapeuta precisará falar na TCC, as primeiras sessões podem ser marcadas por segmentos com um grau relativamente alto de atividade verbal por parte do terapeuta. Geralmente, à medida que a terapia progride e os pacientes aprendem a usar os conceitos da TCC, o terapeuta é capaz de só observar, demonstrar empatia e seguir adiante com a terapia com menos palavras e menor esforço.

O terapeuta como professor-treinador

Você gosta de ensinar? Já teve experiência de orientar pessoas ou ser orientado? Em virtude da importância significativa da aprendizagem na TCC, o relacionamento no tratamento tem mais uma qualidade de professor e aluno do que na maioria das outras terapias. Bons professores-treinadores na TCC transmitem conhecimento de uma maneira altamente colaborativa, utilizando o método socrático para incentivar o paciente a se envolver completamente no processo de aprendizagem. Os seguintes atributos da relação terapêutica podem promover o ensino e o treinamento efetivos:

- *Amigável.* Os pacientes normalmente percebem os bons terapeutas-professores como pessoas amigáveis e simpáticas que não intimidam, reprovam ou admoestam excessivamente. Eles transmitem informações de uma maneira positiva e construtiva.
- *Envolvido.* Para ser especialmente eficaz no papel de professor na TCC, é preciso criar um ambiente de aprendizagem estimulante. Envolver o paciente com questionamento socrático e exercícios de aprendizagem que tragam energia à terapia, mas não os sobrecarregar com mais material ou mais complexidade do que podem lidar. Enfatizar o trabalho em equipe e o processo colaborativo na aprendizagem.
- *Criativo.* Como os pacientes geralmente vêm para a terapia com um estilo monocular fixo de pensamento, os terapeutas podem precisar de modelos e de modos mais criativos de enxergar a situação e buscar soluções. Tente utilizar métodos de aprendizagem que suscitem a própria criatividade do paciente e coloque esses pontos fortes para trabalhar no enfrentamento dos problemas.
- *Capacitação.* O bom ensino normalmente envolve oferecer aos pacientes idéias e fer-

ramentas que lhes permitam operar mudanças significativas em suas vidas. O caráter de capacitação da TCC depende muito da natureza educativa da relação terapêutica.

- *Orientado para a ação.* A aprendizagem na TCC não é um processo passivo, do tipo "sentado na poltrona". Terapeuta e paciente trabalham juntos para adquirir conhecimento, que é posto em ação em situações da vida real.

O uso do humor na TCC

Por que se deve levar em consideração o uso do humor na TCC? Afinal de contas, a maioria de nossos pacientes está enfrentando sérios problemas, como a morte de um ente querido, o casamento desfeito, doenças médicas e as devastações de doenças mentais. Será que as tentativas de inserir humor podem ser mal-interpretadas, como se você estivesse tentando banalizar, negar ou ignorar a gravidade dos problemas do paciente? Será que o paciente perceberá seu esforço em demonstrar humor como uma desvalorização? Será que o paciente pensará que você está rindo *dele*, em vez de rir *com* ele?

Certamente, há riscos ao se usar humor na terapia. Os terapeutas precisam ter muito cuidado para reconhecer as armadilhas e medir a capacidade do paciente de se beneficiar com uma injeção de humor no relacionamento. No entanto, o humor pode ter muitos efeitos positivos na habilidade do paciente de reconhecer suas distorções cognitivas, expressar emoções saudáveis e experimentar o prazer. Para muitas pessoas, o humor é uma estratégia de enfrentamento altamente adaptativa. Ele traz liberação emocional, risadas e divertimento para suas vidas (Kuhn, 2002). Mas, quando vêm para a terapia, os pacientes geralmente já perderam, pelo menos em grande parte, seu senso de humor.

Há três razões principais para se utilizar o humor na TCC. Primeiro, o humor pode normalizar e humanizar a aliança terapêutica. Por ser o humor uma parte tão importante da vida, e sendo ele geralmente um componente dos bons relacionamentos, comentários adequados e bem-colocados podem ajudar a promover o caráter amigável e colaborativo da TCC. A segunda razão para utilizar o humor é auxiliar os pacientes a romper padrões rígidos de pensamento e comportamento. Se o terapeuta e o paciente conseguirem rir juntos das falhas dos modos extremos de enxegar as situações, será mais provável que o paciente pondere e adote mudanças cognitivas. A terceira razão para buscar o potencial do humor na TCC é a possibilidade de que as habilidades para o humor sejam reveladas, fortalecidas e intensificadas como um importante recurso para combater sintomas e enfrentar o estresse.

O humor na TCC raramente envolve terapeuta e paciente contando piadas. Um cenário muito mais provável envolve o uso de hipérbole na descrição do impacto de manter crenças desadaptativas ou de persistir em um padrão comportamental rígido e ineficaz. Elementos-chave característicos desse tipo de humor são:

1. espontâneo e genuíno;
2. construtivo;
3. focado em um problema externo ou em um modo de pensamento incongruente em vez de uma fraqueza pessoal.

O humor que segue essas diretrizes pode aliviar o peso de um conjunto rígido disfuncional de cognições e comportamentos. O vídeo 2 inclui vários modelos de uso terapêutico do humor na TCC. O Dr. Wright e Gina conseguiram rir juntos à medida que progrediam no uso do modelo da TCC para atacar os sintomas de ansiedade dela.

Alguns terapeutas são naturalmente adeptos do uso delicado do humor nas sessões, enquanto outros acham esse aspecto da terapia constrangedor ou difícil. O humor é, sem dúvida, uma parte essencial da TCC. Portanto, se você não gosta de empregar humor ou não tem essas habilidades, pode tirar a ênfase desse aspecto da terapia e se concentrar em outros elementos do relacionamento empírico-cola-

borativo. Contudo, ainda assim recomendamos que pergunte aos pacientes se o senso de humor é um de seus pontos fortes e os ajude a utilizá-lo como uma estratégia positiva de enfrentamento.

Flexibilidade e sensibilidade

Os pacientes vêm para a terapia com uma grande variedade de expectativas, experiências de vida, sintomas e traços de personalidade, por isso os terapeutas precisam estar em sintonia com as diferenças individuais, à medida que tentam desenvolver relações de trabalho eficazes. Deve-se evitar um tipo de relação terapêutica monolítica, que se encaixa a qualquer situação, em favor de um estilo flexível e personalizado, que seja sensível às características únicas de cada paciente. Sugerimos considerar as influências de três domínios principais de interesse clínico, ao personalizar alianças terapêuticas:

1. questões situacionais;
2. histórico sociocultural;
3. diagnóstico e sintomas (Wright e Davis, 1994).

Questões situacionais

Tensões atuais da vida, como o luto após a morte de um ente querido, separação ou divórcio, perda de emprego, problemas financeiros ou enfermidades, podem exigir ajustes no relacionamento terapêutico. Um exemplo de nossa prática clínica é o tratamento de uma mulher deprimida que vivenciara recentemente a morte de seu filho adolescente por suicídio. Devido ao profundo luto da paciente, o terapeuta precisava concentrar esforços para ser empático, compreensivo e dar apoio. Intervenções cognitivo-comportamentais típicas, como o registro de pensamentos e o exame das evidências, não foram aplicadas na parte inicial desse tratamento, porque o terapeuta podia corresponder melhor às dores da paciente empregando empatia e calor humano, ouvindo e usando intervenções comportamentais para ajudá-la a recuperar seu funcionamento no dia-a-dia.

Influências ambientais ou estressores podem, às vezes, levar os pacientes a fazer solicitações especiais. Um paciente que está tendo problemas no relacionamento conjugal pode pedir para que os pagamentos pela terapia não sejam enviados para sua casa, para que sua esposa não saiba que ele está fazendo terapia. Uma pessoa que teve uma complicação cirúrgica e está pensando em processar seu médico pode estipular que o cirurgião não seja contatado para fornecer os prontuários médicos. Uma mulher que esteja envolvida em um embate judicial pela custódia de um filho pode pedir ao terapeuta para servir de testemunha de defesa no tribunal. Nossa regra geral para lidar com tais solicitações logo no início da terapia é aceitá-las como se apresentam e tentar atender às expectativas do paciente, a menos que haja um conflito ético ou limites profissionais a se considerar. No entanto, alguns pacientes podem ter expectativas irreais ou potencialmente danosas. Solicitações, sejam diretas ou implícitas, de maior amizade ou intimidade física, precisam ser reconhecidas e manejadas por meio de diretrizes firmes e eticamente responsáveis (Gutheil e Gabbard, 1993; Wright e Davis, 1994). Algumas solicitações – tais como sessões mais longas para além do tempo normal ou uma abundância de ligações telefônicas do paciente – podem ter um impacto negativo na aliança. Ainda que os pacientes possam, às vezes, citar questões situacionais extraordinárias para justificar essas demandas, o terapeuta experiente terá presente os perigos de ultrapassar os limites em conceder favores especiais.

Questões socioculturais

A sensibilidade às questões socioculturais é um componente essencial na formação de alianças de trabalho autênticas e altamente funcionais. Entre outras variáveis pessoais, o sexo, a etnia, a idade, a situação socioeconô-

mica, a religião, a orientação sexual, as deficiências físicas e o grau de escolaridade podem influenciar tanto o terapeuta como o paciente, à medida que tentam construir uma relação terapêutica. Embora os terapeutas normalmente busquem ser imparciais e respeitosos em relação às diferentes histórias de vida, às crenças e ao comportamento, podemos ter pontos-cegos ou falta de conhecimentos que podem interferir no vínculo de tratamento ou mesmo fazer nos perdermos completamente em nossos esforços de nos relacionarmos com o paciente. Além disso, os vieses dos pacientes podem comprometer sua capacidade de se beneficiar com o trabalho dos terapeutas, cujas características pessoais não combinam com as expectativas do paciente.

Existem várias estratégias úteis para se sintonizar com o impacto das influências socioculturais na aliança terapêutica. Nossa primeira recomendação é ser reflexivo em seu trabalho com pacientes com diversas histórias de vida. Não presuma que você seja totalmente sensível e tolerante com a diversidade de seus pacientes. Preste muita atenção a reações negativas aos pacientes ou às evidências de que fatores socioculturais estão limitando seu trabalho terapêutico. Você está tendo dificuldades para expressar empatia com um determinado paciente? Você se sente "duro" e artificial nas sessões de tratamento? Está temendo o atendimento com esse paciente? Essas reações podem estar relacionadas a suas tendências e atitudes pessoais? Se você perceber tais reações, faça um plano para modificar suas percepções negativas, a fim de ser mais compreensivo e aceitar o paciente.

A segunda estratégia é fazer um esforço orquestrado para melhorar seu conhecimento sobre as diferenças socioculturais que podem influenciar a relação terapêutica. Por exemplo, um terapeuta heterossexual com treinamento limitado sobre a cultura *gay* e que esteja percebendo uma aversão por trabalhar com pacientes homossexuais ou lésbicas poderia ler bibliografia sobre a experiência homossexual, participar de *workshops* destinados a melhorar a sensibilidade e assistir a filmes que tenham a intenção de aumentar a compreensão de questões relacionadas com a orientação sexual (Spencer e Hemmer, 1993; Wright e Davis, 1994). Além disso, os terapeutas podem conseguir formar alianças mais eficazes se estudarem uma ampla gama de tradições religiosas e filosofias de vida. Apesar de uma quantidade limitada de pesquisas ter demonstrado que os pacientes com certas crenças religiosas terão afinidade com terapeutas com históricos espirituais semelhantes (Propst et al., 1992), nossas experiências no uso da TCC com pacientes de várias religiões (ou sem uma inclinação religiosa específica) sugerem que a compreensão, a tolerância e o respeito por diferentes estruturas religiosas normalmente promovem boas alianças terapêuticas.

Os terapeutas também devem ser bem versados em questões étnicas e de gênero que possam influenciar o processo de tratamento (Wright e Davis, 1994). Além das leituras e do treinamento da sensibilidade, sugerimos que discutam tais questões com especialistas em diversidade cultural e com colegas e amigos, para adquirir uma total perspectiva dessas influências em potencial na relação terapêutica. Temos valorizado especialmente as informações vindas de colegas e amigos que fazem comentários sobre nossas atitudes. Eles têm nos ajudado a aprofundar nossa consciência de como a etnia, o sexo e outros fatores socioculturais podem afetar o processo terapêutico.

Conforme você aprende mais sobre as influências socioculturais na relação terapêutica, também recomendamos que dispense algum tempo para examinar seu ambiente no consultório quanto a possíveis influências que possam deixar os pacientes desconfortáveis. A sala de espera é planejada para acomodar pessoas com deficiências físicas ou muito acima do peso? As revistas na sala de espera transmitem algum tipo de preconceito? O pessoal que trabalha no consultório trata todos os pacientes com o mesmo respeito e atenção? A decoração do consultório transmite algum significado não-intencional que possa humilhar as pessoas de certas etnias ou culturas? Se você reconhecer qualquer característica de seu con-

sultório que possa ter um impacto negativo nas alianças terapêuticas, trabalhe para corrigir e melhorar o ambiente de tratamento.

Diagnóstico e sintomas

A doença, o tipo de personalidade e o conjunto de sintomas de cada paciente podem ter uma influência substancial no relacionamento terapêutico. Um paciente maníaco pode ser intrusivo e irritante ou pode ser extremamente charmoso e sedutor. Pacientes com transtornos por uso de substâncias geralmente apresentam padrões cognitivos e comportamentais que os estimulam a enganar o terapeuta e a si mesmos. Uma pessoa com um transtorno alimentar pode fazer um grande esforço para convencer o terapeuta da validade de suas atitudes desadaptativas.

Transtornos e traços de personalidade também podem ter um efeito altamente significativo no trabalho do terapeuta de estabelecer uma aliança de trabalho eficaz. O paciente dependente pode querer criar dependência no terapeuta. Uma pessoa com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo pode ter dificuldades para expressar emoção na inter-relação terapêutica. Um paciente esquizóide pode ser muito defensivo e ter problemas para confiar no terapeuta. E, claro, uma pessoa com transtorno de personalidade *borderline* provavelmente haverá passado por relacionamentos caóticos e instáveis, o que pode ser levado para o cenário terapêutico.

Modificações nos métodos da TCC para quadros clínicos específicos, inclusive transtornos de personalidade, são detalhadas no Capítulo 10, "Tratando transtornos crônicos, graves ou complexos". Aqui, relacionamos três estratégias gerais para lidar com o impacto da doença e da estrutura de personalidade do paciente na aliança terapêutica:

1. *Identificar problemas em potencial.* Esteja atento para as possíveis influências de sintomas e diferentes aspectos da personalidade, e esteja pronto para adaptar seu comportamento para lidar com essas diferenças. Por exemplo, pode ser necessário prestar atenção especial no desenvolvimento da confiança com uma pessoa traumatizada e que esteja passando por um transtorno de estresse pós-traumático. Ou talvez seja recomendável amenizar a tensão, utilizar o humor e tentar abordagens criativas para romper a rigidez de uma pessoa com traços obsessivo-compulsivos. Se estiver tratando uma mulher com um transtorno alimentar que você suspeita não estar sendo totalmente honesta com você sobre a extensão de seu comportamento não-saudável (p. ex., está comendo compulsivamente, purgando, abusando de laxantes, exercitando-se demasiadamente), pode ser necessário discutir abertamente sobre suas preocupações.
2. *Não rotule o paciente.* O rótulo ocorre quando o terapeuta acaba usando termos diagnósticos como *borderline*, *alcoólico* ou *dependente* de uma maneira pejorativa. Atitudes negativas em relação a esses comportamentos podem ser sutis, subliminares ou abertas. Uma vez que tenha ocorrido a rotulação, o relacionamento torna-se mais distante ou tenso, o terapeuta pode se esforçar menos para trabalhar com os sintomas e é provável que a qualidade da terapia se deteriore.
3. *Empenhe-se pela serenidade.* Tente ficar calmo no olho do furacão. Seja objetivo e dê uma direção firme para a terapia, mesmo quando estiver lidando com situações emocionalmente carregadas ou sendo desafiado por um paciente exigente. Trabalhe para desenvolver a capacidade de lidar com uma ampla variedade de situações clínicas e tipos de personalidade, ao mesmo tempo evitando reações exageradas, comportamento raivoso ou respostas defensivas. Seu temperamento já pode conter uma dose saudável de serenidade. No entanto, esse atributo pode ser praticado e fortalecido. Uma das maneiras mais valiosas de aumentar sua capacidade de serenidade é desenvolver habilidades para

reconhecer e lidar com as reações de transferência e contratransferência, como discutido a seguir.

A TRANSFERÊNCIA NA TCC

O conceito de transferência deriva-se da psicanálise e da psicoterapia psicodinâmica, mas é substancialmente revisado na TCC para ser consistente com as teorias e métodos cognitivo-comportamentais (Beck et al., 1979; Sanders e Wills, 1999; Wright e Davis, 1994). Como em outras terapias, os fenômenos de transferência são vistos como uma reedição, na relação terapêutica, de elementos-chave de relacionamentos prévios importantes (p. ex., pais, avós, professores, chefes, amigos). Mas, na TCC, o foco não está nos componentes inconscientes da transferência ou nos mecanismos de defesa, mas sim nas maneiras habituais de pensar e agir que são repetidos no *setting* terapêutico. Por exemplo, se um homem tem uma crença nuclear profunda de que "deve estar no controle" e padrões de comportamento arraigados de controlar os outros, ele pode reproduzir essas mesmas cognições e comportamentos no relacionamento terapêutico.

Como a TCC é um tratamento tipicamente de curto prazo, com uma aliança entre paciente e terapeuta altamente colaborativa e direta, a intensidade da transferência normalmente é muito mais baixa do que na psicoterapia de orientação psicodinâmica de longo prazo. Além disso, a transferência não é vista como um mecanismo necessário ou primordial para a aprendizagem ou a mudança. No entanto, a consciência da presença de transferência nos pacientes e a capacidade de usar esse conhecimento para melhorar a relação terapêutica e modificar os padrões disfuncionais de pensamento são questões importantes da TCC (Beck et al., 1979; Sanders e Wills, 1999; Wright e Davis, 1994).

Ao avaliar a transferência na TCC, o terapeuta observa os esquemas e os padrões associados de comportamento que provavelmente foram desenvolvidos dentro do contexto de relacionamentos importantes do passado. Essa avaliação serve a duas funções primordiais. Primeiro, o terapeuta consegue analisar a relação terapêutica para aprender acerca das crenças nucleares do paciente e examinar *in vivo* os efeitos dessas cognições no comportamento do paciente em relacionamentos importantes. Segundo, o terapeuta pode planejar intervenções para reduzir os efeitos negativos da transferência no vínculo terapêutico ou no resultado da terapia.

Se houver evidências de que uma crença nuclear está influenciando a relação entre terapeuta e paciente, o terapeuta precisa levar em consideração as seguintes perguntas:

1. *A transferência é um fenômeno saudável ou produtivo?* Em caso positivo, o terapeuta pode escolher omitir qualquer comentário sobre a transferência e permitir que ela continue como está.
2. *Você acha que há potencial para efeitos negativos da transferência?* Talvez a situação atual da transferência seja neutra ou benigna, mas haja uma perspectiva de complicações na relação terapêutica. Quando identificar reações de transferência, tente pensar no que pode acontecer se a terapia continuar e a relação se intensificar. Ações preventivas (p. ex., estabelecer limites mais restritos, detalhar diretrizes apropriadas para a aliança terapêutica) podem ajudar a evitar problemas futuros.
3. *Há uma reação transferencial que exige atenção agora?* Quando houver uma reação transferencial interferindo na colaboração, bloqueando o progresso ou tendo um efeito destrutivo na terapia, o terapeuta precisa tomar medidas imediatas para abordar o problema. As intervenções podem incluir psicoeducação sobre o fenômeno da transferência, o uso de técnicas-padrão de TCC para modificar pensamentos automáticos e esquemas envolvidos na transferência, ensaios comportamentais (a prática de comportamentos alternativos mais saudáveis nas sessões de terapia) e o

comprometimento em limitar ou eliminar certos comportamentos.

CASO CLÍNICO

O tratamento de Carla, uma mulher de 25 anos com depressão severa, por uma terapeuta de meia-idade incluiu o trabalho de trazer à luz uma reação transferencial e usar a transferência para ajudar a paciente a mudar. As crenças nucleares da paciente (p. ex., "nunca vou conseguir ser uma pessoa competente"; "nunca vou conseguir agradar meus pais"; "sou um fracasso") estavam afetando negativamente a relação, porque a paciente se comparava com a terapeuta, uma profissional bem-sucedida. Carla também tinha pensamentos automáticos de que a terapeuta a estava julgando e pensando que ela era preguiçosa ou burra, porque ela nem sempre conseguia mostrar sucesso na implementação de métodos de auto-ajuda da TCC. Conseqüentemente, Carla sentia-se distante da terapeuta e a via como uma pessoa exigente que não gostava muito dela.

A terapeuta reconheceu que as experiências de Carla, de ter pais extremamente críticos e de sempre acreditar que era inferior aos outros, levou-a a ter uma relação terapêutica tensa. Portanto, a terapeuta discutiu abertamente a reação transferencial e, depois, utilizou métodos para corrigir distorções que estavam prejudicando o vínculo colaborativo.

Algumas das cognições específicas acerca da terapeuta que foram objeto de mudança eram as seguintes: "Ela tem tudo – eu não tenho nada" (um pensamento automático com um erro cognitivo: maximizar os pontos positivos dos outros e minimizar seus próprios pontos fortes); "se realmente me conhecer, ela vai perceber que sou uma farsa" (um esquema desadaptativo que estava levantando uma barreira entre a paciente e a terapeuta) e "nunca poderia chegar a seus pés" (uma transferência de crenças sobre os pais para a terapeuta).

Depois de explicitar essas cognições, a terapeuta explicou como os pensamentos automáticos, as crenças nucleares e os comportamentos de outros relacionamentos podem ser reproduzidos na terapia e em outras situações interpessoais atuais. Ela então tranqüilizou Carla de que a entendia e a respeitava, mas queria ajudá-la a desenvolver sua auto-estima. Elas concordaram que uma maneira de melhorar a auto-imagem de Carla seria conversar regularmente sobre a aliança terapêutica e testar seus pressupostos sobre as atitudes e expectativas da terapeuta. À medida que o tratamento progredia, a relação terapêutica tornava-se um mecanismo saudável para Carla ver-se de maneira precisa e desenvolver atitudes mais funcionais e realistas.

A CONTRATRANSFERÊNCIA

Outra responsabilidade dos terapeutas cognitivo-comportamentais é buscar possíveis reações de contratransferência que possam estar interferindo no desenvolvimento de relações terapêuticas colaborativas. A contratransferência ocorre na TCC quando a relação com o paciente ativa no terapeuta pensamentos automáticos e esquemas, e essas cognições têm o potencial de influenciar o processo de terapia. Como os pensamentos automáticos e os esquemas podem operar fora de sua plena consciência, uma boa maneira de identificar possíveis reações de contratransferência é reconhecer emoções, sensações físicas ou respostas comportamentais que possam ser estimuladas por suas cognições. Os indicadores comuns de que pode estar ocorrendo contratransferência são: ficar com raiva, tenso ou frustrado com o paciente; sentir-se entediado no atendimento; aliviado quando o paciente se atrasa ou cancela a sessão; repetidamente encontra dificuldades para trabalhar com um determinado tipo de doença, conjunto de sintomas ou dimensão de personalidade, ou começa a se sentir especialmente atraído ou inclinado por um determinado paciente.

Ao suspeitar de que pode estar se desenvolvendo contratransferência, pode-se aplicar as teorias e os métodos da TCC descritos ao longo de todo este livro para entender melhor e lidar com a reação. Comece por tentar identificar seus pensamentos automáticos e esquemas. Depois, se for clinicamente indicado e viável, você pode trabalhar na modificação das cognições. Por exemplo, se você tiver pensamentos automáticos como "este paciente não tem motivação... tudo o que ele faz é se lamentar durante toda a sessão... essa terapia não está indo a lugar algum", você pode tentar

identificar seus próprios erros cognitivos (p. ex., pensamento do tipo tudo-ou-nada, ignorar as evidências, tirar conclusões apressadas) e mudar seu modo de pensar para refletir uma visão mais equilibrada dos esforços e do potencial do paciente.

RESUMO

Uma aliança eficaz entre terapeuta e paciente é uma condição essencial para a implementação dos métodos específicos da TCC. À medida que os terapeutas envolvem os pacientes no processo da TCC, eles precisam demonstrar compreensão, empatia e afeto pessoal adequados e flexibilidade ao reagir às características singulares dos sintomas, das crenças e das influências socioculturais de cada pessoa. O bom relacionamento terapêutico na TCC caracteriza-se por um alto grau de colaboração e um estilo empírico de questionamento e aprendizagem. A aliança de tratamento colaborativa-empírica une terapeuta e paciente em um esforço conjunto para definir problemas e buscar soluções.

REFERÊNCIAS

Beck AT; Rush AJ, Shaw BF, et al: Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford, 1979.

Beitman BD, Goldfried MR, Norcross JC: The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. Am J Psychiatry 146:138-147, 1989.

Gutheil TG, Gabbard GO: The concept of boundary in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. Am J Psychiatry 150: 188-196, 1993.

Keijsers GP, Schaap CP, Hoogduin CAL: The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: a review of empirical studies. Behav Modif 24:264-297, 2000.

Klein DN, Schwartz JE, Santiago NJ, et al: Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. J Consult Clin Psychol 71:997-1006, 2003.

Kuhn C: The Fun Factor: Unleashing the Power of Humor at Home and on the Job. Louisville, KY, Minerva Books, 2002.

McCullough JP Jr: Skills Training Manual for Diagnosing and Treating Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York, Guilford, 2001.

Orlinsky D, Grawe K, Parks B: Process and outcome in psychotherapy-noch einmal, in Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th Edition. Edited by Bergin AE, Garfield SL. New York, Wiley, 1994, p. 270-376.

Propst LR, Ostrom R, Watkins P, et al: Comparative efficacy of religious and non-religious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. J Consult Clin Psychol 60:94-103, 1992.

Rogers CR: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. J Consult Clin Psychol 21:95-103, 1957.

Sanders D, Wills F: The therapeutic relationship in cognitive therapy, in Understanding the Counselling Relationship: Professional Skills for Counsellors. Edited by Feltham C. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999, p. 120-138.

Spencer S, Hemmer R: Therapeutic bias with gay and lesbian clients: afunctional analysis. The Behavior Therapist 16:93-97, 1993.

Wright JH, Davis D: The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: patient perceptions and therapist responses. Cognitive and Behavioral Practice 1:25-45, 1994.

3

Avaliação e formulação

O processo de avaliação dos pacientes para a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e de realização de conceitualizações de caso baseia-se em um modelo abrangente de tratamento. Embora os elementos cognitivos e comportamentais para a compreensão do transtorno do paciente recebam a maior ênfase, também as influências biológicas e sociais são consideradas características essenciais da avaliação e formulação. Neste capítulo, discutiremos as indicações para a TCC, as características dos pacientes que são associadas a uma afinidade com essa abordagem e elementos principais que avaliam a adequação para a terapia. Também apresentamos um método pragmático para organizar as conceitualizações de caso e desenvolver planos de tratamento.

AVALIAÇÃO

A avaliação para a TCC começa com os aspectos fundamentais utilizados em qualquer forma de psicoterapia: uma anamnese completa e um exame do estado mental. Deve-se dar atenção aos sintomas atuais do paciente, suas relações interpessoais, sua base sociocultural e seus pontos fortes pessoais, além de levar em consideração o impacto da história de seu desenvolvimento, da genética, dos fatores biológicos e das doenças médicas. A avaliação detalhada das influências desses múltiplos domínios permitirá produzir uma formulação de caso muldimensional, como detalhado no próximo tópico, "Conceitualização de Caso na TCC".*

Uma vez que as indicações para a TCC baseiam-se amplamente no diagnóstico, a realização de uma entrevista-padrão e de diagnóstico multiaxial fornecerá muitas informações necessárias para avaliar a adequação do paciente para a TCC. Desde a década de 1980, o modelo da TCC vem sendo adaptado e modificado para uma grande variedade de quadros clínicos, ampliando sua abrangência para além do tratamento de transtornos depressivos e de ansiedade leves a moderados (Wright et al., 2003). Por exemplo, no Capítulo 10, "Tratando transtornos crônicos, graves ou complexos", examinamos as modificações da TCC para o transtorno bipolar, a esquizofrenia, o transtorno da personalidade *borderline*, além de outros quadros de difícil tratamento. Sugerimos, portanto, que a maioria dos pacientes avaliados para o tratamento psiquiátrico serão candidatos em potencial para a TCC, seja isoladamente ou combinado com a farmacoterapia adequada.

A TCC é a forma de psicoterapia mais bem-estudada (Butler e Beck, 2000; Dobson, 1989; Wright et al., 2003). A eficácia da TCC

* O registro de formulação de caso mencionado neste capítulo, encontrado no Apêndice 1, "Formulários de trabalho e inventários", também está disponível para *download* grátis em um formato maior no *site* da American Psychiatric Publishing: http://www.appi.org/pdf/wright, conteúdo em inglês.

para diversos transtornos de Eixo I já foi demonstrada em mais de 300 estudos controlados e randomizados (Butler e Beck, 2000). A eficácia como monoterapia (isto é, sem farmacoterapia concomitante) foi estabelecida para uma série de quadros clínicos, sendo a TCC considerada um dos tratamentos de eleição para o transtorno de depressão maior, os transtornos de ansiedade, a bulimia nervosa e vários outros quadros clínicos (Wright et al., 2003). Embora a TCC não seja uma monoterapia adequada para pacientes com esquizofrenia ou transtorno bipolar, foi demonstrado que tem utilidade para esses problemas quando combinada com farmacoterapia (Lam et al., 2003; Rector e Beck, 2001; Sensky et al., 2000; ver também Capítulo 10, "Tratando transtornos crônicos, graves ou complexos"). Além disso, uma forma modificada da TCC demonstrou ser útil no transtorno da personalidade *borderline* (Linehan et al., 1991) e foram descritos métodos de tratamento para outros transtornos de Eixo II (Beck e Freeman, 1990) e transtornos por uso de substâncias (Beck et al., 1993; Thase, 1997).

Existem poucas contra-indicações para o uso da TCC (p. ex., demência avançada, outros transtornos amnésicos severos e estados de confusão mais transitórios, como *delirium* ou intoxicação por drogas). Pessoas com transtorno de personalidade anti-social grave, na simulação ou outros quadros clínicos que comprometem marcadamente o desenvolvimento de uma relação terapêutica colaborativa e baseada na confiança também não são bons candidatos para a TCC. Os fatores que limitam o uso da TCC nesses quadros também se aplicam a outras formas de psicoterapia.

Discutiremos o uso de modelos mais prolongados de TCC para tratar pacientes com transtornos mais graves ou outros quadros complexos no Capítulo 10. Nosso enfoque neste capítulo é a identificação de tipos de pacientes para os quais pode-se esperar que a TCC funcione dentro de um período de dois a quatro meses. Para este fim, partimos das primeiras contribuições da psicoterapia psicodinâmica breve (Davanloo, 1978; Malan, 1973; Sifneos, 1972) e do trabalho minucioso de Safran e Segal (1990). Safran e Segal desenvolveram uma entrevista semi-estruturada para avaliar a adequação dos pacientes à TCC de tempo limitado. Embora essa entrevista tenha excelentes características psicométricas, a aplicação do método de Safran e Segal é impraticável fora dos locais de pesquisa, pois o questionário consome de uma a duas horas para ser preenchido. As recomendações que fazemos aqui se derivam, parcialmente, das contribuições de Safran e Segal, mas são pensadas para integrar a avaliação inicial como parte da avaliação psiquiátrica padrão.

Quem são os candidatos ideais para tratamento único com TCC? Até certo ponto, a TCC com tempo limitado é mais adequada para a pessoa *prototipicamente* de fácil tratamento (isto é, um adulto saudável com transtorno de ansiedade aguda ou de depressão não-psicótica, que tem boas habilidades verbais, obteve algum sucesso nos relacionamentos no passado e está motivado para aproveitar a terapia). É claro que tais indivíduos têm provavelmente mais chances de responder a qualquer forma de intervenção profissional ou, neste sentido, uma maior probabilidade de ceder espontaneamente sem nenhum tratamento. A estes indicadores genéricos de bom prognóstico adicionamos fatores como recursos financeiros adequados, moradia segura e o apoio de familiares ou amigos. Felizmente, há boas evidências de que a utilidade da TCC *não* se limita apenas àqueles casos fáceis de tratar. São discutidas a seguir várias outras dimensões de adequação para a terapia de tempo limitado (Tabela 3.1).

A primeira dimensão observada na Tabela 3.1 é um indicador prognóstico geral: a *cronicidade e complexidade* dos problemas do paciente. Deve-se seguir a sabedoria corrente de que problemas presentes há muito tempo normalmente demandam cursos mais longos de terapia; o mesmo pode ser dito para o tratamento de transtornos depressivos ou de ansiedade que são complicados por abuso de substâncias, transtornos de personalidade importantes, uma história de trauma ou negligência

TABELA 3.1 • Dimensões a se considerar ao avaliar pacientes para a terapia cognitivo-comportamental

Cronicidade e complexidade
Otimismo em relação às chances de sucesso na terapia
Aceitação de responsabilidade pela mudança
Compatibilidade com a linha de raciocínio cognitivo-comportamental
Capacidade de acessar pensamentos automáticos e identificar as emoções que os acompanham
Capacidade de envolver-se em uma aliança terapêutica
Capacidade de manter e trabalhar dentro de um foco orientado para o problema

precoce ou outros quadros co-mórbidos (ver Capítulo 10). A história de tratamento do paciente pode indicar pistas importantes sobre a tratabilidade de seu quadro clínico. Se você for o décimo segundo terapeuta em 25 anos ou for solicitado a tentar uma nova abordagem depois do fracasso de longos períodos de farmacoterapia e psicoterapia, a adequação de oferecer um programa de tratamento com duração de 12 a 16 semanas poderia ser questionada.

A segunda dimensão, *otimismo em relação às chances de sucesso na terapia*, também é um indicador prognóstico global, tanto para ajudar nos relacionamentos em geral (Frank, 1973) como para a TCC em particular (Mercier et al., 1992). Há dois caminhos pelos quais os altos níveis de pessimismo podem reduzir a capacidade de um paciente de responder à terapia. Por um lado, o pessimismo pode refletir a avaliação válida de um paciente de que tem sérias dificuldades, especialmente quando há uma história de tratamentos anteriores malsucedidos. Realmente, a depressão tende a remover a tendência comum das pessoas minimizarem seus problemas e valorizarem mais seus pontos fortes. Por sua vez, a desmoralização pode debilitar a capacidade do paciente de se engajar em exercícios terapêuticos ou, graças a uma profecia auto-realizável, desprezar as evidências de progresso. Como o pessimismo está associado tanto à desesperança como à ideação suicida, deve-se ficar atento à possibilidade de que em alguns pacientes um grau marcado de pessimismo possa determinar a mudança de tratamento ou hospitalização. No sentido mais extremo, o pessimismo pode esconder delírios niilistas, o que indica a necessidade de medicação antipsicótica.

A terceira dimensão, *aceitação de responsabilidade pela mudança*, está ligada ao modelo de motivação descrito por Prochaska e DiClemente (1992). Embora originalmente utilizado para avaliar pessoas com abuso de substâncias, essa abordagem está sendo aplicada cada vez mais em outros tratamentos. Faça as seguintes perguntas a si mesmo: Por que essa pessoa veio para tratamento? O que ela quer conseguir? Até que ponto ela quer exercer seus próprios esforços no processo de mudança? Em seguida, direcione sua entrevista do aspecto geral (p. ex., "Como é seu entendimento das causas da depressão?" ou "Qual é o papel que o paciente tem na terapia?") para questões mais específicas da TCC (p. ex., "Com base no que você sabe sobre o transtorno de pânico, quais são suas impressões sobre o tipo de tratamento que poderia funcionar melhor para você?"). Pacientes que acreditam que seu quadro clínico é causado por um distúrbio hormonal ou um desequilíbrio químico podem não ficar muito entusiasmados com a TCC. Pacientes que manifestam fortes preferências por um modelo de tratamento médico ("eu realmente preferiria apenas tomar remédio, mas meu médico me mandou aqui porque ele acha que a terapia é a melhor solução"), da mesma forma, tendem a ser mais céticos em relação às suas perspectivas para a psicoterapia. Por sua vez, pessoas que estão prontas para mudar e expressam um interesse genuíno em examinar as influências psicossociais nos sintomas podem ter maior probabilidade de aceitar e se beneficiar com a TCC.

A quarta dimensão da avaliação está intimamente relacionada com a terceira; a *compatibilidade com a linha de raciocínio cognitivo-comportamental* diz respeito às impressões específi-

cas tanto do paciente como do terapeuta sobre a adequação da TCC. Assim como na vida cotidiana, as primeiras impressões são importantes; de fato, dois estudos demonstraram que os pacientes que deram notas altas para a TCC antes de iniciar a terapia responderam significativamente melhor do que os pacientes que tinham impressões mais neutras ou negativas (Fennel e Teasdale, 1987; Shaw et al., 1999). Outro aspecto específico da compatibilidade é a disposição para realizar exercícios de auto-ajuda ou tarefa de casa. Como já enfatizamos, a tarefa de casa é um componente essencial e determinante da TCC. Há muitas evidências de que os pacientes que não fazem as tarefas de casa regularmente têm significativamente menor resposta à terapia do que aqueles que as fazem (Bryant et al., 1999; Thase e Callan, no prelo).

O interessante, porém, é que compatibilidade não significa que o paciente tenha que possuir processos de pensamento carregados de erros lógicos e distorções cognitivas. Embora os terapeutas sem muita experiência geralmente pensem que os pacientes que relatam um alto grau de pensamento disfuncional negativo sejam candidatos perfeitos para a TCC, há evidências muito consistentes de que tais pacientes não respondem tão bem quanto aqueles com graus menos extremos de perturbação cognitiva (ver, por exemplo, Whisman, 1993). Você pode achar mais útil trabalhar os pontos fortes dos pacientes em vez de tentar corrigir ou superar suas fraquezas mais pronunciadas (Rude, 1986). Coerente com este ponto de vista, pacientes severamente deprimidos com graus mais altos de utilização dos recursos aprendidos (a tendência de pensar que os problemas têm soluções e de utilizar métodos ativos de solução de problemas) responderam melhor à TCC do que os pacientes com graus mais baixos de utilização dos recursos aprendidos (Burns et al., 1994).

Embora o pessimismo extremo e os graus marcadamente altos de atitudes disfuncionais tenham implicações prognósticas potencialmente negativas, a quinta dimensão, *capacidade de acessar pensamentos automáticos e identificar as emoções que os acompanham*, reflete uma aptidão real para a TCC. Ao manter o ponto de vista de que a terapia se constrói sobre os pontos fortes, você descobrirá que os pacientes que conseguem identificar e expressar seus pensamentos automáticos negativos, durante períodos de humor depressivo ou ansioso, normalmente são capazes de começar a utilizar os registros de três e cinco colunas mais cedo no curso da terapia. Como meio para ajudar a trazer à tona pensamentos automáticos negativos, pode ser útil perguntar ao paciente, na avaliação inicial, quais pensamentos e sentimentos ele teve enquanto ia para a sessão ou aguardava na sala de espera. Perguntas para sondar ainda mais a capacidade do paciente de identificar e expressar pensamentos automáticos negativos (p. ex., "O que você estava pensando durante essa situação?" ou "Que pensamentos passaram por sua cabeça quando você estava se sentindo tão triste?") também são normalmente utilizadas ao avaliar a adequação para a TCC. A dificuldade para identificar flutuações nos estados emocionais é uma desvantagem na TCC, pois o paciente perderá oportunidades de identificar *pensamentos quentes* (isto é, pensamentos negativos automáticos ocorridos em consonância com fortes estados emocionais) e praticar maneiras de melhorar o humor com métodos de reestruturação cognitiva.

A sexta dimensão relevante ao avaliar a adequação do paciente para a terapia de curto prazo trata-se da *capacidade para envolver-se em uma aliança terapêutica*. Safran e Segal (1990) sugerem que tanto a observação do comportamento nas sessões como as perguntas sobre a história do paciente em seus relacionamentos íntimos podem apresentar pistas importantes de sua capacidade de desenvolver uma relação terapêutica eficaz. Durante a sessão inicial, a solicitação direta de *feedback* (p. ex., "Como você se sente em relação à sessão de hoje?") e a observação da capacidade do paciente de se *conectar* (p. ex., contato visual, postura e grau de conforto em relação ao terapeuta) são utilizadas para medir a capacidade de se engajar em uma aliança de trabalho. Pergun-

tas sobre a história pertinentes à qualidade dos relacionamentos com os pais, irmãos, professores, treinadores e parceiros conjugais podem fornecer informações úteis – especialmente quando são revelados padrões repetitivos de decepção, rejeição ou exploração. Do mesmo modo, se o paciente tiver experiências anteriores com psicoterapia, suas impressões sobre a qualidade daquela díade provavelmente transmitirão algumas informações sobre o que o futuro possivelmente reserva.

A sétima e última dimensão a ser considerada é a *capacidade* do paciente *para manter e trabalhar dentro de um foco orientado para o problema*. Do ponto de vista de Safran e Segal (1990), essa dimensão tem dois componentes: *operações de segurança* e *foco*. O primeiro refere-se ao uso, pelo paciente, de comportamentos potencialmente disruptivos, na terapia, para restaurar uma sensação de segurança emocional quando psicologicamente ameaçado. Alguns exemplos são:

1. tentativas de controlar excessivamente o compasso ou os tópicos da conversação durante a entrevista;
2. evitação de material emocionalmente carregado; ou
3. uso de discurso prolixo (e tangencial).

O *foco*, ao contrário, refere-se à capacidade de trabalhar dentro da estrutura das sessões de TCC e de manter a atenção em um tópico relevante do começo ao fim.

CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO NA TCC

A conceitualização de caso, ou formulação, é um mapa de orientação para o seu trabalho com o paciente. Reúne informações de sete domínios principais:

1. diagnóstico e sintomas;
2. contribuições das experiências da infância e outras influências do desenvolvimento;
3. questões situacionais e interpessoais;
4. fatores biológicos, genéticos e médicos;
5. pontos fortes e qualidades;
6. padrões típicos de pensamentos automáticos, emoções e comportamentos;
7. esquemas subjacentes (Figura 3.1).

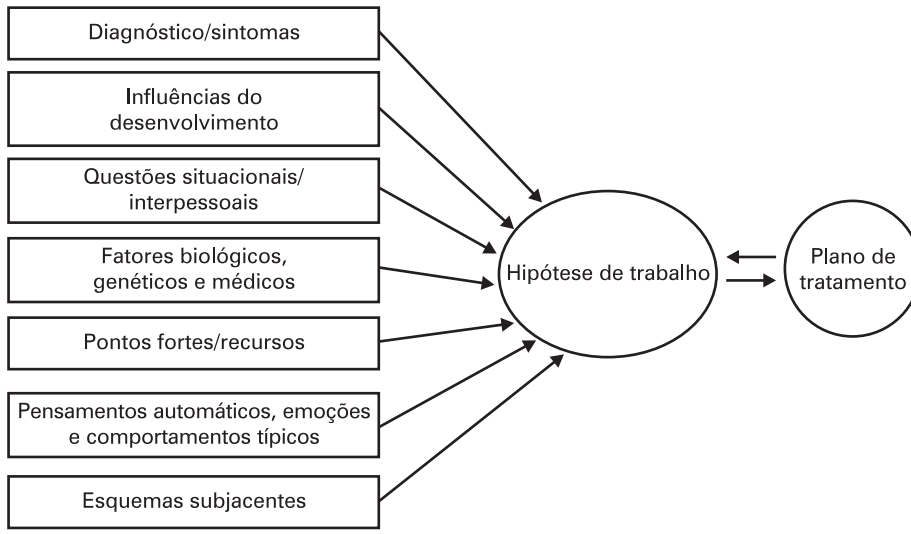


FIGURA 3.1 • Fluxograma da conceitualização de caso.

Em suma, todos os achados importantes de sua avaliação do paciente são considerados no desenvolvimento de uma formulação de caso.

À primeira vista, pode parecer uma tarefa desalentadora sintetizar todas essas informações ao elaborar um plano específico para um paciente. No entanto, o sistema que descrevemos neste capítulo fornecerá um método pragmático e fácil para organizar formulações de caso. O passo fundamental na conceitualização de caso é a formação de uma hipótese de trabalho (ver Figura 3.1). O terapeuta utiliza construtos cognitivo-comportamentais para desenvolver uma formulação teórica individualizada referente à combinação de sintomas, problemas e recursos de um determinado paciente. Essa hipótese de trabalho é, então, utilizada para direcionar as intervenções de tratamento.

No início da terapia, a conceitualização de caso pode ser apenas um esboço ou rascunho. Talvez você não tenha certeza do diagnóstico ou ainda esteja colhendo partes cruciais dos dados. Talvez você também esteja apenas começando a tentar algumas intervenções da TCC. Mas é vital começar a pensar sobre a formulação desde os primeiros momentos do tratamento. À medida que aprende a conhecer melhor o paciente, mais observações e níveis de complexidade podem ser acrescentadas à formulação. Você poderá testar suas teorias para ver se elas são acuradas e descobrirá se seus métodos de tratamento estão corretamente direcionados. Caso contrário, a formulação precisará ser revisada. Por exemplo, se começar a reconhecer características de dependência arraigadas que estão impedindo o progresso, você precisará considerar alterar o plano de tratamento. Se pontos fortes não-reconhecidos anteriormente se tornarem visíveis, o curso de terapia pode ser mudado para aproveitar esses recursos.

Por volta das fases intermediária e final da TCC, a conceitualização de caso deve amadurecer em um plano bem-orquestrado que confira um direcionamento coerente e eficaz para cada intervenção da terapia. Se examinasse uma sessão gravada dessa parte da terapia e parasse a fita em um ponto crítico, você deveria ser capaz de explicar sua linha de raciocínio para seguir o caminho que está tomando no momento e por todo o curso da terapia. Idealmente, você também seria capaz de descrever os obstáculos a serem enfrentados para obter os melhores resultados e um plano para superar esses obstáculos.

O sistema que recomendamos para desenvolver uma conceitualização de caso baseia-se em diretrizes estabelecidas pela Academia de Terapia Cognitiva. O *site* dessa organização (http://www.academyofct.org) traz instruções detalhadas para construir formulações que atendam aos padrões para a certificação em terapia cognitiva. Também são apresentadas vinhetas de casos clínicos. Condensamos os principais aspectos das diretrizes para conceitualização de caso da Academia de Terapia Cognitiva em um Formulário de conceitualização de caso (Figura 3.2; vide também Apêndice 1, "Formulários de trabalho e inventários", para cópias em branco desse formulário).

Para preencher a ficha de formulação de caso, será preciso ser capaz de realizar uma avaliação detalhada, como descrito neste capítulo, e conhecer as teorias e os métodos centrais da TCC. Como talvez você ainda não tenha todas as informações e habilidades necessárias para desenvolver conceitualizações de caso totalmente prontas, nosso objetivo neste ponto do livro é modesto. Queremos introduzir métodos de formulação e dar alguns exemplos que demonstrarão como os construtos da TCC podem ser usados no planejamento do tratamento. Com o decorrer do livro e à medida que for ganhando mais experiência na TCC, você poderá obter conhecimento especializado para elaborar conceitualizações de caso.

A Figura 3.2 mostra uma ficha de formulação de caso que o Dr. Wright desenvolveu para o tratamento de Gina, uma senhora de meia-idade com transtorno de ansiedade cujo caso é apresentado no vídeo.

Nome do paciente: Gina

Diagnósticos/Sintomas: Transtorno de pânico com agorafobia, fobia de elevador. Os sintomas primários são ataques de pânico, tensão, hiperventilação e evitação.

Influências do desenvolvimento: A avó ficou doente e morreu quando Gina tinha 7 anos; sua irmã mais velha tinha doença cardíaca congênita e foi aconselhada a evitar estresse; a mãe era tensa e passou a idéia de que o mundo era um lugar muito perigoso.

Questões situacionais: Seu novo emprego requer dirigir em um tráfego pesado; o noivo está atualmente levando Gina de carro para o trabalho.

Fatores biológicos, genéticos e médicos: A mãe teve ansiedade crônica, mas não recebeu tratamento.

Pontos fortes/recursos: Inteligente, articulada, bom senso de humor, apoio do noivo e da família.

Objetivos do tratamento:

1. Reduzir os ataques de pânico para um por semana ou menos.
2. Conseguir ir a lugares cheios de gente (por ex., refeitório) sem ter um ataque de pânico.
3. Conseguir pegar o elevador.
4. Dirigir "para onde quiser".

Evento 1	**Evento 2**	**Evento 3**
Ir a um refeitório movimentado	Pensar em pegar um elevador	Pensar em dirigir até o trabalho
Pensamentos automáticos	**Pensamentos automáticos**	**Pensamentos automáticos**
"Vou derrubar minha bandeja"	"O elevador vai cair"	"Vou desmaiar quando estiver dirigindo"
"Vou desmaiar"	"Vai estar cheio"	"Vou ter uma crise"
"Vou morrer"	"Vou ficar presa"	"Vou matar alguém na rua"
Emoções	**Emoções**	**Emoções**
Ansiedade, pânico, mãos suadas, respiração acelerada.	Ansiedade, tensão, respiração acelerada.	Ansiedade, tensão, suor, respiração acelerada.
Comportamentos	**Comportamentos**	**Comportamentos**
Evita o refeitório ou pede a um amigo para ir junto.	Vai de escadas, se possível.	Não dirige. Pede ao noivo para levá-la de carro.

Esquemas: "Vou me ferir". "Eu sou a pessoa que vai se envolver em um acidente". "O mundo é um lugar muito perigoso". "É preciso se proteger sempre".

Hipótese de trabalho:

1. Gina tem temores irreais de situações, subestima sua capacidade de controlar ou lidar com situações e evita os estímulos temidos.
2. Seu histórico familiar (p. ex., doenças e morte, tensão e hipervigilância da mãe) contribuiu para o desenvolvimento de esquemas norteados pela ansiedade e evitação.
3. Fatores situacionais atuais (novo emprego e pressão para dirigir) podem ter exercido um papel na ativação dos sintomas.

Plano de tratamento:

1. Reestruturação cognitiva (p. ex., exame das evidências, identificação de erros cognitivos, uso de registros de pensamentos) para ensinar Gina que seus temores são irreais e que ela pode aprender a enfrentar suas ansiedades.
2. Treinamento da respiração e geração de imagens mentais para prover ferramentas para controlar a ansiedade.
3. Exposição gradual aos estímulos temidos (p. ex., multidões, dirigir).
4. Exposição *in vivo* para a fobia de elevador.
5. Modelagem e treinamento de maneiras para lidar com a ansiedade.
6. Mais adiante na terapia, concentrar-se na revisão dos esquemas desadaptativos.

FIGURA 3.2 • Formulação de caso de Gina.

CASO CLÍNICO

Gina descreveu uma série de sintomas relacionados à ansiedade, inclusive ataques de pânico, hiperventilação, suores e evitação de situações temidas (p. ex., estar em multidões, comer em locais públicos, dirigir carros e pegar elevadores). Ela disse ter esses sintomas há mais de três anos. Não havia um precipitante claro, mas ela observou que a ansiedade começou a aumentar depois de ela ter conseguido um novo emprego, que exigia que ela dirigisse em tráfego pesado para ir à cidade e trabalhar em um movimentado prédio de escritórios.

Várias influências desenvolvimentais dos primeiros anos de vida de Gina pareciam ter moldado sua vulnerabilidade a sintomas de ansiedade. Gina era a segunda de duas filhas criadas em um ambiente familiar amoroso com ambos os pais presentes em casa. Embora não tenha relatado nenhum trauma específico na infância, ela tinha lembranças da chegada de sua avó do hospital, depois de uma operação de câncer, quando Gina tinha cerca de 7 anos. Sua avó estava tão doente que não conseguia mais cuidar de si mesma; por isso, ficou na casa de Gina até morrer, cerca de seis meses depois. Gina lembrava que sua avó sentia muita dor e muitas vezes chorava à noite. Além disso, a mãe de Gina ficou muito nervosa durante essa doença e por muitos anos mais.

A visão de mundo de Gina também foi influenciada por ter uma irmã mais velha com uma doença cardíaca congênita. Seus pais sempre diziam à sua irmã para tomar muito cuidado para não exagerar e para evitar o estresse. Sua mãe foi descrita como extremamente preocupada. Preocupava-se especialmente com Gina quando a filha estava aprendendo a dirigir, dando-lhe instruções repetidamente para tomar cuidado por causa do alto risco de um acidente com motoristas adolescentes. Embora nunca tivesse recebido tratamento para ansiedade, sua mãe era uma mulher tensa que parecia se preocupar excessivamente com o perigo e passou a mensagem para suas duas filhas de que o mundo é um lugar perigoso.

Felizmente, Gina tinha vários pontos fortes que podiam ser incluídos no processo de TCC. Ela estava genuinamente interessada em aprender sobre a TCC e disposta a se engajar na terapia de exposição – um elemento-chave da TCC para transtornos de ansiedade. Ela era articulada e inteligente e tinha um bom senso de humor. Ela não apresentava problemas de Eixo II e tinha excelente apoio de seu noivo e familiares. No entanto, tinha sintomas de ansiedade há muito tempo instalados com padrões bem-arraigados de evitação, os quais provavelmente necessitariam de TCC extensiva para sua resolução. Também parecia que seu noivo, os colegas de trabalho e os amigos estavam reforçando inadvertidamente a ansiedade ao participarem de seus métodos elaborados de evitação (p. ex., levando-a de carro para o trabalho, protegendo-a de ir sozinha ao refeitório, fazendo pequenas tarefas na rua para ela).

Como mostrado nos vídeos 1 e 2 (ver Capítulo 2), Gina era capaz de colaborar de maneira eficaz no trabalho direcionado a seus objetivos de:

1. reduzir os ataques de pânico para um por semana ou menos;
2. conseguir ir a lugares movimentados, como o refeitório, sozinha, sem ficar nervosa ou ter um ataque de pânico;
3. conseguir pegar elevadores; e
4. dirigir para onde quiser.

Seu diagnóstico era transtorno do pânico com agorafobia e fobia de elevador.

Em suas diretrizes para conceitualização de caso, a Academia de Terapia Cognitiva recomenda que os terapeutas adotem um ponto de vista tanto *seccional* como *longitudinal* dos fatores cognitivos e comportamentais que podem estar influenciando a expressão dos sintomas. A análise seccional da formulação envolve observar os padrões atuais pelos quais os principais precipitantes (p. ex., grandes estressores, como um rompimento de relacionamento, perda de emprego ou reinício de uma doença grave) e situações ativadoras (comumente eventos como discussões com o cônjuge, pressões no trabalho, ser exposto a um desencadeante de sintomas recorrentes de ansiedade) que estimulam pensamentos automáticos, emoções e comportamentos. O ponto de vista longitudinal leva em conta eventos durante o desenvolvimento e outras influências evolutivas, especialmente as que pertencem à moldagem de crenças nucleares ou esquemas.

A formulação de caso na Figura 3.2 traz uma análise seccional de três eventos típicos no ambiente atual de Gina que estão associados às cognições, emoções e comportamentos desadaptativos. Em reação ao primeiro evento, ir a um refeitório movimentado, ela tem pensamentos automáticos como "vou derrubar minha bandeja... vou desmaiar... vou morrer". As emoções e reações físicas associadas a essas cognições são ansiedade, pânico, mãos suadas e respiração acelerada. Sua reação comportamental típica é evitar totalmente ir ao refeitório ou se envolver em comportamentos de segurança (ações que diminuem a ansiedade, mas impedem que ela verdadeiramente confronte seus temores), como ir de manhã cedo, antes da multidão, ou pedir que um amigo a acompanhe. O segundo e o terceiro exemplos de situações que acionam os pensamentos automáticos e a ansiedade (pegar um elevador e dirigir até o trabalho) têm os mesmos resultados. Suas cognições centram-se em temas de alto risco ou perigo e sua incapacidade de lidar com a situação (p. ex., "o elevador vai cair... vai estar cheio e vou ficar presa... vou desmaiar no meio do caminho... vou ter um ataque... vou matar alguém na rua").

Do ponto de vista longitudinal, Gina tinha experiências anteriores (p. ex., a doença e morte de sua avó, uma mãe tensa e preocupada) que pareciam ter contribuído para o desenvolvimento de crenças nucleares desadaptativas sobre a periculosidade do mundo a seu redor e sobre sua vulnerabilidade de sofrer um acidente (p. ex., "vou me ferir... eu sou a pessoa que vai se envolver em um acidente... o mundo é um lugar muito perigoso... é preciso se proteger sempre").

Reunindo todas essas observações, o Dr. Wright desenvolveu uma hipótese de trabalho que incluía as seguintes características-chave:

1. Gina exibia as clássicas características cognitivo-comportamentais dos transtornos de ansiedade: temores irreais de situações, subestimação de sua capacidade de controlar ou lidar com essas situações, excitação emocional e autonômica intensa e evitação da situação temida;
2. um histórico familiar evolutivo de tensão, vigilância contra o perigo, doenças e morte de entes queridos – e uma história familiar de possível transtorno de ansiedade em sua mãe – provavelmente contribuíam para o transtorno;
3. fatores situacionais atuais (um novo emprego e a pressão para dirigir) podem ter tido um papel de acionamento dos sintomas.

O plano de tratamento organizado pelo Dr. Wright estava diretamente ligado a essa hipótese de trabalho. Ele decidiu se concentrar na modificação dos pensamentos automáticos catastróficos de Gina por meio de questionamento socrático, exame das evidências e registro de pensamentos. Ele também planejou fazer com ela o treinamento da respiração para reduzir ou resolver a hiperventilação que ela sentia durante os ataques de pânico. A parte mais importante do programa era a dessensibilização aos estímulos temidos por meio do desenvolvimento de uma hierarquia para a exposição gradual e a modelagem de novos comportamentos para lidar com a ansiedade nas situações temidas. Esses métodos são explicados detalhadamente e ilustrados nos vídeos no Capítulo 5, "Trabalhando com pensamentos automáticos", e no Capítulo 7, "Métodos comportamentais II: reduzindo a ansiedade e rompendo padrões de evitação".

Embora o Dr. Wright acreditasse que as experiências desenvolvimentais de Gina (p. ex., a doença e morte de sua avó, a doença cardíaca congênita de sua irmã, as mensagens de sua família sobre a vigilância contra o risco) a tenham preparado para ter crenças nucleares relacionadas com livrar-se da ansiedade, ele optou por dedicar a maior parte de seus esforços de tratamento na utilização de técnicas cognitivas a fim de identificar e modificar os pensamentos automáticos e implementar estratégias comportamentais para romper seu padrão de evitação. Esses métodos são consistentes com o modelo cognitivo-comportamental para o tratamento de

ansiedade. Mais adiante, na terapia, ele conseguiu ajudar Gina a entender e modificar seus esquemas sobre vulnerabilidade ao perigo.

Outro caso apresentado nos vídeos que acompanham este livro demonstra como desenvolver uma conceitualização para uma pessoa com depressão. O Capítulo 4, "Estruturação e educação", o Capítulo 6, "Métodos comportamentais I: melhorando a energia, concluindo tarefas e solucionando problemas" e o Capítulo 8, "Modificando esquemas", trazem vídeos do tratamento de Ed, um editorialista de jornal de meia-idade que ficou deprimido depois do rompimento de seu relacionamento com uma namorada. Recomendamos que você espere até os Capítulos 4, 6 e 8 para assistir aos vídeos do tratamento de Ed pelo Dr. Thase, pois serão dados exemplos específicos de como conduzir as técnicas descritas nessas seções do livro. Contudo, descrevemos brevemente o caso aqui como um outro exemplo de formulação de caso na TCC. Essa conceitualização (Figura 3.3) deve ajudá-lo a entender melhor os métodos escolhidos pelo Dr. Thase neste exemplo de TCC para depressão.

CASO CLÍNICO

Ed é um homem de 42 anos que começou o tratamento com TCC depois de passar por um segundo episódio de depressão. Sua primeira crise de depressão ocorreu cerca de cinco anos atrás, quando atravessava um divórcio. O tratamento com um antidepressivo e a terapia de apoio foi útil para reduzir os sintomas da depressão. No entanto, Ed lembra que "perdeu muito de sua confiança" após o divórcio e nunca voltou ao estado de bem-estar que havia conquistado antes de ter dificuldades conjugais. Ele parou de tomar os antidepressivos depois de cerca de nove meses de tratamento.

Ed estava namorando Gwen há cerca de dois anos e achava que o relacionamento estava indo bem. Assim, a decisão dela de terminar o relacionamento porque "não estava levando a nada" pegou-o de surpresa. Durante os três meses que se seguiram ao rompimento com Gwen, Ed percebera um aumento constante nos sintomas de depressão. Tinha muito pouca energia, uma falta de interesse por suas atividades habituais (jogar tênis com os amigos, ler, cozinhar), dormia mal à noite, uma tendência a querer ficar na cama de manhã, dificuldade para se concentrar e organizar seu trabalho e isolamento social. Sua auto-estima sofrera um abalo considerável com o rompimento e, agora, Ed estava tendo muitos pensamentos automáticos negativos sobre sua competência básica e o merecimento de ser amado. Felizmente, não estava tendo pensamentos suicidas. Ele dava grande valor a seu relacionamento com sua filha e também tinha orgulho de seu trabalho como editorialista de jornal. Ed estava esperançoso de que poderia se beneficiar com o tratamento e aprender a controlar sua depressão.

A infância de Ed foi marcada por um relacionamento problemático com seu pai. Embora relatasse que amava seu pai, que estava aposentado e vivendo em outro Estado, sua vida familiar foi dura. Seu pai passara por grande instabilidade profissional, sendo demitido de muitos empregos diferentes, e também sofrera de depressão por muitos anos, intermitentemente. Ed se lembrava de seu pai como um homem muito negativo que estava quase sempre irritado e às vezes extremamente crítico e verbalmente abusivo. Enquanto crescia, Ed preferia passar o tempo na casa de seu amigo Kevin. Ele parecia "ter tudo" – uma ótima família, dinheiro, talento atlético, entre outras coisas. Ed via a si e a sua família como fracassados.

Apesar de seus problemas em casa, Ed se saiu bem no colégio e teve sucesso na equipe de atletismo. Ele continuou a participar do atletismo quando foi para a faculdade, mas nunca ficava satisfeito com seu desempenho. Durante seu primeiro ano na faculdade, teve alguns problemas acadêmicos. No entanto, interessou-se muito por jornalismo, começou a escrever para o jornal da escola e conseguiu melhorar substancialmente seu boletim de notas. Nos últimos 12 anos, Ed tem sido o editorialista de um jornal.

A conceitualização de caso mostrada na Figura 3.3 reúne as principais observações do Dr. Thase sobre a história e a patologia cognitivo-comportamental de Ed para desenvolver uma hipótese de trabalho e um plano para implementar a TCC. Como se observa, o Dr. Thase decidiu acrescentar um antidepressivo ao tratamento. Ed tinha depressão recorrente, uma forte história familiar dessa doença e estava apresentando sintomas suficientes para

Nome do paciente: Ed

Diagnósticos/sintomas: Depressão maior. Os sintomas primários são perda de energia e interesse, dificuldade para terminar tarefas, concentração prejudicada, dorme demais, baixa auto-estima e isolamento social.

Influências do desenvolvimento: O pai perdeu vários empregos, estava geralmente deprimido e às vezes tornava-se verbalmente abusivo para com Ed. A família estava sempre sob estresse financeiro. Ed se comparava negativamente com os amigos que pareciam "ter tudo", teve problemas acadêmicos durante o primeiro ano de faculdade e participou do atletismo, mas sempre se viu como sendo menos capaz que os outros.

Questões situacionais: Rompimento recente com a namorada, pressões no trabalho, divórcio da esposa, preocupações com o relacionamento com a filha.

Fatores biológicos, genéticos e médicos: O pai e a avó paterna tinham depressão. Nenhuma história de doenças médicas.

Pontos fortes/recursos: Educação universitária; bom emprego; histórico de prêmios em jornalismo; bom relacionamento com a filha; interesse anterior em atletismo.

Objetivos do tratamento:

1. Retomar o grau normal de atividade no trabalho e em casa.
2. Ser totalmente eficaz no trabalho.
3. Desenvolver um nível saudável de auto-estima.
4. Ter uma boa comunicação com a filha.

Evento 1	**Evento 2**	**Evento 3**
Pensar no rompimento com Gwen	Ter um prazo no trabalho	Pego minha filha na casa de minha ex-esposa. Vejo minha ex-esposa brevemente e ela faz cara feia para mim.
Pensamentos automáticos "O que fiz de errado?" "Não faço nada certo" "Como foi que estraguei tudo?" "Nunca vou ficar com ninguém"	**Pensamentos automáticos** "Estou aflito porque estou atrasado" "Estou fazendo tudo errado de novo" "Queria voltar para a cama"	**Pensamentos automáticos** "Eu era um fracasso como marido". "Não sou bom em relacionamentos íntimos". "Minha filha é a única pessoa que gosta de mim". "Eu sou um idiota!"
Emoções Triste	**Emoções** Tenso, ansioso, triste	**Emoções** Triste, com raiva
Comportamentos Sem energia; fica na cama de manhã e não enfrenta o mundo.	**Comportamentos** Irritado, preocupado, querendo deixar o emprego, ineficaz na organização das tarefas para o jornal.	**Comportamentos** Age de maneira tensa e infeliz no começo da visita à filha; evita falar com a filha sobre o que ela faz quando está com a mãe.

Esquemas: "Não tenho valor algum"; "sou cheio de defeitos"; "se as pessoas realmente me conhecessem, veriam que sou uma fraude"; "vou acabar sozinho".

Hipótese de trabalho: O divórcio de Ed e o recente rompimento de relacionamento com uma namorada reforçaram os esquemas subjacentes sobre seu valor pessoal, o merecimento de ser amado e a competência. Ele tem muitos pensamentos automáticos negativos que são impulsionados por esses esquemas subjacentes. Seu padrão comportamental de isolamento, envolvimento reduzido em atividades prazerosas e falta de organização no trabalho aprofundou sua depressão e agravou sua baixa auto-estima. Os esquemas desadaptativos de Ed parecem terem sido moldados por experiências negativas com seu pai (abuso verbal, depressão e perdas de emprego), problemas financeiros em sua família e dificuldades acadêmicas na faculdade.

(*Continua*)

FIGURA 3.3 • Formulação de caso de Ed.

(*Continuação*)

Plano de tratamento:

1. Intervenções comportamentais (programação de atividades e prescrição de tarefa gradual) voltadas para a ativação, melhor capacidade de organizar o dia, menor isolamento social e melhor desempenho no trabalho.
2. Modificar os pensamentos automáticos negativos por meio de registros de pensamentos, exame das evidências e desenvolvimento de alternativas racionais.
3. Desenvolver a auto-estima e eficácia pessoal por meio da revisão dos esquemas desadaptativos (identificando e fazendo uma lista dos esquemas, examinando as evidências, usando o ensaio cognitivo para os esquemas modificados).
4. Farmacoterapia com um inibidor seletivo da recaptação de serotonina (ISRS).

FIGURA 3.3 • Formulação de caso para Ed.

sugerir que uma abordagem combinada poderia ser a melhor escolha. Os elementos cognitivo-comportamentais do plano terapêutico foram direcionados para reverter os baixos níveis de atividade, a falta de interesse e o isolamento social, além de ajudá-lo a melhorar sua auto-estima e modificar crenças nucleares negativas.

Os dois exemplos de formulações de caso apresentados aqui demonstram conceitualizações típicas da TCC para o tratamento de transtornos de ansiedade e depressão. Em cada exemplo, o terapeuta reúne observações do funcionamento atual do paciente, sua história durante o desenvolvimento e seu histórico biomédico, articulando uma hipótese consistente com o modelo cognitivo-comportamental. Os planos de tratamento decorrem diretamente da hipótese de trabalho e fundamentam-se em construtos específicos da TCC para o tratamento de ansiedade e depressão. Recomendamos que você comece a utilizar a ficha de conceitualização de caso de TCC agora, preenchendo o Exercício 3.1, e que continue a desenvolver habilidades na realização de conceitualizações à medida que for ganhando mais experiência na TCC. O Capítulo 11, "Construindo a competência em terapia cognitivo-comportamental", inclui exercícios para escrever conceitualizações completas de caso e realizar auto-avaliações de sua capacidade de desempenhar essa importante função.

- **Exercício 3.1**
  Registro de formulação de caso em TCC

1. Use a ficha de formulação de caso na TCC (ver Apêndice 1) para desenvolver uma conceitualização para um paciente que esteja tratando.
2. Tente preencher a ficha o máximo possível. Mas se você nunca fez conceitualizações de caso ou não tem experiência na TCC, não se preocupe se a conceitualização não estiver completa. Se possível, identifique pelo menos uma situação que acione pensamentos automáticos, emoções e uma resposta comportamental. Também tente identificar pelo menos um esquema subjacente. Se o paciente ainda não tiver relatado nenhum esquema, você pode teorizar sobre esquemas que podem estar presentes.
3. Rascunhe uma hipótese de trabalho preliminar e um plano de tratamento baseado em seu conhecimento atual do paciente e dos conceitos básicos da TCC que você já aprendeu.
4. Continue a usar a ficha de formulação de caso conforme trata outros pacientes com a TCC.

RESUMO

A avaliação para a TCC inclui todas as tarefas habituais para realizar uma avaliação inicial, incluindo obter uma história detalhada, avaliar os pontos fortes do paciente e realizar um exame do estado mental. No entanto,

é dada atenção especial à evocação dos padrões típicos de pensamentos automáticos, esquemas e comportamentos de enfrentamento e ao discernimento da adequação do paciente para a TCC. Como a TCC demonstrou ser eficaz para uma grande variedade de quadros clínicos – incluindo depressão maior, transtornos de ansiedade e transtornos alimentares – e poder se somar aos efeitos da medicação no tratamento de transtornos psiquiátricos graves (p. ex., esquizofrenia e transtorno bipolar), há muitas indicações para essa abordagem de tratamento.

É sugerido um ponto de vista cognitivo, comportamental, social e biológico amplo para a formulação de caso e planejamento do tratamento. Para desenvolver uma conceitualização refinada e altamente funcional, os terapeutas precisam:

1. realizar uma avaliação detalhada;
2. desenvolver uma análise seccional dos elementos cognitivo-comportamentais das situações estressoras típicas na vida atual do paciente;
3. considerar as influências longitudinais (isto é, do desenvolvimento) nas crenças nucleares e estratégias comportamentais habituais do paciente;
4. formular uma hipótese de trabalho;
5. elaborar um plano de tratamento que direcione as técnicas eficazes da TCC para os problemas-chave e pontos fortes do paciente.

REFERÊNCIAS

Beck AT, Freeman A: Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford, 1990.

Beck AT, Wright FD, Newman CF, et al: Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York, Guilford, 1993.

Bryant MJ, Simmons AD, Thase ME: Therapist skill and patient variables in homework compliance: controlling an uncontrolled variable in cognitive therapy outcome research. Cognit Ther Res 23:381-399, 1999.

Burns DD, Rude SS, Simmons AD, et al: Does learned resourcefulness predict the response to cognitive behavioral therapy for depression? Cognit Ther Res 18:277-291, 1994.

Butler AC, Beck JS: Cognitive therapy outcomes: a review of meta-analyses. Journal of the Norwegian Psychological Association 37: 1-9, 2000.

Davanloo H: Evaluation and criteria for selection of patients for short-term dynamic psychotherapy. Psychother Psychosoro 29:307-308, 1978.

Dobson KS: A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. J Consult Clin Psychol 57:414-419, 1989.

Fennell MJV; Teasdale JC: Cognitive therapy for depression: individual differences and the process of change. Cognit Ther Res 11:253-271, 1987.

Frank JD: Persuasion and Healing. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1973.

Lam DH, Watkins ER, Hayward P, et al: A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. Arch Gen Psychiatry 60: 145-152, 2003.

Linehan MM, Arrostrong HE, Suarez A, et al: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 48: 1060-1064, 1991.

Malan DJ: The Frontiers of Brief Psychotherapy. New York, Plenum, 1973.

Mercier MA, Stewart JW, Quitkin FM: A pilot sequential study of cognitive therapy and pharmacotherapy of atypical depression. J Clin Psychiatry 53: 166- 170, 1992.

Prochaska JO, DiClemente CC: The transtheoretical approach, in Handbook of Psychotherapy Integration. Edited by Norcross JC, Goldfried MR. New York, Basic Books, 1992, p. 301-334.

Rector NA, Beck AT: Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: an empirical review. J Nerv Ment Dis 189:278-287, 2001.

Rude SS: Relative benefits of assertion or cognitive self-control treatment for depression as a function of proficiency in each domain. J Consult Clin Psychol 54:390-394, 1986.

Safran JD, Segal ZV: Interpersonal Process in Cognitive Therapy. New York, Basic Books, 1990.

Sensky T, Turkington D, Kingdon D, et al: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resis-

tant to medication. Arch Gen Psychiatry 57:165-172, 2000.

Shaw BF, Elkin I, Yamaguchi J, et al: Therapist competence ratings in relation to clinical outcome in cognitive therapy of depression. J Consult Clin Psychol 67:837-846, 1999.

Sifneos PE: Short- Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1972.

Thase ME: Cognitive-behavioral therapy for substance abuse disorders, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 6. Edited by Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, p. 45-71.

Thase ME, Callan JA: The role of homework in cognitive behavior therapy of depression. Journal of Psychotherapy Integration (no prelo).

Whisman MA: Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. Psychol Bull 114:248-265, 1993.

Wright JH, Beck AT, Thase ME: Cognitive therapy, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry, 4th Edition. Edited by Hales RE, Yudofsky SC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, p. 1245-1284.

4

Estruturação e educação

Para entender o valor da estruturação na terapia cognitivo-comportamental (TCC), coloque-se por um momento no lugar de um paciente que acaba de começar o tratamento. Tente imaginar como seria uma pessoa com depressão profunda que está arrasada pelos estresses da vida, tendo problemas para se concentrar e que não tem a menor idéia de como será a terapia. Some-se a essa mistura de confusão e angústia uma sensação de desmoralização – uma crença de que exauriu todos ou quase todos os recursos pessoais e não tem conseguido encontrar uma solução para seus problemas. Você está se sentindo amedrontado e não sabe onde buscar ajuda. Se você estivesse neste estado mental, o que acha que estaria procurando em uma terapia?

É claro que você ia querer um terapeuta gentil, empático, sábio e altamente qualificado, como discutido no Capítulo 2. Mas provavelmente também estaria procurando um direcionamento claro – um caminho de esperança e força na direção à recuperação de seus sintomas. Métodos de estruturação, começando pela formulação de metas e pelo estabelecimento de agenda, podem ter um grande papel no objetivo da mudança (Tabela 4.1). Se o paciente estiver se sentindo derrotado por um problema ou oprimido por sua incapacidade de superar um sintoma, os métodos de estruturação podem passar uma mensagem poderosa: *Mantenha-se focado nos problemas-chave e as respostas virão*. A psicoeducação passa uma mensagem concomitante de esperança: *Esses métodos podem funcionar para você*.

TABELA 4.1 • Métodos de estruturação para a terapia cognitivo-comportamental

Estabelecimento de metas
Estabelecimento de agenda
Realização de avaliação/checagem de sintomas
Ligar as sessões (fazer uma ponte entre as sessões)
Dar *feedback*
Dar compasso às sessões
Prescrição de tarefa de casa
Uso de ferramentas terapêuticas (recorrente)

A estruturação e a educação andam juntas na TCC porque esses processos terapêuticos se complementam na promoção da aprendizagem. Técnicas eficazes de estruturação intensificam a aprendizagem, mantendo o tratamento bem-organizado, eficiente e focado. Boas intervenções psicoeducativas, como os exercícios de casa e o uso de caderno de terapia, contribuem como elementos importantes para a estrutura da TCC. As metas gerais da estruturação e da educação são gerar esperança, impulsionar o processo de aprendizagem, melhorar a eficácia da terapia e ajudar o paciente a desenvolver habilidades de enfrentamento eficazes.

Durante a primeira parte do tratamento, o terapeuta pode fazer uma grande parte do trabalho de estruturação e educação. Mas, à medida que a TCC segue em direção ao seu término, o paciente assume cada vez mais responsabilidade pela definição e pelo manejo dos problemas, permanecendo na tarefa de trabalhar em direção à mudança e aplicando os conceitos fundamentais da TCC na vida cotidiana.

ESTRUTURAÇÃO DA TCC

Estabelecimento de metas

O processo de desenvolvimento de metas de tratamento dá uma grande oportunidade de ensinar ao paciente o valor de estabelecer alvos específicos e mensuráveis para a mudança. Normalmente, a primeira intervenção de estabelecimento de metas é realizada no final da primeira sessão, quando já se avaliou os principais problemas, pontos fortes e recursos do paciente e se começou a construir um relacionamento empírico-colaborativo. Se o terapeuta tirar alguns momentos para educar o paciente sobre o estabelecimento eficaz de metas, o processo pode ser mais suave, demandar menos tempo e levar a um melhor resultado. O caso clínico a seguir demonstra como apresentar o estabelecimento de metas na primeira sessão.

CASO CLÍNICO

Janet é uma mulher de 36 anos que terminou recentemente um longo relacionamento com um namorado. Ela disse ao terapeuta que o relacionamento "não estava levando a nada". Janet decidiu fazer a mudança porque acreditava que já tinha "perdido muito tempo". Apesar de acreditar que tinha tomado a decisão certa, estava muito deprimida. Ela se culpava por ter sido "burra de ficar com ele por tanto tempo" e por ter "tolerado um fracassado". Sua auto-estima estava no fundo do poço. Ela se via como uma pessoa que nunca encontraria a felicidade na vida e estava fadada a ser "rejeitada por qualquer um que ela realmente quisesse". Desde o rompimento há seis semanas, Janet havia parado de se exercitar e se socializar com os amigos. Ela dormia, ou tentava dormir, boa parte do tempo em que não estava no trabalho. Felizmente, não pensara em suicídio. Durante o início da sessão, ela contou ao terapeuta que sabia ter de superar o rompimento e recompor sua vida.

Terapeuta: Tivemos uma boa sessão até agora, e acho que aprendemos bastante sobre seus problemas e seus pontos fortes. Podemos tentar estabelecer algumas metas para o tratamento?

Janet: Sim. Preciso parar de me deprimir. Tenho sido uma chata com toda essa história.

Terapeuta: Acho que você está se subestimando. Mas vamos tentar chegar a algumas metas que lhe dêem um direcionamento – que vão apontar uma saída para sua depressão.

Janet: Não sei... acho que só quero ser feliz de novo. Não gosto de me sentir desse jeito.

Terapeuta: Se sentir melhor pode ser uma meta final do tratamento. Mas o que mais poderia ajudar agora é escolher alguns objetivos específicos que nos digam em que queremos nos focar nas sessões de terapia. Seria bom tentar escolher algumas metas de curto prazo, que poderíamos alcançar em breve, e algumas metas de prazo mais longo, que nos levariam a continuar trabalhando nas coisas que são mais importantes para você.

Janet: Bem, quero fazer alguma coisa com minha vida agora, além de tentar tirar isso da minha cabeça. Uma meta poderia ser voltar à minha rotina de exercícios. E preciso encontrar alguma coisa para fazer com meu tempo que tire o relacionamento com Randy da minha cabeça.

Terapeuta: Estas são duas boas metas para curto prazo. Podemos colocar no papel que você vai retomar os exercícios regulares e desenvolver interesses positivos ou atividades positivas para ajudá-la a superar o relacionamento?

Janet: Claro. Gostaria de fazer as duas coisas.

Terapeuta: Também seria bom colocar as metas de uma maneira que possamos saber quando estamos fazendo progressos. Que tipo de marcadores poderíamos estabelecer para nos alertar como estamos indo?

Janet: Fazer exercícios pelos menos três vezes por semana.

Terapeuta: E quanto aos prazeres e atividades?

Janet: Bem, sair com amigos pelo menos uma vez por semana e não passar muito tempo na cama.

Terapeuta: Essas metas vão nos dar um bom começo. Você pode tentar colocar no papel mais algumas metas de curto prazo antes de nossa próxima sessão?
Janet: Tudo bem.
Terapeuta: Agora, vamos tentar estabelecer algumas metas para um prazo mais longo para trabalharmos. Falamos sobre sua baixa auto-estima. Você quer fazer alguma coisa a respeito desse problema?
Janet: Sim, eu gostaria de me sentir bem comigo mesma de novo. Não quero passar o resto da vida me sentindo um fracasso.
Terapeuta: Você pode colocar a meta em termos específicos? O que você quer conseguir?
Janet: Me ver como uma pessoa forte que vai ficar bem com ou sem um homem em minha vida.

O diálogo terapêutico seguiu-se com o terapeuta dando a Janet *feedback* positivo por articular metas claras que poderiam ajudá-la a fazer mudanças produtivas. Depois, o terapeuta ajudou Janet a articular outras metas antes de encerrar a sessão com a prescrição de tarefas de casa relacionadas aos objetivos gerais da terapia. (A técnica usada aqui, ativação comportamental, é abordada mais detalhadamente no Capítulo 6, "Métodos comportamentais I: melhorando a energia, concluindo tarefas e solucionando problemas".)

Terapeuta: O que você poderia fazer nesta próxima semana para fazer progressos em direção às suas metas? Você consegue pensar em uma ou duas coisas que poderia fazer, e lhe faria sentir melhor se conseguisse realizá-las?
Janet: Vou à academia de ginástica depois do trabalho pelo menos duas vezes e vou ligar para minha amiga Terry para ver se ela quer ir ao cinema.

As metas devem ser revistas e revisadas a intervalos regulares (pelo menos a cada quatro sessões) durante todo o processo de tratamento. Às vezes, as metas estabelecidas no início do tratamento tornam-se menos importantes à medida que as questões ou preocupações são resolvidas ou à medida que se conhece melhor o paciente. Podem surgir novas metas conforme a terapia progride e podem ser necessários ajustes nos métodos de tratamento para superar as barreiras que se interpõem à conquista das metas. Muitos terapeutas cognitivo-comportamentais criam um sistema de lembretes para mantê-los centrados na definição e conquista das metas durante todo o curso do tratamento. Se você tiver página de rosto no arquivo de pacientes, pode incluir o plano de tratamento que relacione as metas e as datas em que foram revistas. Um de nós (J.H.W.) utiliza um prontuário médico eletrônico com uma seção na primeira página para metas de tratamento que é aberta a cada sessão. Você também pode pedir aos pacientes que anotem suas metas de tratamento em um caderno de terapia (ver a seção "Psicoeducação" mais adiante neste capítulo). Alguns princípios básicos para o estabelecimento eficaz de metas na TCC encontram-se na Tabela 4.2.

TABELA 4.2 • Dicas para estabelecer metas na terapia cognitivo-comportamental

Instrua o paciente sobre as técnicas de estabelecimento de metas.
Tente evitar metas muito generalizadas e abrangentes que possam ser difíceis de definir ou atingir. A formulação de metas desse tipo pode fazer com que o paciente se sinta pior, pelo menos temporariamente, se elas parecerem pesadas ou inatingíveis.
Seja específico.
Oriente os pacientes a escolherem metas que tenham a ver com preocupações ou problemas significativos.
Escolha metas de curto prazo que você acredite terem probabilidade de serem alcançadas no futuro próximo.
Desenvolva algumas metas de longo prazo que exijam trabalho mais extensivo na TCC.
Tente usar termos que tornem as metas mensuráveis, ajudando-o a medir o progresso.

Estabelecimento de agenda

O processo de estabelecimento de agenda corre paralelamente ao estabelecimento de metas e utiliza muitos dos mesmos princípios e métodos. Ao contrário do estabelecimento de metas, que abrange o curso inteiro da terapia, o estabelecimento de agenda é usado para estruturar cada sessão. Como observamos ao descrever os métodos de estabelecimento de metas, os pacientes normalmente precisam ser instruídos quanto aos benefícios e métodos de preparar uma agenda produtiva. Durante as primeiras sessões, o terapeuta pode precisar tomar a frente na modelagem da agenda. Mas a maioria dos pacientes aprende rapidamente o valor de uma agenda e vem às sessões subseqüentes preparada para enfocar preocupações específicas.

As agendas das sessões que são especialmente eficazes incluem algumas das seguintes características:

1. *Os tópicos da agenda se relacionam diretamente com as metas gerais da terapia.* As agendas das sessões devem ajudá-lo a atingir as metas do tratamento. Se você achar que um tópico da agenda não está ligado às metas gerais da terapia, considere revisar a agenda da sessão ou a lista de metas. Talvez o tópico da agenda seja supérfluo ou tenha relevância limitada para o curso geral da terapia. Por outro lado, a sugestão de um tópico sugerido da agenda poderia apontar para uma meta nova ou reformulada.
2. *Os tópicos da agenda são específicos e mensuráveis.* Tópicos bem-definidos da agenda podem ser, por exemplo:
   - desenvolver maneiras de enfrentar a irritabilidade do chefe;
   - reduzir a procrastinação no trabalho; e
   - conferir o progresso com a tarefa de casa da semana anterior.

Tópicos vagos ou excessivamente gerais que exigiriam maior definição ou reformulação podem ser:

- minha depressão;
- sentir-se cansado o tempo todo; e
- minha mãe.

3. *Os tópicos da agenda podem ser abordados durante uma única sessão, havendo uma probabilidade razoável de que se tire algum benefício.* Tente ajudar o paciente a selecionar os tópicos, ou redefinir os tópicos, de modo que o progresso seja possível em uma única sessão. Se o tópico parecer muito grande ou exagerado, pegue uma parte dele para trabalhar na sessão ou refaça o tópico em termos que sejam mais manejáveis. Para ilustrar, um tópico difícil de manejar sugerido por Janet ("Não quero me sentir rejeitada o tempo todo") foi reformulado para torná-lo possível de ser trabalhado em uma única sessão ("desenvolver maneiras de enfrentar os sentimentos de rejeição").
4. *Os tópicos da agenda contêm um objetivo atingível.* Em vez de ser simplesmente um item de discussão (p. ex., problemas com os filhos, meu casamento, lidar com o estresse), o tópico inclui alguma possível medida de mudança ou leva o terapeuta e o paciente a trabalharem em um plano específico de ação (p. ex., o que fazer quanto aos problemas de minha filha na escola, discutir menos e dividir algumas atividades com meu marido, reduzir a tensão no trabalho).

Embora a agenda seja um pilar do processo de estruturação, podem haver inconvenientes ao se seguir uma agenda dogmaticamente. Estrutura demais pode ser algo ruim, se isso bloquear a criatividade, dar um tom mecanicista à terapia ou impedir que você e o paciente sigam temas valiosos. Ao se utilizar agenda e outras ferramentas de estruturação para se atingir melhores efeitos, estes instrumentos devem ser permeáveis parea que permitam a espontaneidade e a aprendizagem criativa.

Atingir o equilíbrio certo entre estrutura e expressividade tem sido um tema recorrente em arte, música, arquitetura, psicoterapia e

outros campos importantes da atividade humana. Por exemplo, o sucesso de um dos mais famosos parques do mundo, o Sissinghurst, é freqüentemente atribuído à interação entre uma estrutura finamente entremeada de cercas vivas, árvores e estátuas e as plantações abundantes de flores coloridas que crescem livremente (Brown, 1990). Vemos a agenda e outras ferramentas de estruturação da TCC como promotoras dos aspectos mais criativos da terapia, do mesmo modo que a estrutura de uma sinfonia, um quadro ou um jardim permite que a parte emocionalmente ressonante da composição tenha um impacto maior.

Para aplicar esse conceito de maneira prática na TCC, sugerimos que o terapeuta estabeleça e siga agendas rotineiramente, mas lembre-se de que essas estruturas não são imutáveis. Seu único propósito é ajudar o terapeuta e o paciente a concentrarem suas energias em obter *insight* e aprender novas maneiras de pensar e se comportar. Se falar sobre um item da agenda não estiver ajudando, e for improvável que o trabalho com essa questão naquele dia dê frutos, parta então para outro tópico. Se uma nova idéia surgir durante uma sessão e você acreditar que haveria um grande potencial para alterar a agenda, discuta suas observações com o paciente e decida de maneira colaborativa se é melhor seguir naquela direção. No entanto, mantenha-se na agenda quando ela estiver funcionando e use-a para moldar seu trabalho em ajudar os pacientes a mudarem.

Como o estabelecimento de agenda é um componente importante da TCC, incluímos uma vinheta em vídeo desse procedimento. Nessa vinheta, a Dra. Spurgeon demonstra o estabelecimento da agenda durante a segunda sessão. Nesse momento da terapia, a paciente, Rose, está se sentindo de certa forma sobrecarregada por uma série de problemas, incluindo o recente fim de seu casamento. A Dra. Spurgeon começa explicando rapidamente o valor do estabelecimento de uma agenda e pedindo a Rose para tentar definir algumas questões para o trabalho nessa sessão. Rose responde, dizendo à terapeuta que quer trabalhar sua depressão. Embora Rose certamente esteja deprimida e precise encontrar maneiras de aliviar seus sintomas, o tópico que ela escolhe, depressão, é geral demais para dar um objetivo à sessão. Como você verá, a Dra. Spurgeon ajuda Rose a desmembrar essa preocupação geral em problemas mais específicos que eles possam abordar de maneira produtiva durante essa consulta. Embora não incluam objetivos mensuráveis, os itens da agenda (i.e., explorar o impacto de ser deixada pelo marido sobre o aumento da depressão, trabalhar com a baixa auto-estima desencadeada pela escolha de seu filho de passar um tempo com seu pai e controlar a ansiedade associada à procura de um emprego) são adequados para essa fase inicial da terapia e dão à paciente e à terapeuta uma boa estrutura para a sessão. A Dra. Spurgeon planeja ensinar Rose a desenvolver itens mais refinados e detalhados da agenda nas sessões posteriores e a aprimorar suas habilidades para organizar o trabalho para a mudança.



- **Vídeo 3**: Estabelecendo a agenda Dra. Spurgeon e Rose

Avaliação de sintomas

A estrutura básica das sessões de TCC inclui vários procedimentos padronizados que são realizados a cada vez que o paciente vem à terapia. Além do estabelecimento de agenda, a maioria dos terapeutas cognitivo-comportamentais incluem uma breve avaliação dos sintomas no começo da sessão (J. S. Beck, 1995). Normalmente, pede-se aos pacientes que classifiquem seu grau de depressão, ansiedade ou outros estados de humor em uma escala de 0 a 10 pontos, em que 10 é igual ao grau mais alto de angústia e 0 é igual a nenhuma angústia. A avaliação do humor dá uma estimativa valiosa do progresso, além de acrescentar um item importante de estruturação para a sessão de terapia.

Existem várias opções para a parte da sessão de avaliação de sintomas. Pode-se realizar uma avaliação do humor por meio de escala

de pontos, como sugerido anteriormente, ou uma revisão mais detalhada dos sintomas e das mudanças que ocorreram desde a última sessão. Geralmente preferimos fazer perguntas suficientes para obter um quadro acurado de como o paciente está indo, avaliar o progresso e saber sobre novos desenvolvimentos. Esse segmento da sessão, de avaliação de sintomas e breve atualização, costuma levar apenas alguns minutos. Um outro método para avaliar os sintomas é administrar uma escala de avaliação como o Inventário Beck de Depressão (A. T. Beck et al., 1996), antes de cada sessão, e depois revisar as respostas com o paciente. Alguns terapeutas cognitivo-comportamentais costumam estabelecer a agenda antes de avaliar os sintomas e, assim, incluem a avaliação dos sintomas como um item-padrão da agenda. Outros fazem a avaliação dos sintomas logo no começo da sessão como um preâmbulo ao processo de estabelecimento de agenda. Nos modelos para estruturas de sessões fornecidos mais adiante neste capítulo (ver "Como estruturar sessões durante todo o curso da TCC"), utilizamos a estratégia de realizar uma breve avaliação dos sintomas como o primeiro elemento da sessão.

Ponte entre as sessões

Embora a maior parte do trabalho de estruturação seja focada no manejo do conteúdo da sessão, normalmente é útil fazer algumas perguntas que ajudarão o paciente a revisar questões ou temas da sessão anterior. As tarefas de casa, um dos elementos-padrão da estruturação, fazem a ligação entre as sessões e mantêm a terapia focada nas questões-chave ou intervenções-chave que fluem por várias sessões. No entanto, recomendamos que você vá além da verificação da tarefa de casa para ter certeza que questões importantes das sessões anteriores não foram colocadas de lado ou esquecidas pela pressão de questões mais recentes. Uma maneira útil de fazer a ponte entre as sessões é tirar alguns minutos antes da sessão para revisar suas anotações e pedir ao paciente que revise seu caderno de anotações em busca de itens a serem revisados na agenda do dia.

Feedback

Em algumas formas de psicoterapia, é dada pouca ênfase em dar *feedback* ao paciente. No entanto, os terapeutas cognitivo-comportamentais se esforçam bastante para dar e solicitar *feedback* a fim de ajudar a manter a sessão estruturada, construir a relação terapêutica, dar incentivo adequado e corrigir distorções no processamento de informações. Costuma-se recomendar que os terapeutas cognitivo-comportamentais parem em vários pontos de cada sessão para obter um *feedback* e verificar a compreensão. São feitas perguntas ao paciente, por exemplo: "Como você acha que a sessão está indo até agora?", "Antes de continuarmos, quero fazer uma pausa para ver se estamos indo pelo mesmo caminho... você poderia resumir os principais pontos que estamos tratando hoje?", "O que você gosta na terapia?" ou "Quais são suas sugestões para coisas que você gostaria que eu fizesse diferente?".

Também é dado ao paciente *feedback* construtivo e de apoio a intervalos freqüentes (Tabela 4.3). Muitas vezes, o *feedback* é apenas uma frase ou duas, no contexto da sessão. Por exemplo, o terapeuta pode dizer: "Estamos progredindo bastante hoje, mas acho que aproveitaremos melhor a sessão se adiarmos a discussão sobre seu emprego até a próxima semana e nos concentrarmos no problema com sua filha". Certamente, seria melhor acompanhar uma afirmação como esta com um pedido de *feedback* por parte do paciente: "O que você acha disso?". Ao dar *feedback*, pode haver uma linha tênue entre dar incentivo adequado e fazer afirmações que poderiam ser percebidas como sendo ou extremamente positivas ou críticas. Essas sugestões podem ajudá-lo a dar *feedback* aos pacientes de uma forma que seja bem recebido e que leve a terapia adiante.

Muito da atenção que se dá ao processo de *feedback* na TCC veio dos estudos extensivos acerca do processamento de informações

TABELA 4.3 • Dicas para dar *feedback* na terapia cognitivo-comportamental

Dê *feedback* que ajude os pacientes a se manterem nos itens da agenda. Você pode fazer comentários como: "Acho que estamos nos desviando do assunto" ou "Você começou a falar de outro problema; antes de falarmos disso, vamos parar para pensar sobre como queremos usar o resto de nosso tempo hoje".
Dê *feedback* que melhore a organização, produtividade e criatividade da sessão de terapia. Identifique digressões, mas também preste atenção se parecer que uma descoberta inesperada ou não-planejada for promissora.
Seja verdadeiro. Estimule, mas não ultrapasse os limites ao elogiar o paciente.
Tente fazer comentários construtivos que identifiquem os pontos fortes ou ganhos e também possam sugerir maiores oportunidades para a mudança. Tenha o cuidado de evitar dar *feedback* que possa fazer com que os pacientes pensem que você os está julgando negativamente ou não está feliz com seus esforços na terapia.
Pode-se fazer um resumo dos principais pontos da sessão como um meio de dar *feedback*. No entanto, pode se tornar chato se você ficar sempre resumindo o conteúdo da sessão. Geralmente, é suficiente fazer um pequeno resumo uma ou duas vezes por sessão.
Utilize o *feedback* como uma ferramenta de ensino. Seja um bom treinador e avise os pacientes quando estiverem desenvolvendo *insight* ou habilidades valiosas. Pode-se utilizar comentários como "agora estamos chegando lá" ou "você realmente fez essa tarefa de casa valer a pena" para ressaltar progressos ou aprendizados que se espera que eles retenham.

na depressão (revisados em Wright et al., 2003; ver também Clark et al., 1999). As evidências provenientes dessas pesquisas sugerem que pessoas com depressão ouvem menos *feedback* positivo do que indivíduos não-deprimidos e que esse viés no processamento de informações pode ter um papel na persistência de cognições depressogênicas (Clark et al., 1999). Além disso, estudos de pessoas com transtornos de ansiedade descobriram que esses transtornos estão associados com um estilo rígido de processamento de informações desadaptativo. Por exemplo, uma pessoa com agorafobia pode ter ouvido muitas vezes de familiares e amigos que seus medos são infundados, mas a mensagem não é processada.

Sugerimos manter esses achados de pesquisas em mente, ao dar *feedback* aos pacientes. Pode ser necessário ajudá-los a entender que a depressão ou ansiedade pode colocar um filtro em suas percepções e que as coisas que você e outras pessoas lhes dizem podem não ser ouvidas do modo como se pretendia. Também pode ser que você queira ajudar seus pacientes a trabalharem nas habilidades de dar e receber *feedback* adequadamente. Uma maneira especialmente útil de fazer isso é a modelação das formas eficazes de processar o *feedback* na relação terapêutica.

Compasso

Qual é a melhor forma de aproveitar o tempo das sessões de terapia? Quando se deve passar para um novo item da agenda? Por quanto tempo deve-se continuar a trabalhar em um tópico, quando parece que você está estagnado ou tendo problemas para fazer progressos? Até que ponto deve-se guiar o paciente para mantê-lo focado na questão atual? Você está indo tão rápido que o paciente está tendo problemas em assimilar e lembrar os conceitos-chave? Seria bom voltar para um tópico para revisar o que foi aprendido? Estes são o tipo de perguntas que você precisará responder para dar compasso às sessões a um grau máximo de produtividade ao mesmo tempo em que mantém uma excelente relação terapêutica.

Em nossa experiência com a supervisão de alunos de TCC, descobrimos que, ao ler sobre terapia, é difícil aprender a habilidade de compassar a sessão. Aprende-se melhor as

nuances de achar o momento certo das intervenções de terapia e fazer perguntas que moldem efetivamente a estrutura das sessões por meio da prática continuada, do *role-play*, recebendo supervisão de sessões de terapia e assistindo a vídeos de terapeutas experientes.

A principal estratégia a ter em mente ao trabalhar no andamento das sessões de TCC é o uso eficaz de um estilo de questionamento voltado para o problema ou para a meta. Terapeutas não-cognitivistas podem simplesmente seguir o que o paciente fala ao longo da sessão. No entanto, se estiver realizando TCC, você precisará planejar ativamente e concentrar-se na linha de questionamento. Com base na formulação de caso, você orientará o paciente em direção à discussão produtiva de tópicos específicos e normalmente se manterá em um tema até que uma intervenção produza resultados, um plano de ação possa ser desenvolvido ou um experimento possa ser elaborado.

Sinais de que há problemas com o compasso das sessões podem incluir o seguinte:

1. *O tempo da terapia é utilizado de maneira ineficiente.* Você percebe que há muitas digressões e que as sessões carecem de clareza ou foco preciso. As soluções possíveis incluem:
   - intensificar a atenção no estabelecimento de uma agenda bem-sintonizada;
   - solicitar e dar mais *feedback*;
   - revisar as metas gerais da terapia para ver se você está se mantendo no caminho para atingir tais metas; e
   - revisar uma sessão com um supervisor, para identificar e corrigir ineficiências.
2. *Somente um item da agenda é coberto enquanto dois ou três itens importantes são negligenciados ou se dá a eles atenção apenas superficial.* Há algumas ocasiões em que a decisão de passar uma sessão inteira em um item da agenda é o melhor caminho a tomar. Nessa situação, outros itens da agenda podem ser adiados até a próxima sessão. Contudo, um padrão geral de não abordar os itens listados da agenda sugere que você não está pensando adiante e tomando decisões estratégicas quanto a como utilizar o tempo da terapia. Tente discutir com o paciente no início da sessão sobre dividir o tempo da terapia para cada item da agenda. Você não precisa cronometrar minuciosamente, mas pode tentar priorizar os itens e obter uma idéia geral de quanto tempo cada item deveria tomar.
3. *Você tem dificuldades em tomar decisões de maneira colaborativa sobre o direcionamento da terapia.* As decisões quanto ao compasso e ao *timing* estão sendo tomadas somente por você. O paciente não foi solicitado a dar *feedback* ou aceita passivamente todas as suas decisões e está satisfeito em deixar você sempre no lugar do condutor. Ou o paciente está controlando boa parte da sessão falando incessantemente sem ouvir ou aceitar seu *feedback*. Nesse tipo de situação, há um problema de equilíbrio na relação terapêutica. O fluxo e o compasso das sessões são otimizados quando a relação promove a tomada de decisão em conjunto quanto a:
   a) escolha de tópicos;
   b) quanto tempo e trabalho são gastos com um tópico; e
   c) quando passar para um outro tópico.
4. *A sessão termina sem nenhuma sensação de movimento ou ação que possa levar ao progresso.* Sessões bem-compassadas são normalmente direcionadas para mudanças que o paciente pode fazer para ajudar a aliviar os sintomas, manejar o problema ou prepará-lo para uma situação futura. Se achar que suas sessões estão terminando sem qualquer sensação de resolução ou movimento para frente, reveja a formulação de caso, elabore algumas estratégias para a mudança e planeje-se com antecedência para a próxima sessão. Você está sugerindo experiências que ajudem o paciente a seguir as lições aprendidas nas sessões de terapia? Em caso negativo, aprimore as prescrições das tarefas e inclua um plano de ação para mudança.

5. *Você desiste prematuramente de um tópico promissor.* Esse problema de compasso é comumente observado em sessões conduzidas por alunos de TCC. De modo geral, o aproveitamento de uma sessão de terapia é maior quando um pequeno número de tópicos é discutido em profundidade do que quando uma grande quantidade de itens é abordada superficialmente.
6. *Suas habilidades em elaborar as perguntas e manejar as transições da terapia precisam ser mais desenvolvidas.* Embora alguns terapeutas pareçam ter muito talento nato para formular as perguntas certas para fazer as sessões fluírem tranqüila e eficientemente, a maioria de nós precisa de prática, observar a nós mesmos em fitas de vídeo e obter boa supervisão antes de dominarmos as técnicas de entrevista na TCC. Assistir a fitas de vídeo de sessões é um método especialmente importante de adquirir habilidade em compasso e *timing*. Ao observar as sessões gravadas, tente identificar as áreas em que você poderia ter melhorado o foco do questionamento. Pare a fita e pense em várias opções diferentes para as perguntas que você poderia ter feito. Assista também a fitas de sessões conduzidas por terapeutas cognitivo-comportamentais experientes para ter idéias de como fazer as perguntas mais eficazes.

Há várias ilustrações em vídeo no CD que acompanha o livro que demonstram as técnicas de dar compasso na TCC. Sugerimos ter em mente as questões de ritmo e tempo ao assistir as vinhetas incluídas nos capítulos posteriores. As fontes para outros vídeos de TCC, incluindo sessões conduzidas por terapeutas-mestres como Aaron T. Beck e Christine Padesky, são apresentadas no Apêndice 2, "Recursos de Terapia Cognitivo-Comportamental".

TAREFAS

A tarefas intersessões servem a muitos propósitos na TCC. Sua função mais importante é desenvolver habilidades em TCC para lidar com problemas em situações reais. Mas também é usada para dar mais estrutura à terapia, ao fazer da tarefa um item rotineiro de agenda para cada sessão e ao servir como uma ponte entre as sessões. Por exemplo, se foi sugerido na sessão anterior o preenchimento de um registro de pensamentos para uma situação estressante prevista (p. ex., reunir-se com o chefe, tentar enfrentar uma situação social temida ou tentar resolver um conflito com um amigo), essa tarefa seria colocada na agenda para a sessão atual. Mesmo se o paciente não completar a tarefa ou tiver dificuldade em realizá-la, geralmente há benefícios em discuti-la.

Quando as tarefas funcionam bem, pode-se fazer uma revisão de questões trabalhadas de modo que o aprendizado é reforçado durante a sessão. Vinculações à agenda da sessão atual ou às idéias e questões que foram estimuladas pela tarefa de casa podem sugerir novos itens de agenda. Quando são encontrados problemas para realizar as tarefas de casa, geralmente é útil explorar os motivos pelos quais elas não foram feitas ou não funcionaram como planejado. Talvez você não tenha explicado claramente a tarefa. É possível que tenha sugerido uma tarefa que foi percebida como muito difícil, muito fácil ou irrelevante para o paciente.

Uma estratégia que normalmente funciona bem é explorar quaisquer barreiras que o paciente tenha na realização da tarefa. Ele estava se sentindo tão sobrecarregado de trabalho que achou que não conseguiria tirar um tempo para fazer a tarefa? Ele temia que seus colegas, filhos ou outras pessoas vissem sua tarefa? Ele se sentia tão exausto que não conseguiu se organizar para começar o exercício? Há um padrão crônico de procrastinação? A expressão *tarefa de casa* ativou algumas associações negativas com as experiências na escola? Podem haver várias razões para os pacientes não fazerem suas tarefas. Se conseguir discernir por que isso acontece, você tornará a tarefa de casa uma experiência mais bem-sucedida.

Discutimos a tarefa em vários pontos deste livro por ser esta uma das ferramentas mais

úteis da TCC. O Capítulo 9, "Problemas e dificuldades comuns: aprendendo com os desafios da terapia", traz uma seção com instruções detalhadas para resolver problemas com a realização da tarefa. Além disso, diversas intervenções para modificar cognições e comportamentos desadaptativos (p. ex., registros de pensamento, exame das evidências, programação de atividades, exposição e prevenção de resposta) descritas em capítulos posteriores são usadas extensivamente como tarefas. Embora seu foco principal ao sugerir tarefas possa ser colocar o método da TCC em prática ou ajudar o paciente a enfrentar uma situação problemática, tente ter sempre em mente a importância da estrutura na TCC e o papel central da tarefa de casa no fortalecimento dessa estrutura.

COMO ESTRUTURAR AS SESSÕES DURANTE TODO O CURSO DA TCC

Alguns elementos da estrutura da sessão são mantidos durante todas as fases da TCC. Mas as primeiras sessões normalmente caracterizam-se por possuir mais estrutura do que as sessões posteriores. No início da terapia, os pacientes estão normalmente mais sintomáticos, podem ter mais dificuldade de concentração e memória, podem estar se sentindo desesperançados e ainda não adquiriram as habilidades da TCC para organizar o trabalho de enfrentar problemas. Por volta das últimas etapas da terapia, em geral, é necessária uma estrutura menor, porque os pacientes terão progredido na resolução de sintomas, adquirido conhecimento para usar os métodos de auto-ajuda da TCC e estarão assumindo maior responsabilidade pelo controle de sua própria terapia. Como já observamos, uma das metas da TCC é ajudar os pacientes a se tornarem seus próprios terapeutas ao final do tratamento.

A seguir, nas Tabelas 4.4, 4.5 e 4.6, apresentamos modelos de estruturas das sessões nas fases inicial, intermediária e final da TCC. Cada sessão inclui as características comuns de estabelecimento de agenda, avaliação de sintomas, revisão de tarefas de casa, trabalho nos problemas e nas questões, prescrição de uma nova tarefa de casa e *feedback*. A quantidade de estrutura e o conteúdo da sessão variam à medida que a terapia amadurece. Esses modelos são apresentados apenas para orientação geral e não são planejados para serem utilizados como um sistema a ser usado em todos os casos para a estruturação da terapia. No entanto, descobrimos que essas descrições básicas podem ser personalizadas para atender as necessidades e atributos da maioria dos pacientes e para prover estruturas que ajudem a atingir as metas de tratamento.

TABELA 4.4 • Esboço da estrutura de uma sessão: fase inicial do tratamento

1. Cumprimente o paciente.
2. Realize uma avaliação dos sintomas.
3. Estabeleça a agenda.[a]
4. Revise a tarefa da sessão anterior.[b]
5. Conduza o trabalho de terapia cognitivo-comportamental com os itens da agenda.
6. Eduque o paciente para o modelo cognitivo. Ensine os conceitos e métodos básicos da TCC.
7. Desenvolva nova tarefa de casa.
8. Revise os pontos-chave, dê e solicite *feedback* e encerre a sessão.

Obs.: Exemplos do trabalho de TCC na fase inicial da terapia incluem a identificação das mudanças de humor, identificação de pensamentos automáticos, registros de pensamentos de duas ou três colunas, identificação de erros cognitivos, programação de atividades e ativação comportamental. Há uma ênfase nas fases iniciais da TCC em demonstrar e ensinar o modelo cognitivo básico. Normalmente, dá-se e solicita-se *feedback* várias vezes durante a consulta e no final da sessão.

[a]Alguns terapeutas preferem estabelecer a agenda antes de realizar a avaliação dos sintomas.

[b]A tarefa de casa pode ser revisada e/ou prescrita em vários momentos da sessão.

TABELA 4.5 • Esboço da estrutura de uma sessão: fase intermediária do tratamento

1. Cumprimente o paciente.
2. Realize uma avaliação dos sintomas.
3. Estabeleça a agenda.
4. Revise a tarefa da sessão anterior.
5. Conduza o trabalho de terapia cognitivo-comportamental com os itens da agenda.
6. Programe uma nova tarefa de casa.
7. Revise os pontos-chave, dê e solicite *feedback* e encerre a sessão.

Obs.: Exemplos do trabalho de TCC na fase intermediária da terapia incluem a identificação de esquemas e pensamentos automáticos, registros de pensamentos de cinco colunas, exposição gradual a estímulos temidos e a condução de trabalho de nível inicial e intermediário para mudar os esquemas. As metas da terapia devem ser revistas periodicamente durante toda a fase intermediária, mas a revisão normalmente não é inserida na agenda de cada sessão. A quantidade de estrutura pode começar a diminuir gradualmente na fase intermediária da TCC se o paciente estiver demonstrando melhor habilidade em seu trabalho de enfrentar problemas.

TABELA 4.6 • Esboço da estrutura de uma sessão: fase final do tratamento

1. Cumprimente o paciente.
2. Realize uma avaliação dos sintomas.
3. Estabeleça a agenda.
4. Revise a tarefa da sessão anterior.
5. Conduza o trabalho de terapia cognitivo-comportamental com os itens da agenda.
6. Trabalhe na prevenção da recaída; prepare-o para o término da terapia.
7. Programe nova tarefa de casa.
8. Revise os pontos-chave, dê e solicite *feedback* e encerre a sessão.

Obs.: Exemplos do trabalho de TCC na parte final da terapia incluem a identificação e modificação de esquemas, registros de pensamentos de cinco colunas, desenvolvimento de planos de ação para lidar com problemas e/ou prática de esquemas revisados e praticar exposição. As metas da terapia são revistas periodicamente durante toda a fase final e são formuladas metas para serem trabalhadas depois da terapia. Há um foco na identificação de ativadores em potencial da recaída e na utilização de procedimentos, como o ensaio cognitivo-comportamental, para ajudar o paciente a ficar bem depois de a terapia terminar. A quantidade de estrutura é reduzida na fase final da TCC à medida que o paciente assume cada vez mais responsabilidade pela implementação de métodos da TCC na vida diária.

- **Exercício 4.1**
  Estruturação da TCC

1. Recrute um colega de curso, colega de trabalho ou supervisor para auxiliá-lo a praticar os métodos de estruturação da TCC. Utilize *role-play* para exercitar o estabelecimento de metas e agendas em diferentes fases da terapia.
2. Peça a seu auxiliar para fazer o papel de um paciente que tem dificuldades para estabelecer agendas. Discuta as opções que você possa ter para ajudar o paciente a definir itens produtivos de agenda. Depois, tente implementar essas estratégias.
3. Utilize o exercício de *role-play* para desenvolver a prática de dar e receber *feedback*. Peça a seu auxiliar para fazer críticas construtivas a você. Seu auxiliar o vê como alguém que dá *feedback* claro, útil e que dá apoio?
4. Ensaie combinar tarefas de casa. Novamente, peça a seu auxiliar para fazer uma avaliação honesta de suas habilidades. Ele tem alguma sugestão de como você poderia melhorar a prescrição de tarefas de casa?
5. Implemente os métodos de estruturação descritos neste capítulo no trabalho com seus pacientes. Discuta suas experiências com um supervisor ou colega.

PSICOEDUCAÇÃO

Existem três razões principais pelas quais aprimorar suas habilidades para ensinar podem

ajudar a maximizar sua eficácia como terapeuta cognitivo-comportamental. Primeiro, a TCC baseia-se na idéia de que os pacientes podem aprender habilidades para modificar cognições, controlar os estados de humor e fazer mudanças produtivas em seu comportamento. Seu sucesso como terapeuta reside em parte em quão bem você ensina essas habilidades. Segundo, a psicoeducação eficaz durante todo o processo de terapia deve instrumentalizar os pacientes com conhecimento que os ajudará a reduzir o risco de recaída. Finalmente, a TCC é dirigida para ajudar os pacientes a se tornarem seus próprios terapeutas. É preciso educar os pacientes sobre como continuar a utilizar os métodos de auto-ajuda cognitivos e comportamentais após a conclusão da terapia. Alguns métodos para dar essa educação estão delineados na Tabela 4.7 e descritos nas subseções a seguir.

Miniaulas

Há ocasiões nas sessões em que breves explicações e ilustrações de teorias ou intervenções da TCC podem ser utilizadas para ajudar o paciente a entender os conceitos. Evita-se um estilo do tipo palestra nessas miniaulas optando-se por um modelo educacional amigável, envolvente e interativo. Pode-se utilizar questionamento socrático para estimular o paciente a se envolver no processo de aprendizagem. Diagramas por escrito ou outras ferramentas de aprendizagem também podem intensificar a experiência educacional. Freqüentemente utilizamos um diagrama circular que mostre a ligação entre eventos, pensamentos, emoções e comportamentos quando explicamos o modelo cognitivo básico pela primeira vez. Essa técnica funciona melhor se o terapeuta conseguir fazer um diagrama com um exemplo real da vida do paciente.

Duas ilustrações em vídeo trazem exemplos de intervenções psicoeducativas na TCC. A primeira vinheta mostra a Dra. Spurgeon educando Rose sobre o modelo cognitivo-comportamental básico. Você já viu, anteriormente neste capítulo, Rose desenvolvendo uma agenda durante uma segunda sessão (ver Vídeo 3). Um dos itens da agenda foi começar o trabalho sobre a associação entre os problemas conjugais de Rose e sua depressão. Mais adiante, nessa mesma sessão, a Dra. Spurgeon ajuda a paciente a entender o modelo de TCC básico para depressão colocando em um diagrama as reações de Rose ao acordar de manhã sem seu marido ao lado (Figura 4.1). A compreensão adquirida com essa intervenção psicoeducativa pode preparar o terreno para o empenho em ajudar Rose a modificar suas cognições autocondenatórias e enfrentar melhor sua perda. Como os vídeos da Dra. Spurgeon e Rose são utilizados somente para demonstrar os procedimentos de estruturação e educação neste capítulo, não haverá mais vídeos deste caso. Mas você terá a oportunidade de assistir a várias outras vinhetas que mostram maneiras de implementar a mudança.

TABELA 4.7 • Métodos psicoeducativos

Oferecer miniaulas
Prescrever um exercício na sessão
Usar um caderno de notas de terapia
Recomendar leituras
Apresentar terapia cognitivo-comportamental por meio de computador

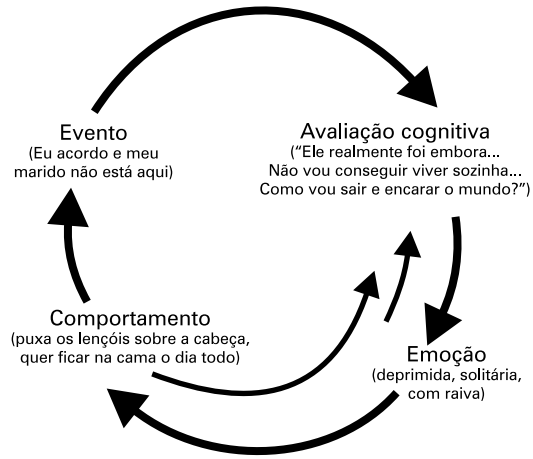


FIGURA 4.1 • Diagrama de Rose do modelo de terapia cognitivo-comportamental.



• **Vídeo 4**: Psicoeducação no modelo cognitivo-comportamental
Dra. Spurgeon e Rose

O segundo vídeo de psicoeducação na TCC mostra o tratamento que o Dr. Thase está fazendo com Ed, um editorialista de jornal que, como Rose, está sofrendo com o fim de um relacionamento. Os métodos da TCC utilizados para tratar Ed também são descritos no Capítulo 6, "Métodos comportamentais I: melhorando a energia, concluindo tarefas e solucionando problemas", e no Capítulo 8, "Modificando esquemas". O Capítulo 3, "Avaliação e formulação", traz uma formulação de caso detalhada para o tratamento de Ed. Nessa vinheta sobre psicoeducação, o Dr. Thase primeiro evoca alguns dos pensamentos automáticos de Ed sobre o fim do relacionamento com sua namorada ("O que fiz de errado?... Não sei o que eu possa ter feito... Não fiz nada certo... Como pude estragar tudo?"). Ele, então, explica a natureza dos pensamentos automáticos e a conexão entre cognições e o humor deprimido. A vinheta termina com a prescrição de uma tarefa para começar a registrar os pensamentos automáticos em um registro de pensamentos de três colunas.



• **Vídeo 5**: Psicoeducação em pensamentos automáticos
Dr. Thase e Ed

Modelo de exercício

Uma boa forma de educar os pacientes quanto aos métodos da TCC é escrever um exemplo de um exercício em uma sessão de terapia e ao mesmo tempo explicar como o procedimento funciona. O exercício escrito, então, pode ser dado ao paciente como um modelo para o trabalho futuro e pode-se fazer uma cópia para arquivo. A visualização do método por escrito pode ajudar os pacientes a aprender o conceito rapidamente e retê-lo. Algumas aplicações possíveis dessa técnica incluem desenhar um diagrama do modelo da TCC, como mostrado no vídeo 4; escrever um registro de pensamentos automáticos (ver Figura 5.2, no Capítulo 5, "Trabalhando com pensamentos automáticos"); fazer um exercício de exame das evidências (ver Figura 5.3, no Capítulo 5) ou preencher um cartão de enfrentamento (ver Figuras 5.6 e 5.7, no Capítulo 5, e Tabela 8.5, no Capítulo 8, "Modificando esquemas").

Caderno de terapia

Pode-se organizar em um caderno de terapia os exercícios escritos das sessões, tarefas de casa, apostilas, escalas de avaliação, anotações sobre *insights* importantes e outros materiais escritos ou impressos. Somos fortes defensores do uso de cadernos de terapia, pois eles promovem a aprendizagem, podem melhorar a realização das tarefas de casa e ajudar os pacientes a lembrarem e utilizarem os conceitos da TCC por muitos anos depois de a terapia terminar. Por exemplo, um homem que um de nós tratou no passado telefonou para marcar uma sessão após um divórcio. Ele não era atendido há dez anos, mas relatou que consultava rotineiramente seu caderno de terapia para auxiliá-lo no uso da TCC para lidar com os estresses de sua vida. Embora perturbado pelo divórcio, ele utilizara com sucesso os métodos da TCC para não cair em depressão novamente. Depois de uma sessão de reforço, ele decidiu que continuaria a utilizar as técnicas de auto-ajuda da TCC e não precisaria mais de terapia contínua.

Normalmente, apresentamos a idéia de um caderno de terapia durante a primeira ou segunda sessão e, depois, reforçamos a importância desse método durante todo o curso de tratamento. Um outro ponto positivo do caderno de terapia é que ele ajuda a estruturar a

TCC, se for consultado ou complementado como uma parte rotineira de cada sessão. Esse recurso é também extremamente valioso para o trabalho de TCC com pacientes internados, no qual o trabalho na terapia individual, tratamentos em grupo, sessões de revisão de tarefa e outras atividades podem ser organizadas e melhoradas com esse método de registro (Wright et al., 1993).

Leituras

Livros de auto-ajuda, apostilas ou outros materiais disponíveis impressos ou na internet são freqüentemente utilizados na TCC para instruir os pacientes e envolvê-los em exercícios de aprendizagem fora das sessões de tratamento. Normalmente, recomendamos pelo menos um livro de auto-ajuda a nossos pacientes e damos orientação sobre quais capítulos podem ser úteis em diferentes momentos da terapia. Por exemplo, o livro *Getting your life back*: *the complete guide to recovery from depression* (Wright e Basco, 2001) tem dois capítulos introdutórios que ajudam as pessoas a avaliarem sintomas e estabelecerem metas úteis. Esses capítulos apresentam um bom ponto de partida para uma pessoa que está no estágio inicial da terapia. São então recomendados capítulos sobre pensamentos automáticos, crenças nucleares e exercícios comportamentais, à medida que a terapia aborda esses tópicos. Pode ser sugerida a leitura desse livro no capítulo sobre medicações, quando os pacientes estiverem recebendo farmacoterapia ou estiverem interessados em aprender sobre os tratamentos biológicos para a depressão.

Ao sugerir leituras, tente escolher materiais que sejam apropriados para o estágio da terapia, para o grau de instrução do paciente, sua capacidade cognitiva e sofisticação psicológica e para o tipo de sintomas que estão sendo vivenciados. Além disso, os materiais devem ser selecionados para atender as necessidades específicas do paciente. Pode ser necessária a impressão em letras grandes se os pacientes tiverem problemas de acuidade visual ou pode ser preciso fitas de áudio e vídeo para pessoas que não conseguem ler. Temos em mente muitas opções ao utilizarmos leituras para aprimorar a TCC.

O Apêndice 2, "Recursos de terapia cognitivo-comportamental", traz uma lista de leituras recomendadas e *sites* para pacientes. Alguns dos livros populares de auto-ajuda da TCC são *Feeling good* (Burns, 1980), *Getting your life back* (Wright e Basco, 2001) e *A mente vencendo o humor* (Greenberger e Padesky, 1996; Artmed, 1999). *Coping with depression* (A. T. Beck et al., 1995) – um pequeno panfleto fácil de ler – pode ser uma ferramenta educativa útil para pessoas com depressão severa. Vários livros de auto-ajuda da TCC são voltados para transtornos ou problemas específicos. *Never good enough* (Basco, 2000) traz exercícios úteis para pessoas que lutam pelo perfeccionismo. Bons livros para pessoas com transtornos de ansiedade incluem *Mastery of your anxiety and panic* (Craske e Barlow, 2000) e *Stop obsessing!* (Foa e Wilson, 1991).

Sugerimos que você leia vários dos livros de auto-ajuda e examine alguns dos outros recursos relacionados no Apêndice 2, de modo a estar preparado para discutir materiais educacionais específicos com seus pacientes. Os *sites* identificados no Apêndice 2 também podem dar informações valiosas sobre a TCC. A Academia de Terapia Cognitiva tem um excelente *site* (http://www.academyofct. org) que traz materiais educacionais tanto para profissionais quanto para leigos. O *site* do Instituto Beck (http://www.beckinstitute. org) apresenta sugestões de leitura e tem uma livraria de TCC, e o *site* da Mindstreet (http://www.mindstreet.com) fornece materiais para TCC assistida por computador, além de informações sobre os conceitos básicos da TCC.

Tornar-se um *expert* em psicoeducação requer tanto conhecimento quanto prática. O próximo exercício de aprendizagem pode ajudá-lo a adquirir experiência no aprendizado de ser um bom professor e treinador de seus pacientes.

- **Exercício 4.2**:
  Psicoeducação em TCC

1. Faça uma lista de pelo menos cinco componentes principais da TCC para os quais você acredita que deve aplicar psicoeducação rotineiramente (p. ex., modelo cognitivo-comportamental básico, a natureza dos pensamentos automáticos). Quais são as lições essenciais que você quer comunicar?
2. Acrescente à lista:
   a. Idéias específicas para educar os pacientes em cada uma das áreas que você identificou.
   b. Leituras e outros recursos educativos sugeridos para cada tópico.
3. Peça a um colega de trabalho, colega de curso ou supervisor para ajudá-lo a fazer o *role-play* dos métodos para desenvolver psicoeducação. Preste especial atenção para manter a relação empírico-colaborativa e evitar um modelo de ensino excessivamente didático.

TCC via computador

Você já pensou em como os programas de computador podem ajudar a conduzir a TCC? A psicoterapia tradicional conta totalmente com o terapeuta para treinar o paciente nos princípios da terapia, facilitar *insights*, medir o progresso, dar *feedback* e fazer sugestões para desenvolver habilidades na TCC. No entanto, há cada vez mais interesse em idéias para integrar a terapia via computador no processo de tratamento (Marks et al., 1998; Wright, 2004). Em um estudo recente, a TCC via computador com um programa de multimídia (*Good days ahead: the multimedia program for cognitive therapy*; Wright et al., 2004) equiparou-se em eficácia à TCC tradicional no tratamento de sintomas depressivos em pacientes não-medicados, apesar de reduzir o tempo total do terapeuta para quatro horas ou menos (Wright et al., 2005). A abordagem via computador foi mais eficaz que a TCC padrão no auxílio aos pacientes na aquisição do conhecimento sobre a terapia e na redução das medidas de distorção cognitiva.

As aplicações da tecnologia computacional na TCC foram além de prover psicoeducação, ao incluir uma ampla gama de experiências terapêuticas (Wright, 2004). O *Good days ahead* utiliza vídeo, áudio e uma série de exercícios interativos para ajudar os pacientes a aplicarem os princípios da TCC na luta contra a depressão e a ansiedade. Esse programa também acompanha as respostas do usuário (inclusive com gráficos de humor deprimido e ansioso, listas de pensamentos automáticos e esquemas, planos de ação para enfrentar problemas, além de outros dados) para ajudar o terapeuta a monitorar o progresso e orientar o paciente sobre como utilizar o *software*. Foram estudados dois outros programas multimídia para TCC em ensaios controlados que estão sendo utilizados na prática clínica. O *FearFighter* (Kenwright et al., 2001), desenvolvido no Reino Unido, dirige-se primordialmente à aplicação de métodos comportamentais para transtornos de ansiedade. O *Beating the blues* (Proudfoot et al., 2003), um outro programa do Reino Unido, tem produzido efeito adicional à farmacoterapia em pacientes ambulatoriais com depressão.

Uma das aplicações mais interessantes da tecnologia computacional na TCC é o uso da realidade virtual para auxiliar nas terapias de exposição a fobias e outros transtornos de ansiedade. Têm sido desenvolvidos e testados programas para fobia a alturas, medo de avião, agorafobia e transtorno de estresse pós-traumático, entre outros transtornos (Rothbaum et al., 1995, 2000, 2001; Wiederhold e Wiederhold, 2000). A realidade virtual é usada para simular situações temidas de modo que o terapeuta possa conduzir a terapia de exposição *in vivo* no consultório para situações como andar em um elevador de vidro ou viajar de avião. Em um programa especialmente engenhoso, o *Virtual vietnam*, Rothbaum e seus associados (2001) criaram uma simulação de experiências de guerra que podem ser aplicadas para auxiliar no tratamento de veteranos com transtorno de estresse pós-traumático.

O uso da tecnologia computacional para ajudar terapeutas a ensinarem e tratarem pacientes é um dos desenvolvimentos mais recentes na TCC. Embora alguns profissionais tenham questionado se o *software* poderia comprometer o relacionamento terapêutico ou ser visto pelo paciente de uma maneira negativa, estudos de TCC via computador demonstraram excelente aceitação por parte dos pacientes (Colby et al., 1989; Wright, 2004; Wright et al., 2002). Tal como qualquer outra ferramenta terapêutica, você poderá tirar grande proveito dos programas de computador se fizer um empenho para se familiarizar com seu uso na prática clínica. O Apêndice 2 traz uma lista de *sites* com informações sobre programas de computador para a TCC. Acreditamos que o uso crescente de computadores na sociedade, a falta de acesso a psicoterapias testadas empiricamente e as evidências da eficiência e eficácia da TCC via computador levarão ao aumento do uso dessa abordagem no futuro.

RESUMO

A estruturação e a educação são processos complementares na TCC. A estruturação pode gerar esperança, organizar o direcionamento da terapia, manter as sessões voltadas para atender as metas e promover a aprendizagem das habilidades da TCC. A psicoeducação está primordialmente voltada para o ensino dos conceitos fundamentais da TCC, mas também agrega à estrutura da terapia a utilização de métodos educacionais, como os cadernos de terapia, em cada sessão.

Os terapeutas cognitivo-comportamentais dão mais estrutura ao tratamento ao estabelecer metas e agenda, realizar avaliação de sintomas, dar e receber *feedback*, prescrever e verificar as tarefas de casa e dar andamento às sessões de maneira eficaz. Outra parte do papel do terapeuta é ser um bom professor ou treinador. Dentro da estrutura do método socrático, os terapeutas dão miniaulas, sugerem leituras e podem utilizar métodos de ensino inovadores, como a TCC via computador. A estruturação e o ensino de métodos funcionam melhor quando são integrados habilmente na sessão e utilizados para dar apoio e facilitar os componentes mais emocionalmente carregados e expressivos da terapia.

REFERÊNCIAS

Basco MR: Never Good Enough: How to Use Perfectionism to Your Advantage Without Letting It Ruin Your Life. New York, Free Press, 2000.

Beck AT, Greenberg RL, Beck J: Coping With Depression. Bala Cynwyd, PA, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1995.

Beck AT, Steer RA, Brown GK: BDI-II, Beck Depression Inventory: Manual. San Antonio, TX, Psychological Corporation, 1996.

Beck JS: Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York, Guilford, 1995.

Brown J: Sissinghurst: Portrait of a Garden. New York, HN Abrams, 1990.

Burns DD: Feeling Good: The New Mood Therapy. New York, William Morrow, 1980.

Clark DA, Beck A1; Alford BA: Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. New York, Wiley, 1999.

Colby KM, Gould RL, Aronson G: Some pros and cons of computer-assisted psychotherapy. J Nerv Ment Dis 177:105-108, 1989.

Craske MG, Barlow DH: Mastery of Your Anxiety and Panic, 3rd Edition. San Antonio, TX, Psychological Corporation, 2000.

Foa EB, Wilson R: Stop Obsessing! How to Overcome Your Obsessions and Compulsions. New York, Bantam Books, 1991.

Greenberger D, Padesky CA: Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think. New York, Guilford, 1996.

Kenwright M, Liness S, Marks I: Reducing demands on clinicians' time by offering computer-aided self help for phobia/panic: feasibility study. Br J Psychiatry 179:456-459, 2001.

Marks I, Shaw S, Parkin R: Computer-aided treatments of mental health problems. Clinical Psychology: Science and Practice 5:151-170, 1998.

Proudfoot J, Goldberg D, Mann A, et al: Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural

therapy reduces anxiety and depression in general practice. Psychol Med 33:217-227, 2003.

Rothbaum BO, Hodges LF, Kooper R, et al: Effectiveness of computer-generated (virtual reality) graded exposure in the treatment of acrophobia. Am J Psychiatry 152:626-628, 1995.

Rothbaum BO, Hodges L, Smith S, et al: A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. J Consult Clin Psychol 60: 1020-1026, 2000.

Rothbaum BO, Hodges LF, Ready D, et al: Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 62:617-622, 2001.

Wiederhold BK, Wiederhold MD: Lessons learned from 600 virtual reality sessions. Cyberpsychol Behav 3:393-400, 2000.

Wright JH: Computer-assisted cognitive-behavior therapy, in Cognitive-Behavior Therapy. Edited by Wright JH. (Review of Psychiatry Series, Vol 23; Oldham JM and Riba MB, series eds). Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2004, p. 55-82.

Wright JH, Basco MR: Getting Your Life Back: The Complete Guide to Recovery From Depression. New York, Free Press, 2001.

Wright JH, Thase ME, Beck AT, et al (eds): Cognitive Therapy With Inpatients: Developing a Cognitive Milieu. New York, Guilford, 1993.

Wright JH, Wright AS, Salmon P, et al: Development and initial testing of a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. Am J Psychother 56:76-86, 2002.

Wright JH, Beck AT; Thase ME: Cognitive therapy, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry, 4th Edition. E4ited by Hales RE, Yudofsky SC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, p. 1245-1284.

Wright JH, Wright AS, Beck AT: Good Days Ahead: The Multimedia Program for Cognitive Therapy. Louisville, KY, Mindstreet, 2004.

Wright JH, Wright AS, Albano AM, et al: Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. Am J Psychiatry 162:1158-1164, 2005.

5

Trabalhando com pensamentos automáticos*

Os métodos para descobrir e modificar os pensamentos automáticos desadaptativos encontram-se no cerne da abordagem cognitivo-comportamental. Um dos construtos básicos mais importantes da terapia cognitivo-comportamental (TCC) é que existem padrões distintivos de pensamentos automáticos nos transtornos psiquiátricos e que o trabalho de modificar esses estilos de pensamento podem reduzir significativamente os sintomas. Portanto, os terapeutas cognitivo-comportamentais geralmente dedicam uma grande parte das sessões à tarefa de trabalhar com os pensamentos automáticos.

Há duas fases sobrepostas na abordagem da TCC para os pensamentos automáticos. Primeiro, o terapeuta ajuda o paciente a *identificar* os pensamentos automáticos. Depois, o foco volta-se para os métodos de aprendizagem para *modificar* os pensamentos automáticos negativos e direcionar o pensamento do paciente para uma forma mais adaptativa. Na prática clínica, raramente há uma divisão clara entre essas fases. A identificação e a modificação ocorrem juntas como parte de um processo progressivo de desenvolvimento de um estilo de pensamento racional. As Tabelas 5.1 e 5.2 trazem os métodos comumente usados para identificar e modificar os pensamentos automáticos.

IDENTIFICAÇÃO DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Reconhecimento das mudanças de humor

Nos estágios iniciais da TCC, os terapeutas precisam ajudar os pacientes a entender o conceito de pensamentos automáticos e a reconhecer algumas dessas cognições. Normalmente, apresentamos esse tópico na primeira sessão ou em uma das primeiras sessões, quando o paciente exibir um leque de pensamentos au-

TABELA 5.1 • Métodos para identificar pensamentos automáticos

Reconhecimento das mudanças de humor
Psicoeducação
Descoberta guiada
Registro de pensamentos
Exercícios de imagens mentais
Exercícios de *role-play*
Uso de inventários

* Os itens mencionados neste capítulo e disponíveis no Apêndice 1, "Formulários de trabalho e inventários", também estão disponíveis em um formato maior para *download* gratuito no *site* da American Psychiatric Publishing: http://www.appi.org/pdf/wright, conteúdo em inglês.

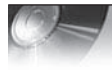
TABELA 5.2 • Métodos para modificar pensamentos automáticos

Questionamento socrático
Uso de registros de mudança de pensamento
Geração de alternativas racionais
Identificação de erros cognitivos
Exame das evidências
Descatastrofização
Reatribuição
Ensaio cognitivo
Uso de cartões de enfrentamento

tomáticos que levam a uma intensa resposta emocional. Uma boa regra é considerar qualquer mostra de emoção como um sinal de que ocorreram pensamentos automáticos. Terapeutas experientes aproveitarão essas mudanças de humor para ajudar a trazer à tona pensamentos automáticos salientes e ensinar aos pacientes o modelo cognitivo-comportamental básico.

Uma vinheta em vídeo do tratamento de Kris com a Dra. Fitzgerald demonstra como usar essa técnica. Kris é um supervisor de linha de montagem de uma fábrica que está tendo problemas no trabalho. A depressão e a irritabilidade foram desencadeadas pelos estresses no trabalho, incluindo reduções no número de operários na linha de montagem e pressões de seus chefes para atingir as metas de produção. Ele também estava tendo conflitos com sua esposa, que o criticava por chegar tarde do trabalho e não participar das atividades familiares.

Nessa vinheta de uma sessão inicial, sua psiquiatra, Dra. Fitzgerald, observou uma mudança de humor quando Kris começou a falar da situação no trabalho. Depois de notar que ele parecia triste e perturbado, ela lhe pediu para identificar os pensamentos automáticos que passavam por sua cabeça quando seu humor começou a mudar. Kris pôde, então, lembrar dos seguintes pensamentos: "Eu estrago tudo... Não consigo fazer nada certo... Não importa o que eu faça, não é suficientemente bom... Esse é um trabalho estúpido que não leva a lugar algum". Mais adiante no capítulo, você verá como a Dra. Fitzgerald conseguiu ajudar Kris a modificar esse estilo negativo de pensamento.



• **Vídeo 6**: Uma mudança de humor
Dra. Fitzgerald e Kris

A mudança de humor é um método especialmente útil de descobrir pensamentos automáticos porque normalmente gera cognições que são emocionalmente carregadas, imediatas e de alta relevância pessoal. Beck (1989) observou que "a emoção é a estrada real para a cognição" porque os padrões de pensamento ligados à expressão emocional intensa, carregada, são oportunidades ricas para trazer à tona alguns dos pensamentos automáticos e esquemas mais importantes do paciente. Outra razão para focar nas mudanças de humor é o impacto da emoção na memória. Como a carga emocional tende a aumentar a memória da pessoa para os eventos (Wright e Salmon, 1990), as intervenções terapêuticas que estimulam a emoção podem intensificar a lembrança e, portanto, tornar mais provável que o paciente assimile e utilize o conceito de pensamentos automáticos.

Psicoeducação

Os métodos educacionais descritos no Capítulo 4 podem ter um papel importante em ajudar os pacientes a aprender a identificar

pensamentos automáticos. Geralmente, dedicamos algum tempo no início da terapia a breves explicações sobre a natureza dos pensamentos automáticos e como eles influenciam a emoção e o comportamento. Essas explicações podem funcionar melhor se seguirem-se à identificação de uma mudança de humor ou estiverem relacionadas com um fluxo específico de pensamentos que foram descobertos durante a sessão. Os vídeos 4 e 5, mostrados no Capítulo 4, demonstram a psicoeducação acerca dos pensamentos automáticos. Se você ainda não viu esses vídeos, sugerimos que os assista agora.

Descoberta guiada

A descoberta guiada é a técnica mais freqüentemente usada para identificar pensamentos automáticos durante as sessões de terapia. Um pequeno excerto do tratamento ilustra o questionamento com métodos simples de descoberta guiada.

CASO CLÍNICO

Anna, uma senhora de 60 anos com depressão, se descrevera como se sentindo desconectada tanto de sua filha como de seu marido. Ela estava triste, solitária e derrotada. Depois de se aposentar de um emprego como professora, ela tivera a esperança de viver bons momentos com sua família. Mas agora ela pensava: "Ninguém mais precisa de mim... Não sei o que vou fazer com o resto da minha vida".

Terapeuta: Você tem falado sobre como o problema com sua filha tem lhe incomodado. Você consegue se lembrar de um exemplo de alguma coisa que aconteceu recentemente?

Anna: Sim, tentei ligar para ela três vezes ontem. Ela só me ligou de volta às 10 horas da noite e parecia irritada porque fiquei ligando o dia todo.

Terapeuta: O que ela disse?

Anna: Algo como: "Você não sabe que passo o dia ocupada com meu trabalho e meus filhos? Não posso largar tudo para ligar para você imediatamente."

Terapeuta: E o que passou por sua cabeça quando ouviu isso dela?

Anna: "Ela não precisa mais de mim... Ela não se importa comigo... Sou insuportável".

Terapeuta: E você teve algum outro pensamento – idéias que vieram à sua cabeça naquele momento?

Anna: Acho que me decepcionei comigo mesma. Fiquei pensando que eu não tinha muito valor – que ninguém precisa mais de mim. Não sei o que vou fazer com o resto da minha vida.

O Capítulo 2 apresentou métodos gerais de questionamento na forma de descoberta guiada. Mais algumas estratégias para trabalhar com os pensamentos automáticos são apresentadas aqui. Essas diretrizes não são regras absolutas, mas são apresentadas como dicas para detectar pensamentos automáticos por meio da descoberta guiada.

Descoberta guiada para pensamentos automáticos: estratégias altamente produtivas

1. *Faça questionamentos que estimulem a emoção.* Lembre-se que emoções como tristeza, ansiedade ou raiva são sinais de que o tópico é importante para o paciente. Cognições carregadas de afeto podem servir como balizas que mostram que você está no caminho certo.
2. *Seja específico.* O questionamento para descobrir pensamentos automáticos é quase sempre melhor se for focado em uma situação claramente definida e memorável. A discussão de tópicos gerais geralmente leva a relatos de cognições difusas ou amplas que não dão o grau de detalhamento necessário para intervenções totalmente eficazes. Exemplos de situações específicas que podem levar à descoberta

de pensamentos automáticos importantes são:

a) "Fiz uma entrevista para um emprego na segunda-feira passada."
b) "Tentei ir a uma festa, mas fiquei tão nervosa que não consegui." Ou:
c) "Minha namorada terminou comigo e estou totalmente infeliz."

3. *Focalize em eventos recentes não no passado distante.* Às vezes, é importante conduzir o processo de questionamento para acontecimentos remotos, especialmente se o paciente tiver transtorno de estresse pós-traumático relacionado a questões de longa data, um transtorno de personalidade ou um quadro clínico crônico. No entanto, o questionamento sobre eventos recentes normalmente tem a vantagem de dar acesso aos pensamentos automáticos que na verdade ocorreram na situação e que podem ser mais passíveis de mudança.
4. *Mantenha-se em uma linha de questionamento e um tópico.* Tente evitar pular de tópico em tópico. É mais importante fazer um trabalho completo de trazer à tona uma série de pensamentos automáticos em uma única situação do que explorar muitas cognições sobre diversas situações. Se puderem aprender a identificar totalmente seus pensamentos automáticos para um determinado problema, os pacientes terão maior probabilidade de conseguir fazer isso por si mesmos em outras questões importantes em suas vidas.
5. *Vá fundo.* Os pacientes comumente relatam apenas alguns pensamentos automáticos ou parecem entrar em contato com cognições superficiais. Quando isso acontece, o terapeuta pode fazer outras perguntas que ajudem o paciente a contar a história toda. Outras perguntas devem ser feitas de uma maneira sensível, de modo que o paciente não se sinta pressionado. Podem ser úteis as seguintes perguntas: "Quais outros pensamentos você teve na situação?", "Vamos tentar nos manter nisso um pouco mais, tudo bem?", "Você se lembra de algum outro pensamento que pudesse estar passando por sua cabeça?".

Se estas perguntas simples não produzirem resultados, o terapeuta pode tentar seguir com o processo usando o questionamento socrático, o qual estimula uma sensação de indagação:

Paciente: Quando soube que Georgette estava se mudando para Chicago, fiquei arrasada. Ela é minha única amiga de verdade.
Terapeuta: Você teve mais algum pensamento sobre sua mudança?
Paciente: Na verdade, não – só sei que vou sentir saudades dela.

O terapeuta nota que a paciente está muito triste e suspeita que haja mais pensamentos automáticos intensos sob a superfície.

Terapeuta: Tenho um palpite de que você pode ter pensado outras coisas. Quando você soube que ela estava indo embora, que pensamentos vieram à sua cabeça sobre você mesma? Como você se viu logo depois de receber essa má notícia?
Paciente (depois de uma pausa): Que não sou boa em fazer amigos... Nunca mais vou ter uma amiga como ela... Minha vida está uma porcaria.
Terapeuta: Se esses tipos de pensamento são verdadeiros, o que irá acontecer com você?
Paciente: Vou acabar sozinha... Acho que não tem jeito; nada nunca vai mudar.

6. *Utilize suas habilidades de empatia.* Tente imaginar-se na mesma situação que o paciente. Coloque-se no lugar da pessoa e pense como ele pode estar pensando. Fazendo isso com muitos pacientes, você conseguirá desenvolver suas habilidades para entender as cognições que são comuns a uma série de quadros clínicos e se tornará mais eficiente na capacidade de perceber os pensamentos automáticos dos pacientes.
7. *Conte com a formulação de caso para saber que caminho tomar.* A formulação de caso, mesmo se estiver em um estágio inicial de desenvolvimento, pode dar uma ajuda inestimável para decidir sobre quais for-

mas de questionamento seguir. O conhecimento de fatores precipitantes e estressores sugerirão tópicos importantes para discussão. A avaliação dos sintomas, dos pontos fortes, das vulnerabilidades e do histórico permitirão que o terapeuta personalize as perguntas ao paciente. Um dos aspectos mais úteis da formulação é o diagnóstico diferencial. Se houver suspeita de transtorno de pânico, as perguntas podem ser dirigidas para descobrir os pensamentos automáticos acerca de previsões catastróficas de lesão corporal ou perda de controle. Se o paciente parecer estar deprimido, o questionamento normalmente levará a temas sobre auto-estima, visões negativas do ambiente e desesperança. Quando há presença de mania ou hipomania, o terapeuta precisará ajustar as técnicas de questionamento para dar conta de uma tendência de externar a culpa, negar a responsabilidade pessoal e ter pensamentos automáticos de grandiosidade. Recomendamos veementemente que os terapeutas que estejam aprendendo a TCC adquiram um bom entendimento do modelo cognitivo-comportamental para cada um dos transtornos psiquiátricos importantes (ver Capítulo 3, "Avaliação e formulação", e Capítulo 10, "Tratando transtornos crônicos, graves ou complexos"). Essas informações podem proporcionar um excelente guia para o uso da descoberta guiada para identificar pensamentos automáticos.

Em uma outra vinheta do tratamento de Kris, a Dra. Fitzgerald faz uma série de perguntas sobre o pensamento que ocorre quando ele dirige para o trabalho pela manhã. Mesmo antes de chegar ao trabalho, Kris já está tendo um fluxo de pensamentos automáticos negativos (p. ex., "Não consigo fazer isso... sou incompetente... outros chefes de equipe conseguem, mas eu não consigo"). Neste exemplo de descoberta guiada, a Dra. Fitzgerald consegue ajudar Kris a entender que seus pensamentos automáticos negativos estão contribuindo para sua depressão e sua irritação no trabalho. Eles concordaram que essas cognições negativas devem ser um primeiro alvo das intervenções de terapia.



• **Vídeo 7**: Descoberta guiada
Dra. Fitzgerald e Kris

Registro de pensamentos

Registrar os pensamentos automáticos no papel (ou em um computador) é uma das técnicas da TCC mais úteis e mais freqüentemente usadas. O processo de registro chama a atenção do paciente para cognições importantes, dá um método sistemático para praticar a identificação de pensamentos automáticos e freqüentemente estimula a indagação sobre a validade dos padrões de pensamento. Somente o fato de ver os pensamentos escritos no papel geralmente dá início ao empenho espontâneo de rever ou corrigir cognições desadaptativas. Além disso, o registro de pensamentos pode ser um trampolim para as intervenções específicas do terapeuta a fim de modificar os pensamentos automáticos (ver "Registros de mudança de pensamento" mais adiante, neste capítulo).

O registro de pensamentos normalmente é apresentado na fase inicial da terapia de uma maneira simplificada, que ajude os pacientes a aprenderem sobre os pensamentos automáticos sem sobrecarregá-los com muitos detalhes. O registro de pensamentos mais elaborado, com características como nomear os erros cognitivos e gerar alternativas racionais (ver "Registros de mudança de pensamento" mais adiante, neste capítulo) normalmente é adiado até que o paciente adquira experiência e confiança na identificação de pensamentos automáticos. Um método comumente usado no começo da terapia é pedir aos pacientes para usarem duas ou três colunas para registrar seus pensamentos, primeiro na sessão e depois como tarefa de

casa. Um registro de pensamentos de duas colunas poderia incluir listagens de situações e pensamentos automáticos (ou pensamentos automáticos e emoções). Um registro de três colunas poderia conter espaços para anotar situações, pensamentos automáticos e emoções. A Figura 5.1 mostra um exercício de registro de pensamentos do tratamento de Anna, a senhora de 60 anos com depressão descrita anteriormente, em "Descoberta guiada".

Imagens mentais

Quando os pacientes têm dificuldades para elaborar seus pensamentos automáticos, um exercício de imagens mentais geralmente pode produzir resultados excelentes. Essa técnica consiste em ajudar os pacientes a reviver eventos importantes em sua imaginação para entrar em contato com os pensamentos e sentimentos que tiveram quando os eventos ocorreram. Às vezes, tudo que se precisa é pedir aos pacientes que voltem no tempo e se imaginem na situação. Mas geralmente é útil preparar o terreno, utilizando lembranças ou perguntas para reavivar suas memórias dos eventos.

Métodos de utilização de imagens mentais para identificar pensamentos automáticos são demonstrados pela Dra. Fitzgerald em sua sessão com Kris. Nessa vinheta, Kris observa que ficou muito aborrecido depois de chegar em casa do trabalho e ser criticado por sua esposa por não comparecer à luta de boxe de seu filho. A princípio, ele não foi capaz de resgatar os pensamentos automáticos que ocorreram na situação. No entanto, quando a Dra. Fitzgerald ajudou a recriar a cena fazendo-lhe uma série de perguntas que estimularam imagens vívidas, Kris conseguiu lembrar de pensamentos como: "Sou um péssimo pai... ela está certa... não consigo ser um bom pai".



• **Vídeo 8**: Imagens mentais
Dra. Fitzgerald e Kris

A capacidade do terapeuta de explicar e estimular a geração de imagens mentais pode fazer uma grande diferença no modo como os pacientes mergulham na experiência. Compare, por exemplo, uma intervenção que inclui pouca ou nenhuma preparação com imagens mentais, seguida de uma frase um tanto mecânica (p. ex., "pense na época em que você cometeu o erro no trabalho e descreva o que passava por sua cabeça"), com as técnicas de orientação e questionamento evocativos utilizadas pela Dra. Fitzgerald no vídeo. A Tabela 5.3 traz uma lista de estratégias para intensificar a eficácia das imagens mentais.

Situações	Pensamentos automáticos	Emoções
Meu marido resolveu jogar pôquer na sexta-feira à noite em vez de ir ao cinema comigo.	"Sou uma chata. Não é de estranhar que ele queira passar tanto tempo com seus amigos. Não sei como ainda não me deixou."	Tristeza, solidão
É segunda-feira de manhã e não tenho nada para fazer nem onde ir.	"Queria gritar. Não suporto minha vida. Fui uma burra ao ter me aposentado."	Tristeza, tensão, raiva
Uma senhora na igreja me disse que eu tinha sorte por ter me aposentado e não ter que lidar com os alunos todos os dias.	"Se ela soubesse como estou infeliz... não tenho amigos. Minha família não liga para o que estou sentindo. Sou uma porcaria."	Raiva, tristeza

FIGURA 5.1 • Registro de pensamentos de três colunas de Anna.

TABELA 5.3 • Como ajudar os pacientes a utilizarem imagens mentais

a) Explique o método.
b) Use um tom de voz incentivador e que demonstre acolhimento. A qualidade de sua voz e o seu estilo de questionamento devem transmitir a mensagem de que a experiência é segura e será útil.
c) Sugira ao paciente que tente lembrar o que estava pensando antes do incidente: "O que o levou para essa situação?", "O que se passava em sua mente enquanto estava na situação?", "Como estava se sentindo antes da interação começar?".
d) Faça perguntas que estimulem a lembrança da ocorrência, como: "Quem estava lá?", "Como a outra pessoa apareceu?", "Como era o lugar?", "Você se lembra de algum som ou cheiro naquele momento?", "O que você estava vestindo?", "O que mais você consegue lembrar da cena antes que tenha sido dito qualquer coisa?".
e) Conforme a cena for sendo descrita, utilize perguntas estimulantes que intensifiquem a imagem e ajudem o paciente a ir mais fundo e lembrar dos pensamentos automáticos.

Role-play

No *role-play* o terapeuta faz o papel de uma pessoa na vida do paciente – como o chefe, a esposa, um dos pais ou um filho – e depois estimula uma interação que possa trazer à tona os pensamentos automáticos. Os papéis também podem ser invertidos, ou seja, o paciente faz o papel da outra pessoa e o terapeuta, o papel do paciente. Esta técnica é menos freqüentemente usada do que outras, como descoberta guiada e geração de imagens mentais, por requerer um esforço especial para ser iniciada e implementada. Além disso, as implicações para a relação terapêutica e os limites entre paciente e terapeuta precisam ser levados em consideração, ao resolver utilizar essa abordagem. Algumas perguntas que você pode fazer a si mesmo antes de empreender um exercício de *role-play* são as seguintes:

1. *Como o* role-play, *nessa situação específica com essa figura importante na vida do paciente, afetaria a relação terapêutica?* Por exemplo, as vantagens de você fazer o papel do pai agressivo desse paciente superariam as desvantagens de ser visto sob uma luz negativa ou possivelmente ser identificado com o pai? O *role-play* teria uma influência favorável na relação terapêutica? O paciente será capaz de perceber que você está dando apoio e ajuda ao fazer esse papel?
2. *O teste da realidade do paciente é forte suficiente para ver essa experiência como uma dramatização e retornar ao trabalho depois do role-play?* Deve-se tomar cuidado se o paciente tiver problemas caracterológicos importantes, como transtorno da personalidade *borderline*, tiver passado por abuso severo ou tiver características psicóticas. No entanto, terapeutas cognitivos experientes aprenderam como usar o *role-play* de maneira eficaz nessas condições. Recomendamos que os terapeutas cognitivos iniciantes utilizem o *role-play* primordialmente com pessoas com problemas como depressão aguda ou transtornos de ansiedade; para tais pacientes, a experiência de fazer o *role-play* normalmente será vista como uma tentativa simples e direta de ajudá-los a entender seu modo de pensar.
3. *Esse* role-play *tocaria em questões relacionais de longo tempo ou seria focado em um evento mais restrito?* Via de regra, é melhor fazer *role-plays* que lidem com preocupações do aqui-e-agora. Após terem adquirido experiência em fazer *role-plays* com alvo específico em situações atuais específicas, terapeuta e paciente podem usar esse método para explorar pensamentos automáticos associados a tópicos emocionalmente carregados, como se sentir rejeitado ou não-amado por um dos pais.

Levando-se em conta estas precauções, o *role-play* pode ser um método especialmente útil para revelar pensamentos automáticos e normalmente é visto pelos pacientes como uma

demonstração positiva do interesse e preocupação do terapeuta. Mais adiante, neste capítulo, discutiremos como o *role-play* pode ser usado para modificar pensamentos automáticos (ver "Geração de alternativas racionais"). Você também terá a oportunidade de usar o *role-play* como um método para aprender a TCC. O *role-play* pode ser um excelente método para os alunos praticarem as técnicas de TCC. Uma grande variedade de interações em terapia pode ser simulada, interrompida e reiniciada, tentada de uma maneira diferente, discutida e ensaiada. Além disso, fazer o papel do paciente para treinamento desse método pode ajudar os terapeutas a sentirem um pouco do que os pacientes vivenciam no processo de TCC. Sugerimos que você trabalhe no desenvolvimento de suas habilidades em *role-play* e outras técnicas de TCC para identificar cognições fazendo o seguinte exercício:

- **Exercício 5.1**:
  Identificando os pensamentos automáticos

  1. Peça a um aluno em TCC, um supervisor ou um colega para ajudá-lo a praticar a identificar pensamentos automáticos. Faça uma série de exercícios de *role-play* nos quais você tenha a oportunidade de ser o terapeuta e seu colega, um paciente. Depois, inverta os papéis para expandir suas experiências no uso das técnicas.
  2. Utilize uma mudança de humor para descobrir pensamentos automáticos.
  3. Implemente os princípios da descoberta guiada descritos anteriormente neste capítulo.* Por exemplo, concentre-se em uma situação específica, desenvolva uma formulação para nortear o questionamento e tente ir mais fundo para trazer à tona outros pensamentos automáticos.
  4. Pratique o uso de imagens mentais para uma situação para a qual o "paciente" está tendo dificuldades de reconhecer os pensamentos automáticos. Faça uma série de perguntas que estabeleçam o cenário e ajude a evocar memórias do evento.
  5. Faça um *role-play* dentro do *role-play*. Para esta parte do exercício, peça a seu colega para construir um cenário no qual você instruirá o "paciente" no método de *role-play* e, então, use os métodos de *role-play* para explicitar os pensamentos automáticos.
  6. Depois de praticar esses métodos com um colega, implemente-os com seus pacientes.

* Consulte a seção "Descoberta guiada" e o Capítulo 2, "A relação terapêutica: empirismo colaborativo em ação".

Inventários para pensamentos automáticos

O inventário mais extensivamente pesquisado para pensamentos automáticos é o Questionário de Pensamentos Automáticos (ATQ, em inglês) de Hollon e Kendall (1980). Embora venha sendo usado primordialmente em pesquisas para medir as modificações nos pensamentos automáticos associados ao tratamento, esse questionário também pode ser usado no consultório quando os pacientes tiverem dificuldades para detectar suas cognições. O ATQ tem 30 itens (p. ex., "Sou mau"; "Não agüento mais isso"; "Não consigo terminar as coisas"), os quais são classificados quanto à freqüência de ocorrência em uma escala de cinco pontos, de 0 ("Nunca") a 4 ("O tempo todo").

O programa de computador *Good gays ahead: the multimedia program for cognitive therapy* (Wright et al., 2004) contém um longo módulo sobre pensamentos automáticos que ensina os pacientes a reconhecer e modificar essas cognições. Um componente desse programa é o desenvolvimento de listas individualizadas de pensamentos automáticos negativos e de pensamentos positivos compensatórios. Os usuários desse programa podem extrair cognições de um inventário de pensamentos automáticos comuns, além de poder inserir qualquer outro pensamento que venham a identificar. A Tabela 5.4 traz um inventário de pensamentos automáticos do *Good days ahead*, que também está disponível no *site*: http://www.appi.org/pdf/wright (conteúdo em inglês).

TABELA 5.4 • Inventário de pensamentos automáticos

Instruções: Marque um X ao lado de cada pensamento automático negativo que você tenha tido nas duas últimas semanas.

_____ Eu deveria estar me dando melhor na vida.
_____ Ele/ela não me entende.
_____ Eu o/a decepcionei.
_____ Eu simplesmente não consigo mais achar graça em nada.
_____ Por que sou tão fraco(a)?
_____ Eu sempre estrago tudo.
_____ Minha vida está sem rumo.
_____ Não consigo lidar com isso.
_____ Estou fracassando.
_____ Isso é demais para mim.
_____ Não tenho muito futuro.
_____ As coisas estão fora de controle.
_____ Tenho vontade de desistir.
_____ Com certeza, alguma coisa de ruim vai acontecer.
_____ Deve ter alguma coisa de errado comigo.

Fonte: Adaptado com permissão de Wright J.H., Wright A.S., Beck, A.T.: *Good Days Ahead: The Multimedia Program for Cognitive Therapy*. Louisville, KY, Mindstreet, 2004. Disponível no *site*: http://www.appi.org/pdf/wright.

MODIFICAÇÃO DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Questionamento socrático

Enquanto estiver aprendendo a ser um terapeuta cognitivo-comportamental, será fácil cair na armadilha de se desviar do questionamento socrático e preferir o registro de pensamentos, exame das evidências, cartões de enfrentamento ou outros métodos da TCC com formas ou procedimentos específicos. No entanto, colocamos o questionamento socrático em primeiro lugar em nossa lista de técnicas para modificar pensamentos automáticos, pois o processo de questionamento é a espinha dorsal das intervenções cognitivas para mudar pensamentos disfuncionais. Embora seja um pouco mais difícil de aprender e implementar com habilidade do que intervenções mais estruturadas, o questionamento socrático pode render grandes dividendos em seu trabalho de modificar pensamentos automáticos. Alguns de seus benefícios são: intensificação da relação terapêutica, estimulação da indagação, melhor entendimento de cognições e comportamentos importantes e promoção do engajamento ativo do paciente na terapia.

Os métodos para o questionamento socrático são explicados no Capítulo 1 e no Capítulo 2. A seguir, estão listadas algumas das características-chave do questionamento socrático que devem ser lembradas ao se utilizar este método para modificar pensamentos automáticos:

1. *Faça perguntas que revelem oportunidades de mudança.* Boas perguntas socráticas geralmente abrem possibilidades para os pacientes. Ao usar como guia o modelo básico da TCC (os pensamentos influenciam as emoções e os comportamentos), tente fazer perguntas que ajudem os pacientes a ver o quanto a modificação do pensamento pode reduzir emoções dolorosas ou melhorar sua capacidade de enfrentamento.
2. *Faça perguntas que tragam resultados.* Perguntas socráticas funcionam melhor quando rompem um padrão de pensamento desadaptativo rígido e apresentam aos pacientes alternativas razoáveis e produtivas.

São desenvolvidas novas percepções, e a modificação do pensamento está associada a uma mudança emocional positiva (p. ex., o humor ansioso ou deprimido é melhorado). Se seu questionamento socrático parecer não estar produzindo qualquer resultado emocional ou comportamental, recue, revise a formulação de caso e reveja sua estratégia.

3. *Faça perguntas que envolvam os pacientes no processo de aprendizagem.* Um dos objetivos do questionamento socrático é ajudar os pacientes a se especializarem em "pensar sobre o pensamento". Suas perguntas devem estimular a curiosidade dos pacientes e incentivá-los a olharem através de novas perspectivas. O questionamento socrático deve servir como modelo para perguntas que os pacientes podem fazer a si mesmos.
4. *Elabore perguntas de forma que seja produtivo para o paciente.* Levando em consideração o nível de funcionamento cognitivo, os sintomas e a capacidade de concentração do paciente, formule perguntas que sejam um desafio suficiente para fazer com que o paciente pense, mas que não o faça sentir-se pressionado ou intimidado. O questionamento socrático eficaz deve fazer com que o paciente se sinta melhor a respeito de suas habilidades cognitivas, e não como burro ou estúpido. Faça perguntas socráticas que você acredite que o paciente tenha boas chances de ser capaz de responder.
5. *Evite fazer perguntas de comando.* Não se deve usar o questionamento socrático para estabelecer o terapeuta como um *expert* (isto é, o terapeuta sabe todas as respostas e comanda o paciente a essas mesmas conclusões), mas deve ser um método para aumentar a capacidade do paciente de pensar de maneira flexível e criativa. Certamente, você terá alguma idéia sobre onde o questionamento socrático pode levar e quais resultados você espera obter, mas faça perguntas de uma maneira que respeite a capacidade de os pacientes pensarem por si mesmos. Deixe os pacientes fazerem o trabalho de responder às perguntas sempre que possível.
6. *Use perguntas de múltipla escolha.* Normalmente, o bom questionamento socrático é feito de perguntas abertas. É possível um grande número de respostas ou mudanças nas respostas. Embora as perguntas do tipo sim ou não ou de múltipla escolha possam ser eficazes em algumas ocasiões, a maioria das perguntas socráticas deve deixar espaço para várias respostas.

Registros de mudança de pensamento

O automonitoramento, um elemento-chave da TCC, é totalmente feito através dos registros de pensamento com cinco colunas e métodos semelhantes de registro de pensamentos designados para ajudar os pacientes a modificarem os pensamentos automáticos. O registro de pensamentos disfuncionais (RPD), um registro de pensamentos de cinco colunas, foi recomendado como um procedimento de alto impacto por Beck e colaboradores (1979) em seu clássico livro *Terapia Cognitiva da Depressão*, e continua sendo muito utilizado na TCC. O RPD incentiva os pacientes a:

1. reconhecer seus pensamentos automáticos;
2. aplicar muitos dos métodos descritos neste capítulo (p. ex., identificar erros cognitivos, examinar as evidências, gerar alternativas racionais);
3. observar resultados positivos em seus esforços para modificar seu pensamento.

Normalmente, sugerimos que os pacientes preencham os RPDs regularmente como tarefa de casa e que tragam esses registros às sessões de terapia. Às vezes, os pacientes conseguem utilizar sozinhos o RPD e obtêm mu-

danças substanciais no pensamento. Em outras ocasiões, podem ficar estagnados e incapazes de gerar alternativas racionais. Independentemente do grau de sucesso na utilização dessa ferramenta fora das sessões, o RPD muitas vezes proporciona material importante para discussões em terapia e serve como um trampolim para futuras intervenções para modificar pensamentos automáticos.

Ao registro de três colunas normalmente usado para identificar pensamentos automáticos, são adicionadas duas colunas, "pensamentos racionais" e "resultado". Os pacientes são instruídos a usar a primeira coluna para escrever uma situação ou a lembrança de uma situação que estimulou os pensamentos automáticos. A segunda coluna é usada para registrar os pensamentos automáticos e o grau de crença nesses pensamentos no momento em que ocorreram. As emoções são registradas na terceira coluna.

A classificação (em uma escala de 0 a 100) do quanto os pacientes acreditam que seus pensamentos automáticos são verdadeiros, assim como o grau de emoção associado a eles, são uma parte vital do processo de modificação de pensamento. Freqüentemente, no início da terapia, os pacientes acreditam 100% – ou quase 100% – em seus pensamentos automáticos. Depois de preencher o resto do RPD e explorar formas de mudar os pensamentos, eles normalmente conseguem produzir reduções drásticas no grau de crença em seus pensamentos automáticos e obtêm uma melhora substancial na angústia emocional associada aos pensamentos. Observar essas mudanças no RPD pode ser um reforço poderoso para praticar os métodos da TCC e usá-los diariamente.

O grau de crença nos pensamentos automáticos também pode dar ao terapeuta pistas significativas sobre a maleabilidade ou resistência para a mudança dessas cognições. Agrupamentos de pensamentos automáticos nos quais os pacientes continuam acreditando fortemente, apesar de evidências contraditórias, podem sugerir que há um esquema mantido mais profundamente, que um padrão de comportamento arraigado precisará ser abordado ou ainda que será necessário um trabalho mais vigoroso para usar métodos como reatribuição, *role-play* ou ensaio cognitivo. Além disso, pensamentos que persistentemente geram emoções desagradáveis ou tensão física podem ser alvos de intervenções mais intensas.

A quarta coluna, "resposta racional", é a parte central do RPD. Essa coluna é usada para registrar alternativas racionais para pensamentos automáticos desadaptativos e para classificar os pensamentos modificados quanto ao grau de crença. Pode-se desenvolver alternativas racionais por meio do uso de vários dos métodos discutidos em seções posteriores deste capítulo. Mas o RPD sozinho geralmente estimula os pacientes a considerarem alternativas e desenvolverem um estilo mais racional de pensamento. Alguns terapeutas cognitivo-comportamentais sugerem que a quarta coluna do RPD seja usada para anotar erros cognitivos identificados nos pensamentos automáticos, promovendo assim a análise de erros lógicos como uma maneira de construir o pensamento racional. Contudo, você pode recomendar que os pacientes evitem ou adiem nomear os erros cognitivos no RPD, se achar que esse processo os sobrecarregaria ou não seria benéfico no momento.

A quinta e última coluna do RPD é usada para documentar o resultado do trabalho do paciente para mudar pensamentos automáticos. Em geral, pedimos aos pacientes para colocarem no papel as emoções da terceira coluna e avaliarem novamente a intensidade de seus sentimentos em uma escala de 0 a 100. A última coluna também pode ser usada para observar quaisquer mudanças no comportamento ou registrar planos que foram desenvolvidos para enfrentar a situação. Na maioria dos casos, haverá mudanças positivas anotadas na coluna "resultados". Em situações nas quais há pouca ou nenhuma melhora registrada na coluna resultados, o terapeuta pode usar essa informação para identificar obstáculos e ela-

borar métodos de ultrapassar esses obstáculos (ver Capítulo 9, "Problemas e dificuldades comuns: aprendendo com os desafios da terapia").

A Figura 5.2 ilustra um RPD completo do tratamento de Richard, um homem com fobia social descrito no Capítulo 1. Nesse exemplo, Richard teve uma profusão de pensamentos automáticos negativos enquanto se preparava para ir a uma festa. Embora normalmente evitasse ir a eventos sociais, recusando convites de imediato ou dando uma desculpa de última hora, Richard tentava aplicar os princípios da TCC para dominar seu medo. Observe que Richard era capaz de gerar alternativas racionais para seus pensamentos automáticos e começara a desenvolver habilidades para enfrentar a ansiedade (ver Capítulo 7, "Métodos comportamentais II: reduzindo a ansiedade e rompendo padrões de evitação", para ver técnicas comportamentais para transtornos de ansiedade). O Apêndice 1 em "Formulários de trabalho e inventários", traz um RPD em branco, para você fazer cópias do RPD e usar em sua prática clínica.

- **Exercício 5.2**: Utilizando o registro de pensamento disfuncional

  1. Faça cópias do RPD em branco no Apêndice 1, "Formulários de trabalho e inventários".
  2. Identifique um evento ou situação de sua própria vida que provocou ansiedade, tristeza, raiva ou alguma outra emoção desagradável.
  3. Preencha o RPD, identificando pensamentos automáticos, emoções, pensamentos racionais e o resultado do uso do registro de pensamentos.
  4. Apresente o RPD a pelo menos um de seus pacientes em uma sessão de terapia. Peça a essa pessoa (ou pessoas) para preencher um RPD como tarefa de casa e revise o RPD em sessões posteriores.
  5. Se o(s) paciente(s) tiver problemas para implementar o RPD ou não estiver fazendo muito progresso com esse método como esperado, busque soluções para essas dificuldades.

Geração de alternativas racionais

Ao ensinar os pacientes a desenvolverem pensamentos lógicos, é importante enfatizar que a TCC não é a "força do pensamento positivo". Tentativas de substituir pensamentos negativos por outros positivos irreais estão fadadas ao fracasso, especialmente se o paciente tiver sofrido perdas ou traumas reais ou se estiver enfrentando problemas com uma alta probabilidade de resultados adversos. Pode ser que o paciente tenha perdido o emprego devido ao declínio em seu desempenho, passado pelo rompimento de um relacionamento importante ou esteja tentando lidar com uma doença física grave. Em tais situações, não é realista tentar mascarar o problema, ignorar possíveis dificuldades pessoais ou minimizar riscos genuínos. Ao contrário, o terapeuta deve tentar ajudar o paciente a enxergar as circunstâncias da forma mais racional possível e depois trabalhar maneiras adaptativas de lidar com problemas.

No livro *Getting your life back: the complete guide to recovery from depression* (Wright e Basco, 2001), sugerimos várias maneiras de geração de alternativas racionais.* Você pode pensar nessas opções ao treinar seus pacientes no desenvolvimento de pensamentos lógicos:

1. *Abra sua mente para as possibilidades.* Incentive seus pacientes a se abrirem para um grande leque de opções. Sugira que tentem pensar como um cientista ou um detetive – alguém que evite tirar conclusões apressadas e sim buscar todas as evidências. Eles também podem imaginar que têm um ótimo treinador que está desenvolvendo seus pontos fortes, ajudando-os a enxergar alternativas positivas e também acuradas. Ou podem imaginar o que diria um amigo confiável ou um membro da fa-

* A lista a seguir foi adaptada com permissão da The Free Press. De Wright J.H., Basco M.R.: *Getting your life back: the complete guide to recovery from depression.* New York, Free Press, 2001. Todos os direitos reservados.

Situação	Pensamentos automáticos	Emoção	Resposta racional	Resultado
Descreva a) Evento que levou à emoção desagradável *ou* b) Fluxo de pensamentos que levou à emoção desagradável *ou* c) Sensações fisiológicas desagradáveis.	a) *Escreva* os pensamentos automáticos que precederam as emoções. b) *Grau* de crença no pensamento automático, de 0 a 100%.	a) *Especifique*: triste, ansioso, com raiva, etc. b) *Grau* de emoção, de 0 a 100%.	a) *Identifique* os erros cognitivos. b) *Escreva* a resposta racional ao pensamento automático. c) *Grau* de crença na resposta racional, de 0 a 100%.	a) *Especifique* o grau de emoções subseqüentes, de 0 a 100%. b) Descreva *as mudanças no comportamento.*
Preparando-se para ir a uma festa	1. Não vou saber o que dizer. (90%)	Ansioso (80%) Tenso (70%)	1. Ignorando as evidências, maximizando. Leio muito, e ouço as notícias no rádio. Tenho praticado como bater papo. Realmente, tenho algo a dizer. Só preciso começar a falar. (90%)	Ansioso (40%) Tenso (40%) Fui à festa e fiquei lá por mais de uma hora. Eu estava nervoso, mas me saí bem.
	2. Vou parecer deslocado. (75%)		2. Maximizando, hipergeneralizando, personalizando. Estou realmente exagerando. Posso parecer um pouco nervoso, mas as pessoas estarão mais interessadas em suas próprias vidas do que em julgar como pareço. Sou uma pessoa competente. (90%)	
	3. Vou "travar" e querer ir embora imediatamente.		3. Estou tirando conclusões apressadas, catastrofizando. Ficarei nervoso, mas preciso me "segurar" e enfrentar meu medo. Já ensaiei como agir na festa. Portanto, não preciso ir embora imediatamente ou dar uma desculpa para não ir. (80%)	

FIGURA 5.2 • Registro de modificação de pensamentos de Richard.

mília sobre eles. Cada uma dessas estratégias estimula os pacientes a saírem de sua estrutura de pensamento atual e considerarem outros pontos de vista que podem ser mais racionais, adaptativos e construtivos.

2. *Pense como pensava antes.* Tente ajudar os pacientes a entrarem em contato com a maneira como se viam antes de ficarem deprimidos ou ansiosos. Aproveite a tendência de lembrar de eventos altamente emocionais em mais detalhes do que os eventos comuns do dia-a-dia. Se conseguirem lembrar de cenas nas quais obtiveram sucesso ou sentimentos positivos (p. ex., quando se formou na faculdade, casou-se, teve um filho, recebeu um prêmio, foi contratado para um novo emprego), os pacientes podem conseguir acessar pensamentos adaptativos que foram esquecidos com o peso dos problemas atuais. Peça para o paciente se fazer perguntas como: "Quais alternativas eu enxergaria antes e que, por estar deprimido, não estou enxergando? Que conselho eu me daria antes?
3. *Faça um* brainstorm. Explique a técnica de *brainstorm*. Observe que artistas, escritores, executivos de sucesso e outras pessoas criativas muitas vezes tentam deixar sua imaginação fluir livremente para chegar a uma grande quantidade de possibilidades diferentes. O primeiro passo é fazer uma lista de todas as idéias possíveis, sem considerar se são factíveis ou não. Depois, o paciente pode examinar as possibilidades para ver quais podem ser alternativas lógicas. O *brainstorm* pode ajudar os pacientes a ultrapassar sua visão em túnel para enxergar opções que, de outra forma, passariam despercebidas.
4. *Aprenda com os outros.* Muitas vezes, as pessoas com depressão, ansiedade e outros quadros clínicos se voltam para dentro e chegam a conclusões sem o benefício da opinião ou de sugestões de outras pessoas. Certamente, há riscos em pedir a opinião de outras pessoas. Pode ser que digam a uma pessoa que esteja pensando que será demitida ou que não é amada que sua percepção está certa. No entanto, os pacientes podem ser treinados a conferir se sua forma de pensar está certa com as pessoas adequadas. Faça perguntas como: "Até que ponto você pode confiar que essa pessoa dirá a verdade a você e ainda assim lhe dará apoio?", "Quais são os riscos ao pedir uma opinião a essa pessoa?". Você também pode fazer antecipadamente um *role-play* dos cenários possíveis a fim de preparar o paciente para fazer perguntas eficazes. Ensine o paciente a estruturar perguntas que protegerão seus interesses e ao mesmo tempo chegarão à verdade.

O próximo vídeo mostra a Dra. Fitzgerald ajudando Kris a desenvolver habilidades para gerar alternativas racionais. Nesse exemplo, Kris se recorda de um incidente quando chega tarde em casa depois do trabalho (demonstrado no exercício de imagens mentais no vídeo 8). Depois de sua esposa criticá-lo por ter perdido a luta de boxe do filho, Kris teve vários pensamentos automáticos negativos ("Sou um péssimo pai... não consigo fazer nem isso direito... ele vai me odiar... vou estragar a vida dele"). A Dra. Fitzgerald começou o processo de geração de alternativas racionais pedindo a Kris para contar-lhe "os fatos". Mas Kris respondeu com mais cognições de tom negativo (p. ex., "Nunca estou lá quando ele precisa"). A Dra. Fitzgerald, então, utilizou a estratégia de voltar no tempo e pedir a Kris para pensar como seu antigo *eu*. Essa tática funcionou melhor, já que Kris começou a falar de boas lembranças de acampar, participar de eventos esportivos e outras atividades vividas com seu filho. Em seguida, a Dra. Fitzgerald pediu a Kris para olhar para a situação do ponto de vista de outra pessoa que o conhece bem. Quando começou a falar sobre o que seu amigo Joe pensaria, os pensamentos de Kris sobre si mesmo mudaram de forma adaptativa. A intervenção foi concluída com Kris conseguindo gerar uma alternativa racional para seus pensamentos automáticos negativos. Em vez de se colocar para baixo e ficar mais irritado e deprimido, ele disse a si mesmo que era "um pai estressado, mas não um mau pai". Essa alternativa o estimulou a pensar em maneiras de melhorar seu relacionamento com seu filho.



• **Vídeo 9**: Gerando alternativas racionais
Dra. Fitzgerald e Kris

• **Exercício 5.3**:
Questionamento socrático e geração de alternativas racionais

1. Pratique o uso do questionamento socrático e a geração de alternativas racionais em um exercício de *role-play* com um colega. Tente ser criativo ao pensar em maneiras de abrir a mente do "paciente".
2. Em seguida, trabalhe com um de seus pacientes para gerar alternativas racionais. Concentre-se em fazer boas perguntas socráticas. Incentive o paciente a pensar como um cientista ou um detetive, ao examinar diferentes maneiras de enxergar a situação. Instrua o paciente sobre a técnica de *brainstorm*. Seu objetivo é ajudar o paciente a aprender métodos para ultrapassar a visão em túnel.
3. Se possível, grave em vídeo ou áudio essas entrevistas e as examine com um supervisor. Uma das melhores maneiras de se tornar especialista no uso da TCC para gerar alternativas racionais é se ver em ação, obter uma opinião sobre seu estilo de entrevista e ouvir sugestões sobre como fazer um questionamento socrático eficaz.

Identificação de erros cognitivos

Definições e exemplos de erros cognitivos comuns encontram-se no Capítulo 1. Para ajudar os pacientes a identificar erros cognitivos, primeiro será necessário ensiná-los quanto à natureza dos problemas no raciocínio lógico. Descobrimos que solicitar ao paciente que leia sobre erros cognitivos em um livro escrito para o público geral – como *Getting Your Life Back: The Complete Guide to Recovery From Depression* (Wright e Basco, 2001), *Feeling Good* (Burns, 1980) ou *A Mente Vencendo o Humor* (Greenberger e Padesky, 1996; Artmed, 1999) – ou usar um programa de computador para terapia cognitiva, como o *Good Days Ahead* (Wright et al., 2004), normalmente é o modo mais eficaz de transmitir esses conceitos. Você pode tentar explicar os erros cognitivos em sessões de terapia, mas os pacientes em geral precisam de outras experiências de aprendizagem, com aquelas observadas anteriormente, antes de poderem assimilar completamente essas idéias. Além disso, dar explicações de erros cognitivos em sessões de terapia pode consumir muito tempo e desviar seus esforços de outros tópicos ou itens de agenda importantes. Portanto, normalmente explicamos rapidamente os erros cognitivos em uma sessão quando há um exemplo óbvio de uma dessas distorções da lógica. Então, sugerimos uma tarefa de casa para promover o processo de aprendizagem. Você pode fazer cópias dos nomes e definições de erros cognitivos do Capítulo 1, para usar como material de apoio para seus pacientes. O trabalho de ensinar um paciente a identificar erros cognitivos é ilustrado no caso a seguir:

CASO CLÍNICO

Max, um homem de 30 anos com transtorno bipolar, relatou uma explosão de raiva e irritação intensas durante uma briga com sua namorada. Rita, sua namorada, telefonara para Max para contar-lhe que ela ficou presa no trabalho e se atrasaria mais ou menos uma hora para sair para jantar. Eles tinham uma reserva para as 19h, mas Rita chegou em casa já eram quase 21h. A essa altura, Max já estava enfurecido. Ele relatou que "gritou com ela por 30 minutos e depois foi para um bar sem ela".

Na sessão o terapeuta observou que Max tinha vários pensamentos automáticos desadaptativos entrelaçados com erros cognitivos.

Terapeuta: Você pode pensar naquela situação e me contar os pensamentos automáticos que passavam por sua cabeça? Tente pensar em voz alta agora, para que possamos entender por que você ficou tão irritado.

Max: Ela só pensa nela mesma e em seu maravilhoso emprego. Ela nunca pensa em mim. Esse relacionamento não vai dar em nada. Ela me faz parecer um idiota!

Terapeuta: Você me disse que se sentiu culpado hoje de manhã e achou que exagerou pelo fato de ela ter se atrasado. Você também disse que a ama e quer que o relacionamento dê certo. Acho que seria bom examinar o que você estava pensando na situação. Parece que você teve um olhar extremado do comportamento dela.

Max: Sim, acho que realmente exagerei. Às vezes, fico assim e ultrapasso os limites.

Terapeuta: Uma das coisas que parecia estar acontecendo era que você estava pensando em termos extremos. Às vezes, chamamos isso de pensamento do tipo "tudo-ou-nada" ou "absolutista". Por exemplo, seu pensamento automático "ela só pensa nela mesma" é muito absolutista e não lhe deixa espaço para considerar qualquer outra informação sobre o modo como ela o trata. Como esse tipo de pensamento faz você se sentir e agir?

Max: Me enfureci e disse coisas realmente horríveis para ela. Se eu continuar fazendo isso, vou destruir o relacionamento.

O terapeuta, então, explicou o conceito de erros cognitivos e como a identificação dessas distorções poderia ajudar Max a lidar melhor com suas emoções e comportamentos.

Terapeuta: Então, falei a você sobre essas coisas que chamamos de erros cognitivos. Você estaria disposto a ler alguma coisa sobre eles antes da próxima sessão? Você também poderia tentar identificar alguns dos erros cognitivos em seus registros de pensamentos.

Max: Claro, acho uma boa idéia.

Podem haver várias oportunidades para ajudar os pacientes a aprenderem como identificar erros cognitivos e reduzirem a freqüência e intensidade dessas distorções da lógica. Como mencionado anteriormente na seção "Registro de pensamentos", pode-se usar um RPD para identificar erros cognitivos em pensamentos automáticos específicos (ver Figura 5.2). Também pode-se reconhecer erros cognitivos em outras intervenções, como no exame das evidências e na descatastrofização. Para muitos pacientes, identificar e nomear erros cognitivos são uma das partes mais desafiadoras do desenvolvimento de habilidades na terapia cognitiva. Esses erros no modo de pensar foram repetidos durante muitos anos e se tornaram automáticos no processamento de informações. Portanto, o terapeuta pode precisar chamar a atenção do paciente repetidamente para esse fenômeno e sugerir várias maneiras de treinar uma maneira mais equilibrada e lógica de pensar.

Às vezes, os pacientes podem ficar confusos em seus esforços para identificar erros cognitivos. As definições dos diversos erros cognitivos podem ser difíceis de entender e pode haver uma sobreposição considerável entre os diferentes tipos de erros no raciocínio. É uma boa idéia explicar antecipadamente que é possível levar algum tempo até ganhar experiência na identificação de erros cognitivos. Dizemos aos pacientes que não é importante nomear os erros exatamente toda vez (p. ex., discriminar entre ignorar as evidências e hipergeneralizar) ou reconhecer todos os erros cognitivos que poderiam estar envolvidos em um pensamento automático (muitos pensamentos automáticos incluem mais de um tipo de erro cognitivo). Tentamos transmitir a mensagem de que eles não devem se preocupar em captar essa parte da TCC de maneira exata. Reconhecer *qualquer* erro cognitivo pode ajudá-los a pensar de maneira mais lógica e lidar melhor com seus problemas.

Exame das evidências

A estratégia de examinar as evidências pode ser um método poderoso para ajudar os pacientes a modificarem os pensamentos automáticos. Essa técnica consiste em elaborar uma lista das evidências a favor e contra a vali-

dade de um pensamento automático ou outra cognição, avaliar essas evidências e, então, trabalhar na modificação do pensamento para que seja consistente com as evidências recém-descobertas. Há duas vinhetas em vídeo para ilustrar a utilização do exame das evidências para a modificação de pensamentos automáticos.

No primeiro, a Dra. Fitzgerald mostra a Kris como conferir a validade de seu modo de pensar sobre uma visita de executivos da empresa à fábrica. Embora tivesse sido capaz de identificar muitos pensamentos automáticos (p. ex., "Eles vão gritar comigo... vou perder meu emprego... não consigo fazer nada direito... sou um fracasso"), ele não conseguiu gerar idéias para a coluna de "Resposta racional" do RPD. Para ajudar Kris a fazer isso, a Dra. Fitzgerald pediu-lhe que escolhesse dois dos pensamentos automáticos negativos para usar como exercício para examinar as evidências. A Figura 5.3 traz as anotações no primeiro formulário para exame de evidências de Kris.



• **Vídeo 10**: Examinando as evidências Dra. Fitzgerald e Kris

No segundo, mostra o Dr. Wright trabalhando com Gina para testar a validade de seus pensamentos automáticos sobre a probabilidade de se constranger na lanchonete. Essa vinheta foi mostrada anteriormente no Capítulo 2, como um exemplo de uma relação terapêutica empírico-colaborativa. Sugerimos que você assista a esse vídeo novamente, agora com a atenção voltada para os modos de aprender a implementar a técnica de examinar as evidências que não incluíram um formulário escrito. O exame das evidências pode ser realizado rapidamente como parte de uma série de intervenções terapêuticas, como nesse exemplo, ou pode ser feito de maneira mais detalhada com formulários, como mostrado no tratamento de Kris pela Dra. Fitzgerald. Em geral, recomendamos que o exame das evidências seja implementado em sua versão completa, com a lista de evidências por escrito pelo menos uma vez na parte inicial da terapia, para ensinar os pacientes a usar esse método valioso. Exercícios de exame das evidências também dão excelentes tarefas de casa. O Apêndice 1, "Formulários de trabalho e inventários", traz uma cópia em branco do formulário.

Pensamento automático: Vou perder meu emprego.

Evidências a favor do pensamento automático:

1. A produtividade na minha linha de produção caiu.
2. Recebi uma advertência.
3. Não atingimos nossa meta.

Evidências contra o pensamento automático:

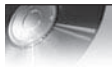
1. A fábrica já está com poucos operários; eles não vão mandar mais gente embora por enquanto.
2. Estou lá há dez anos e minha ficha é boa.
3. Não estamos muito atrás nas metas de produção.
4. A empresa não tem um histórico de demissão de pessoas sem uma boa razão.
5. Ninguém me falou nada sobre perder meu emprego.

Erros cognitivos: Ignorando as evidências – tive somente uma chamada de atenção em dez anos.

Pensamentos alternativos: É improvável que eu perca meu emprego. Eles não vão me demitir. Eles estão apenas tentando ver como melhorar a produção.

Fonte: Modificado de Wright et al., 2004.

FIGURA 5.3 • Formulário para exame das evidências.



• **Vídeo 2**: Modificando os pensamentos automáticos
Dr. Wright e Gina

Descatastrofização

As previsões catastróficas sobre o futuro são muito comuns entre pessoas com depressão e ansiedade. Essas previsões são freqüentemente influenciadas pelas distorções cognitivas observadas nesses transtornos, mas, às vezes, os medos têm razão de ser. Assim, o procedimento de descatastrofização nem sempre tenta negar o medo catastrófico. Ao contrário, o terapeuta pode preferir ajudar o paciente a trabalhar maneiras de enfrentar uma situação temida caso ela se torne real.

CASO CLÍNICO

Terry, um homem deprimido de 52 anos que estava em seu segundo casamento, expressou grande ansiedade quanto à possibilidade de sua esposa deixá-lo. Como o relacionamento parecia instável, seu terapeuta decidiu usar a técnica do *cenário da pior hipótese* para ajudá-lo a descatastrofizar e lidar melhor com a situação.

Terry: Acho que ela está por um fio comigo. Eu não conseguiria sobreviver a outra rejeição.

Terapeuta: Dá para ver que você está muito preocupado e aborrecido. Na sua opinião, quais são as probabilidades de vocês continuarem juntos?

Terry: Meio a meio.

Terapeuta: Como você está prevendo uma alta probabilidade de um rompimento, poderia ser útil pensar à frente, sobre o que aconteceria se ela pedisse o divórcio. Qual é o pior resultado que você poderia imaginar?

Terry: Eu ficaria destruído... fracassar duas vezes, sem nenhum futuro. Ela é tudo para mim.

Terapeuta: Sei que seria muito difícil se seu casamento acabasse em divórcio, mas vamos pensar em como você poderia lidar com isso. Podemos começar verificando suas previsões. Você disse que ficaria destruído. Vamos dar uma olhada nas evidências para ver se isso seria verdade?

Terry: Acho que não ficaria totalmente destruído.

Terapeuta: Quais aspectos de você ou de sua vida ficariam destruídas?

Terry: Meus filhos ainda me amariam. E meus irmãos não me abandonariam. Na verdade, alguns deles acham que eu ficaria melhor se meu casamento acabasse.

Terapeuta: Algum outro aspecto de sua vida ficaria bem?

Terry: Meu emprego, desde que eu não fique deprimido a ponto de atrapalhar o trabalho. Posso continuar a jogar tênis com meus amigos. Você sabe que o tênis é como uma grande terapia para mim.

O terapeuta, então, prosseguiu com perguntas para ajudar Terry a modificar seus pensamentos catastróficos absolutistas. Ao final dessa conversa, Terry já havia desenvolvido uma visão diferente de um possível divórcio.

Terapeuta: Antes de continuarmos, você pode resumir o que aprendemos sobre como você poderia reagir se tivesse que enfrentar um divórcio?

Terry: Seria um grande tormento, não quero que isso aconteça. Mas eu tentaria me voltar para todas as coisas que eu tenho, em vez de pensar somente no que perdi. Ainda tenho minha saúde e o resto de minha família. Tenho um bom emprego e alguns amigos próximos. Ela tem sido uma grande parte de minha vida, mas não é tudo. A vida continuaria. Talvez fosse melhor para mim a longo prazo, como diz meu irmão.

O terapeuta, então, sugeriu que eles trabalhassem em um plano de enfrentamento a ser colocado em prática, caso um divórcio realmente acontecesse [ver a seção de "Cartões de enfrentamento", mais adiante neste capítulo, para mais informações].

A descatastrofização também é uma técnica valiosa para ajudar indivíduos com transtornos de ansiedade. Por exemplo, pessoas com fobia social comumente têm medo de se expo-

rem e parecerem ansiosas ou socialmente incompetentes e de que essa exposição seja dolorosa demais para suportar. Você pode tentar as seguintes perguntas para reduzir as previsões catastróficas na fobia social: "Qual é a pior coisa que poderia acontecer se você fosse à festa?"; "O que há de terrível em não ter o que dizer?"; Você conseguiria agüentar isso por pelo menos 15 minutos?"; "Em comparação com outras coisas, como ter uma doença séria ou perder o emprego, como é se sentir ansioso em uma festa?". A força motriz dessas perguntas está em ajudar os pacientes a desenvolver a confiança de que eles conseguem lidar com situações temidas.

A vinheta em vídeo do Dr. Wright ajudando Gina em relação ao seu medo de comer em um refeitório (ver Vídeo 2) mostra uma combinação de métodos de exame das evidências e descatastrofização desenvolvidos para ajudar a paciente a adquirir habilidades para confrontar a situação.

REATRIBUIÇÃO

No Capítulo 1 descrevemos as pesquisas sobre tendências atributivas na depressão. Atribuições são os significados que as pessoas dão a eventos em suas vidas. Para refrescar sua memória, resumimos brevemente as três dimensões de atribuições distorcidas:

1. *Interno* versus *externo*. Pessoas deprimidas tendem a internalizar a culpa ou responsabilidade por resultados negativos, enquanto pessoas não-deprimidas fazem atribuições equilibradas ou externas.
2. *Geral* versus *específico*. Na depressão, as atribuições serão mais provavelmente devastadoras e globais do que específicas a um defeito, falha ou problema.
3. *Invariável* versus *variável*. Pessoas deprimidas fazem atribuições que são invariáveis e prevêem pouca ou nenhuma chance de mudança – por exemplo, "nunca mais vou encontrar um amor". Em contraste, pessoas não-deprimidas tem mais probabilidade de pensar: "Isso também vai passar".

Há uma série de métodos que podem ajudar os pacientes a fazerem atribuições mais saudáveis a eventos importantes em suas vidas. Qualquer uma das outras técnicas descritas neste capítulo pode ser empregada, como o questionamento socrático, o RPD ou o exame das evidências. Entretanto, normalmente iniciamos a reatribuição explicando rapidamente o conceito e, depois, fazendo um gráfico em uma folha de papel para demonstrar as dimensões das atribuições (Figura 5.4). Em seguida, formulamos perguntas que estimulem o paciente a explorar e possivelmente modificar seu estilo atributivo.

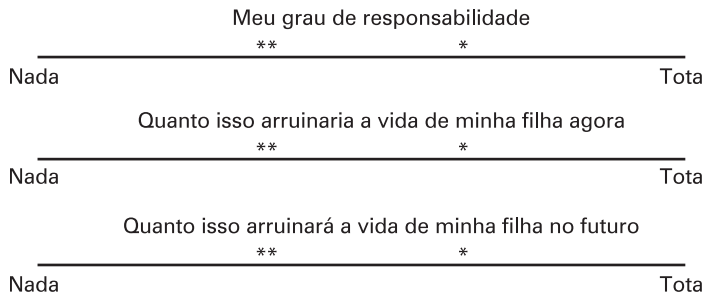


FIGURA 5.4 • Escalas de atribuição de Sandy.
*O que eu penso hoje.
**Uma visão saudável da situação.

CASO CLÍNICO

Sandy, uma senhora de 54 anos, estava tendo problemas para lidar com a revelação de que sua filha casada, Maryruth, estava tendo um caso. Ela se culpava excessivamente, acreditava que sua filha estava estragando toda a sua vida e achava que o futuro de Maryruth era muito cinzento. A terapeuta começou com perguntas focadas na correção das atribuições de Sandy [o gráfico na Figura 5.4 foi usado para registrar as respostas de Sandy].

Terapeuta: Quanto você se culpa pelos problemas de sua filha agora?

Sandy: Muito – provavelmente 80%. Eu nunca deveria tê-la apoiado naquela idéia de ir para a faculdade. Ela enlouqueceu lá e, desde então, não é mais a mesma. Eu sabia que casar com Jim não era uma boa idéia. Eu deveria ter dito a ela o que eu pensava sobre ele. Eles não têm nada em comum.

Terapeuta: Verificaremos toda essa culpa que você está pondo em você mesma mais tarde. Mas, agora, você pode fazer uma marca no gráfico para mostrar quanto você acha que é responsável pelo problema?

Sandy faz uma marca mais ou menos em 90%.

Terapeuta: Está bem, agora vamos tentar pensar qual seria um grau saudável de culpa. Onde você gostaria que a marca estivesse no gráfico?

Sandy: Sei que me deprecio demais. Mas acho que ainda deveria tentar ajudar e deveria assumir *alguma* responsabilidade. Provavelmente 25%.

Sandy faz uma marca mais ou menos em 25%.

Embora acreditasse que Sandy ainda estivesse assumindo culpa demais para a situação, a terapeuta não forçou a questão nesse momento. Elas continuaram a fazer gráficos para as outras dimensões de atribuições [vide Figura 5.4] e depois começaram a discutir maneiras de colocar as atribuições no ponto desejado.

Uma das técnicas que podem ser usadas para modificar atribuições é pedir ao paciente para fazer um *brainstorm* sobre os possíveis fatores que contribuem para os resultados negativos. Como os pacientes geralmente têm uma visão em túnel, focada em seus próprios defeitos, pode ser útil fazer perguntas que os estimulem a pensar a partir de diferentes perspectivas, por exemplo: "E quanto a outras pessoas que poderiam influenciar a situação: os parentes? Seus amigos?"; "E o papel da sorte ou do destino?"; "Pode ser genético?". Depois de examinar uma série de perguntas desse tipo, às vezes usamos o gráfico em forma de pizza para ajudar os pacientes a ter uma visão multidimensional da situação. A Figura 5.5 mostra um gráfico que Sandy construiu para suas atribuições acerca da culpa pelos problemas de sua filha.

- **Exercício 5.4**: Examinando as evidências, descatastrofização e reatribuição

1. Novamente, peça a um colega para ajudá-lo a aprender os procedimentos da TCC fazendo exercícios de *role-play*. Peça a seu colega para dramatizar uma situação na qual se poderia usar o exame das evidências, a descatastrofização ou a reatribuição para modificar pensamentos automáticos.
2. Depois, experimente seqüencialmente cada uma das técnicas.
3. Ao aplicar o exame das evidências, utilize um formulário (ver Apêndice 1) e escreva evidências a favor e contra o pensamento automático. Em seguida, tente identificar erros cognitivos (se houver algum) na coluna de "evidências a favor". Agora, ajude o "paciente" a revisar e registrar um pensamento modificado.
4. Ao praticar a descatastrofização, concentre-se na correção de previsões distorcidas. Mas também trabalhe para preparar o "paciente" para enfrentar possíveis resultados adversos.
5. Escolha, então, um pensamento automático que poderia ser modificado com uma intervenção de reatribuição. Explique as tendências de atribuição e, depois, utilize um gráfico (como na Figura 5.4) e/ou um gráfico em pizza (como na Figura 5.5) para ajudar o "paciente" a fazer atribuições mais saudáveis.
6. O último passo nesse exercício de aprendizagem é implementar todos os três procedimentos com pacientes reais e discutir o seu trabalho com um supervisor.

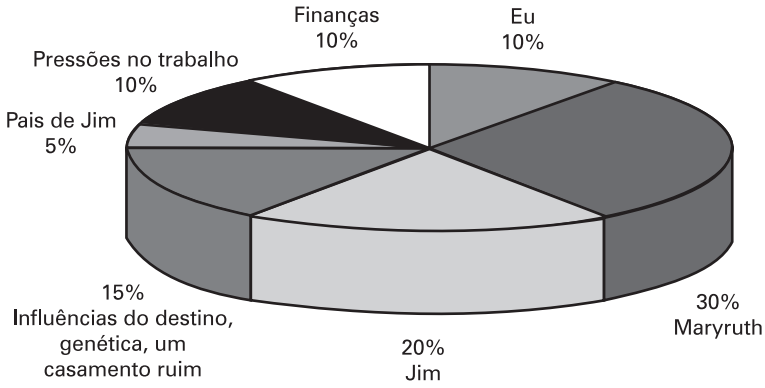


FIGURA 5.5 • Gráfico em pizza de Sandy: os efeitos positivos de reatribuição.

Ensaio cognitivo

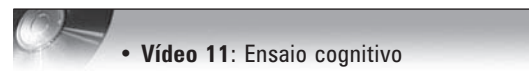
Quando está enfrentando uma reunião ou tarefa importante, você alguma vez pensa com antecedência no que vai dizer? Você ensaia seus pensamentos e comportamentos de modo a ter mais chances de sucesso? Nós certamente utilizamos essa estratégia em nossas próprias vidas e descobrimos que isso pode ajudar os pacientes a levar os aprendizados da terapia para as situações do mundo real.

Quando explicamos essa técnica aos pacientes, freqüentemente usamos o exemplo de atletas, como esquiadores, que conseguem visualizar os desafios de uma situação de competição e preparar suas mentes para a pista à frente. Um esquiador poderia usar imagens mentais para pensar sobre como reagiria diante de certas situações. Como ele resolveria seu problema, se batesse em um bloco de gelo ou começasse a soprar um vento forte? O esquiador provavelmente também se treinaria para manter uma mente positiva e acalmar sua ansiedade e se concentrar na competição.

O ensaio cognitivo é normalmente introduzido em uma sessão depois de o paciente já ter feito algum trabalho com outros métodos para modificar pensamentos automáticos. Essas experiências iniciais preparam o paciente para "lançar mão de tudo" ao orquestrar um resposta adaptativa a uma situação potencialmente estressante. Uma maneira de fazer o ensaio cognitivo é pedir ao paciente para seguir estes passos:

1. Pense sobre a situação com antecedência.
2. Identifique possíveis pensamentos automáticos e comportamentos.
3. Modifique os pensamentos automáticos fazendo um RPD ou aplicando uma outra intervenção da TCC.
4. Ensaie o modo mais adaptativo de pensar e se comportar em sua mente.
5. Implemente a nova estratégia.

Evidentemente, isso em geral ajuda a treinar os pacientes em métodos que os auxiliem a aumentar as chances de atingir seus objetivos. Pode-se fazer questionamento socrático com eles para ajudá-los a enxergar opções diferentes, miniintervenções didáticas podem ser usadas para ensinar-lhes habilidades, e experimentos podem ser tentados para testar possíveis soluções. No entanto, a técnica geralmente mais útil é ensaiar em uma sessão antes de experimentar o novo plano ao vivo. A Dra. Fitzgerald usou esse método com Kris para ajudá-lo a se preparar para um futura visita de executivos da empresa.



• **Vídeo 11**: Ensaio cognitivo
Dra. Fitzgerald e Kris

Cartões de enfrentamento

O uso de cartões de enfrentamento pode ser uma maneira produtiva de ajudar os pacientes a praticarem as principais intervenções da TCC aprendidas na terapia. Podem ser utilizados cartões maiores ou cartões menores (como um cartão de visitas) para escrever instruções que os pacientes gostariam de dar a si mesmos para ajudá-los a enfrentar questões ou situações importantes. Quando bem-utilizados, os cartões de enfrentamento identificam uma situação ou problema específicos e depois detalham sucintamente uma estratégia de enfrentamento com alguns itens que focalizem os fundamentos do plano. A Tabela 5.5 apresenta algumas dicas para ajudar os pacientes a escreverem cartões de enfrentamento que funcionem.

No vídeo 11, a Dra. Fitzgerald ajuda Kris a registrar as idéias de um exercício de ensaio cognitivo em um cartão de enfrentamento. Kris escreveu essas cognições adaptativas em um cartão de enfrentamento e planejou guardar o cartão em sua carteira, de modo que pudesse ler freqüentemente antes de os executivos da empresa visitarem sua fábrica (Figura 5.6).

Um outro exemplo de cartão de enfrentamento vem do tratamento de Max, o homem com transtorno bipolar que relatou raiva intensa em seu relacionamento com sua namorada (Figura 5.7). Outras intervenções descritas nos capítulos sobre métodos comportamentais poderiam ser adicionadas mais tarde, para ajudá-lo a lidar de maneira mais eficaz com sua raiva, mas Max começou bem.

- **Exercício 5.5**: Ensaio cognitivo e cartões de enfrentamento

1. Identifique uma situação em sua própria vida para a qual o ensaio prévio poderia ajudá-lo a ser mais eficaz ou ficar mais tranqüilo. Agora, examine a situação em sua mente, identificando possíveis pensamentos automáticos, emoções, pensamentos racionais e comportamentos adaptativos. Em seguida, exercite pensar e agir da maneira mais adaptativa que puder imaginar.
2. Explicite os esforços de seu ensaio cognitivo em um cartão de enfrentamento. Siga as dicas na Tabela 5.5 para escrever cartões de enfrentamento. Escreva itens específicos que o treinarão da melhor maneira para lidar com a situação.
3. Exercite o ensaio cognitivo com pelo menos um de seus pacientes. Escolha uma situação com a qual você acredite que o paciente lidaria melhor se fosse considerada com antecedência. Também tente escolher oportunidades de ensaio que possam reduzir o risco de piora ou recaída de sintomas. Por exemplo, voltar ao trabalho, saber notícias ruins sobre a saúde de um parente ou ser criticado por uma pessoa importante para ele.
4. Escreva pelo menos três cartões de enfrentamento com seus pacientes. Estimule o uso dos cartões pedindo aos pacientes para implementarem as estratégias de enfrentamento como tarefa de casa.

TABELA 5.5 • Dicas para desenvolver cartões de enfrentamento

1. Escolha uma situação que seja importante para o paciente.
2. Planeje intervenções na terapia com o objetivo de produzir cartões de enfrentamento.
3. Avalie se o paciente está pronto para implementar estratégias com um cartão de enfrentamento. Não tente fazer muita coisa rápido demais. Comece com uma tarefa administrável. Deixe para mais tarde trabalhar com preocupações ou questões muito grandes, até que o paciente esteja preparado para enfrentar esses desafios.
4. Seja específico na definição da situação e dos passos a serem seguidos para lidar com o problema.
5. Filtre as instruções até a sua essência. Instruções facilmente memorizadas têm maior probabilidade de se solidificar.
6. Seja prático. Sugira estratégias que tenham alta probabilidade de sucesso.
7. Defenda o uso freqüente do cartão de enfrentamento em situações da vida real.

Situação: Executivos da empresa estão chegando para fazer um levantamento de nossos problemas de produção.

Estratégias de enfrentamento:

Lembrar a mim mesmo que:

Estamos muito próximos de atingir nossa meta de produção.
Outros grupos de trabalho em minha fábrica estão muito piores do que nós.
Eles não estão preocupados comigo. A pressão cairá sobre meus chefes.
Eles só vão fazer uma ou duas perguntas. Eles não vão me interrogar.

FIGURA 5.6 • Cartão de enfrentamento de Kris.

Situação: Minha namorada chega tarde ou faz alguma outra coisa que me faz pensar que ela não se importa comigo.

Estratégias de enfrentamento:

Perceber meu pensamento extremado, especialmente quando empregar palavras absolutistas como *nunca* ou *sempre*.
Distanciar-me da situação e verificar meu pensamento antes de começar a gritar ou esbravejar.
Pensar nas coisas positivas de nosso relacionamento – acho que ela realmente me ama.
Estamos juntos há quatro anos e quero que dê certo.
Dar um tempo se eu começar a me enfurecer. Dizer a ela que eu preciso de um tempo para me acalmar. Dar uma volta ou ir para outra sala.

FIGURA 5.7 • Cartão de enfrentamento de Max.

RESUMO

A TCC focaliza-se na identificação e modificação de pensamentos automáticos porque essas cognições têm uma forte influência sobre as emoções e o comportamento. Durante a fase inicial do trabalho com os pensamentos automáticos, os terapeutas ensinam os pacientes sobre esse fluxo de cognições privadas, geralmente não-reconhecidas, e os ajudam a se ligar nesse diálogo interno. A descoberta guiada é o método mais importante usado para revelar pensamentos automáticos, mas existem muitas outras técnicas. Reconhecer uma mudança de humor é uma maneira poderosa de mostrar aos pacientes o impacto do modo de pensar automático sobre seus sentimentos. Outros métodos valiosos para evocar pensamentos automáticos incluem o registro de pensamentos, a geração de imagens mentais, o *role-play* e o uso de inventários.

Depois de o paciente aprender a identificar os pensamentos automáticos, o trabalho terapêutico pode se voltar para o uso de intervenções para modificar essas cognições. O questionamento socrático eficaz é a pedra fundamental do processo de mudança. Também são usados extensivamente na TCC os registros de modificação de pensamento para ajudar os pacientes a desenvolverem um estilo de pensamento mais lógico e adaptativo. Os terapeutas podem escolher entre uma série de outras técnicas úteis – como o exame das evidências, a descatastrofização, a reatribuição, o ensaio cognitivo e os cartões de enfrentamento – para rever os pensamentos automáticos. Conforme a TCC passa de uma fase para outra, os pacientes adquirem habilidades para modificar os pensamentos automáticos, as quais eles podem aplicar por si mesmos para reduzir sintomas, enfrentar melhor os estresses da vida e diminuir as chances de recaída.

REFERÊNCIAS

Beck AT: Cognitive therapy and research: a 25-year retrospective. Paper presented at the World Congress of Cognitive Therapy, Oxford, England, June 28-July 2, 1989.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al: Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford, 1979.

Burns DD: Feeling Good: The New Mood Therapy. New York, William Morrow, 1980.

Greenberger D, Padesky CA: Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think. New York, Guilford, 1996.

Hollon SD, Kendall PC: Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thoughts questionnaire. Cognit Ther Res 4:383-395, 1980.

Wright JH, Basco MR: Getting Your Life Back: The Complete Guide to Recovery From Depression. New York, Free Press, 2001.

Wright JH, Salmon P: Learning and memory in depression, in Depression: New Directions in Research, Theory, and Practice. Edited by McCann D, Endler NS. Toronto, ON, Wall & Thompson, 1990, p. 211-236.

Wright JH, Wright AS, Beck AT: Good Days Ahead: The Multimedia Program for Cognitive Therapy. Louisville, KY, Mindstreet, 2004.

6

Métodos comportamentais I

Melhorando a energia, concluindo tarefas e solucionando problemas

Energia baixa, capacidade diminuída de desfrutar das atividades e dificuldade de concluir tarefas ou resolver problemas são queixas comuns de pessoas com depressão. Embora possa parecer necessário para uma pessoa que está com depressão diminuir o nível de atividades, isso geralmente resulta em um agravamento dos sintomas. Pode-se dar continuidade a um ciclo vicioso no qual o menor envolvimento em atividades estimulantes ou em ações produtivas para lidar com os problemas é seguido de mais falta de interesse, maior desamparo ou auto-estima mais baixa. O indivíduo pode chegar à conclusão que é incapaz de sentir prazer, concluir tarefas ou resolver problemas. Pacientes com casos mais graves de depressão podem perder a esperança e desistir de tentar mudar.

Os métodos cognitivo-comportamentais para tratar a depressão e outros transtornos psiquiátricos incluem intervenções específicas elaboradas para reverter níveis diminuídos de atividade, depleção da energia, piora da anedonia e capacidade reduzida de concluir tarefas ou resolver problemas. Neste capítulo, vamos apresentar e exemplificar algumas das intervenções comportamentais mais úteis para ajudar as pessoas com essas dificuldades. Embora sejam mais freqüentemente utilizadas no tratamento da depressão, as técnicas descritas aqui também podem ser aplicadas com sucesso na terapia cognitivo-comportamental (TCC) para outros quadros, como transtornos de ansiedade, transtornos alimentares e transtornos de personalidade (ver Capítulo 10, "Tratando transtornos crônicos, graves ou complexos").

Ao implementar procedimentos comportamentais, é importante lembrar o princípio de que as mudanças comportamentais positivas provavelmente estão associadas à auto-estima mais elevada ou a atitudes mais adaptativas. Do mesmo modo, as modificações nos pensamentos automáticos ou esquemas negativos podem ajudar a promover o comportamento adaptativo. Assim, os métodos comportamentais são aplicados em consonância com as técnicas cognitivas como uma estratégia global para alcançar os objetivos do tratamento. Os casos clínicos neste capítulo ilustram como as intervenções comportamentais e cognitivas freqüentemente incrementam umas às outras e como os terapeutas podem mesclar essas técnicas na prática clínica.

ATIVAÇÃO COMPORTAMENTAL

Utilizamos o termo *ativação comportamental* para descrever um procedimento simples que envolve o paciente em um processo de mudança e estimula o movimento positivo e a esperança. O terapeuta ajuda o paciente a escolher uma ou duas atitudes que poderiam fazer diferença no modo como ele se sente e, em seguida, ajuda a trabalhar em um plano breve para realizar a atividade. A ativação comportamental normalmente é utilizada na primeira sessão e em outras sessões iniciais antes

de se realizar análises ou intervenções comportamentais mais detalhadas (p. ex., programações de atividades, tarefas graduais). Contudo, também descobrimos que essa técnica pode ser aplicada em outros estágios da terapia quando uma ação comportamental objetiva descomplicada pode ser usada beneficamente. O exemplo a seguir demonstra como o método de ativação comportamental pode ser utilizado para rapidamente envolver os pacientes em atividades produtivas logo no início da terapia.

CASO CLÍNICO

Durante sua primeira sessão, Jeremy, um homem solteiro de 37 anos, descreveu a evolução de sua depressão, que começara após ter de fechar seu pequeno negócio há cerca de seis meses. Sua auto-estima estava tão abalada pelo que passou que ele sentia vergonha de encontrar sua família e seus amigos. Ele passava a maior parte de seus dias em seu apartamento assistindo à televisão ou lendo. Em vez de cozinhar ou sair para jantar com os amigos, Jeremy ficava em casa e se alimentava de comida congelada ou sanduíches, e, desde que parou de se exercitar na academia local, engordara mais de nove quilos. Ele se via como um "fracasso" ou "rejeitado" e seu comportamento era consistente com essas crenças. Perto do fim da primeira sessão, o terapeuta utilizou a ativação comportamental para ajudar Jeremy a começar a reduzir os sintomas da depressão.

Jeremy: Sinto que estou desperdiçando minha vida.

Terapeuta: Que idéias você teve sobre coisas que poderia fazer para mudar a situação?

Jeremy: Não sei. (*Pausa.*) Bem, acho que preciso sair dessa rotina. Mas não sei por onde começar. Depois que meu negócio faliu, eu meio que desisti.

Terapeuta: Fiquei pensando se haveria alguma coisa que você poderia fazer neste momento que faria com que se sentisse melhor. Talvez haja uma mudança que pudesse fazer que não envolvesse atacar todo o problema, mas que mesmo assim fizesse você seguir em frente. Que atitude você poderia ter nos próximos dois dias que começasse a fazer diferença?

Jeremy (após parar para pensar): Eu poderia telefonar para meu velho amigo Vince e perguntar se ele quer sair para jogar sinuca ou ir ao cinema. Sempre nos divertimos juntos. Já faz mais de dois meses que não saio com nenhum dos meus amigos.

Terapeuta: É uma boa idéia. Pelo que me falou, parece que ficar sozinho o tempo todo tem feito você piorar. Tem mais alguma coisa que você poderia fazer na próxima semana que o ajudasse a começar a sair da rotina?

Jeremy: Sim, quando eu estava lhe contando que eu só como sanduíches o tempo todo, fiquei pensando em voltar a cozinhar. Eu costumava gostar de cozinhar – mesmo quando comia sozinho. Sei cozinhar coisas que não engordam.

Terapeuta: Outra boa idéia. Então, vamos tornar seu plano mais específico. Já decidimos marcar uma outra sessão na próxima semana. O que você vai fazer antes de nos encontrarmos?

Jeremy: Telefonarei para Vince e vou combinar alguma coisa para fazer neste fim de semana. Se Vince não puder, vou telefonar para outro amigo.

Terapeuta: Ótimo. E quanto à sua idéia de voltar a cozinhar? O que você gostaria de cozinhar? O que você pretende fazer?

Jeremy: Não estou pronto para cozinhar para ninguém, mas posso dar uma olhada em minhas receitas e comprar os ingredientes para fazer algumas boas refeições para mim mesmo.

Como Jeremy estava severamente deprimido e tendo dificuldades para se envolver em qualquer atividade que lhe desse uma sensação de bem-estar ou prazer, o terapeuta tomou cuidado para evitar sugerir um plano de ativação comportamental que fosse muito desafiador ou improvável de ser realizado. Nesse caso, o paciente escolheu algumas ações que estavam dentro de seu alcance, tinham boas chances de estimular uma maior sensação de prazer e eram improváveis de levar a mais experiências de fracasso. Se o paciente tivesse sugerido comportamentos que fossem especialmente difíceis de executar ou apresentassem alto risco de resultados negativos, o terapeuta o teria ajudado a escolher algumas outras opções com melhores chances de sucesso.

Quando vêm para sua primeira sessão, os pacientes normalmente estão interessados em fazer mudanças. Eles querem começar a se movimentar positivamente e estão procurando orientação para os passos que podem começar a dar. Portanto, quando o terapeuta sugere tomar uma ação comportamental imediata (mesmo que seja primária), essa sugestão normalmente é bem-recebida pelos pacientes como sinal de que serão capazes de trabalhar junto com o terapeuta para obter mais ganhos e para resolver problemas maiores. A ativação comportamental não é uma técnica sofisticada ou complicada, mas pode ajudar os pacientes a começar a romper os padrões de isolamento ou inatividade, mostrar-lhes que é possível fazer progressos e estimular a esperança de recuperação. Esse tipo de intervenção também pode ser aplicada com bom efeito em estágios mais adiantados da terapia ou na fase de manutenção do tratamento de quadros crônicos.

CASO CLÍNICO

Georgine, uma mulher com transtorno bipolar, estava sendo atendida por um psiquiatra com especialização em TCC em sessões de 20 minutos cerca de uma vez por mês. Embora seu psiquiatra tivesse recentemente acrescentado lamotrigina a seu esquema medicamentoso de lítio e risperidona, Georgine apresentava sintomas depressivos moderados por mais de dois meses.

Quando relatou que havia parado de cantar no coro de sua igreja, desistido das aulas de educação para adultos e passava muito mais tempo dormindo durante o dia do que o normal, seu psiquiatra ficou preocupado que a atividade reduzida se tornasse parte de uma curva descendente que agravaria ainda mais sua depressão. Em vez de utilizar as técnicas mais detalhadas de programação de atividades e tarefas graduais descritas mais adiante neste capítulo, ele preferiu tentar um exercício de ativação comportamental simples.

Terapeuta: Estou preocupado que a interrupção de suas atividades favoritas – como cantar no coro e assistir às aulas – possa acabar fazendo com que você se sinta pior. O que você acha?

Georgine: Acho que você tem razão. Mas quando estou deprimida, eu simplesmente não tenho energia para fazer todas essas coisas. Sinto que fico enrolando em casa e não encaro o mundo.

Terapeuta: E o que acontece quando você passa a maior parte do dia na cama ou no sofá?

Georgine: Me sinto melhor no começo, mas depois começo a pensar que não tenho importância ou que ninguém se importa comigo.

Terapeuta: Você consegue pensar em alguma coisa que poderia fazer na próxima semana para passar menos tempo no sofá? Se você não está animada para voltar ao coro, aposto que tem alguma outra coisa que você poderia fazer e que vale a pena levar em consideração.

Georgine: Entendi o que quer dizer. Desistir de tudo não é uma idéia muito boa. Perdi apenas duas aulas. Voltarei a elas na quinta-feira.

O terapeuta tinha um sólido relacionamento terapêutico com Georgine, a conhecia bem e conseguiu implementar rapidamente uma tarefa de ativação comportamental que potencialmente poderia ajudar a reverter seu declínio para uma depressão mais profunda. As sugestões relacionadas na Tabela 6.1 podem ajudá-lo a implementar planos eficazes de ativação comportamental.

PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES

Quando a fadiga e a anedonia evoluem a ponto de os pacientes se sentirem exaustos e acreditarem que podem obter pouco ou nenhum prazer, eles podem se beneficiar com a programação de atividades. Esse método comportamental sistemático é freqüentemente usado na TCC para reativar pessoas e ajudá-las a encontrar maneiras de melhorar seu interesse pela vida. A programação de atividades é mais freqüentemente aplicada em pacientes com depressão de moderada a grave, mas também

TABELA 6.1 • Dicas para utilizar a ativação comportamental

1. *Desenvolva um relacionamento colaborativo antes de tentar a ativação comportamental.* Não coloque "a carroça na frente dos bois". Sem uma boa colaboração entre paciente e terapeuta, as tentativas de implementar a ativação comportamental podem fracassar. Parte do motivo de o paciente conseguir realizar a tarefa é que ele quer trabalhar com você e conseguir entender os motivos para a mudança.
2. *Deixe o paciente decidir.* Embora você possa ajudar a orientar o paciente para ações que podem ser úteis, sempre que possível peça a ele para fazer a escolha.
3. *Avalie se o paciente está pronto para a mudança.* Antes de sugerir a ativação comportamental, avalie a motivação e a abertura do paciente para dar esse passo. Se o paciente não estiver interessado em fazer as coisas de maneira diferente naquele momento ou não estiver pronto para tomar uma atitude, não utilize a intervenção. Por outro lado, se o paciente estiver aberto para começar a fazer um movimento positivo, é sinal de que é o momento para orientá-lo a agir.
4. *Prepare o paciente para a ativação comportamental.* Conduza até a tarefa através de questionamento socrático ou outras intervenções da TCC que abram o caminho para a mudança. Procure fazer perguntas que ensinem o paciente a pensar quanto aos benefícios de agir ou que o motivem a fazer coisas diferentes. Uma das melhores perguntas é: "Como essa mudança faria você se sentir?". Se a resposta for positiva e a ação tiver uma chance razoável de ser eficaz, é provável que o paciente a faça.
5. *Elabore tarefas que sejam administráveis.* Escolha exercícios de ativação comportamental que combinem com o grau de energia do paciente e com sua capacidade para a mudança. Verifique os detalhes do plano comportamental para ter certeza de que ele seja um desafio suficientemente grande, mas que não sobrecarregue o paciente. Se necessário, treine o paciente brevemente em maneiras de fazer o plano funcionar bem.

pode ter seu espaço no tratamento de outros pacientes com dificuldade para organizar seus dias ou se envolver em atividades produtivas. A programação de atividades foca-se na avaliação de ações e no aumento de habilidades e de prazer.

Esses métodos, apresentados no caso de Juliana, a seguir, são descritos mais adiante, após o relato do caso clínico.

CASO CLÍNICO

Juliana tinha depressão grave e era boa candidata para a programação de atividades. Ela era uma jovem porto-riquenha de 22 anos e solteira, que sofria pela perda de seu irmão em um acidente de carro um ano antes de ela começar o tratamento com a TCC. Após a morte de seu irmão, Juliana desistiu da faculdade para voltar para casa e confortar seus pais. Mas seu próprio luto era intenso e contínuo. Ela foi incapaz de voltar à faculdade no semestre seguinte. Seus pais entenderam o luto de Juliana e não a forçaram a retomar os estudos ou procurar um emprego. Seus amigos tentaram lhe dar apoio por muitos meses depois da morte de seu irmão. Mas quando ela passou a recusar constantemente convites para jantar fora e parou de retornar as ligações, eles acabaram por se afastar.

Juliana era bem amparada por sua família. Ela não tinha uma necessidade real de trabalhar, portanto, não eram impostas exigências a ela. Depois de cerca de um ano, seus pais pensaram que Juliana já havia superado muito de sua tristeza pela morte de seu irmão. Mas, ainda assim, ocorrera uma mudança muito distinta em seu comportamento. Ela havia desenvolvido uma postura mais séria, uma preferência pela solidão e uma maior tendência para a introspecção. Os pais de Juliana se sentiam bem em deixar Juliana em casa enquanto iam trabalhar ou viajar, pois ela parecia melhor. No entanto, uma noite sua mãe chegou em casa cedo do trabalho e encontrou Juliana se preparando para se enforcar em seu *closet*.

Após uma breve hospitalização e início de farmacoterapia, Juliana melhorou a ponto de poder ser encaminhada a um terapeuta cognitivo-comportamental para tratamento ambulatorial. Dada a severidade de seus sintomas, uma das primeiras iniciativas do tratamento foi aumentar as atividades de Juliana de modo que ela pudesse obter benefícios do apoio de amigos, sentir-se melhor a respeito de sua aparência pessoal, praticar suas habilidades sociais e se sentir mais como era no passado. A intervenção começou com uma avaliação de seu grau atual de atividades, as coisas que lhe davam prazer e a quantidade de habilidades que possuía anteriormente.

Avaliação das atividades

Como os pacientes deprimidos tendem a minimizar as experiências positivas, enfatizar as percepções negativas e se concentrar mais nos fracassos do que nos sucessos, os auto-relatos podem não ser tão precisos quanto uma planilha de atividades preenchida ao longo de uma semana entre as sessões de terapia. O registro semanal de atividades apresentado na Figura 6.1 pode ser combinado como tarefa de casa, mas deve ser iniciado na sessão para garantir que o paciente entendeu os conceitos. O registro também está disponível em um formato maior no *site* http://www.appi.org/pdf/wright. Se optar por aplicar o registro no dia da terapia, peça ao paciente para preenchê-lo com suas atividades para cada espaço de tempo antes da sessão de tratamento. Incentive-o a escrever as atividades que realmente ocorreram, não importando se estas forem muito triviais. Por exemplo, as atividades podem incluir tomar banho, vestir-se, alimentar-se, viajar, conversar com outras pessoas pelo telefone ou pessoalmente, assistir à televisão e dormir. Se o paciente tiver expressado perda de energia ou dificuldade significativa para se concentrar, pode ser recomendável pedir que registre a programação de apenas um dia ou de uma parte do dia. Para pacientes internados, a aplicação do registro de atividades geralmente é diária, em vez de semanal (Wright et al., 1993).

Para determinar o impacto das atividades listadas em um registro semanal ou diário, peça ao paciente para classificar o grau de prazer experimentado em cada ação, bem como a percepção de habilidade ou domínio associado a ela. Pode-se usar uma escala de classificação de 0 a 5 ou de 0 a 10 (Beck et al., 1979, 1995; Wright et al., 2003). Em uma escala de 0 a 10, o grau 0 em habilidade sugere que a atividade não trouxe a sensação de prazer, enquanto a classificação 10 indica que houve uma grande sensação de prazer. Alguns pacientes darão uma classificação baixa para tarefas simples, como lavar a louça ou preparar uma xícara de café, porque eles não consideram essas atividades importantes. Quando isso ocorrer, ajude os pacientes a entender toda a variação das escalas de habilidade e prazer. Os pacientes devem tentar se avaliar positivamente por pequenas realizações, pois o progresso é, em geral, feito em pequenos passos progressivos. Algumas tarefas simples podem receber alto grau para habilidade. Por exemplo, após ser imobilizado pela depressão por algum tempo, fazer o café da manhã pode ser um grande feito e, portanto, poderia receber um grau 8 ou 9. O exemplo da monitoração das atividades de Juliana é apresentado na Figura 6.2. Para ela, retornar ligações foi uma realização importante, já que havia evitado fazer isso por vários meses. Portanto, quando conseguiu fazer algumas ligações, ela se deu um grau de habilidade 8 em uma escala de 0 a 10. No passado, Juliana teria classificado seu retorno das ligações apenas com um 4 para habilidade, pois exigiria muito pouco esforço.

Quando os sintomas da depressão são moderados a graves, deve-se esperar baixos graus de habilidade por duas razões:

1. normalmente há pouco envolvimento em atividades que a maioria das pessoas consideraria altamente prazerosas;
2. a capacidade de sentir alegria e prazer normalmente está embotada.

Se um evento, que normalmente faria o paciente rir ou sorrir, evocar não mais do que um entendimento intelectual de que o estímulo foi divertido, é provável que receba baixo grau para prazer. Ajude o paciente a reduzir suas expectativas de sentir prazer até que a depressão melhore. Como alternativa para o sentimento de decepção com os eventos e o grau 0, incentive o paciente a dar, pelo menos, um grau de 1 a 3, se tiver sentimentos mínimos de prazer.

> Juliana deu ao fato de jantar com seus pais uma classificação de apenas 1 para prazer. Quando questionada a respeito dos itens do jantar que mais gostou, ela listou o conforto de estar com sua mãe,

Registro semanal de atividades

Instruções: Anote suas atividades para cada hora e depois as classifique em uma escala de 0 a 10 para habilidade **(h)**, ou grau de realização, e para prazer **(p)**, ou o quanto gostou de fazê-las. Uma classificação 0 significa que você não sentiu nenhuma habilidade ou prazer. Uma classificação 10 significa que você sentiu o máximo de habilidade ou prazer.

	Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
8h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
9h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
10h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
11h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
12h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
13h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
14h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
15h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
16h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
17h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
18h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
19h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
20h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
21h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___

FIGURA 6.1 • Formulário de registro semanal de atividades.

Programação semanal de atividades

Instruções: Anote suas atividades para cada hora e depois as classifique em uma escala de 0 a 10 para domínio **(h)**, ou grau de realização, e para prazer **(p)**, ou o quanto gostou de fazê-las. Uma classificação de 0 significa que você não sentiu nenhuma habilidade ou prazer. Uma classificação de 10 significa que você sentiu máxima habilidade, ou prazer.

	Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
8h	Acordar h: 2 Vestir-me p: 0				Acordar h: 3 Vestir-me p: 1		
9h	Igreja com pais h: 3 p: 4				Passear com cachorro h: 5 p: 7		
10h		Acordar h: 3 Vestir-me p: 1	Acordar h: 3 Vestir-me p: 1	Acordar h: 3 Vestir-me p: 1	Terapia h: 7 p: 6		Acordar h: 2 Vestir-me p: 1
11h		Passear com cachorro h: 4 Café da manhã p: 6	Passear com cachorro h: 4 p: 5	Passear com cachorro h: 4 p: 5		Acordar h: 3 Vestir-me p: 1	Passear com cachorro h: 4 Café da manhã p: 5
12h	Almoço com pais h: 4 p: 2					Passear com cachorro h: 5 p: 6	Arrumar meu quarto h: 6 p: 3
13h			Almoço h: 2 p: 2	Almoço h: 2 p: 2			Lavar roupas à mão h: 7 p: 4
14h	Ler jornal h: 4 p: 2	Buscar a correspon- dência h: 3 p: 1	Buscar a correspon- dência h: 3 p: 1	Buscar a correspon- dência h: 3 p: 1	Buscar a correspon- dência h: 4 p: 2	Buscar a correspon- dência h: 4 p: 3	
15h	Ler revista h: 4 p: 4						
16h		Assistir Oprah h: 1 p: 3	Assistir Oprah h: 1 p: 3	Assistir Oprah h: 1 p: 3	Assistir Oprah h: 1 p: 3	Comprar comida p/ jantar h: 6 p: 2	
17h						Passear com cachorro h: 5 p: 7	Passear com cachorro h: 5 p: 7
18h	Passear com cachorro h: 4 p: 5	Jantar com pais h: 2 p: 4	Jantar com pais h: 3 p: 4	Jantar com pais h: 3 p: 4	Jantar com pais h: 3 p: 4	Jantar sozinha h: 5 p: 3	Cozinhar e jantar sozinha h: 5 p: 4
19h	Jantar com pais h: 2 p: 4	Passear com cachorro h: 4 p: 6	Passear com cachorro h: 4 p: 6	Passear com cachorro h: 4 p: 5	Passear com cachorro h: 5 p: 7		
20h	TV com mãe h: 2 p: 4	Dar telefonemas h: 8 p: 5		TV com mãe h: 2 p: 5		TV sozinha h: 2 p: 2	TV sozinha h: 2 p: 3
21h							

FIGURA 6.2 • Registro semanal de atividades de Juliana.

TABELA 6.2 • Monitoramento de atividades

Há momentos distintos em que o paciente sente prazer?
Que tipo de atividades parecem dar prazer ao paciente?
Essas atividades prazerosas podem ser repetidas em um outro dia?
Que atividades parecem dar ao paciente uma sensação de realização?
Esse tipo de atividades podem ser programados para outros dias?
Há determinados momentos do dia que parecem ser baixos em termos de habilidade ou prazer?
O que pode ser feito para melhorar o padrão de atividades nesses momentos do dia?
As classificações tendem a ser mais altas para atividades que envolvem outras pessoas? Em caso positivo, o contato social pode ser aumentado?
Que atividades o paciente teve no passado que foram interrompidas ou reduzidas? Há formas de reacender o interesse nessas atividades?
Existe algum tipo de atividade (por ex., exercícios, música, envolvimento espiritual, arte, trabalhos manuais, leitura, trabalho voluntário, cozinhar) que o paciente está ignorando, mas que pode interessar-lhe? Ele está aberto para pensar em acrescentar atividades novas ou diferentes à sua programação semanal?

o purê de batatas com manteiga e o pudim de banana – seu favorito na infância –, que comeu de sobremesa. Quando indagada sobre o porquê de três coisas prazerosas diferentes resultarem uma classificação 1 para prazer, ela reconsiderou a classificação e a subiu para 4. Era difícil para ela não estar consciente da ausência de seu irmão nas refeições familiares, e pensar em sua perda fazia seu humor cair. Mas, quando pensou melhor nas partes positivas da refeição, esta pareceu mais agradável, de modo geral. Com isso em mente, Juliana reclassificou algumas de suas atividades em seu registro e aumentou as classificações de prazer.

As perguntas na Tabela 6.2 foram elaboradas para ajudá-lo a avaliar e modificar os graus de atividade dos pacientes.

O exercício de monitoramento de atividades de Juliana revelou um padrão de maior prazer quando se envolvia em atividades fora de casa ou quando tentava fazer contato com os amigos (dar telefonemas). Ela deu uma das classificações mais altas para prazer à tarefa de passear com o cachorro. Por outro lado, as classificações mais baixas para prazer foram dadas a ficar em casa sozinha sem nada para fazer. Como seu envolvimento em atividades produtivas haviam caído a um grau tão baixo, suas classificações para habilidade eram geralmente mínimas. As classificações de habilidade também parecem ter sido influenciadas pela falta de objetivos para o futuro. Juliana queixava-se que sua vida não possuía sentido. Ela tinha poucas responsabilidades em relação à casa, não estava mais estudando, não tinha um emprego, tinha perdido o contato com seus amigos e não tinha perspectivas claras de se tornar mais envolvida com a vida. Portanto, ela precisava encontrar atividades ou compromissos que lhe dessem uma sensação de propósito e completude.

Outra estratégia para o uso da técnica de registro de atividades é pedir ao paciente para classificar seu humor em uma escala de 0 a 10, ao se envolver em cada uma das atividades. No vídeo 12, o Dr. Thase examina as classificações de humor de Ed para cada atividade, a fim de ajudar a explicar como os eventos podem afetar o humor. As atividades foram planejadas para aquelas tarefas que tinham maior potencial para melhorar o humor. No caso de Ed, uma delas era voltar a cantar no chuveiro. Embora para alguém que não esteja com anedonia tais atividades comuns possam parecer triviais ou de pouca conseqüência, elas podem ajudar pessoas deprimidas a romper os padrões negativos de comportamento e a começar a sair da depressão.



- **Vídeo 12**: Programando atividades
  Dr. Thase e Ed

Aumentando as habilidades e o prazer

Se você tiver determinado que há déficits na percepção de habilidade ou prazer na vida cotidiana de um paciente, você pode auxiliá-lo programando atividades entre as sessões que o farão sentir-se bem consigo mesmo. Comece gerando uma lista de atividades prazerosas. Inclua aquelas do exercício de monitoramento que tiveram as classificações mais altas para prazer. Também faça um *brainstorm* com o paciente a fim de produzir uma lista de algumas idéias novas que possam valer a pena tentar (ver as perguntas na Tabela 6.2). Em seguida, de maneira colaborativa, determine quais atividades acrescentar ao dia-a-dia da pessoa. Selecione horas específicas e anote-as na programação como plano para a semana seguinte.

Depois, utilize o exercício de monitoramento de atividades para ajudar a determinar o tipo de atividades que pareça produzir percepção de habilidade. Por exemplo, o registro de atividades de Juliana (ver Figura 6.2) apresenta escores mais altos de habilidade quando ela era responsável por fazer seu próprio jantar e quando fazia suas próprias tarefas. Pode-se recomendar que o paciente continue as atividades existentes que têm altos escores em habilidade ou modifique as atividades atuais para aumentar seu valor para o paciente. Se o paciente tiver completado uma lista de metas, o esforço para a conclusão de qualquer uma das metas estabelecidas pode ser acrescentado ao registro de atividades.

Após a conclusão do registro, verifique as previsões do paciente quanto ao sucesso em modificar seu grau de atividade. Avalie quaisquer pensamentos automáticos negativos que sejam relatados. Antes de seguir para outro item da agenda, pergunte sobre fatores que poderiam interferir na capacidade do paciente de cumprir a programação de atividades planejada. Prepare uma estratégia para superar quaisquer possíveis obstáculos à adesão e crie também um plano B, para o caso de fatores não-previstos impedirem o paciente de se envolver em alguma das atividades planejadas. Instumentado com essas informações, combine a nova programação para a semana seguinte e peça ao paciente para classificar cada evento quanto a habilidade e a prazer. Revise o plano na próxima sessão e o modifique de acordo com a necessidade. Normalmente, o registro de atividades é utilizado na fase inicial da terapia e pode ser interrompido quando o paciente for capaz de realizar espontaneamente atividades com prazer e habilidade. Entretanto, às vezes, utilizamos o registro de atividades mais adiante na terapia, quando há problemas persistentes de anedonia, de organização de planos comportamentais eficazes ou de procrastinação.

- **Exercício 6.1**:
  Registro de atividades

  1. Complete pelo menos um dia de um registro de atividades para sua própria vida. Revise as classificações de habilidade e prazer.
  2. Desenvolva um registro de atividades em um exercício de *role-play* com um colega.
  3. Utilize o registro de atividades em sua prática clínica.

PLANEJAMENTO DE TAREFAS GRADUAIS

O planejamento de tarefas graduais (PTG) é um método para fazer com que tarefas muito grandes pareçam mais administráveis mediante a sua divisão em partes menores e, assim, ser mais facilmente realizadas. Pode ser aplicada juntamente com o registro de atividades a fim de aumentar a percepção de habilidade, sendo especialmente útil quando os pacientes estiverem atrasados em suas atividades (p. ex., arrumação da casa ou trabalho no jardim), adiando tarefas difíceis que têm pra-

zos (p. ex., pagar contas ou impostos) ou quando os objetivos que desejam realizar são complicados e requerem esforços continuados (p. ex., entrar em forma, receber um certificado de curso ou diploma da faculdade, entrar com papéis de divórcio). Se a percepção da magnitude das tarefas estiver impedindo os pacientes de agir, o planejamento de tarefas graduais pode funcionar.

Comece o planejamento de tarefas graduais explicitando as percepções dos pacientes sobre as tarefas que exigem atenção. Observe os pensamentos automáticos e avalie sua validade antes de começar o planejamento de tarefas graduais. Pensamentos catastróficos e o pensamento do tipo tudo-ou-nada podem interferir na iniciativa. Peça aos pacientes para anotarem seus pensamentos modificados e revisarem essa análise cognitiva antes de iniciarem os exercícios comportamentais. Sugira que se fixem nesse registro escrito como lembrete para o caso de os pensamentos negativos voltarem. A seguir, um excerto do tratamento de Robert ilustra o valor de explicitar os pensamentos automáticos acerca de ações comportamentais.

CASO CLÍNICO

Terapeuta: Quando você pensa em fazer a declaração de imposto de renda, o que passa por sua cabeça?
Robert: Dá um branco. Não sei por onde começar.
Terapeuta: Pare um momento e imagine-se em casa e vendo um comercial da Receita Federal na televisão. O que você pensaria?
Robert: Sinto um aperto na garganta. Tenho vontade de mudar de canal.
Terapeuta: Mudar o canal por que você pensa o quê?
Robert: Eu sei que tenho que declarar meu imposto de renda. Não entreguei no ano passado e sei que a Receita Federal vem atrás de mim se eu não entregar a deste ano. Não sei como começar. Não tenho os formulários. Não posso pedir para ninguém me ajudar, pois teria de contar que não entreguei no ano passado. Isso seria muito constrangedor. Isso tudo é demais para mim nesse momento.
Terapeuta: Então, quando você lembra que tem de fazer sua declaração de imposto de renda você fica bastante aborrecido.
Robert: Exatamente.
Terapeuta: E quando você fica aborrecido, o que acontece com sua motivação para começar a trabalhar na declaração?
Robert: Não quero ter que fazer. Adio para outro dia.
Terapeuta: Se você achasse que teria a capacidade de lidar com o estresse de fazer a declaração de imposto de renda, você estaria disposto a começar a enfrentar o problema?
Robert: Tenho que fazer alguma coisa a respeito.
Terapeuta: O que aconteceria se nós pudéssemos encontrar um jeito de tornar isso mais fácil para você?
Robert: Se fosse mais fácil, acho que eu poderia ser capaz de lidar com isso. Mas não é fácil.
Terapeuta: Acho que sei um jeito de ajudar.

Robert estava se sentindo angustiado pelo pensamento de fazer a declaração de imposto de renda, em parte porque não tinha certeza sobre como começar. Ele também tinha feito uma série de pressupostos sobre as reações dos outros, caso pedisse ajuda. O terapeuta começou a trabalhar com Robert na modificação da crença de que ele não podia pedir ajuda. Quando isso foi conseguido, eles foram capazes de dividir a tarefa em partes menores e fazer uma programação para sua execução.

O componente comportamental do PTG consiste em fazer uma lista das partes de uma tarefa e depois colocá-las em uma ordem lógica. Como normalmente existem muitas maneiras de enfrentar uma tarefa não-concluída, geralmente é útil discutir várias abordagens possíveis antes de criar uma plano de ação específico.

Robert achou melhor começar por encontrar alguém para ajudá-lo com a declaração de imposto de renda. Sua irmã, Celeste, achou que seria melhor para Robert organizar seus papéis e obter os formulários apropriados antes de pedir ajuda a alguém. Sua mãe, Brenda, sugeriu que ele começasse telefonando para a Receita Federal para descobrir se seria melhor enviar a declaração do ano ante-

rior primeiro ou fazer a deste ano. Depois de discutir essas opções com seu terapeuta, Robert decidiu seguir sua primeira tendência e pedir auxílio. Ele estava se sentindo tão angustiado com a tarefa que não achava que poderia começar as coisas por si mesmo. Assim, decidiu pedir ajuda à Celeste como seu primeiro passo.

Os passos restantes eram encontrar os papéis que tinha em casa e organizá-los; baixar os formulários apropriados do *site* da Receita na internet; marcar um horário com Celeste para começar a preencher os formulários; preencher todos os formulários e telefonar para a Receita, para discutir os impostos do ano anterior. Como ele tinha dúvidas sobre a ordem dos passos a serem tomados e achava possível que houvesse outras coisas que precisaria fazer, Robert pediu o conselho de Celeste sobre a organização das outras tarefas e também sugestões sobre qualquer outro passo que pudesse ser necessário.

Quando os pacientes relatam seu progresso em sessões posteriores, deve-se elogiar seus esforços e perguntar o que estas ações os fizeram sentir a respeito de si mesmos. Reforce o modelo cognitivo-comportamental, explicando mais uma vez que as mudanças positivas na ação ajudarão a melhorar o humor, fortalecerão a auto-estima e criarão otimismo em relação a esforços futuros. Pergunte sobre sua motivação para dar o próximo passo e explicitar e modificar pensamentos negativos, se necessário. Depois dos primeiros itens do PTG terem sido realizados, alguns pacientes podem sentir-se capacitados para completar as outras tarefas sem o auxílio do terapeuta. Outros precisarão de orientação continuada do terapeuta para manter o progresso. À medida que os níveis de energia e a motivação forem voltando ao normal, a tarefa gradual pode não ser mais necessária para iniciar a atividade.

Haverá ocasiões em que o PTG não terá sucesso. Um motivo comum é que os passos são complicados demais para o paciente realizar ou requerem mais energia do que o paciente possui. Nesses casos, as tarefas complexas têm de ser divididas em pequenos subpassos. Você terá de encaixar a tarefa de acordo com o nível de energia e o tempo disponível do paciente. Um outro motivo comum é que a pessoa está mergulhada em pensamentos automáticos que a desanimam ou interferem na tomada de ação. Quando as tarefas são difíceis, as tentativas iniciais de realizá-las podem não ser totalmente bem-sucedidas. A pessoa tendenciosa ao pensamento do tipo tudo-ou-nada pode não valorizar o progresso feito em direção a uma meta. Em vez disso, o sucesso parcial é visto como um fracasso. Ao elaborar uma intervenção de PTG, deve-se tomar cuidado para manter cada passo dentro da capacidade do paciente. Quando em dúvida, é melhor planejar uma tarefa muito fácil de realizar do que uma muito difícil.

No vídeo 13, o Dr. Thase utiliza uma combinação de planejamento de tarefa gradual com programação de atividades para ajudar Ed a fazer planos para executar um trabalho importante. Ed é um editorialista de jornal que tem um prazo para entregar um trabalho. Ele se tornou lento pela depressão, mas ainda possui muitos vigores que podem ser organizados em um planejamento de tarefa gradual. A divisão de cada atividade em comportamentos mais distintos e o planejamento do tempo para sua execução aumentaram as chances de Ed conseguir levar esse trabalho a uma conclusão bem-sucedida.



• **Vídeo 13**: Planejamento de tarefa gradual Dr. Thase e Ed

ENSAIO COMPORTAMENTAL

Qualquer plano comportamental que você queira que o paciente faça fora da terapia pode ser primeiro ensaiado na sessão para:

1. verificar a capacidade do paciente de realizar a atividade;

2. praticar as habilidades comportamentais;
3. dar *feedback* ao paciente;
4. identificar possíveis obstáculos;
5. treinar o paciente para garantir que o plano terá um resultado positivo.

O próximo caso mostra como o ensaio comportamental poderia ser usado para ajudar um paciente a ser assertivo em uma situação interpessoal.

> Bernice era uma mãe solteira de um menino de 5 anos, Ben, que às vezes era difícil de controlar. Bernice e sua família se penalizavam por ele, pois o pai os deixara quando Ben ainda nem andava. Eles, então, exageravam no amor em relação a ele para tentar compensar a ausência do pai. Ben era bastante esperto e percebera que, se sua mãe não desse o que ele quisesse, seu avô daria. Por exemplo, Bernice lhe disse: "Você não pode pular na cama". Mas Ben implorou, "por favor, por favor, por favor", e começou a chorar. Bernice tentou permanecer firme, mas percebeu mais tarde que seu pai permitiria que Ben pulasse em sua cama, mesmo sabendo que Bernice não permitia tal comportamento. No passado, Bernice acabaria cedendo aos apelos de Ben, mas tinha se empenhado em estabelecer limites mais consistentes. Ela precisava que seu pai fizesse o mesmo, mas não sabia como falar com ele sobre isso sem deixá-lo triste ou colocá-lo na defensiva. Ela então não disse nada e permitiu que seu filho continuasse a manipular a situação e a manter um padrão duplo de comportamento.

Confrontar alguém quanto às suas ações não é uma coisa fácil de se fazer, especialmente quando a pessoa pode não aceitar bem e as chances de ferir os sentimentos dela parecem grandes. Bernice estava nesse tipo de situação com seu pai. Ela queria ser assertiva na educação de Ben, mas se preocupava em deixar tenso seu relacionamento com seu pai. Depois de pensar nos prós e contras de se expressar sobre uma questão importante, pode ser útil para os pacientes praticar o que irão dizer e receber *feedback* do terapeuta. Esta é uma das aplicações comumente utilizadas do ensaio comportamental. Esses passos podem ajudar as pessoas a planejarem e ensaiarem como comunicar uma mensagem difícil.

Um exemplo de ensaio comportamental: ser assertivo ao comunicar-se com os outros

1. *Comece com uma idéia geral.* Peça ao paciente para descrever o que idealmente gostaria de comunicar a uma outra pessoa, se as circunstâncias permitissem.
2. *Ajude o paciente a moldar sua idéia em uma linguagem clara.* Desestimule a embromação ou qualquer linguagem que seja vaga ou ambígua. Peça ao paciente para articular a mensagem a ser comunicada e, depois, dê *feedback* sobre o que você ouviu. Em seguida, modifique a mensagem até que esta comunique especificamente o que o paciente quer dizer e tenha uma probabilidade razoável de atingir os resultados desejados:

> Bernice começou com o seguinte diálogo: "Papai, quero conversar sobre o hábito de Ben de querer as coisas sem limites. Você sabe como ele é. Acho que não deveríamos sempre dar o que ele quer". Embora esse discurso descreva parte do problema, ele evita dizer diretamente que é seu pai quem precisa mudar de comportamento. Quando ela tentou essa abordagem no passado, seu pai respondeu com um "está bem, querida. Concordo". Depois de trabalhar mais em suas habilidades de comunicação, Bernice chegou a uma mensagem que transmitia seus principais pontos: "Papai, quero conversar com você a respeito de minha nova estratégia para lidar com Ben quando ele quer fazer coisas que não gostaríamos que ele fizesse – por exemplo, pular na cama. Quero dizer 'não' e ficar firme, mesmo se ele choramingar ou implorar. Ele precisa aprender a respeitar o que eu digo nessa idade, de modo que, quando for crescendo, já tenhamos estabelecido

um padrão de educação. Mas eu preciso de sua ajuda para isso funcionar. Sempre que me ouvir estabelecendo limites para Ben, preciso que você me apóie e o trate da mesma maneira, mesmo se não concordar comigo ou se achar que estou sendo muito dura. Você está disposto a fazer isso?".

3. *Use o método de "frases positivas, frases negativas, frases positivas" de comunicação.* Estimule o paciente a começar a conversação com uma frase positiva ou elogio ao ouvinte. Ele deve continuar a conversação com o componente assertivo ou confrontador da mensagem, seguido de outra frase positiva. Exemplos de frases introdutórias positivas são: "Obrigada por concordar em me encontrar hoje; agradeço pelo seu tempo" e "você está fazendo um bom trabalho com _____ ; quero que saiba que agradeço tudo o que você faz por mim". Exemplos de frases positivas de encerramento são: "Obrigada por me ouvir hoje"; "agradeço sua boa vontade em me ouvir" e "eu sabia que poderia contar com você; sinto-me muito melhor depois de conversar com você".
4. *Faça um* role-play *da interação com o paciente.* Após formular um diálogo, prepare um ensaio comportamental pedindo ao paciente para descrever como o ouvinte provavelmente responderá. Evoque um cenário para a melhor hipótese, um para a pior hipótese e o cenário mais provável. Faça o *role-play* do cenário da melhor hipótese para dar uma chance ao paciente de praticar. Dê *feedback* sobre o resultado. Treine a pior hipótese. Desafie o paciente a se manter em seu discurso mesmo diante de sua reação negativa, enquanto você faz o papel do ouvinte. Ajude o paciente a preparar e treinar sua resposta. Em seguida, faça o *role-play* do cenário mais provável.
5. *Evoque as previsões do paciente para o evento.* Para qualquer previsão negativa, faça um *brainstorm* sobre as maneiras de evitar que a interação vá mal. As idéias podem incluir a escolha cuidadosa do momento e do lugar para a interação. Faça um plano para se recuperar de uma interação que não ocorra bem:

   Bernice sabia que não era boa idéia levantar tópicos difíceis com seu pai quando ele estava com fome ou com pressa. Ela planejou conversar com ele depois do almoço de sábado, quando estaria mais relaxado e Ben, dormindo. Se não se saísse bem, ela pediria desculpas por aborrecê-lo, agradeceria por ser um avô tão bom e sugeriria conversar novamente mais tarde.

O ensaio comportamental tem muitas aplicações na TCC. Por exemplo, você pode praticar o treinamento de respiração para reduzir a ansiedade, o treinamento de exposição para superar o pânico e a evitação ou estratégias para cessar rituais compulsivos (ver Capítulo 7, "Métodos comportamentais II: reduzindo a ansiedade e rompendo padrões de evitação"). Comportamentos que possam aumentar a adesão medicamentosa (p. ex., utilizar comunicação eficaz com o médico que prescreve, organizar um esquema complexo de tomadas de medicações, implementar um sistema de lembretes) também podem ser ensaiados em uma sessão. Outras formas de aplicar o ensaio comportamental podem incluir o *role-play* de um plano elaborado em um exercício de resolução de problemas (ver Exercício de aprendizagem 6.2 a seguir) ou praticar habilidades para controlar a ansiedade social (p. ex., como estabelecer um bate-papo).

- **Exercício 6.2**:
  Conclusão de tarefas

  1. Em um exercício de *role-play* com um colega, objetive uma tarefa desafiadora ou difícil.

2. Primeiro, pratique o método de planejamento de tarefa gradual, a fim de elaborar um plano para concluir a tarefa.
3. Depois, aplique o ensaio comportamental para desenvolver habilidades ou identificar possíveis problemas ao realizar o plano.
4. Faça um *role-play* de outro exercício de ensaio comportamental.

SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Quando as pessoas têm dificuldades em resolver seus problemas, isso pode dever-se parcialmente a um déficit de desempenho ou a um déficit de *habilidade*. Aqueles com déficits de desempenho possuem habilidades adequadas de solução de problemas, mas – devido a depressão, ansiedade, estresse extremo ou sentimentos de desamparo – têm dificuldade em acessá-las e utilizá-las. Por sua vez, pessoas com déficits de habilidade podem ser incapazes de analisar a natureza de um problema e parecem não conseguir chegar a boas idéias para resolvê-lo. Indivíduos com déficits de habilidade freqüentemente têm problemas para resolver problemas em muitas áreas específicas de suas vidas ou repetidamente escolhem soluções que não funcionaram ou que pioraram as coisas. Pessoas com déficits de desempenho podem ser ajudadas por meio da identificação e modificação, sempre que possível, dos fatores que impedem que elas utilizem suas habilidades existentes. No entanto, pacientes com déficits de habilidade podem precisar de treinamento básico em métodos de solução de problemas.

Trabalhando com a solução de problemas Déficits de desempenho

Alguns dos fatores mais comuns que interferem na solução eficaz de problemas estão listados na Tabela 6.3. Essa lista inclui obstáculos que podem estar associados aos sintomas de uma doença mental ou física. Por exemplo, a depressão freqüentemente compromete a concentração e interfere no funcionamento cognitivo necessário para resolver problemas. Outras barreiras ocorrem quando os pacientes não têm recursos para abordar seus problemas de maneira apropriada (p. ex., limitações financeiras, intelectuais ou físicas) ou buscam soluções ideais ou perfeitas quando tais padrões não são atingíveis.

Comprometimento cognitivo

Quando o grau de atenção reduzido e a concentração comprometida impedem que uma pessoa seja capaz de focar-se em um problema, podem ser necessárias medidas de controle de estímulos. Os procedimentos de controle de estímulos envolvem organizar o am-

TABELA 6.3 • Obstáculos para a efetiva solução de problemas

Comprometimento cognitivo	Baixa concentração, pensamento lento, tomada de decisão comprometida
Sobrecarga emocional	Sentir-se sobrecarregado, disfórico, ansioso
Distorções cognitivas	Pensamentos automáticos negativos, erros cognitivos (por ex., catastrofização, pensamento do tipo tudo-ou-nada, maximização), desesperança, autocrítica
Evitação	Procrastinação, esquecimento
Fatores sociais	Conselhos contraditórios dos outros, críticas, falta de apoio
Problemas práticos	Tempo insuficiente, recursos limitados, o problema está além do controle
Fatores estratégicos	Tentar encontrar a solução perfeita, buscar uma solução geral que resolva vários problemas relacionados

biente físico de tal maneira que os estímulos que poderiam interferir na realização de uma tarefa são limitados ou evitados, enquanto os fatores ambientais que podem facilitar a realização da tarefa são identificados e melhorados. Se a concentração for um problema, um ambiente barulhento e confuso pode distrair a pessoa de uma tarefa, ao passo que a paz e o silêncio podem facilitar a conclusão da tarefa.

CASO CLÍNICO

Jonathan estava tão preocupado pensando se seria possível pagar todas as suas contas que não conseguia dormir, estava distraído no trabalho por inquietar-se com as finanças e sentia dores de cabeça freqüentes. Ele precisava resolver o problema, examinando quais contas precisavam ser pagas, quais podiam ser deixadas para depois, quando elas venceriam e qual a quantia total que devia. Ele sentou para trabalhar nisso à mesa da cozinha depois do jantar, mas não conseguiu se concentrar o suficiente para fazer o trabalho. Quando seu terapeuta perguntou o que acontecia à sua volta enquanto ele tentava organizar as contas, Jonathan descreveu uma sala de jantar barulhenta, com sua esposa tirando os pratos da mesa. A televisão estava ligada e seus filhos estavam assistindo a uma comédia e rindo histericamente. Embora desejasse que eles ficassem quietos, ele sabia que eram apenas crianças e que o som de suas risadas lhe fazia bem. Sua filha mais velha normalmente estava na cozinha ao telefone. Ele nunca ficava ouvindo suas conversas, mas se preocupava que ela pudesse estar falando com um rapaz mais velho que lhe dava carona de vez em quando. O terapeuta concluiu que o ambiente de Jonathan não era propício para a concentração e a solução de problemas.

O controle de estímulos pode facilitar a concentração e a solução de problemas ao reduzir as distrações e criar um ambiente que torne mais provável atinjir o objetivo.

> Jonathan precisava de um lugar para trabalhar que estivesse livre de estímulos visuais e auditivos externos. Ele precisava de um espaço físico de tamanho suficiente para examinar suas contas, de materiais para realizar a tarefa (como papel, lápis e uma calculadora) e tempo e energia suficientes para concluí-la. Essas condições eram difíceis de obter durante a semana, pois sua casa era pequena, não havia um lugar silencioso para trabalhar e ele estava sempre cansado no fim do dia. Quando não estava deprimido, Jonathan conseguia se desligar de todos e fazer o trabalho. Mas, agora, sua concentração estava baixa e ele não percebia que seu ambiente era parte do problema. Depois de o terapeuta ter explicado os princípios do controle de estímulos, Jonathan concluiu que precisava separar um tempo no sábado logo cedo para organizar suas contas. Ele escolheu um horário antes de as crianças acordarem e antes de sua esposa começar a preparar o café da manhã.

Os estímulos que interferem na concentração podem ser visuais, assim como auditivos. Criar um momento tranqüilo com poucas distrações auditivas pode melhorar a concentração, assim como criar um ambiente com poucas distrações visuais. Esses esforços são especialmente úteis para pessoas que trabalham em uma mesa cheia de materiais. Para controlar os estímulos visuais, peça ao paciente para limpar o espaço, organizar pilhas de materiais e trabalhar em uma coisa de cada vez.

Sobrecarga emocional

Minimizar a intensidade da emoção também pode facilitar a solução de problemas. Os métodos de reestruturação cognitiva descritos a seguir, no item "Distorções cognitivas", estão entre as principais técnicas de solução de problemas utilizadas para reduzir emoções dolorosas ou sobrecarregadas. Várias outras idéias podem ser tentadas, como exercícios de relaxamento, rezar, ouvir música, exercícios físicos, massagem, yoga ou cuidados consigo mesmo que induzem a sensação temporária de bem-estar. Podem incluir também podem incluir dar um passeio, tomar um banho quente, comer

uma comida favorita ou sentar em um jardim. O objetivo é reduzir a tensão – e não incentivar se esquivar da tarefa. Quando a pessoa se sentir mais tranqüila, ela pode começar a enfrentar o problema. Se se sentir sobrecarregada novamente, deve fazer um breve intervalo para reduzir a tensão.

Distorções cognitivas

A chave para utilizar métodos de reestruturação cognitiva (ver Capítulo 5) para a solução de problemas é ensinar os pacientes como levar os aprendizados da terapia para as situações da vida real. Depois de aprender no tratamento como reconhecer os pensamentos automáticos negativos e como corrigir as distorções cognitivas, os pacientes podem começar a aplicar esse conhecimento para conceitualizar e enfrentar seus problemas ao seu redor. Uma boa ilustração da utilidade da reestruturação cognitiva é a aplicação de métodos para identificar e corrigir erros cognitivos. Pacientes com depressão podem exagerar a seriedade dos problemas, minimizar seus recursos ou vigores para enfrentar a dificuldade, assumir culpa excessiva pela situação (i.e., personalização) e generalizar um problema quando este pode ter relevância circunscrita. Se conseguir reconhecer e revisar esses erros cognitivos, a pessoa será capaz de desenvolver um quadro mais claro dos desafios a enfrentar e visualizar formas de resolver o problema.

Evitação

As técnicas apresentadas neste capítulo (ver "Programação de atividades" e "Tarefas graduais", descritas anteriormente) podem ser utilizadas de maneira eficaz para ajudar as pessoas a superar a evitação. No Capítulo 7, "Métodos comportamentais II: reduzindo a ansiedade e rompendo padrões de evitação", discutimos outros métodos comportamentais que podem ajudar os pacientes a enfrentar os problemas de evitação associados a transtornos de ansiedade. Todos esses métodos comportamentais envolvem a organização de um plano sistemático, que supere a sensação de desamparo ou o medo paralisante, e a utilização de métodos graduais de ação.

Fatores sociais

Quando pedem conselhos de outras pessoas, os pacientes podem receber uma série de sugestões que podem ser úteis. No entanto, os conselhos podem ser conflituosos, ineficazes ou prejudiciais. Para ajudar o paciente a discernir os conselhos recebidos, pode-se recomendar que ele analise os prós e os contras de cada sugestão dada pelos outros, bem como quaisquer idéias que ele mesmo possa ter. Elabore uma solução que apresente o maior número de vantagens e o menor número de desvantagens. Se o paciente não tiver certeza se a pessoa se ofenderá com a sua não-aceitação do conselho, incentive-o a verificar essa possibilidade. Algumas pessoas a quem se pede conselho sentem como uma questão pessoal a solução do problema e podem, portanto, pressionar mais com suas sugestões. A possibilidade de decepcionar os outros por não seguir seus conselhos pode criar um novo problema para o paciente indeciso com baixa auto-estima. Assim, pode ser preciso treinar o paciente em habilidades para comunicar-se de maneira eficaz com essas pessoas.

Algumas das barreiras mais difíceis para resolver problemas são:

1. falta de apoio social;
2. críticas e depreciação por parte de familiares, amigos ou outras pessoas;
3. esforço ativo de outras pessoas para bloquear a solução de problemas.

Exemplos deste último item acontecem quando o cônjuge, em um caso de divórcio, recusa a mediação e parece determinado a provocar a maior angústia possível ao paciente; um filho que continua a usar drogas ilícitas, apesar dos intensos esforços feitos pelo pacien-

te para ajudá-lo a se tratar ou um chefe que é extremamente crítico e que não está disposto a dar ao paciente nenhuma idéia construtiva de como satisfazer suas expectativas. Alguns desses problemas não podem ser facilmente resolvidos, se é que podem ser resolvidos. Portanto, a estratégia deve incluir uma avaliação realista das chances de ocorrer alguma mudança, dos recursos que o paciente dispõe para resolver o problema e idéias alternativas que talvez ainda não tenham sido tentadas. Pode ser necessário o aconselhamento de um especialista. O paciente também pode obter ajuda lendo livros, assistindo a fitas de vídeo, participando de grupos de apoio, consultando um assistente social em um programa de assistência ao trabalhador ou utilizando outros recursos para ter idéias sobre como lidar com a situação.

Problemas práticos

Quando o funcionamento declina durante um longo episódio de depressão, não é raro descobrir que o paciente desenvolveu problemas práticos significativos, especialmente quando os sintomas foram bastante graves para interferir em sua capacidade de manter o emprego. Dificuldades financeiras podem rapidamente se acumular. Problemas de saúde podem ser negligenciados devido à falta de convênio médico. A moradia pode estar em risco em virtude de uma incapacidade de continuar a fazer os pagamentos de aluguel ou de parcelas do financiamento. O desespero dos pacientes nessas situações pode ser desalentador para os terapeutas. Se suas cognições começarem a refletir a desesperança do paciente, você pode começar a perder a capacidade de ser objetivo e criativo na solução de problemas. Portanto, ao se defrontar com um paciente com recursos limitados para resolver seus problemas, é importante processar seus próprios pensamentos automáticos negativos quanto à dificuldade da situação.

Se conseguir manter um grau razoável de otimismo de que é possível encontrar soluções, será mais provável que você consiga ajudar o paciente a ser perseverante. Ajude-o a pensar em idéias para enfrentar o problema. Se as idéias não vierem de forma fácil, pergunte ao paciente o que ele teria feito em relação ao mesmo problema em um momento de sua vida em que não estava deprimido. Ou pergunte o que um amigo com bom senso talvez recomendasse. Não permita que o paciente descarte soluções tão rapidamente. Mantenha uma lista contínua de idéias e espere até que o *brainstorm* tenha terminado para avaliar o potencial de cada sugestão.

Quando estão deprimidas, as pessoas freqüentemente se sentem sozinhas em seu sofrimento. Elas esquecem que há pessoas em seu mundo que poderiam ajudá-las, se soubessem que têm uma necessidade. A maioria dos pacientes concordaria em ajudar outras pessoas em situações semelhantes. Se as soluções consideradas pelo paciente não incluírem pedir ajuda da família, de amigos, de comunidades religiosas ou de agências de serviço social, incentive-o a pensar nessas possibilidades. O constrangimento e o orgulho podem impedir que os pacientes peçam ajuda. Mas, em momentos difíceis, o paciente pode precisar abrir mão temporariamente de um estilo independente de resolver problemas.

Fatores estratégicos

Quando deprimidas ou ansiosas, algumas pessoas descartam as soluções óbvias por parecerem simples demais. Ou procuram soluções que sejam perfeitamente pensadas ou garantam o sucesso. Às vezes, elas procuram pela solução mágica que resolverá várias questões simultaneamente.

CASO CLÍNICO

Olívia havia perdido seu emprego e estava procurando uma recolocação. Ela tinha dois filhos na escola primária. Os três viviam com sua avó, que tinha desenvolvido recentemente alguns problemas

de saúde. Olívia precisava ganhar dinheiro suficiente para sustentar seus filhos, mas também precisava de um emprego que fosse perto da escola de modo a poder chegar logo no caso de uma emergência. Ela precisava de um chefe compreensivo que lhe permitisse mais tempo de almoço para ver se estava tudo bem com sua avó. Ela não queria contratar uma enfermeira para cuidar da avó e preferia colocar seus filhos em uma creche a contratar uma babá. Um emprego perto da escola possibilitaria que ela buscasse seus filhos quando a creche fechasse. O pai das crianças saía do trabalho mais cedo, mas Olívia não confiava nele para buscá-las a tempo. Ela era bem-qualificada profissionalmente e poderia conseguir um emprego melhor mais longe de sua casa. Ela poderia pedir para sua irmã ajudar com a avó, em vez de assumir toda a responsabilidade por seu cuidado, mas sentia-se obrigada a fazer isso sozinha porque sua avó a tinha ajudado muito quando ela precisou. Pensar em como juntar todas as peças deixou Olívia exausta. Conseqüentemente, ela desistiu de ler os classificados e mergulhou nas tarefas domésticas.

A resposta para um dilema como o de Olívia é ajudar a mudar as estratégias de solução de problemas. Em vez de tentar encontrar uma solução abrangente, trabalhe com o paciente para selecionar os problemas e encontrar uma solução que cubra o maior número possível de áreas. Destaque suas habilidades de solução de problemas, identifique os principais recursos e apoios e treine-o em maneiras de simplificar o plano ou de dar um passo de cada vez.

Trabalhando com déficits nas habilidades de solução de problemas

As habilidades de solução de problemas normalmente são aprendidas durante a infância e aprimoradas durante o início da idade adulta, quando se está batalhando com as transições da vida e os estressores psicossociais. Se tiver tido bons exemplos, a pessoa provavelmente aprendeu vendo os outros lidando sistematicamente com problemas e gerando soluções. Além disso, se o paciente teve experiências iniciais nas quais foi capaz de resolver problemas de maneira eficaz, ele pode ter desenvolvido a autoconfiança e a competência necessárias para enfrentar dificuldades futuras. Infelizmente, os pacientes podem não ter adquirido habilidades eficazes de solução de problemas – talvez porque não tiveram exemplos eficazes, foram protegidos pelos pais que resolviam os problemas por eles ou estavam deprimidos demais quando estavam crescendo para desenvolver essas habilidades. Quando o paciente teve experiências limitadas de conceitualizar e lidar com os problemas de maneira eficaz, a TCC pode ser usada para ensinar habilidades básicas para a solução de problemas.

Uma forma útil de ajudar os pacientes a adquirir essas habilidades é mostrar o modelo de estratégias de solução de problemas nas sessões. Por exemplo, as etapas listadas na Tabela 6.4 podem servir para auxiliar os pacientes a organizar um plano para enfrentar uma das dificuldades em sua lista de problemas. A estrutura sugerida ajuda os pacientes a organizar seus pensamentos, abordar o problema de modo objetivo e levar o processo até o fim.

1. *Acalme-se e tente discernir*. Quando descrevem suas dificuldades psicossociais nas sessões, os pacientes podem pular de um tópico a outro. Enquanto descrevem um problema, outro lhes vem à mente. Sem perceber isso, eles apresentam uma lista desconexa de questões, todas podendo parecer igualmente estressantes e angustiantes. Eles podem ver ligações entre os problemas e os graus de complexidade presentes na situação, as pessoas envolvidas, os significados mais profundos por trás de

TABELA 6.4 • Etapas para solução de problemas

1. Acalme-se e tente discernir.
2. Escolha um alvo.
3. Defina o problema de modo preciso.
4. Gere soluções.
5. Selecione a solução mais razoável.
6. Implemente o plano.
7. Avalie o resultado e repita as etapas, se necessário.

tudo e as implicações para o futuro. Quando os problemas são relatados desse modo, a solução dessas dificuldades pode parecer distante ou sem solução.

A primeira coisa a fazer é desacelerar o processo, definindo o número e a amplitude dos problemas e a urgência de resolvê-los. Você pode pedir ao paciente para fazer uma lista escrita dos problemas em seu caderno de terapia. Depois que o paciente terminar de listar os problemas, peça que ele faça um resumo, lendo novamente a lista. Seja empático, pois deve ser angustiante enfrentar tantos desafios ao mesmo tempo. Em seguida, siga as próximas etapas no processo de solução de problemas.

2. *Escolha um alvo*. Ensine o paciente como organizar a lista com priorização dos problemas. Por exemplo, peça-lhe para riscar da lista qualquer problema que já tenha sido resolvido ou que esteja atualmente latente. Depois, peça ao paciente para eliminar itens sobre os quais ele não tem controle ou problemas que pertencem a outras pessoas e não podem ser resolvidos por ele. Ajude o paciente a separar o restante dos itens em problemas que precisam ser abordados no futuro próximo e aqueles cuja solução pode ser adiada por algum tempo. Em seguida, peça ao paciente para considerar os problemas mais imediatos e colocá-los em ordem de prioridade com base em sua importância ou urgência. A parte final desta etapa é selecionar um item entre os dois ou três primeiros como um alvo inicial para a terapia.
3. *Defina o problema de modo preciso*. Se os problemas puderem ser expressos em termos claros, é mais provável que os pacientes gerem soluções específicas. Você pode auxiliar os pacientes a definir os problemas de forma precisa ensinando-os os princípios de estabelecimento de metas e de agenda descritos no Capítulo 4. Também pode ser útil fazer perguntas que ajudem os pacientes a melhorar suas definições. Exemplos desse tipo de perguntas seriam: "Como você poderia definir esse problema de modo a saber se está fazendo progressos em resolvê-lo?", "como você poderia expressar esse problema em poucas palavras de modo que outras pessoas soubessem exatamente o que você está passando?" ou "parece que há muitas questões diferentes envolvidas nesse problema... como você poderia definir o problema de modo a chegar na questão central?".
4. *Gere soluções*. Normalmente, há muitas formas diferentes de resolver qualquer problema. As pessoas às vezes se fixam na primeira solução que vem à mente e se convencem que é o único modo de enfrentar. Mas a solução escolhida pode não ser prática, eficaz ou possível de implementar. Achando difícil mudar de direção, eles podem vacilar ou desistir totalmente de tentar resolver o problema. Tente ajudar o paciente a aprender a ser criativo ao buscar soluções. Por exemplo, utilize as técnicas de *brainstorm* ou de questionamento socrático, que estimulam a criatividade. Os pacientes podem considerar idéias como:

   a) utilizar a ajuda de outros;
   b) pesquisar em livros ou na internet ou buscar recursos da comunidade;
   c) adiar a implementação do plano;
   d) considerar não resolver o problema, mas aprender a viver com ele.

   Também pode ser útil acrescentar suas próprias sugestões à lista, mas apenas depois de o paciente ter chegado à conclusão de várias possibilidades.
5. *Selecione a solução mais razoável*. Ajude o paciente a eliminar da lista qualquer solução que ele conclua ser irrealista, de pouca utilidade, que não possa ser facilmente implementada no presente ou que poderia causar mais problemas do que resolver. Peça ao paciente para escolher a solução que acredita ser a mais provável de ser bem-sucedida e que esteja disposto a implementar. Às vezes, os pacientes fazem esco-

lhas que, ao seu ver, falharão. Em vez de desestimular o paciente dizendo sua opinião, ajude-o a escolher uma ou duas possibilidades e depois avalie as vantagens e desvantagens de cada uma. À medida que as soluções são comparadas, a melhor opção normalmente se torna evidente. Guarde a lista original de opções para o caso de ser necessária no futuro.

6. *Implemente o plano*. Uma vez selecionada uma solução, aumente as chances de sucesso pedindo ao paciente que selecione um dia e hora para testar seu plano. Podem ser usados métodos de *role-play* ou de ensaio para treinar os pacientes nas habilidades de solução de problemas. Elimine obstáculos perguntando sobre as circunstâncias que poderiam interferir no sucesso e desenvolva um plano para enfrentamento das adversidades.
7. *Avalie o resultado e repita as etapas, se necessário*. Apesar do planejamento, as soluções às vezes falham. Podem haver circunstâncias imprevistas ou elementos do problema que não foram completamente considerados. Quando surgirem dificuldades para pôr em prática um plano, ajude os pacientes a avaliar os pensamentos automáticos sobre seus esforços para resolver o problema e auxilie-os a corrigir qualquer distorção. Além disso, reveja a maneira pela qual a solução foi implementada para determinar se seria necessário maior treinamento de habilidades. Revise o plano, se necessário, e tente novamente.

RESUMO

Quando os pacientes têm problemas de redução da atividade, baixa energia, falta de interesse e conclusão precária de tarefas, os métodos comportamentais podem ajudar a restaurar o funcionamento saudável. A técnica mais fácil de ser implementada é a ativação comportamental – um exercício simples no qual terapeuta e paciente escolhem uma ou duas ações concretas que parecem ser possíveis de se empreender imediatamente e que provavelmente irão melhorar o humor ou a auto-estima. O registro de atividades, um método mais sistemático de registrar e moldar o comportamento, geralmente é muito útil quando os pacientes estão passando por reduções moderadas a graves na energia e no interesse. Outra técnica comportamental, o planejamento de tarefa gradual, pode ajudar os pacientes a organizar um plano passo a passo para lidar com tarefas difíceis ou desafiadoras ou para reverter padrões de procrastinação e evitação.

O ensaio comportamental é comumente usado na TCC para ajudar os pacientes a desenvolver planos de ação, fortalecer habilidades e identificar antecipadamente possíveis obstáculos. Essa técnica envolve a prática de métodos comportamentais nas sessões e, depois, a realização do plano como tarefa de casa. A solução de problemas é outro método comportamental básico para ajudar os pacientes a enfrentar seus estressores. Embora alguns pacientes tenham boas habilidades básicas de solução de problemas e precisem de ajuda apenas para superar obstáculos para aplicar seus pontos fortes, outros podem precisar ser ensinados nos princípios da solução eficaz de problemas. Os métodos comportamentais descritos neste capítulo podem ter um impacto positivo no nível de atividade, no humor, na efetividade ao lidar com desafios e na esperança para o futuro do paciente.

REFERÊNCIAS

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al: Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford, 1979.

Beck AT, Greenberg RL, Beck J: Coping With Depression. Bala Cynwyd, PA, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1995.

Wright JH, Thase ME, Beck AT, et al (eds): Cognitive Therapy With Inpatients: Developing a Cognitive Milieu. New York, Guilford, 1993.

Wright JH, Beck AT, Thase M: Cognitive therapy, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry, 4th Edition. Edited by Hales RE, Yudofsky SC. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2003, p. 1245-1284.

7

Métodos comportamentais II

Reduzindo a ansiedade e rompendo padrões de evitação

Os aspectos cognitivos e comportamentais dos transtornos de ansiedade – medos irreais de objetos e situações, superestimar o risco ou o perigo, subestimar a capacidade de enfrentar ou lidar com os estímulos temidos e padrões repetidos de evitação – são descritos no Capítulo 1. Voltamo-nos agora a explicar a base teórica para a utilização de técnicas comportamentais em transtornos de ansiedade e para a discussão de métodos específicos para superar problemas como fobia, pânico e transtorno de estresse pós-traumático. Focaremos os princípios gerais e as técnicas que podem ser aplicadas em diversos transtornos de ansiedade.

ANÁLISE COMPORTAMENTAL DOS TRANSTORNOS DE ANSIEDADE

Os métodos comportamentais normalmente utilizados na terapia cognitivo-comportamental derivam-se originalmente do modelo da teoria da aprendizagem que produziu os primeiros desenvolvimentos da terapia comportamental (ver Capítulo 1). À medida que a terapia comportamental e a terapia cognitiva amadureceram, essas duas abordagens se fundiram na proposta cognitivo-comportamental mais abrangente que descrevemos neste livro. Para explicar o raciocínio lógico para os métodos comportamentais para ansiedade, detalhamos rapidamente os conceitos da teoria da aprendizagem que fundamentam a aplicação contemporânea dessas intervenções.

Pacientes com transtorno de ansiedade normalmente relatam experiências subjetivas intensas de medo acompanhadas de sintomas físicos de excitação psíquica, quando expostas a um estímulo ameaçador. Por exemplo, se uma pessoa com a fobia de altura estiver enfrentando a perspectiva de subir em uma escada alta, ela pode ter pensamentos automáticos provocadores de medo (p. ex., "vou desmaiar... vou cair... não agüento isso... tenho que descer já"), além de emoções intensas e ativação fisiológica (p. ex., ansiedade, coração disparado, respiração acelerada, suor frio). Na teoria da aprendizagem, o objeto ou circunstância temida é o *estímulo* (E) e a reação de ansiedade evocada pelo estímulo é a *resposta* (R), como se segue:

$$E \rightarrow R$$

O estímulo original que levou a pessoa a ter medo é chamado de *estímulo não-condicionado* (ENC). Exemplos de estímulos não-condicionados são lugares onde a pessoa teve um ataque de pânico pela primeira vez, eventos que foram traumáticos, como um assalto ou um acidente grave, ou pessoas que a magoaram ou lhe causaram angústia. A resposta original de medo ao ENC é chamada de *resposta não-condicionada* (RNC). Coisas que lembram ao paciente esses estímulos também podem evocar uma resposta de medo. O termo

generalização de estímulos é utilizado para descrever o desencadeamento de ansiedade por essas lembranças associadas. Na linguagem da teoria da aprendizagem, essas lembranças são chamadas de *estímulos condicionados* e a ansiedade evocada por eles, de *resposta condicionada* (RC). Cada vez que o estímulo condicionado (EC) se apresenta, ocorre a RC, como se segue:

$$EC \rightarrow RC$$

Em pessoas com transtornos de ansiedade, as respostas emocionais e fisiológicas aos estímulos temidos normalmente são tão aversivas que aqueles que as sofrem farão tudo o que for necessário para evitar passar por essas situações novamente. Assim, as pessoas com fobia social se manterão longe de eventos ou lugares em que possam se sentir expostas às pressões sociais. Aqueles com fobias específicas evitarão alturas, lugares fechados, elevadores ou outros desencadeantes de sua ansiedade; pacientes com transtorno de estresse pós-traumático tentarão se isolar das condições que as lembrem das experiências traumáticas (p. ex., deixarão de dirigir, não voltarão ao trabalho ou evitarão namorar ou ter relacionamentos interpessoais íntimos) e as pessoas que têm transtorno de pânico com agorafobia tomarão muito cuidado para não passar por situações que desencadeiem seu medo.

Como a evitação é recompensada com alívio emocional, é mais provável que o comportamento evitativo ocorra novamente quando a pessoa for confrontada com as mesmas circunstâncias ou circunstâncias semelhantes. Por exemplo, quando uma pessoa com fobia social decide não ir a uma festa e sente alívio imediato da ansiedade, sua evitação é reforçada. Na próxima vez em que receber um convite para um evento social, a pessoa provavelmente continuará o padrão de evitação como forma de controlar a ansiedade associada ao julgamento social o qual ela prevê que irá acontecer. Cada vez que ela evita uma situação social, seu comportamento fóbico e suas cognições disfuncionais sobre o desempenho social são ainda mais reforçados e seus sintomas se tornam mais profundamente intricados.

Os vídeos 1 e 2, já sugeridas anteriormente (ver Capítulos 2, 3 e 5), mostram a avaliação de sintomas e as intervenções de reestruturação cognitiva utilizadas no tratamento de Gina, uma mulher com sintomas de pânico, agorafobia e medo de estar em elevadores. Outros vídeos do tratamento de Gina são mostrados mais adiante, neste capítulo. Gina associava seus ataques de pânico a qualquer lugar fechado ou de onde seria difícil escapar. Elevadores se tornaram um dos estímulos condicionados para seus ataques de pânico. Gina restringiu seu medo de elevadores subindo e descendo pelas escadas e evitando pegar o elevador sempre que possível. Como seu terapeuta reconheceu que a evitação estava perpetuando seu medo, ele a estimulou a utilizar métodos comportamentais para se expor à situação temida.

Outro exemplo do poder reforçador da evitação é observado no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Quando ocorrem pensamentos obsessivos em pessoas com TOC, geralmente são realizados rituais compulsivos para cessar os pensamentos. Quando a obsessão é neutralizada (e, assim, evitada) com o comportamento compulsivo, a ansiedade diminui. Assim, o ato compulsivo fica reforçado como uma estratégia de enfrentamento, pois ele reduz ou desliga o pensamento obsessivo aversivo. Devido ao reforço, na próxima vez que as obsessões ocorrerem, é provável que o ritual compulsivo se repita.

Em resumo, os aspectos-chave das contribuições da teoria da aprendizagem ao modelo de TCC para transtornos de ansiedade são:

1. um estímulo (não-condicionado) inicial provoca uma resposta (não-condicionada) de medo que se torna generalizada a outros estímulos condicionados, os quais, por sua vez, produzem respostas condicionadas;
2. um padrão de evitação dos estímulos temidos reforça a crença do paciente de que ele não consegue lidar com o objeto ameaçador ou com a situação;

3. o padrão de evitação deve ser rompido para o paciente conseguir superar a ansiedade.

Estudos dos processos cognitivos em transtornos de ansiedade (ver Capítulo 1) e o desenvolvimento de métodos cognitivos para ansiedade têm enriquecido esse modelo comportamental básico de várias maneiras importantes. Em primeiro lugar, numerosas pesquisas demonstraram que os pensamentos automáticos de pessoas com ansiedade caracterizam-se pelo raciocínio ilógico (p. ex., maximização do risco nas situações, minimização das estimativas da capacidade da pessoa de enfrentar a situação, previsões catastróficas de efeitos prejudiciais daquela situação). Segundo, a teoria do desenvolvimento sugere que as cognições de medo podem ser moldadas por muitas experiências de vida, incluindo aprendizados de pais e outras pessoas, que ajudam a criar crenças nucleares sobre risco, perigo e a capacidade da pessoa de lidar com essas demandas. Finalmente, o estímulo original de medo que desencadeou o padrão de estímulos condicionados e evitação não pode ser identificado em muitos transtornos de ansiedade (especialmente casos de transtornos de ansiedade generalizada, transtorno de pânico e TOC). Portanto, recomenda-se uma formulação mais complexa – que pode incluir os efeitos das experiências de aprendizagem durante o crescimento e desenvolvimento, o impacto de pensamentos automáticos e crenças nucleares e outras influências em potencial (p. ex., toda uma gama de fatores biopsicossociais, como discutido no Capítulo 3) – para tratar transtornos de ansiedade por meio da TCC. Aqui, concentramo-nos em descrever os elementos comportamentais do modelo geral da TCC. As intervenções cognitivas para ansiedade são mais detalhadas nos Capítulos 1, 5 e 8.

VISÃO GERAL DOS MÉTODOS DE TRATAMENTO COMPORTAMENTAL

Os métodos comportamentais para a ansiedade são focados primordialmente em romper a ligação entre: 1) o EC ou ENC e 2) a resposta de medo (RC ou RNC).

$$\text{ENC/EC} \not\rightarrow \text{RNC/RC}.$$

Na teoria da aprendizagem, esse processo é chamado de *despareamento* do estímulo-resposta. A evitação reduz o medo evocado pelo EC no curto prazo, mas não desfaz a conexão entre o ENC/EC e a RNC/RC. Para romper essa conexão, a evitação deve ser substituída por um comportamento mais adaptativo.

Rompendo a conexão estímulo-resposta

Os procedimentos gerais mais comumente utilizados para desfazer o pareamento ENC/EC e RNC/RC são *inibição recíproca e exposição.* A inibição recíproca é definida como um processo de redução da excitação emocional ao ajudar o paciente a vivenciar uma emoção positiva ou saudável que se contraponha à resposta disfórica. O método habitual de implementação da inibição recíproca é induzir um estado de profundo relaxamento da musculatura voluntária, produzindo assim um estado de calma altamente incompatível com a ansiedade ou excitação. Quando uma pessoa fica profundamente relaxada na presença de um estímulo temido, o estímulo e a resposta podem ser despareados. Quando esse método é praticado regularmente, o poder do estímulo de evocar o medo e a evitação podem diminuir ou ser eliminados.

A exposição produz o despareamento da conexão estímulo-resposta de maneira diferente. Como estratégia de enfrentamento, a exposição tem os efeitos opostos da evitação. Se uma pessoa se expuser intencionalmente a um estímulo provocador de medo, ela provavelmente sentirá medo. No entanto, o medo geralmente tem tempo limitado, pois a excitação fisiológica não pode ser mantida em um estado elevado indefinidamente. Ocorre fadiga e, na ausência de novas fontes de excitação, a pessoa começará a se adaptar à situação. Por exemplo, se uma pessoa que tem medo de altura for

levada ao último andar de um prédio alto e solicitada a olhar pela janela, ela ficará apavorada ou até mesmo em pânico. Mas, em algum momento, a resposta de medo se esgotará e um estado homeostático normal se restabelecerá. Com a repetição da exposição, a resposta fisiológica à situação temida deve diminuir à medida que a pessoa conclui que o estímulo pode ser enfrentado e controlado.

As técnicas de reestruturação cognitiva podem ajudar no processo de despareamento da resposta de medo do estímulo ameaçador, por facilitar a resposta de relaxamento e por promover o envolvimento em intervenções baseadas na exposição. Métodos que reduzem ou desligam pensamentos negativos podem baixar os níveis de tensão, ajudando assim a pessoa a desfrutar de sensações físicas e emocionais de relaxamento. A parada do pensamento é um método comumente utilizado para realizar esse objetivo. Essa técnica não requer análise dos pensamentos automáticos negativos, como descrito no Capítulo 5. Ao contrário, é feito um esforço consciente e deliberado de substituir as cognições de medo por pensamentos mais agradáveis ou calmantes, como, por exemplo, imagens mentais relaxantes.

Um outro método de reestruturação cognitiva que pode ajudar a desparear as respostas de ansiedade de seus estímulos é a descatastrofização, uma técnica que ajuda o paciente a:

1. avaliar sistematicamente a probabilidade de um resultado catastrófico ocorrer ao se expor ao estímulo;
2. desenvolver um plano para reduzir a probabilidade de que tal resultado ocorra;
3. criar uma estratégia para enfrentar a catástrofe, caso esta ocorra.

Os procedimentos para promover parada de pensamentos e descatastrofização estão descritos mais detalhadamente na seção "Passo 3: treinamento de habilidades básicas", neste capítulo.

FAZENDO A SEQÜÊNCIA DE INTERVENÇÕES COMPORTAMENTAIS PARA SINTOMAS DE ANSIEDADE

A seqüência de intervenções comportamentais é semelhante no tratamento de diferentes transtornos de ansiedade. Primeiro, o terapeuta avalia os sintomas, os "gatilhos" de ansiedade e as estratégias de enfrentamento existentes. Depois, são definidos alvos específicos de intervenção que irão nortear o curso da terapia. Em seguida, ensinam-se habilidades básicas ao paciente para enfrentar os pensamentos, sentimentos e comportamentos que caracterizam o transtorno de ansiedade. Finalmente, essas habilidades são usadas para auxiliar o paciente a se expor sistematicamente a situações que provocam ansiedade.

Passo 1: Avaliação de sintomas, "gatilhos" e estratégias de enfrentamento

Ao avaliar transtornos de ansiedade, é importante delinear claramente:

1. os eventos (ou memórias de eventos ou fluxos de cognições) que servem como gatilhos para a resposta de ansiedade;
2. os pensamentos automáticos, erros cognitivos e esquemas subjacentes envolvidos na reação exagerada ao estímulo temido;
3. as respostas emocionais e fisiológicas;
4. os comportamentos habituais, como sintomas de pânico ou evitação.

Assim, todos os elementos do modelo cognitivo-comportamental básico são avaliados e considerados ao se desenvolver a formulação e o plano de tratamento. Os métodos de avaliação geral utilizados na TCC estão detalhados no Capítulo 3. A principal forma de avaliação é uma entrevista minuciosa voltada para a identificação dos sintomas-chave, dos gatilhos de ansiedade e das cognições e comportamentos mais importantes (ver vídeo 1).

Medidas diagnósticas e de avaliação especializadas também podem ser úteis na fase de avaliação do trabalho com pacientes com transtornos de ansiedade. A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-TR (SCID; First et al., 2002) pode ajudar os profissionais a fazer diagnósticos precisos. Além disso, medidas de autoavaliação (p. ex., o Inventário Beck de Ansiedade [BAI; Beck et al., 1988], a Escala de Medo de Avaliação Negativa [Watson e Friend, 1969] e o Inventário de Ansiedade Estado-Traço [Spielberger et al., 1983]) e escalas de avaliação clínica (p. ex., a Escala Yale-Brown Obsessivo-Compulsiva [Y-BOCS; Goodman et al., 1989]) podem ser usadas para medir a gravidade dos sintomas de ansiedade.

O registro de pensamentos descrito no Capítulo 4 pode ser uma ferramenta útil para avaliar situações provocadoras de ansiedade, pois proporciona uma estrutura para o relato de eventos desencadeadores, assim como de pensamentos automáticos associados a tais eventos. A identificação de lugares, situações e pessoas que evocam ansiedade ajudará na preparação de intervenções de exposição. A identificação de erros cognitivos pode dar dicas ao terapeuta de possíveis intervenções de reestruturação cognitiva. Uma outra estratégia útil é pedir aos pacientes que tomem nota de coisas que acham que causam ansiedade e classifiquem a intensidade da reação em uma escala de 0 a 100, sendo 100 o grau de emoção mais extrema. Classificações desse tipo podem ser usadas para avaliações basais e para medir o progresso no alcance das metas de tratamento.

A avaliação do componente comportamental da resposta de ansiedade deve ir além da identificação de reações de evitação e incluir uma análise mais detalhada das ações do paciente para enfrentar a ansiedade. Por exemplo, podem haver estratégias saudáveis de enfrentamento que estão sendo usadas (p. ex., solução de problemas, emprego de senso de humor, meditação) e que poderiam ser fortalecidas ou receber mais ênfase. Contudo, pacientes com transtornos de ansiedade freqüentemente desenvolvem *comportamentos de segurança* – ações que podem carecer de franca evitação, mas que mesmo assim perpetuam a reação de ansiedade. Para ilustrar, uma pessoa com fobia social pode ser capaz de se forçar a ir a festas ocasionais, mas enfrenta a ansiedade recorrendo imediatamente ao bufê e ingere mais comida do que normalmente comeria, fica ao lado da esposa para que ela assuma a conversa e vai ao banheiro com mais freqüência que a necessária para fugir da multidão. Embora esteja participando da festa, esta pessoa está assumindo comportamentos de segurança que fazem parte de seu padrão de evitação. Para ser bem-sucedido na superação de problemas, tais como a ansiedade social deste paciente, o terapeuta precisará obter um quadro global das estratégias de enfrentamento, tanto adaptativas como desadaptativas, elaborar intervenções que ajudem o paciente a identificar todos os comportamentos evitativos e ensiná-lo a se expor totalmente para enfrentar e manejar a situação temida.

Um tipo especialmente importante de comportamento de segurança ocorre quando um paciente envolve um familiar ou amigo para ajudá-lo a lidar com as situações. Às vezes, o apoio da família pode ser bastante útil para superar a ansiedade, mas há o risco de que as tentativas de outras pessoas em ajudar possam, inadvertidamente, recompensar ou reforçar o comportamento evitativo e, assim, perpetuar os sintomas de ansiedade. Por exemplo, quando os ataques de pânico de Gina deixaram-na com medo de dirigir o carro ou enfrentar multidões, seu noivo ajudou, levando-a de carro para o trabalho. Além disso, seus amigos iam com ela ao refeitório ou traziam o almoço para ela (ver vídeo 1 e a formulação no Capítulo 3). Quando uma conseqüência positiva se segue a um comportamento, é provável que o comportamento ocorra novamente. Esse fenômeno é chamado de *reforço positivo*. Embora os esforços feitos pelo noivo e pelos amigos de Gina para ajudar não tivessem a intenção de servir de recompensas, tais esforços, entretanto, proporcionaram reforços positivos e podem ter de-

sempenhado o papel de manutenção de seus sintomas de pânico.

Ao planejar intervenções para sintomas de ansiedade é preciso levar em consideração as contingências ambientais. Se não for considerada toda a gama de reforçadores da ansiedade, seu trabalho em ajudar o paciente a conseguir ficar mais livre do medo pode facilmente ser frustrado por comportamentos sutis de segurança que lhe escapam ou por um membro bem-intencionado da família que reforça a evitação como uma estratégia de enfrentamento.

Passo 2: Identificação de alvos para intervenção

Não é raro que um indivíduo tenha múltiplas manifestações de ansiedade. Gina, a paciente das vinhetas em vídeo, tinha medo de dirigir, de estar em elevadores ou no meio da multidão, de ser avaliada socialmente e de ter mais ataques de pânico. Como demonstrado nos vídeos 1 e 2, o que freqüentemente funciona melhor é começar trabalhando um sintoma ou meta que seja mais facilmente realizável, de modo que o paciente possa construir confiança ao obter sucesso logo de início. Além disso, o que foi aprendido com as experiências no manejo de uma situação temida freqüentemente pode ser generalizado para usar estratégias eficazes de enfrentamento para outras ansiedades.

Quando o Dr. Wright pediu a Gina para priorizar seus alvos para superar a ansiedade, ela decidiu adiar seu maior medo, o de dirigir, até que pudesse fazer algum progresso na redução da ansiedade em relação a ir ao refeitório onde ela trabalhava. Seu medo de comer em um refeitório cheio se originava de uma noção irracional de que ela se humilharia deixando a bandeja cair, quebrando os pratos e fazendo com que as pessoas olhassem para ela e rissem. Embora o problema de ir ao refeitório fosse modesto em comparação com sua ansiedade em relação a dirigir, foi uma boa oportunidade para aprender os métodos básicos da TCC e obter uma percepção de realização ao utilizá-los.

Às vezes, os pacientes preferem começar atacando seu problema mais desafiador por este ser vitalmente importante para eles ou porque as pressões do meio estão exercendo alguma pressão (p. ex., ansiedade em relação a uma entrevista de emprego quando o paciente está desempregado e quase sem dinheiro). Se, em seu julgamento, o paciente precisará de mais alguma experiência antes de conseguir abordar de maneira eficaz a situação, você pode dividir o problema global em partes menores. De uma maneira semelhante à abordagem do planejamento de tarefas graduais descrita no Capítulo 6, estabeleça como objetivo uma determinada parte do problema para atenção imediata. Seja começando por atacar a situação mais difícil ou por facilitar o caminho para a terapia de exposição de uma maneira gradual, o treinamento das habilidades básicas descrito a seguir poderá dar aos pacientes ferramentas para superar sua ansiedade.

Passo 3: Treinamento de habilidades básicas

Várias habilidades básicas da TCC podem ajudar os pacientes com transtornos de ansiedade a se envolverem com sucesso em intervenções baseadas na exposição. Detalhamos a seguir cinco desses métodos: treinamento de relaxamento, parada de pensamentos, distração, descatastrofização e retreinamento da respiração.

Treinamento de relaxamento

O objetivo do treinamento de relaxamento é ajudar os pacientes a aprenderem a atingir uma resposta de relaxamento – um estado de calma mental e física. O relaxamento muscular é um dos principais mecanismos para atingir a resposta de relaxamento. Ensina-se aos pacientes a liberar sistematicamente a tensão em grupos musculares por todo o corpo. À medida que a tensão muscular diminui, o sentimento subjetivo de ansiedade normalmente

se reduz. Um método comum para ensinar aos pacientes o relaxamento profundo dos músculos é seguir os passos descritos na Tabela 7.1. Alguns terapeutas também acham útil ler as instruções de indução de relaxamento a seus pacientes ou pedir que ouçam uma fita de áudio com essas instruções. Basco (no prelo) apresenta um exemplo de um roteiro para a leitura das instruções de relaxamento para os pacientes.

- **Exercício 7.1**:
  Treinamento de relaxamento

  1. Teste as instruções de relaxamento descritas na Tabela 7.1 em você mesmo. Procure atingir um estado de relaxamento muscular profundo.
  2. Em seguida, pratique o procedimento de indução de relaxamento com um ou mais de seus pacientes com sintomas de ansiedade.

TABELA 7.1 • Um método para treinamento de relaxamento

1. *Explique a linha de raciocínio do treinamento de relaxamento.* Antes de começar a indução do relaxamento, dê ao paciente uma visão geral das razões para usar o treinamento de relaxamento. Também explique rapidamente o método geral.
2. *Ensine os pacientes a classificarem a tensão muscular e a ansiedade.* Use uma escala de 0 a 100, na qual 0 equivale a nenhuma tensão ou ansiedade e 100 representa tensão ou ansiedade máxima.
3. *Explore a amplitude da tensão muscular.* Como o foco do treinamento de relaxamento está primordialmente na redução da tensão muscular, em geral é útil pedir ao paciente que tente apertar o punho ao nível máximo (100) e depois soltá-lo completamente relaxado até uma classificação de 0 ou ao nível mais baixo de tensão que conseguir. Em seguida, pode-se pedir ao paciente para tentar apertar uma mão ao nível máximo, ao mesmo tempo relaxando a outra mão o máximo possível. Esse exercício normalmente mostra ao paciente que ele pode ganhar controle voluntário sobre seu estado de tensão muscular.
4. *Ensine ao paciente métodos para reduzir a tensão muscular.* Começando pelas mãos, procure ajudar o paciente a alcançar um estado de relaxamento total (classificado como 0 ou perto de 0). Os principais métodos utilizados na terapia cognitivo-comportamental são:
   a) exercer controle consciente sobre os grupos musculares por meio do monitoramento da tensão e dizendo a si mesmo para relaxar os músculos;
   b) alongar os grupos musculares visados até sua amplitude total de movimento;
   c) fazer uma automassagem delicadamente para abrandar e relaxar os músculos rígidos;
   d) usar imagens mentais tranqüilizadoras.
5. *Ajude o paciente a relaxar sistematicamente cada um dos grupos musculares do corpo.* Depois que o paciente atingir um estado de relaxamento profundo das mãos, peça-lhe que permita que o relaxamento se espalhe por todo o corpo, um grupo muscular de cada vez. Uma seqüência comumente usada é mãos, antebraços, braços, ombros, pescoço, cabeça, olhos, rosto, peito, costas, abdome, quadris, coxas, pernas, pés e dedos dos pés. No entanto, pode-se escolher qualquer seqüência que você e o paciente acreditem funcionar melhor para ele. Durante essa fase da indução, todos os métodos do passo 4 que provaram ser úteis podem ser repetidos. Em geral, descobrimos que alongar permite que o paciente encontre grupos musculares especialmente tensos que podem exigir maior atenção.
6. *Sugira imagens mentais que possam ajudar no relaxamento.* As imagens mentais que você sugerir (ou que forem evocadas pelo paciente) podem desviar a atenção de pensamentos de preocupação e ajudá-lo a se concentrar em alcançar uma resposta de relaxamento. Por exemplo, a indução recomendada por Basco (2007) contém instruções como: a) "imagine os músculos de seus ombros sendo torcidos como um pano de prato molhado. Solte seus ombros como se estivesse destorcendo e sacudindo o pano de prato"; e b) "deixe suas tensões derreterem e escorrerem por seus dedos, caindo no chão como gelo derretendo lentamente". Use um tom de voz calmo, suave e genuíno ao sugerir essas imagens.
7. *Peça ao paciente para praticar a método de indução de relaxamento regularmente.* Em geral, leva um bom tempo de prática até que os pacientes possam dominar a técnica de relaxamento profundo. Portanto, é útil sugerir que os pacientes realizem os exercícios de relaxamento como tarefa de casa. Quando o relaxamento faz parte do plano de tratamento para transtornos de ansiedade, é importante conferir o progresso do paciente na aplicação dessa técnica em sessões posteriores.

Parada de pensamentos

Como já observado (ver "Rompendo a conexão estímulo-resposta", neste capítulo), a parada de pensamentos é diferente de intervenções mais cognitivas, no sentido de que não envolve uma análise dos pensamentos negativos. Seu objetivo é interromper o processo de pensar negativamente e substituir por pensamentos mais positivos ou adaptativos. A parada de pensamentos pode ser útil para alguns pacientes com transtornos de ansiedade como fobias e transtornos do pânico. No entanto, estudos de pacientes com TOC mostraram uma intensificação de obsessões quando o paciente faz um esforço consciente para suprimi-las (Abramowitz et al., 2003; Purdon, 2004; Rassin e Diepstraten, 2003; Tolin et al., 2002). Portanto, se a parada de pensamentos não for útil para ajudar o paciente a reduzir os pensamentos de preocupação, tente outra técnica. Os procedimentos para a parada de pensamentos são os seguintes:

1. *Reconheça* que está ativo um processo de pensamento disfuncional.
2. *Dê um autocomando para interromper o pensamento* – por exemplo, diga a si mesmo, em um tom de comando: "Pare!" ou "Deixe de pensar assim!". O comando pode ser um pensamento interno ou ser falado em voz alta.
3. *Evoque uma imagem visual* para reforçar o comando, como um sinal de "pare", um semáforo vermelho ou a mão de um guarda de trânsito.
4. *Mude a imagem* de um sinal de "pare" para uma cena agradável ou relaxante. A imagem deve ser algo criado em sua mente, como a lembrança de umas férias, o rosto de uma pessoa agradável ou uma fotografia ou quadro que tenha visto. A imagem positiva pode ser ampliada pelo relaxamento muscular profundo e pelo embelezamento da imagem com detalhes como a hora do dia, as condições do tempo e sons associados à imagem.

Cada passo deve ser ensaiado na sessão, pedindo-se ao paciente para primeiro gerar pensamentos de preocupação e depois implementar as estratégias de parada de pensamentos. Peça para o paciente comentar sua experiência e, então, faça qualquer ajuste necessário aos procedimentos. Por exemplo, se tiver sido difícil criar ou sustentar a imagem positiva, escolha uma outra cena ou modifique a imagem para torná-la mais vívida. Teste a modificação do plano ainda na sessão, antes de prescrever como tarefa de casa.

Distração

A técnica de geração de imagens mentais, descrita na seção anterior "Parada de pensamentos", é um método de distração da TCC comumente utilizado. A geração de imagens mentais também pode ser aplicada para incrementar outras intervenções comportamentais, inclusive o retreinamento da respiração (ver vídeo 14). Ao utilizar imagens mentais, procure ajudar o paciente a gerar várias cenas positivas e calmantes que ele possa usar para relaxar e, pelo menos temporariamente, atenuar a intensidade dos pensamentos guiados pela ansiedade. Existe um leque de outras possibilidades para ajudar os pacientes a usar a distração para diminuir o impacto de pensamentos intrusivos ou de preocupação. As distrações comumente usadas são ler, ir ao cinema, envolver-se com um *hobby* ou um trabalho manual, socializar-se com amigos ou entrar na internet. Quando é empregada a distração, o terapeuta precisa ser cuidadoso e monitorar as atividades de modo que não sejam usadas para evitar as situações temidas ou para escapar de métodos baseados na exposição, descritos mais adiante, neste capítulo. O uso eficaz da distração deve facilitar a participação na exposição e em outras intervenções comportamentais ao reduzir a freqüência ou intensidade de pensamentos automáticos e baixar a tensão física e a angústia. Alguns estudos sugeriram que a distração pode ser mais útil do que a parada de pensamentos para reduzir os pensamentos obsessi-

vos no TOC (Abramowitz et al., 2003; Rassin e Diepstraten, 2003).

Descatastrofização

Os princípios gerais para o uso de métodos de descatastrofização são explicados no Capítulo 5 e estão ilustrados no vídeo 2. Essa vinheta mostra o Dr. Wright trabalhando com Gina para revisar seus pensamentos automáticos sobre os desastres que a paciente prevê que acontecerão, se ela enfrentar a multidão no refeitório. Se as técnicas usadas nesse exemplo não estiverem frescas em sua memória, pode ser útil rever o vídeo 2 para aprender os métodos de reestruturação cognitiva para pessoas com transtornos de ansiedade. Além disso, assistir o vídeo 2 pode trazer informações básicas úteis para entender os métodos demonstrados nos outros vídeos que acompanham este capítulo. Aqui estão alguns procedimentos que podem ser usados para ajudar os pacientes a reduzirem suas previsões catastróficas:

1. *Faça uma estimativa da probabilidade* de ocorrer um resultado catastrófico, pedindo aos pacientes para classificarem sua crença em uma escala de 0% (totalmente improvável) a 100% (certeza absoluta). Anote as respostas para avaliações futuras dos resultados.
2. *Avalie as evidências* a favor e contra a probabilidade de acontecer um evento catastrófico. Monitore a ocorrência de erros cognitivos dos pacienets e utilize o questionamento socrático para ajudá-los a discriminarem entre temores e fatos.
3. *Revise a lista de evidências* e peça aos pacientes para refazerem as estimativas da probabilidade de ocorrer uma catástrofe. Normalmente, deve haver uma queda do valor original no passo 1. Se a estimativa de probabilidade aumentar (e a preocupação se tornar mais crível), indague sobre as evidências, no passo 2, que fizeram com que o resultado temido parecesse mais provável. Aplique os métodos de reestruturação cognitiva do Capítulo 5, "Trabalhando com pensamentos automáticos", se necessário.
4. *Avalie a percepção do controle*, pedindo aos pacientes para classificarem até que ponto acreditam ter controle sobre a ocorrência ou o resultado do evento. Utilize uma escala de 0% (sem controle) e 100% (controle total). Anote esse valor para revisão futura.
5. *Crie um plano de ação*, fazendo um *brainstorm* das estratégias para redução da probabilidade de que a catástrofe ocorra. Peça ao paciente para colocar no papel as ações que poderia realizar para melhorar ou evitar o resultado temido.
6. *Desenvolva um plano para enfrentar* a catástrofe, caso esta ocorra.
7. *Reavalie* a percepção da probabilidade do resultado catastrófico, bem como o grau de percepção do controle sobre o resultado final. Compare essa avaliação com as avaliações originais e discuta quaisquer diferenças.
8. *Faça uma análise*, perguntando ao paciente como foi falar sobre seus pensamentos catastróficos dessa maneira. Reforce o valor da descatastrofização como parte do plano de tratamento.

Retreinamento da respiração

O retreinamento da respiração geralmente é utilizado no tratamento do transtorno de pânico, pois a hiperventilação é um sintoma freqüente dos ataques de pânico. A estratégia mais freqüentemente usada para o retreinamento da respiração para ataques de pânico começa por pedir ao paciente para aumentar o ritmo da respiração, antes de reduzi-lo. O paciente pode ser instruído a respirar rapida e profundamente por um curto espaço de tempo (máximo de um minuto e meio) para reproduzir a respiração na vivência de um ataque de pânico. O próximo passo é pedir ao paciente para tentar respirar lentamente até recobrar o controle normal sobre sua respiração.

A maioria dos pacientes com transtorno do pânico relata que esse exercício se aproxima muito do sentimento de um ataque de pânico. Assim, é útil amenizar os temores catastróficos em relação a resultados possíveis, explicando o que acontece fisiologicamente quando uma pessoa hiperventila.

Os terapeutas podem ajudar os pacientes a aprenderem a controlar sua respiração por meio do ensino de métodos para desacelerar a respiração, como contar as inalações e exalações, usar o ponteiro de um relógio para cronometrar as respirações e evocar imagens mentais positivas para abrandar pensamentos ansiosos. O vídeo 14 mostra o Dr. Wright simulando a hiperventilação que geralmente ocorre em ataques de pânico e pedindo a Gina para que faça o mesmo. Em seguida, eles trabalham para normalizar os padrões de respiração e utilizam a geração de imagens mentais positivas para intensificar os efeitos do controle da freqüência respiratória.



- **Vídeo 14**: Retreinamento da respiração Dr. Wright e Gina

Uma vez dominados na sessão, os exercícios de retreinamento da respiração são recomendados para serem praticados como tarefa de casa. Eles devem ser ensaiados diariamente até que se ganhe confiança no uso da técnica. Os pacientes também devem ser instruídos a tentar utilizar esse método em situações que provocam ansiedade, com a advertência de que sua expectativa de controle da ansiedade deve ser moderada até que a habilidade tenha se desenvolvido completamente.

- **Exercício 7.2**: Retreinamento da respiração

1. Após assistir o vídeo 14, pratique o retreinamento da respiração fazendo um *role-play* com um colega.
2. Ensaie respirar exageradamente e, depois, desacelerar a freqüência respiratória para cerca de 15 inalações e exalações por minuto.
3. Pratique o uso de geração de imagens mentais para reduzir a ansiedade e facilitar o retreinamento da respiração.

Passo 4: Exposição

A exposição a estímulos provocadores de ansiedade é o passo final do rompimento da conexão entre estímulo e resposta nos transtornos de ansiedade. Para combater o ciclo de reforço causado pela evitação, o paciente é auxiliado a confrontar situações estressantes enquanto aplica os métodos de reestruturação cognitiva e de relaxamento descritos em "Passo 3: treinamento de habilidades básicas". Embora alguns sintomas de ansiedade, como fobias simples, possam ser tratados em uma única sessão com terapia de *inundação* (i.e., o paciente é encorajado a enfrentar diretamente o estímulo temido enquanto o terapeuta modela o enfrentamento da situação), a maioria das terapias de exposição utiliza o método de *dessensibilização sistemática*. Esse procedimento envolve o desenvolvimento de uma hierarquia de estímulos temidos que é, então, usada para organizar o protocolo de exposição gradual para superar a ansiedade em um passo de cada vez. O restante deste capítulo é dedicado ao detalhamento dos métodos específicos da terapia de exposição e técnicas relacionadas.

DESENVOLVENDO UMA HIERARQUIA PARA A EXPOSIÇÃO GRADUAL

O sucesso da dessensibilização sistemática, ou exposição gradual, geralmente depende da qualidade da hierarquia que é desenvolvida para esse procedimento. A Tabela 7.2 traz algumas sugestões para desenvolver hierarquias adequadas.

O vídeo 15 mostra o Dr. Wright construindo uma hierarquia para Gina mudar seu padrão de evitação do refeitório no trabalho.

TABELA 7.2 • Dicas para desenvolver hierarquias para a exposição gradual

1. *Seja específico.* Ajude o paciente a colocar no papel descrições claras e definitivas dos estímulos para cada etapa na hierarquia. Exemplos de etapas excessivamente generalizadas ou maldefinidas são: "aprender a dirigir novamente", "parar de ter medo de ir a festas" e "sentir-me confortável em meio à multidão". Exemplos de etapas específicas bem-delineadas são: "dirigir por dois quarteirões até a loja da esquina pelo menos três vezes por semana", "ficar 20 minutos na festa do bairro antes de ir embora" e "ir ao *shopping center* por 10 minutos em um domingo de manhã, quando ainda tem pouca gente lá". Etapas específicas ajudarão você e o paciente a tomarem boas decisões em relação a progressão na hierarquia.
2. *Classifique as etapas por grau de dificuldade ou quantidade de ansiedade esperada.* Utilize uma escala de 0 a 100, na qual 100 represente a maior dificuldade ou ansiedade. Essas classificações servirão para selecionar as etapas em cada sessão e medir a progressão na hierarquia. O efeito habitual da progressão na hierarquia é ter reduções significativas nas classificações para o grau de dificuldade ou ansiedade à medida que se domina cada etapa.
3. *Desenvolva uma hierarquia que tenha múltiplas etapas de graus variados de dificuldade.* Oriente o paciente na listagem de diversas etapas diferentes (normalmente de oito a 12) que variem em grau de dificuldade desde muito baixo (5 a 20 pontos) até muito alto (80 a 100 pontos). Procure fazer uma lista com etapas que abranjam todos os níveis de dificuldade. Se o paciente fizer uma lista somente com etapas de grau alto de dificuldade ou não conseguir pensar em nenhuma etapa de grau intermediário, será preciso auxiliá-lo no desenvolvimento de uma lista mais gradual e abrangente.
4. *Escolha etapas de maneira colaborativa.* Como em qualquer outra tarefa da terapia cognitivo-comportamental, trabalhe junto com o paciente como uma equipe, para selecionar a ordem das etapas para a terapia de exposição graduada.

Ela estava passando por altos graus de ansiedade e ataques de pânico associados a seu medo de estar rodeada por outras pessoas e se constranger. Durante a sessão, o Dr. Wright e Gina começaram a desenvolver a hierarquia gerando sete itens e observando se seu grau de ansiedade era influenciado por fatores como horário do dia que ia ao refeitório, o número de pessoas que encontrava lá, o tipo de pratos com que se servia (i.e., de papel ou de porcelana) e se uma amiga a acompanhava ou não. Depois de listarem e classificarem os sete itens pelo grau de ansiedade, o Dr. Wright pediu a Gina para completar toda uma hierarquia com 10 a 12 itens como tarefa de casa.



• **Vídeo 15**: Terapia de exposição – construindo uma hierarquia
Dr. Wright e Gina

Ao assistir o vídeo, você também observará que o Dr. Wright perguntou a Gina se ela podia prever uma atividade de exposição que estivesse "acima de todas" – uma atividade que causaria tanta ansiedade que uma classificação de 100 na hierarquia atual seria baixa para descrever a intensidade da experiência. Depois de pensar por um momento, Gina respondeu que deixar a bandeja cair de propósito provocaria tanta ansiedade que ela precisaria classificá-la com aproximadamente 125 em uma escala de 0 a 100. O Dr. Wright sugerira anteriormente que ela poderia considerar confrontar seu maior medo a fim de melhorar o controle de sua ansiedade (ver vídeo 2). A estratégia de pedir aos pacientes para gerarem idéias para atividades que justificariam as classificações de ansiedade acima do máximo pode ter vários benefícios:

1. as classificações para outros itens na hierarquia podem ser corrigidas para baixo, parecendo assim mais manejáveis;
2. a identificação de atividades que provocam medo extremo pode estimular o paciente a pensar em outros itens para a hierarquia que provoquem menos ansiedade;

3. os itens acima do máximo podem acabar sendo adicionados à lista de atividades de exposição e, assim, auxiliarem o paciente a confrontar totalmente os estímulos temidos.

EXPOSIÇÃO NO IMAGINÁRIO

Há dois tipos de exposição, exposição *no imaginário* e *in vivo*. Quando é utilizada a geração de imagens mentais para a exposição gradual, o terapeuta pede ao paciente para tentar entrar na cena e imaginar como ele poderia reagir. São usados gatilhos para ajudar o paciente a vivenciar os estímulos relacionados à ansiedade da maneira mais vívida possível. A técnica de exposição a imagens mentais foi aplicada em uma sessão de terapia para ajudar Donald, um homem que desenvolvera transtorno de estresse pós-traumático após um acidente de carro.

CASO CLÍNICO

Donald apresentava ansiedade extrema associada a uma evitação total de dirigir. O terapeuta trabalhara com Donald para desenvolver toda uma hierarquia para que ele voltasse a dirigir normalmente, mas Donald relatou que ainda não estava preparado para colocar em prática a hierarquia em situações da vida real.

As primeiras quatro etapas na hierarquia e suas classificações de ansiedade eram:

1. ligar o carro, sair da garagem, dirigir até a rua e depois voltar para a garagem (10);
2. dirigir em volta do quarteirão de manhã cedo, quando ainda não há muito trânsito (20);
3. dirigir por seis quarteirões até o posto de gasolina e voltar para casa (35);
4. dirigir cerca de 12 quarteirões, passando por dois semáforos, até a mercearia e voltar para casa (40).

Parte do diálogo realizado durante a exposição no imaginário de Donald é mostrado abaixo.

Terapeuta: Qual etapa você gostaria de ensaiar aqui na sessão de tratamento?

Donald: Vamos tentar aquela de dirigir até o posto de gasolina.

Terapeuta: Tudo bem. Tente se imaginar entrando no carro e saindo da garagem. O que você está vendo, como está se sentindo, o que está pensando?

Donald: Estou segurando a direção com tanta força que meus dedos estão ficando brancos. Estou pensando que não consigo lidar com isso... vou pirar... vou perder o controle... ou alguém vai virar a esquina a toda velocidade e bater em mim.

Terapeuta: Agora, tente verificar as previsões. Até que ponto elas estão corretas?

Donald: Há poucas chances de algo assim acontecer. Só estou abalado por causa do acidente.

Terapeuta: O que você pode fazer para se acalmar e continuar a caminho do posto de gasolina?

Donald: Respirar fundo, dizer a mim mesmo para parar de ter pensamentos assustadores, lembrar a mim mesmo que sei dirigir e que as chances de acontecer outro acidente são poucas.

Terapeuta: Você consegue continuar dirigindo? Você consegue chegar à rua?

Donald: Sim, eu quero fazer isso.

O terapeuta continuou a ajudar Donald a utilizar as imagens mentais para continuar a viagem até o posto de gasolina e também a se expor ao medo associado à próxima etapa – dirigir até a mercearia. Por fim, Donald foi capaz de usar a exposição *in vivo* e concluir sua recuperação do transtorno de estresse pós-traumático desencadeado por um acidente de carro traumático.

A exposição no imaginário pode ser especialmente útil no tratamento do transtorno de estresse pós-traumático, no qual pensamentos sobre o trauma são evitados, retendo assim seu valor provocador de ansiedade. A geração de imagens mentais também pode ser benéfica na terapia de exposição para TOC. Pode-se evocar pensamentos obsessivos na sessão e depois acalmá-los utilizando relaxamento e distração. Além disso, pode-se trabalhar com a exposição e prevenção de resposta

para compulsões primeiramente com imagens mentais, de modo a ajudar o paciente a adquirir habilidades e confiança na capacidade de abandonar esses comportamentos. Também se pode considerar o uso da exposição no imaginário quando situações desencadeantes forem difíceis de se reproduzir (p. ex., fobias simples como medo de sangue ou medo de objetos que raramente podem ser encontrados).

Alguns dos pontos importantes a se ter em mente ao utilizar a exposição no imaginário são os seguintes:

1. formular gatilhos ambientais para criar imagens vívidas dos estímulos temidos;
2. utilizar reestruturação cognitiva, relaxamento, parada de pensamentos ou outros métodos da TCC para diminuir a ansiedade e dissipar a imagem negativa;
3. apresentar as imagens de maneira hierárquica, pedindo ao paciente para assumir a liderança na escolha dos alvos específicos;
4. orientar o paciente nos modos de lidar com a ansiedade;
5. repetir a exposição no imaginário até que a ansiedade tenha se extinguido.

Como a terapia de exposição pode ser mais eficaz se o paciente puder confrontar os estímulos temidos em situações reais, também é aconselhável tentar fazer com que o paciente se engaje subseqüentemente na exposição *in vivo* sempre que possível. O tratamento da ansiedade de Donald envolveu a utilização de exposição no imaginário como método para se preparar para a exposição a experiências reais de dirigir. Outros exemplos de aplicação de imagens mentais para ajudar os pacientes a fazer a transição para a exposição *in vivo* incluem o trabalho com o medo de viajar de avião (p. ex., conduzir exercícios de imagens mentais no consultório, seguidos de viagens de avião reais) e agorafobia (p. ex., praticar etapas para ir a um *shopping center* com imagens mentais e depois implementar a hierarquia *in vivo*).

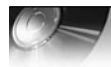
EXPOSIÇÃO *IN VIVO*

A exposição *in vivo* consiste na confrontação com o estímulo que suscita medo no paciente. Dependendo dos recursos de seu local de trabalho, é possível conduzi-la durante a sessão. Pode-se recriar o medo de altura, de elevador e de algumas situações sociais e o terapeuta pode acompanhar o paciente à medida que ele se envolve nas experiências de exposição. A presença do terapeuta durante a exposição *in vivo* tem vantagens e desvantagens. Os aspectos positivos dessa abordagem incluem a oportunidade de o terapeuta:

1. modelar técnicas eficazes de controle da ansiedade;
2. encorajar o paciente a confrontar seus medos;
3. fornecer psicoeducação de maneira oportuna;
4. modificar cognições catastróficas;
5. dar *feedback* construtivo.

No entanto, o acompanhamento pelo terapeuta pode fazer com que uma situação ameaçadora pareça segura, assim como a presença de um amigo ou parente pode reduzir os níveis de ansiedade. Portanto, deve-se tomar cuidado para que as ações do terapeuta não estimulem o padrão de evitação. Para concluir o processo de exposição, normalmente será necessário trabalhar mais fora das sessões, quando o paciente está desacompanhado.

O vídeo 16 mostra o Dr. Wright ajudando Gina a realizar a exposição *in vivo* para seu medo de andar de elevador. Ele aproveita essa oportunidade para modelar para ela maneiras de lidar com a situação e faz a reestruturação cognitiva no local para auxiliar no processo de exposição.



- **Vídeo 16**: Terapia de exposição *in vivo* Dr. Wright e Gina

A maioria das aplicações da exposição *in vivo* é realizada como tarefa de casa, sem a presença do terapeuta. Para implementar esse tipo de exposição *in vivo* de maneira eficaz, é preciso envolver o paciente em um processo de exposição hierárquica, começando pela exposição a estímulos classificados com graus baixos de dificuldade ou ansiedade e progredir até a situação mais ameaçadora. O paciente deve avaliar seu grau de ansiedade antes e depois do exercício de exposição e manter um registro da quantidade de redução de ansiedade alcançada. Cada experimento subseqüente deve ter como objetivo reduzir um pouco mais a ansiedade, até que a situação não evoque mais o medo. Para agregar valor a essa intervenção, peça ao paciente para fazer uma previsão do grau de ameaça que a exposição terá e até que ponto ele acha que conseguirá lidar bem com ela. Estruture a exposição como um experimento para testar essas previsões.

Após prescrever a exposição *in vivo* como tarefa de casa, será preciso revisar a tarefa com o paciente na próxima sessão. Peça-lhe para comparar suas previsões com o resultado real. Se a situação tiver sido menos ameaçadora e melhor controlada do que o previsto, pergunte-lhe o que acha que isso significa em relação a esforços futuros para enfrentar sua ansiedade. Se o paciente achar que a situação foi mais difícil do que o previsto ou que lidou com ela pior do que esperava, torne a próxima etapa mais fácil de realizar ou revise os métodos utilizados para controlar o medo. Se o mais difícil foi aplicar as estratégias de enfrentamento, pratique-as na sessão. Se obstáculos imprevistos tornaram a situação mais complexa, procure ajudar o paciente a encontrar uma maneira de superar esses problemas.

PREVENÇÃO DE RESPOSTA

Prevenção de resposta é um termo geral para métodos utilizados para ajudar os pacientes a interromper comportamentos que estejam perpetuando seu transtorno. Na TCC para transtornos de ansiedade, a exposição e a prevenção de resposta são normalmente aplicadas juntas. Os pacientes são encorajados a se exporem às situações temidas, ao mesmo tempo concordando em *não* utilizar sua resposta habitual de evitação. Por exemplo, as intervenções de prevenção de resposta no tratamento de TOC podem ser tão simples quanto sair do ambiente onde um ritual compulsivo ocorre (p. ex., se afastar da pia depois de lavar as mãos uma vez) ou aceitar participar em um comportamento alternativo. Para comportamentos de checagem, a pessoa pode concordar em sair de casa depois da primeira checagem e não voltar durante um período específico, apesar de sentir a premência de fazê-lo. Os métodos de prevenção de resposta geralmente funcionam melhor se forem determinados de maneira colaborativa, em vez de ser uma prescrição do terapeuta. Paciente e terapeuta decidem juntos sobre os objetivos específicos para a prevenção de resposta e, então, o paciente se engaja para seguir o plano.

RECOMPENSAS

O reforço positivo aumenta as chances de que o comportamento recompensado ocorra novamente. Portanto, ao desenvolver o trabalho de exposição, pode ser útil considerar o papel do reforço positivo ao incentivar comportamentos adaptativos, como se aproximar de situações temidas. Parentes e amigos podem elogiar o paciente e dar recompensas ou incentivos pela realização dos objetivos da exposição. Por exemplo, eles podem levar o paciente para jantar fora para comemorar a conquista de um importante marco no processo de exposição. Os pacientes também podem recompensar a si mesmos por suas realizações no combate ao medo. As recompensas podem ser qualquer coisa que os pacientes achem prazeroso ou positivo. O tamanho da recompensa deve estar de acordo com o tamanho da realização.

Recompensas menores, como comidas (p. ex., tomar o sorvete preferido), podem ser empregadas para etapas iniciais ou intermediárias de enfrentar o medo. Recompensas maiores (p. ex., comprar algo especial, fazer uma viagem) podem ser planejadas por vencer obstáculos mais difíceis.

DANDO O RITMO DA TERAPIA DE EXPOSIÇÃO

Pesquisas sobre a TCC para transtornos do pânico, fobia social e TOC têm demonstrado reduções substanciais nos sintomas com protocolos de tratamento relativamente breves (i.e., 12 a 16 sessões; Barlow et al., 2000; Clark, 1997; Foa et al., 2005). Mas o número de sessões necessárias para o tratamento eficaz pode variar desde uma única visita para fobias simples até protocolos mais extensos para pessoas com TOC refratário (Öst et al., 2001; Salkovskis, 2000). Ao tomar decisões sobre o ritmo da terapia de exposição, leve em conta o diagnóstico, a presença ou ausência de condições comórbidas (p. ex., outros transtornos de ansiedade, depressão, abuso de substâncias, transtornos da personalidade), os pontos fortes do paciente, como inteligência e resiliência, a motivação e prontidão do paciente para a mudança e as respostas do paciente ao iniciar o trabalho de exposição.

Alguns pacientes assimilam rapidamente o conceito da exposição e se forçam a empreender os desafios. Gina, por exemplo, foi rapidamente capaz de se envolver de forma produtiva no paradigma de exposição. Se estiverem respondendo favoravelmente às primeiras etapas da exposição, os pacientes podem ser incentivados a seguir mais adiante. Contudo, outros pacientes podem ter problemas de ansiedade mais arraigados e mais difíceis de tratar (p. ex., medo de contaminação ou colecionismo no TOC) que retardarão o progresso na hierarquia de exposição. Ao implementar protocolos de exposição, os terapeutas precisam determinar o andamento das intervenções a um ritmo que não force os pacientes além de sua capacidade de mudar, mas que os desafie e inspire a romper padrões de evitação e superar seus medos.

- **Exercício 7.3**:
  Terapia de exposição

1. Peça a um colega que faça o papel de um paciente com transtorno de ansiedade ou faça esse exercício com um de seus pacientes.
2. Usando as dicas na Tabela 7.2, coloque no papel uma hierarquia para exposição a uma situação temida específica.
3. Identifique pelo menos oito etapas diferentes, variando em graus de dificuldade desde baixo até alto.
4. Escolha um alvo inicial para a terapia de exposição.
5. Utilize a exposição no imaginário para ajudar a preparar a pessoa para a exposição *in vivo*.
6. Procure identificar problemas em potencial para colocar em prática os planos de exposição e oriente a pessoa nos métodos de superação dessas dificuldades.
7. Continue praticando os métodos de terapia de exposição até que tenha dominado essa técnica comportamental fundamental.

RESUMO

Os métodos cognitivo-comportamentais para transtornos de ansiedade baseiam-se no conceito de que as pessoas com esses transtornos desenvolvem medos irreais de objetos ou situações, respondem aos estímulos temidos com ansiedade excessiva ou ativação psicológica e, então, evitam os estímulos desencadeantes para fugir da reação emocional desagradável.

As intervenções comportamentais descritas neste capítulo são dirigidas principalmente para interromper a evitação. Ensina-se aos pacientes como reduzir a excitação emocional, moderar as cognições disfuncionais que amplificam a ansiedade e se exporem sistematicamente às situações temidas.

É utilizado um processo de quatro etapas como modelo geral para intervenções comportamentais para transtornos de ansiedade:

1. avaliação dos sintomas, dos desencadeadores da ansiedade e dos métodos de enfrentamento;
2. identificação e priorização de alvos para a terapia;
3. treinamento de habilidades básicas para controle da ansiedade;
4. exposição aos estímulos estressores, até que a resposta de medo seja significativamente reduzida ou eliminada.

Esses métodos são praticados primeiro nas sessões de terapia e depois são aplicados como tarefas de casa para extrapolar os ganhos do tratamento para a vida diária do paciente.

REFERÊNCIAS

Abramowitz JS, Whiteside S, Kalsy SA, et al: Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder: a replication and extension. Behav Res Ther 41:529-540, 2003.

Barlow DH, Gorman JM, Shear MK, et al: Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: a randomized controlled trial. JAMA 283:2529-2536, 2000.

Basco MR: The Bipolar Workbook: Tools for Controlling Your Mood Swings. New York, Guilford, 2007.

Beck AT, Epstein N, Brown G, et al: An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. J Consult Clin Psychol 56:893-897, 1988.

Clark DM: Panic disorder and social phobia, in Science and Practice of Cognitive Behaviour Therapy. Edited by Clark DM, Fairbum CG. New York, Oxford University Press, 1997, p. 121-153.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, et al: Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition (SCID-I/P). New York, Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, 2002.

Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, et al: Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 162:151-161, 2005.

Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al: The Yale-Brown Obsessive Com- pulsive Scale, I: development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry 46: 1006-1011, 1989.

Öst LG, AIm T, Brandberg M, et al: One vs five sessions of exposure and five sessions of cognitive therapy in the treatment of claustrophobia. Behav Res Ther 39:167-183, 2001.

Purdon C: Empirical investigations of thought suppression in OCD. J Behav Ther Exp Psychiatry 35: 121-136, 2004.

Rassin E, Diepstraten P: How to suppress obsessive thoughts. Behav Res Ther 41:97-103, 2003.

Salkovskis PM, Richards C, Forrester E: Psychological treatment of refractory obsessive-compulsive disorder and related problems, in Obsessive-Compulsive Disorder: Contemporary Issues in Treatment (Personality and Clinical Psy- chology Series). Edited by Goodman WK, Rudorfer MY. Mahwah, NJ, Lawrence Earlbaum Associates, Inc, 2000, p. 201-221.

Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R, et al: Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA, Consulting Psychologists Press, 1983.

Tolin DF, Abramowitz JS, Przeworski A, et al: Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. Behav Res Ther 40:1255-1274, 2002.

Watson D, Friend R: Measurement of social-evaluative anxiety. J Consult Clin Psvchol 33:448-457, 1969.

8

Modificando esquemas*

Quando ajudamos as pessoas a modificarem esquemas, estamos trabalhando nos alicerces de seu autoconceito e modo de viver no mundo. Esquemas são as crenças nucleares que contêm as regras fundamentais para o processamento de informações. Eles são uma matriz para:

1. selecionar e filtrar informações do meio ambiente;
2. tomar decisões;
3. direcionar os padrões característicos de comportamento.

O desenvolvimento de esquemas é moldado pelas interações com pais, professores, colegas e outras pessoas importantes na vida da pessoa, além de eventos da vida, traumas, sucessos e outras influências evolutivas. A genética também tem um papel na produção de esquemas, contribuindo para o temperamento, o intelecto, as habilidades especiais ou a falta de habilidades (p. ex., habilidade atlética, forma física, atratividade, talento musical, capacidade de resolver problemas) e a vulnerabilidade biológica a doenças tanto mentais quanto físicas.

Várias são as razões pelas quais é importante entender os esquemas subjacentes de seu paciente. Primeiro, uma teoria básica da terapia cognitivo-comportamental (TCC) – a hipótese diátese-estresse – especifica que crenças nucleares desadaptativas, que podem jazer sob a superfície e ter relativamente poucos efeitos negativos durante períodos de normalidade, podem ser ativadas por eventos estressantes e se tornarem fortes controladoras do pensamento e comportamento durante episódios da doença (Clark et al., 1999). Assim, o trabalho de revisar esquemas disfuncionais pode gerar benefícios positivos em duas áreas principais:

1. alívio dos sintomas atuais;
2. melhor resistência a estressores no futuro.

A TCC tem demonstrado ter fortes efeitos na redução do risco de recaída (Evans et al., 1992; Jarret et al., 2001). Embora os mecanismos exatos para a existência dessa característica da TCC não sejam conhecidos, presume-se que a modificação de esquemas esteja envolvida no processo.

Outra razão para focar as intervenções de tratamento nas crenças nucleares é que os pacientes normalmente têm uma mistura de diferentes tipos de esquemas. Mesmo pacientes com os sintomas mais graves têm esquemas adaptativos que podem ajudá-los no enfrentamento. Ainda que os esquemas desadaptativos possam parecer atuar a todo vapor durante um episódio de doença, o trabalho de trazer à tona e fortalecer crenças positivas pode ser bastante produtivo. Portanto, é importante explorar e lapidar os aspectos adaptativos das estruturas cognitivas básicas dos pacientes.

*Os itens mencionados neste capítulo, disponíveis no Apêndice 1, estão também disponíveis para *download* gratuito em formato maior no *site* da American Psychiatric Publishing: http://www.appi.org/pdf/wright, conteúdo em inglês.

A teoria cognitivo-comportamental da personalidade, conforme articulada por Beck e Freeman (1990), especifica que o autoconceito, os tipos de caráter e os padrões habituais de comportamento podem ser melhor entendidos ao se examinar as crenças nucleares. Por exemplo, uma pessoa com traços de personalidade obsessivo-compulsiva pode ter esquemas profundamente arraigados, como "tenho que estar no controle" e "se quiser as coisas feitas direito, faça você mesmo". É provável que essa pessoa tenha um repertório comportamental (p. ex., rigidez, tendência a ser controladora em relação às outras pessoas, dificuldade em delegar autoridade) conforme essas crenças. Uma outra pessoa que tenha um conjunto de esquemas relacionados à dependência (p. ex., "preciso dos outros para sobreviver", "sou um fraco... não consigo me virar sozinho") pode apegar-se aos outros e carecer de assertividade nos relacionamentos interpessoais. Por outro lado, um grupo mais adaptativo de esquemas – como "consigo dar um jeito nas coisas", "sou capaz de lidar com o estresse", "gosto de desafios" – estaria associado com comportamentos adequados para a solução de problemas.

A TCC para transtornos de Eixo I normalmente é direcionada para o alívio de sintomas, e não para a mudança de personalidade. Todavia, a análise das crenças nucleares e estratégias comportamentais compensatórias que contribuem para a formação da personalidade do paciente podem ajudar na construção de uma formulação mais aprofundada e ajudar a elaborar intervenções de tratamento que dêem conta de todas as vulnerabilidades e vigores do paciente. Além disso, alguns pacientes com transtornos de Eixo I podem ter objetivos de tratamento que incluam elementos de crescimento pessoal. Eles podem querer se tornar mais flexíveis, romper padrões de dependência excessiva ou superar problemas de autoestima presentes há muito tempo. Em tais casos, o processo de tratamento pode ser enriquecido pela discussão e revisão de esquemas que podem bloquear o caminho para a realização desses objetivos. No Capítulo 10, delineamos brevemente algumas modificações recomendadas da TCC para o tratamento de transtornos da personalidade. Se tiver interesse em aprender mais sobre a TCC para transtornos de Eixo II, recomendamos os excelentes livros de Beck e Freeman (1990) e de Linehan (1993). Nossa ênfase primordial aqui é ajudá-lo a aprender como identificar esquemas em pacientes com quadros clínicos do Eixo I e como usar a TCC para modificar essas crenças nucleares (Tabela 8.1).

IDENTIFICANDO ESQUEMAS

Utilizando as técnicas de questionamento

A descoberta guiada, a geração de imagens mentais, o *role-play* e outras técnicas de questionamento usadas para os pensamentos automáticos também são utilizadas para revelar esquemas. No entanto, são utilizadas várias técnicas diferentes de questionamento ao trabalhar no nível dos esquemas do processamento cognitivo em comparação com o trabalho com os pensamentos automáticos. Como os esquemas podem não estar prontamente acessíveis ao paciente ou não ser revelados pelo questionamento padrão, deve-se desenvolver uma hipótese sobre quais crenças nucleares podem estar presentes. O terapeuta, então, pode estruturar perguntas que apontem na direção dos supostos esquemas. Esse tipo de descoberta guiada é ilustrada no caso clínico a seguir.

TABELA 8.1 • Métodos para identificar esquemas

Utilizar diversas técnicas de questionamento
Realizar psicoeducação
Identificar padrões de pensamentos automáticos
Conduzir uma revisão da história de vida
Usar inventários de esquemas
Manter uma lista pessoal de esquemas

CASO CLÍNICO

Allison era uma moça de 19 anos com depressão e bulimia que fora hospitalizada após uma tentativa de suicídio.

Terapeuta: O que estava passando por sua cabeça antes de você tomar a overdose?

Allison: Que não dava para continuar. A vida era simplesmente demais para mim. Eu não conseguia agradar ninguém. Sentia-me um fracasso.

Terapeuta: Deve ter sido muito duro para você... pensar que você não conseguia agradar ninguém e que era um fracasso. O que estava acontecendo em sua vida que você achou que essas coisas eram verdadeiras?

Allison: Eu estragava tudo. Por mais que eu tente, nunca consigo satisfazer meus pais – ou qualquer outra pessoa. Eles querem que eu namore o cara perfeito e eu sempre apareço com caras fracos. Se pelo menos eu fosse tamanho 38 em vez de 46, talvez as coisas estivessem bem.

Embora pudesse ter começado a trabalhar imediatamente nas crenças de Allison de que ela não conseguia agradar as pessoas e de que era um fracasso, o terapeuta decidiu continuar a usar a descoberta guiada para buscar um esquema subjacente sobre o perfeccionismo. A formulação de caso a essa altura incluía a hipótese de que a depressão, a tendência ao suicídio e a bulimia de Allison estavam sendo largamente influenciadas por uma crença nuclear de que ela tinha de fazer as coisas de maneira perfeita para ganhar aprovação ou atingir o sucesso.

Terapeuta: Parece que você tem de atingir altos padrões para se sentir bem a respeito de si mesma. Será que você tem uma regra básica em sua cabeça sobre o que você tem de fazer para ser amada ou ter sucesso?

Allison: Sei que nunca fico feliz a menos que consiga que as coisas estejam certas. Durante meu crescimento, sempre tinha de tirar as melhores notas... sempre eram esperadas notas 10. E minha mãe estava sempre me colocando de dieta. Aposto como eu era a única na escola que tinha que contar calorias.

Terapeuta: Deve ter sido difícil satisfazer todas essas expectativas. Pelo que você me disse sobre sua situação atual, parece que você ainda está lutando para tentar ser a melhor. Falei sobre uma regra básica agora há pouco. Tenho a impressão de que você desenvolveu uma crença fundamental sobre a maneira como você precisa agir para ganhar a aprovação de seus pais ou de qualquer outra pessoa importante em sua vida. Que regra você imagina que seja essa?

Allison: Eu tenho que ser perfeita. Se não for perfeita, não serei aceita.

Nesse exemplo de descoberta guiada, o terapeuta tinha uma tarefa bastante fácil de ajudar Allison a proferir uma crença nuclear que estava tendo um forte efeito em seu comportamento. Geralmente, o processo de questionamento levará mais tempo ou precisará passar por vários caminhos antes de chegar a um esquema importante. As mudanças de humor podem ser boas pistas de que um esquema esteja em operação. Essas demonstrações repentinas de sentimentos intensos podem servir como excelentes pontos de entrada para uma série de perguntas dirigidas à descoberta de uma crença nuclear. Um outro esquema de Allison foi identificado graças a uma mudança de humor durante um exercício de geração de imagens mentais.

Terapeuta: Como você está se adaptando no hospital?

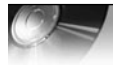
Allison: Todos têm sido gentis. Gosto mais das enfermeiras (*parece calma e levemente feliz*). Mas não suporto quando eles trazem a bandeja do jantar. Por que toda aquela comida? (*o humor fica muito mais ansioso*).

Terapeuta: Percebi que você ficou bastante nervosa quando falou da bandeja de comida. O que lhe aborrece no jeito que servem as refeições aqui?
Allison: Todo mundo come tanto, e a pessoa que serve simplesmente coloca um monte. Não consigo me segurar se entrar nessa comilança.
Terapeuta: Você consegue se imaginar na fila para ser servida na bandeja de comida? Tente se ver em pé na fila. Quais os pensamentos que estão passando por sua cabeça?
Allison: Vou comer tudo o que tem lá. Vou perder totalmente o controle.
Terapeuta: Até que ponto você acha que você tem controle sobre seu comportamento?
Allison: Nenhum.

Um dos métodos mais populares da TCC para descobrir esquemas, a *técnica da seta descendente*, envolve uma série de perguntas que revelam níveis cada vez mais profundos de pensamento. As primeiras perguntas normalmente são dirigidas aos pensamentos automáticos. Mas o terapeuta infere que está presente um esquema subjacente e constrói uma série encadeada de perguntas interligadas que desenvolvem um pressuposto (a ser testado e modificado posteriormente) de que as cognições do paciente estão mostrando uma representação precisa de si mesmo. A maioria das perguntas segue esse formato geral: "Se esse pensamento que você tem sobre si mesmo é verdadeiro, o que isso diz sobre você?".

Como a técnica da seta descendente requer que o paciente assuma (para fins da intervenção) que cognições negativas ou dolorosas são realmente verdadeiras, esse método não deve ser tentado antes de se ter estabelecido um bom relacionamento terapêutico e ter obtido sucessos anteriores da terapia na modificação de cognições desadaptativas. O paciente deve estar totalmente ciente de que o propósito do questionamento é trazer à tona crenças nucleares que provavelmente precisarão ser mudadas e que o terapeuta não está tentando convencê-lo da validade de esquemas problemáticos. Um tom gentil e empático de questionamento e, às vezes, um leve toque de hipérbole ou humor podem ajudar a fazer com que a técnica tenha o melhor efeito.

O vídeo do Dr. Thase descobrindo o esquema de Ed mostra como aplicar essa técnica de maneira eficaz. Ed foi apresentado no Capítulo 3, no qual foi desenvolvida uma formulação de caso para seu tratamento. O caso também ilustrou os Capítulos 4 (seção "Psicoeducação") e 6 (seções "Programação de atividades" e "Tarefas graduais"). Quando assistir o vídeo 17, preste atenção ao modo como o Dr. Thase inicia a intervenção por meio da identificação de alguns pensamentos automáticos de Ed a respeito do fim de um relacionamento importante. O Dr. Thase e Ed já haviam trabalhado na modificação de pensamentos automáticos; portanto, Ed sabia que a identificação de uma cognição desadaptativa pode ser um passo importante para obter alívio dos sintomas. Um estilo de terapia altamente colaborativo e empírico fica evidente durante toda a vinheta. Várias das perguntas-chave e das respostas de Ed estão esquematizadas na Figura 8.1.



• **Vídeo 17**: A técnica da seta descendente
Dr. Thase e Ed

Pode levar algum tempo de prática até que você se torne proficiente na utilização da técnica da seta descendente. O aprofundamento de seu conhecimento sobre os esquemas comuns nos transtornos de Eixo I e nos tipos de personalidade pode ajudá-lo a formular o questionamento. Adquirir experiência em saber quando exercer pressão para seguir adiante e quando recuar ajudará a ser mais eficaz no uso do método de encadeamento de inferências. É importante manter o tom emocional de forma que conduza para a aprendizagem e seja útil para o paciente. Ainda assim, o processo de descobrir esquemas desadaptativos geralmente gera sentimentos dolorosos.

Ed: (Descreve seus pensamentos automáticos sobre romper com sua esposa) Eu estraguei tudo... Nunca faço nada certo... Nunca vou conseguir ficar com ninguém.

Dr. Thase: E se isso for verdade?



Ed: Vou estragar tudo. Simplesmente não sou capaz de dar certo nessa coisa de relacionamento íntimo.

Dr. Thase: E se isso for verdade?



Ed: Não sou bom em nada... sou um inútil... sou cheio de defeitos.

Dr. Thase: E se por acaso isso for verdade, o que isso significaria em relação a seu futuro?



Ed: Nunca vou ser capaz de fazer nada certo. Vou acabar sozinho.

FIGURA 8.1 • A técnica da seta descendente.

Terapeutas cognitivo-comportamentais experientes que utilizam a técnica da seta descendente procuram fazer perguntas no nível certo para auxiliar o paciente a revelar uma crença nuclear importante – e fazendo do processo de questionamento uma experiência altamente terapêutica. Recomendamos praticar os exercícios para aprender como trazer à tona os esquemas e revisar a lista de dicas para a utilização da técnica da seta descendente apresentada na Tabela 8.2.

- **Exercício 8.1**: Métodos de questionamento para crenças nucleares

1. Pratique a descoberta guiada para revelar esquemas formulando uma série de perguntas que comece com um de seus próprios pensamentos automáticos específico à situação e, então, descubra níveis mais profundos de cognição. Experimente a técnica da seta descendente em si mesmo. Utilize esse método para entrar em contato com um ou mais de seus esquemas pessoais. Se possível, tente revelar um esquema que tenha alguns efeitos desadaptativos, além de um esquema que seja fortemente positivo ou adaptativo. Anote as perguntas e suas respostas em seu caderno.
2. Em seguida, chame um colega ou ajudante para fazer o *role-play* da descoberta guiada e a técnica da seta descendente para identificar crenças nucleares ou pratique esses métodos com pacientes que você esteja tratando.
3. Faça uma lista dos pontos fortes e pontos fracos que você possui, ao fazer perguntas para revelar crenças nucleares. O que você está fazendo bem? O que você precisa praticar mais? Você é capaz de desenvolver uma formulação cognitiva precisa de uma forma adequada? Você consegue formular perguntas de uma maneira que instile esperança, ao mesmo tempo chegando às crenças nucleares dolorosas e problemáticas? Você está prestando atenção suficiente para reconhecer esquemas adaptativos? Identifique qualquer problema que você possua para executar a implementação de estratégias de questionamento para esquemas, e discuta possíveis soluções com colegas ou supervisores.

TABELA 8.2 • Como usar a técnica da seta descendente

1. Comece o questionamento visando um pensamento automático ou um fluxo de cognições que esteja causando sofrimento. Escolha um pensamento automático que possivelmente esteja ligado a um esquema subjacente significativo.
2. Gere uma hipótese sobre um possível esquema ou conjunto de esquemas que possa estar por trás desse pensamento automático.
3. Explique a técnica da seta descendente para que o paciente entenda a sua intenção, ao fazer essas perguntas difíceis.
4. Certifique-se de que você e o paciente estão colaborando totalmente ao utilizar essa técnica. Enfatize o caráter empírico colaborativo da terapia cognitivo-comportamental (TCC).
5. Preveja as questões de *timing* e ritmo. Pergunte-se: "Este é um bom momento para tentar trazer à tona esse esquema?", "O paciente está pronto para *encarar* essa crença nuclear?", "Com que velocidade e com que intensidade devo fazer perguntas que levarão o fluxo de pensamentos do paciente a esse esquema?" e "Quais os sinais que poderiam me indicar o momento para ir mais devagar ou encerrar essa linha de questionamento?".
6. Pense no que fará depois que o esquema tiver sido identificado. Quais serão os benefícios positivos de trazer à tona esse esquema? Quais serão os próximos passos a serem seguidos, depois que as crenças nucleares aparecerem? Como você ajudará o paciente a aplicar bem o conhecimento desse esquema?
7. Utilize perguntas do tipo "se-então" que revelem progressivamente níveis mais profundos do processamento cognitivo. Por exemplo, "ouvi você mencionar várias vezes que tem problemas para fazer amigos. Se for verdade, o que isso nos diz sobre a maneira como os outros podem estar lhe vendo? E como você está se vendo?".
8. Seja empático e dê apoio ao paciente à medida que as crenças nucleares sejam trazidas à tona. Transmita uma postura de que conhecer os esquemas ajudará o paciente a desenvolver a auto-estima e a aprender a enfrentar melhor os problemas. Mesmo que uma crença nuclear com tom negativo seja parcialmente correta, a TCC pode ser focada na aquisição de habilidades para ajustar o esquema desadaptativo e suas conseqüências comportamentais.

Ensinando os esquemas para os pacientes

A psicoeducação acerca de esquemas em geral é implementada de forma concomitante com os métodos de questionamento descritos anteriormente em "Utilizando as técnicas de questionamento". Além de breves explicações nas sessões, freqüentemente recomendamos leituras ou outros materiais educacionais para ajudar os pacientes a aprenderem sobre seus esquemas e a identificá-los. O livro *A Mente Vencendo o Humor* (de Greenberger e Padesky) traz exercícios voltados para ensinar os pacientes a reconhecerem seus pressupostos e suas crenças nucleares. O livro *Getting Your Life Back* (Wright e Basco, 2001) inclui exemplos de esquemas tanto adaptativos quanto desadaptativos que podem ajudar os pacientes a reconhecer suas próprias regras básicas de processamento de informações.

O programa de computador *Good Days Ahead* (Wright et al., 2004) contém várias situações elaboradas para promover a descoberta e a modificação de esquemas. A TCC via computador pode ser especialmente útil para ensinar os pacientes sobre as crenças nucleares, porque utiliza experiências estimulantes de aprendizagem via multimídia que podem apontar o caminho para as cognições que não sejam visíveis na superfície. Além disso, a TCC via computador emprega técnicas de aprendizagem que promovem o ensaio e a memória. Em um estudo controlado de TCC via computador, em comparação com a TCC padrão, descobriu-se que os pacientes que utilizaram o programa *Good Days Ahead* apresentaram maior melhora na Escala de Atitudes Disfuncionais (uma medida de crenças nucleares; Beck et al., 1991) do que aqueles que receberam a TCC padrão (Wright et al., 2005).

Identificando padrões de pensamentos automáticos

Se forem reconhecidos temas recorrentes nos pensamentos automáticos, geralmente isso

indica que uma crença nuclear está por trás desses agrupamentos de cognições mais superficiais específicas à situação. Há vários métodos bons para encontrar esquemas em padrões de pensamentos automáticos.

1. *Reconhecer um tema durante uma sessão de terapia.* Ao utilizar a descoberta guiada ou outros métodos de questionamento, preste atenção em temas que se repetem. Explorar tais temas freqüentemente leva aos esquemas-chave. Por exemplo: "Jim não me respeita... meus filhos nunca me ouvem... não importa o que eu faça no trabalho, eles sempre me tratam como se eu não existisse". Esse padrão de pensamentos automáticos pode ser estimulado por crenças nucleares como: "Sou um zé-ninguém" ou "eu não mereço respeito".
2. *Revisar registros de pensamentos na sessão.* Os registros de pensamentos podem ser um tesouro escondido de material que o ajudará a encontrar esquemas. Compare vários registros de pensamentos em diferentes datas para ver se existe algum padrão recorrente de pensamentos automáticos. Peça ao paciente para ver se consegue reconhecer temas consistentes. Em seguida, utilize a descoberta guiada ou a técnica da seta descendente para trazer à tona crenças nucleares relacionadas.
3. *Passar como tarefa de casa uma revisão dos registros de pensamentos.* Após examinar um registro de pensamento na sessão e explicar o processo de identificação de esquemas, peça ao paciente para examinar entre as sessões outros registros e anotar qualquer crença nuclear que venha a reconhecer. Tais tarefas de casa podem trazer muitos benefícios, incluindo:
   a) a identificação de esquemas que podem não estar aparentes durante a sessão;
   b) maior consciência dos poderosos efeitos das crenças nucleares;
   c) a aquisição de habilidades de auto-ajuda para revelar esquemas.
4. *Rever uma lista escrita (ou um inventário gerado no computador) de pensamentos automáticos.* Se o paciente tiver respondido um questionário de pensamentos automáticos ou produzido uma lista abrangente de seus pensamentos automáticos comuns, pode ser útil verificar esse inventário para ver se algum grupo de pensamentos automáticos está vinculado às crenças nucleares. Considere usar esse procedimento alternativo se estiver tendo problemas para identificar esquemas por meio da descoberta guiada e outros métodos de questionamento. Visualizar um grande número de pensamentos automáticos pode ajudar a identificar crenças que continuariam não sendo reconhecidas de outra maneira.

Apresentamos na página a seguir um exercício que pode ser empregado para descobrir esquemas subjacentes nos padrões de pensamentos automáticos. Esse exercício também pode ser aplicado para ajudar os pacientes a adquirirem habilidades para reconhecer suas crenças nucleares.

Fazendo uma revisão da história de vida

Como os esquemas são engendrados pelas experiências da vida, um método valioso para trazer à tona essas regras básicas é pedir ao paciente para voltar no tempo e lembrar as influências que possam ter promovido o desenvolvimento de crenças, sejam desadaptativas ou adaptativas. Esse exame retrospectivo pode ser realizado por meio de descoberta guiada, *role-play* e tarefas de casa. Assim como com outros métodos de identificação de esquemas, uma formulação em profundidade pode ajudar a apontar uma direção que dará frutos. Em vez de fazer um exame global da história do desenvolvimento, procure concentrar-se nos relacionamentos interpessoais, eventos ou circunstâncias que tenham se mostrado anteriormente tópicos "quentes". Por exemplo, se seu paciente já tiver contado que nunca se sentiu confortável com seus pares e se escondia das interações sociais, você pode

- **Exercício 8.2**: Encontrando esquemas em padrões de pensamentos automáticos
  Instruções: ligue cada número a uma letra no exercício.

Pensamentos automáticos	Esquemas desadaptativos
1. "Vou perder tudo... vou ficar na rua… é só uma questão de tempo para tudo ruir."	( ) A. Sou uma farsa.
2. "Esse trabalho é demais para mim… não sei o que estou fazendo… logo, logo todo mundo vai descobrir".	( ) B. Sem um homem, não sou ninguém.
3. "Ruth está me ligando só porque sou solitária e infeliz… meu marido não me queria… por que alguém ia querer ficar comigo?"	( ) C. Não sou tão bom quanto as outras pessoas.
4. "Todo mundo parece tão inteligente e tem tanto a dizer. Eu perto deles sou uma verdadeiro derrotado."	( ) D. Não importa o quanto eu tente, sempre vou fracassar.

Respostas: A: 2; B: 3; C: 4; D: 1

Fonte: Adaptado com a permissão de The Free Press, uma divisão da Simon & Schuster Adult Publishing Group. Do livro *Getting your life back: the complete guide to recovery from depression* de Jesse H. Wright, M.D., e Monica Ramirez Basco, Ph.D. Copyright © 2001 por Jesse Wright e Monica Ramirez Basco. Todos os direitos reservados.

concentrar seu questionamento nas relações sociais mais marcadamente lembradas da infância ou adolescência. Seu objetivo com essa linha de questionamento seria evocar esquemas sobre competência pessoal e aceitação pelos outros.

Eventos traumáticos, relacionamentos problemáticos ou defeitos autopercebidos de personalidade ou físicos podem ser alvos óbvios para os exames históricos da formação de esquemas. Mas é importante não esquecer as influências positivas que podem ter promovido o desenvolvimento de crenças adaptativas. As seguintes perguntas podem ser realizadas para auxiliar os pacientes a fazer contato com as experiências de vida que tiveram um papel no desenvolvimento de seus esquemas.

1. *Pergunte sobre pessoas influentes:* "Quem foram as pessoas que fizeram a maior diferença em sua vida?" "Além de sua família, tem algum professor, treinador, amigo, colega ou líder espiritual que influenciou o modo como você pensa?" "E pessoas que lhe deram trabalho ou deixaram para baixo?" "Quem foram as pessoas que impulsionaram sua confiança ou lhe incentivaram?".
2. *Pergunte sobre crenças nucleares que possam ter sido desenvolvidas por essas experiências:* "Quais foram as mensagens negativas que você recebeu sobre si mesmo de todas as discussões com sua família?" "Como o divórcio de seus pais afetou sua auto-estima?" "Quais foram as crenças afirmativas que surgiram de seus sucessos na escola?" "O que você aprendeu sobre si mesmo ao passar pelo divórcio e sair do relacionamento abusivo?".
3. *Pergunte sobre interesses, trabalhos, práticas espirituais e outras atividades que são importantes para o paciente:* "De que maneira seus interesses e habilidades em música mudaram o modo como você se vê?" "Quais são as crenças nucleares que você tem a respeito de suas qualificações profissionais?" "Como a maneira que você se vê foi influenciada por suas crenças espirituais?" "E o envolvimento com a vida artística, viagens ou passatempos – essas ati-

vidades podem ter afetado o conceito que você tem de si mesmo?".

4. *Pergunte sobre influências sociais e culturais:* "Que impacto sua formação cultural teve na maneira como você vê o mundo?" "De que maneira ter crescido como uma minoria afetou o conceito que você tem de si mesmo?" "Que crenças podem ter sido influenciadas por viver em uma pequena cidade a vida inteira e ser tão próximo de sua família e amigos?".
5. *Pergunte sobre educação, leituras e estudos:* "De que maneira o tempo que passou na escola influenciou suas crenças básicas?" "Que livros podem ter mudado a maneira como você pensa sobre si mesmo?", "que idéias você desenvolveu ao ler esse livro?" "Você se lembra de algum aprendizado que fez a diferença em suas atitudes em relação à vida?".
6. *Pergunte sobre a possibilidade de experiências transformadoras:* "Você teve alguma experiência que moldou a sua vida e que você ainda não me contou?" "Pode ter havido um evento que abriu seus olhos para uma maneira totalmente nova de ver o mundo?" "Que atitudes ou crenças surgiram dessa experiência?".

Usando inventários de esquemas

Os inventários de crenças nucleares são uma outra forma útil para ajudar os pacientes a identificarem seus esquemas. Esses instrumentos incluem a Escala de Atitudes Disfuncionais (Beck et al., 1991), um longo questionário aplicado primordialmente em pesquisas, e uma outra escala altamente detalhada, o Questionário de Esquemas de Young (Young e Brown, 2001; Young et al., 2003). Um inventário mais breve de esquemas foi desenvolvido para o programa de computador *Good Days Ahead* (Wright et al., 2004). Fornecemos esse inventário de esquemas no Exercício 8.3 e no Apêndice 1, de modo que você terá essa ferramenta disponível para a prática clínica.

Os inventários de esquemas podem ser úteis quando os pacientes estiverem com dificuldades para reconhecer suas crenças nucleares. Ver uma série de esquemas possíveis pode estimular seu pensamento e ajudar a reconhecer crenças que podem estar causando problemas ou que poderiam ser reforçadas para desenvolver a auto-estima. Preencher um inventário de esquemas pode ser especialmente útil para gerar uma lista de crenças adaptativas. Em nossa experiência de supervisionar terapeutas em treinamento, freqüentemente descobrimos que não se dá atenção suficiente à identificação de regras positivas no modo de pensar. Administrar um inventário de esquemas garante que você passará algum tempo rastreando o sistema de crenças do paciente em busca de pontos fortes e de oportunidades para o crescimento.

Mesmo quando os pacientes parecem identificar prontamente suas crenças nucleares por meio da descoberta guiada e outras técnicas de questionamento, a administração de um inventário de esquemas pode dar mais profundidade a sua formulação. Normalmente, descobrimos que os pacientes endossam tanto os esquemas negativos como os positivos que não haviam sido identificados anteriormente. Além disso, a discussão das reações ao preencher um inventário de esquemas pode levar à descoberta de outras informações valiosas sobre as crenças nucleares. Às vezes, um esquema subjacente não está listado no inventário, mas as crenças que estão incluídas desencadeiam uma série de pensamentos que revelam um dos mais importantes pressupostos subjacentes do paciente.

Para o próximo exercício, gostaríamos que você seguisse o inventário de esquemas, adaptado de alguns de nossos trabalhos anteriores. Como a lista foi elaborada para ser usada para pessoas com depressão ou ansiedade graves, muitos dos esquemas disfuncionais são expressos em termos absolutos. Contudo, nossa experiência clínica e pesquisas com o inventário indicam que os pacientes freqüentemente endossam os esquemas desadaptativos nesta lista (Wright e Basco, 2001). Recomendamos que você co-

mece a administrar um inventário de esquemas aos pacientes que esteja tratando com a TCC e que discuta as respostas em suas sessões.

Mantendo uma lista de esquemas pessoal

Frisamos várias vezes neste livro que colocar no papel o material aprendido nas sessões e nas tarefas de casa pode ser um passo crucial para ser capaz de lembrar e aplicar de maneira eficaz os conceitos da TCC. Ao trabalhar com crenças nucleares, é especialmente importante enfatizar o valor de manter um registro escrito e revisar regularmente essas anotações. Como os esquemas geralmente são latentes ou estão abaixo da superfície do pensar do dia-a-dia, a consciência das atitudes nucleares pode se desfazer rapidamente se não for reforçada. Em nossa prática clínica, já vimos várias situações em que trabalhamos muito para identificar um esquema-chave em uma sessão, mas, com a pressão dos eventos ambientais diários e a passagem do tempo, os pacientes parecem "esquecer" essa crença nuclear, a menos que chamemos sua atenção para ela.

- **Exercício 8.3**: Fazendo um inventário de seus esquemas
  Instruções: Utilize o inventário para procurar possíveis regras subjacentes no seu modo de pensar. Assinale cada esquema que você acredite possuir.

Esquemas saudáveis	Esquemas disfuncionais
( ) Não importa o que aconteça, posso enfrentar de alguma maneira.	( ) Tenho de ser perfeito para ser aceito.
( ) Se trabalhar duro em alguma coisa, posso dominá-la.	( ) Se eu decidir fazer alguma coisa, tenho que ter sucesso.
( ) Sou um sobrevivente.	( ) Sou um idiota.
( ) As pessoas confiam em mim.	( ) Sem uma mulher (um homem), não sou ninguém.
( ) Sou uma pessoa íntegra.	( ) Sou uma farsa.
( ) As pessoas me respeitam.	( ) Nunca demonstre fraqueza.
( ) Eles podem me derrubar, mas não me derrotar.	( ) Não sou digno de ser amado.
( ) Importo-me com os outros.	( ) Se eu cometer um erro, vou perder tudo.
( ) Se me preparar antes, normalmente me dou melhor.	( ) Nunca vou me sentir à vontade com as pessoas.
( ) Eu mereço ser respeitado.	( ) Nunca consigo terminar nada.
( ) Eu gosto de ser desafiado.	( ) Não importa o que eu faça, nunca dá certo.
( ) Pouca coisa me assusta.	( ) O mundo é muito assustador para mim.
( ) Sou inteligente.	( ) Não se pode confiar nos outros.
( ) Consigo resolver as coisas.	( ) Tenho sempre que estar no controle.
( ) Sou amigável.	( ) Não sou atraente.
( ) Consigo lidar com o estresse.	( ) Nunca demonstre suas emoções.
( ) Quanto mais difícil o problema, mais duro me torno.	( ) Os outros vão se aproveitar de mim.
( ) Consigo aprender com meus erros e ser uma pessoa melhor.	( ) Sou preguiçoso.
( ) Sou um bom cônjuge (e/ou pai, mãe, filho, amigo, amante).	( ) Se realmente me conhecessem, as pessoas não gostariam de mim.
( ) Tudo vai acabar bem.	( ) Para ser aceito, sempre tenho de agradar os outros.

Fonte: Adaptado com a permissão de Wright J.H., Wright A.S., Beck A.T.: *Good days ahead: the multimedia program for cognitive therapy*. Louisville, KY, Mindstreet, 2004.

Uma lista de esquemas personalizada pode ser um excelente método de registrar, guardar e reforçar o conhecimento que você e o paciente adquiriram sobre as crenças nucleares adaptativas e desadaptativas. Na fase inicial do trabalho nos esquemas, pode haver apenas alguns itens nessa lista. Mas, à medida que a terapia progride, serão adicionados mais esquemas e as crenças nucleares desadaptativas serão modificadas com as técnicas descritas na próxima seção, "Modificando esquemas". Portanto, a lista de esquemas personalizada é passível de modificações durante todo o curso da TCC.

- **Exercício 8.4**:
  Desenvolvendo uma lista de esquemas personalizada

  1. Utilize os métodos descritos neste capítulo para desenvolver sua própria lista personalizada de esquemas. Procure colocar no papel a maior quantidade de esquemas adaptativos e desadaptativos possível.
  2. Pratique o desenvolvimento de listas de esquemas personalizadas com um ou mais de seus pacientes. Reveja a lista regularmente nas sessões de terapia. Edite e modifique as listas à medida que fizer progressos e mudar esquemas.

MODIFICANDO ESQUEMAS

Depois de ter ajudado seu paciente a identificar esquemas subjacentes, é possível começar a trabalhar na mudança de regras básicas disfuncionais de seu modo de pensar e de se comportar. Quando estiver fazendo isso, é aconselhável lembrar que os esquemas geralmente estão profundamente arraigados e vêm sendo repetidos e reforçados há muitos anos. Portanto, é improvável que os pacientes os mudem drasticamente apenas por terem tido *insight*. Para modificar esses princípios operacionais, os pacientes normalmente precisam passar por um processo concentrado de exame das crenças, geração de alternativas plausíveis e ensaio em situações reais do esquema revisado (Tabela 8.3).

Questionamento socrático

O bom questionamento socrático geralmente ajuda os pacientes a enxergarem inconsistências em suas crenças nucleares, avaliarem o impacto dos esquemas sobre as emoções e o comportamento e começarem o processo de mudança. Um dos objetivos principais do questionamento socrático é estimular a indagação, distanciando assim o paciente de uma visão desadaptativa fixa de si mesmo e do mundo levando-o a um estilo cognitivo mais questionador, flexível e que promova o crescimento. A seguir, apresentamos algumas sugestões para fazer um questionamento socrático que possa ajudar os pacientes a serem mais abertos ao exame de suas crenças nucleares.

1. *Desenvolva uma formulação para mostrar sua linha de questionamento.* Tenha uma boa noção sobre o rumo que está tomando. Os mestres de xadrez planejam muitas jogadas antecipadamente e têm uma série de estratégias em mente para reagir a possíveis ações do outro jogador. Aja como um grande jogador de xadrez e planeje com antecedência. Certamente, seu questionamento socrático será colaborativo, e não competitivo.
2. *Utilize perguntas para ajudar os pacientes a identificarem as contradições em seu modo de pensar.* Os pacientes normalmente têm várias crenças nucleares, algumas das quais lhes dão mensagens concorrentes. Em uma fita de vídeo clássica, Aaron T. Beck (1977) pediu a uma paciente que estava enfren-

TABELA 8.3 • Métodos para mudar esquemas

Conduzir o questionamento socrático
Examinar as evidências
Fazer uma lista das vantagens e desvantagens
Usar o *continuum* cognitivo
Gerar alternativas
Realizar ensaio cognitivo e comportamental

tando uma crise conjugal para explicar a contradição entre sua crença de que não conseguiria viver sem seu marido e uma outra crença de que era mais feliz e mais saudável antes de se casar. Esse tipo de pergunta pode levar a rápidos avanços no entendimento e a uma disposição para se engajar em planos de ação para a mudança.

3. *Faça perguntas que estimulem o paciente a reconhecer crenças adaptativas.* Em geral, é mais provável que as crenças adaptativas sejam totalmente endossadas, lembradas e implementadas se o paciente fizer o trabalho de trazer à tona esquemas com valência positiva. Em vez de dizer aos pacientes que eles têm atitudes saudáveis ou pontos positivos a serem usados no combate de seus problemas, procure fazer um questionamento socrático que os envolva firmemente na articulação de crenças nucleares adaptativas.
4. *Evite fazer perguntas de comando.* Mesmo que você tenha um bom plano o qual gostaria que o paciente visse ou fizesse, não faça perguntas de uma maneira que transmita a idéia de que já sabe a resposta. Mantenha o estilo colaborativo e empírico da TCC. Mantenha-se aberto para seguir o modo de pensar do paciente.
5. *Lembre-se de que perguntas que ativam emoções podem aumentar o aprendizado.* Se conseguir fazer um questionamento socrático que estimule a excitação emocional ou que reduza drasticamente a dor emocional, a experiência de aprendizagem pode ser mais significativa e memorável para o paciente.
6. *Faça perguntas que sirvam como um trampolim para a implementação de outros métodos de modificação de esquemas.* O bom questionamento socrático geralmente prepara o caminho para outros métodos mais específicos para modificar crenças nucleares. Pense no questionamento socrático como uma chave que pode abrir portas para a aprendizagem. Após fazer um questionamento socrático eficaz, esteja preparado para implementar outros métodos, como o exame de evidências, a geração de crenças alternativas ou o uso do *continuum* cognitivo, todos descritos nas próximas seções.

Exame de evidências

No Capítulo 5, explicamos como examinar as evidencias dos pensamentos automáticos. Os procedimentos para examinar as evidências dos esquemas são muito semelhantes. Contudo, por serem as crenças nucleares desadaptativas arraigadas há muito tempo e geralmente reforçadas por resultados negativos, críticas, relacionamentos disfuncionais ou traumas reais, o paciente pode ser capaz de gerar muitas evidências de que a crença é verdadeira. Um homem que acredite que é um fracassado pode ter vivido muitas situações com resultados negativos, como perdas de emprego, rompimentos conjugais ou problemas financeiros. Uma mulher que lhe diz que é incapaz de ser amada pode narrar uma série de rejeições afetivas. Portanto, ao examinar as evidências dos esquemas, talvez você precise admitir que houve problemas e ser empático com as vicissitudes da vida do paciente.

Mesmo quando os pacientes produzem evidências plausíveis de que as crenças disfuncionais têm algum grau de validade, geralmente há muitas formas de ajudar esses indivíduos a reinterpretar o significado dos resultados negativos, encontrar evidências para contrabalançar a crença e trabalhar para modificar comportamentos e ter mais sucesso no futuro. O Dr. Thase mostra como fazer isso no vídeo 18. O exercício de Ed para examinar as evidências é apresentado na Figura 8.2.



• **Vídeo 18**: Examinando as evidências dos esquemas
Dr. Thase e Ed

Como o Dr. Thase demonstra no vídeo, o exame de evidências pode ser um agente po-

deroso para a mudança. Ao implementar o método para examinar evidências com seus próprios pacientes, tenha em mente as sugestões relacionadas na Tabela 8.4.

Esquema que quero mudar: sou cheio de defeitos

Evidências a favor deste esquema:	**Evidências contra este esquema:**
1. Joguei fora meu trabalho.	1. Fiz um trabalho decente. Recebi um prêmio de jornalismo.
2. Tive um casamento que fracassou.	2. Meu casamento foi bem por algum tempo. Minha esposa gostava de muitas coisas que eu fazia.
3. Sempre senti que "minha máscara ia cair; estou frito".	3. Não perdi tudo.
4. Tive problemas na escola e em atletismo.	4. Ganhei honra ao mérito em atletismo na faculdade.
5. Minha família era uma bagunça; eu sempre senti que "sou um deles".	5. Tenho um relacionamento positivo com minha filha.

Erros cognitivos: maximização, ignorar as evidências, hipergeneralização.

Esquema modificado: Sou uma pessoa com alguns pontos fortes e alguns pontos fracos. Sou capaz de superar momentos difíceis.

FIGURA 8.2 • Exames das evidências de esquemas: exemplo de Ed.

TABELA 8.4 • Como examinar as evidências dos esquemas

1. Explique rapidamente o procedimento antes de começar o exame de evidências.
2. Utilize uma abordagem empírica. Envolva o paciente no processo de olhar com honestidade em relação à validade do esquema.
3. Escreva as evidências em uma folha. Pode funcionar melhor se, na primeira vez, você escrever as evidências. Transfira, assim que possível, a responsabilidade de escrever ao paciente.
4. O trabalho pode ser iniciado na sessão e, depois, completado como tarefa de casa, deixando assim o paciente totalmente envolvido no processo de geração e registro das evidências.
5. Geralmente, as evidências que confirmam os esquemas são absolutistas e são endossadas por erros cognitivos e outros processamentos de informações disfuncionais. Ajude os pacientes a identificar esses erros de raciocínio.
6. Quando houver evidências de que os pacientes tiveram problemas recorrentes com relacionamentos, aceitação, competência, habilidades sociais ou outras funções-chave, utilize as informações para elaborar estratégias de intervenção. Por exemplo, uma pessoa com crenças nucleares negativas sobre sua competência social pode ser ajudada por meio de métodos comportamentais que rompam os padrões de evitação e ensinem habilidades necessárias para ser adequado em ambientes sociais.
7. Seja criativo na geração de evidências contra crenças nucleares desadaptativas. Faça um questionamento socrático que estimule diferentes maneiras de ver a situação. Como os pacientes podem ter uma visão negativa fixa de si mesmos, é importante sua energia e imaginação para ajudá-los a encontrar motivos para mudar.
8. Colha o máximo possível de evidências contra esquemas disfuncionais. Essas informações ajudarão os pacientes a refutar crenças nucleares, além de proporcionar abertura importante para outras intervenções cognitivo-comportamentais.
9. Utilize o método de exame de evidências como uma plataforma para ajudar os pacientes a fazerem modificações específicas nas crenças nucleares. Depois de examinar as evidências com os pacientes, peça-lhes para refletirem a respeito de possíveis mudanças que levarão a regras mais saudáveis de pensamento. Escreva essas idéias na folha de exame de evidências e faça o acompanhamento com outras intervenções descritas neste capítulo.
10. Desenvolva uma tarefa de casa para aumentar o sucesso do exercício de exame de evidências. As possibilidades podem incluir acrescentar mais evidências na folha, identificar erros cognitivos, pensar em esquemas alternativos ou sugerir uma tarefa comportamental para praticar uma maneira nova que seja consistente com a crença modificada.

O tratamento de Allison, a jovem mulher de 19 anos com bulimia e depressão descrita anteriormente em "Utilizando as técnicas de questionamento", ilustra como uma intervenção para examinar as evidências levou a uma tarefa de casa produtiva com metas comportamentais específicas. A essa altura do processo de tratamento, a depressão de Allison havia melhorado e ela não pensava mais em suicídio. Ela recebera alta do hospital e continuava com a TCC ambulatorial. Seu terapeuta a ajudou a desenvolver um formulário de trabalho para o esquema "tenho de ser perfeita para ser aceita" (Figura 8.3). Observe que Allison gerou uma boa quantidade de evidências contra a afirmação, além de acrescentar várias observações sobre seus erros cognitivos. Mas parecia que ela ainda precisava de mais trabalho para desenvolver uma crença nuclear alternativa. Está disponível, no Apêndice 1, o formulário

Esquema que quero mudar: Tenho de ser perfeita para ser aceita

Evidências a favor deste esquema:

1. Meus pais sempre me pressionaram para ser a melhor em tudo o que eu faço.
2. Os homens querem mulheres magras que pareçam perfeitas.
3. Quando eu tirava notas altas na escola, ganhei uma bolsa de estudos. Todo mundo dizia que eu era uma ótima aluna.
4. É preciso se sobressair para ser popular. Quem quer ser amigo de alguém que é apenas mediano?

Evidências contra este esquema:

1. Embora meus pais tenham padrões elevados, acho que eles me aceitariam se eu não for perfeita. Eles próprios não são perfeitos. E mesmo assim, eu os amo, apesar de todos os seus defeitos.
2. Tenho algumas amigas que estão acima do peso e têm relacionamentos excelentes com seus namorados.
3. Algumas das pessoas mais felizes que conheço não são obcecadas por perfeição.
4. Outras pessoas que não são perfeitas parecem ser aceitas do jeito que são. Talvez algumas pessoas ficariam mais confortáveis em um relacionamento com uma pessoa que não é perfeita.

Erros cognitivos na coluna de "evidências a favor": pensamento do tipo tudo-ou-nada, maximização, ignorar as evidências, generalização excessiva.

1. Meus pais realmente têm demonstrado muito carinho e aceitação quando faço uma bobagem ou não atinjo minhas metas. Eu sei que eles gostariam que eu fosse menos obsessiva em relação a meu peso.
2. Tem mais coisas em mim do que meu peso ou minha barriga. Preciso aceitar meus outros pontos fortes.
3. Na verdade, eu poderia fazer mais amigos se eu não tentasse tanto ser perfeita. Colocar os padrões tão no alto pode desanimar as pessoas.

Agora que examinei as evidências, meu grau de crença no esquema é de: 30%

Idéias que tenho para modificar esse esquema:

1. Posso me esforçar para alcançar a excelência, mas ainda assim me aceitar quando não atinjo a perfeição.
2. Serei mais feliz e me sentirei mais aceita se eu for mais realista quanto a atingir minhas metas.

Atitudes que tomarei para mudar meu esquema e agir de uma maneira mais saudável:

1. Vou escrever uma lista das maneiras pelas quais não sou perfeita, mas que mesmo assim sou uma boa pessoa que merece ser aceita.
2. Vou tentar, intencionalmente, tirar a ênfase do perfeccionismo na academia através de:
   a) me permitir ter pelo menos dois dias de folga por semana e
   b) não contar ou gravar cada repetição de exercício na academia.
3. Reduzirei o perfeccionismo em meus hábitos de estudo através de:
   a) não registrar mais os minutos que passo em cada tarefa,
   b) parar de estudar por um tempo pelo menos três vezes por semana para fazer coisas divertidas (como ir ao cinema ou somente sair com os amigos) e
   c) mudar meu foco nos estudos e deixar de sempre pensar em tirar a nota perfeita e mudar para desfrutar a experiência de aprender.

FIGURA 8.3 • Formulário de trabalho para examinar as evidências de esquemas: exemplo de Allison.

de trabalho em branco para o exame de evidências de esquemas, de modo que você pode fazer cópias para utilizar com seus pacientes.

Relacionando as vantagens e desvantagens

Alguns esquemas desadaptativos são mantidos por anos porque têm ganhos. Embora possa estar carregado de efeitos negativos, o esquema também pode ter benefícios que induzem a pessoa a manter o modo de pensar e agir do mesmo jeito disfuncional. O esquema de Allison, "tenho de ser perfeita para ser aceita", é um bom exemplo desse tipo de crença nuclear. Seu impulso para o perfeccionismo fez dela uma pessoa extremamente triste, mas ela também teve sucessos importantes que se derivaram em parte de seu comportamento perfeccionista. Esses esquemas com dois lados são muito comuns, mesmo em pessoas sem qualquer sintoma psiquiátrico. Talvez você tenha algumas crenças que tragam tanto vantagens quanto desvantagens. Você consegue identificar algum desses esquemas em sua lista personalizada?

- **Exercício 8.5**: Encontrando esquemas com vantagens e desvantagens

  1. Examine sua lista personalizada de esquemas do Exercício 8.4.
  2. Identifique um esquema que pode ter lhe servido bem, mas que também pode ter um lado negativo. Talvez um esquema tenha lhe influenciado a trabalhar duro, mas também tenha provocado tensão ou cobrou um preço em sua vida social. Ninguém tem um conjunto completo de esquemas adaptativos, portanto, tente encontrar um que tenha produzido efeitos tanto positivos quanto negativos.
  3. Faça uma lista das vantagens e desvantagens para essa crença nuclear.

A aplicação clínica da técnica de fazer uma lista das vantagens e desvantagens consiste em muitas das mesmas etapas existentes no exame de evidências. Primeiro, você deve explicar rapidamente o procedimento, de modo que o paciente saberá qual o objetivo. Em seguida, faça uma série de perguntas dirigidas para o desenvolvimento de um registro escrito das vantagens e desvantagens. Depois, use essa análise para considerar as modificações que tornarão o esquema mais adaptativo e menos pesado. Finalmente, elabore e implemente uma tarefa de casa para praticar os novos comportamentos.

A comparação das vantagens e desvantagens de um esquema tem vários benefícios em potencial. É possível observar toda a gama de efeitos do esquema, e a exploração desses diferentes efeitos pode estimular idéias criativas para a mudança. Certamente, relacionar os efeitos deletérios do esquema pode ressaltar o lado negativo de manter a crença. Mas é igualmente importante conhecer as vantagens do esquema. É improvável que os pacientes abram mão de esquemas desadaptativos e comportamentos associados que lhes dão grande reforço positivo, a menos que essas vantagens também estejam presentes na crença modificada.

Quando tentamos gerar esquemas alternativos, geralmente sugerimos que os pacientes pensem em mudanças que eliminarão ou reduzirão substancialmente os efeitos negativos do esquema anterior, mas, ao mesmo tempo, mantenham pelo menos alguns dos benefícios deste. O esquema de Allison sobre o perfeccionismo era um alvo lógico para esse tipo de intervenção. A lista das vantagens e desvantagens trouxe várias boas idéias para revisões de sua crença nuclear (Figura 8.4).

O *continuum* cognitivo

Quando os esquemas são expressos em termos absolutos, os pacientes podem se ver sob uma ótica extremamente negativa (p. ex., "sou um fracasso", "não sou digna de amor", "sou um burro"). Se esse tipo de esquemas estiver presente, a técnica de *continuum* cognitivo pode ser utilizada para ajudar os pacientes a

Esquema que quero mudar: Tenho de ser perfeita para ser aceita.

Vantagens desse esquema:	**Desvantagens desse esquema**:
1. Sempre fui a melhor da classe na escola.	1. O perfeccionismo me exaure.
2. Mantive-me magra.	2. Tenho um transtorno alimentar.
3. Trabalhei muito duro para aprender a tocar violino e fui indicada para a orquestra do Estado.	3. O único jeito de me sentir feliz é se tudo estiver indo bem.
4. Muitos de meus colegas de classe me admiravam	4. Tentar ser perfeita me distancia das outras pessoas. Provavelmente elas não gostam muito de mim porque parece que estou tentando ser melhor do que elas.
5. Consegui uma bolsa de estudos para a faculdade.	5. Nunca estou realmente satisfeita comigo mesma. Acho que nunca sou boa o suficiente.
6. Nunca me envolvi em problemas, a não ser fazer tratamento psiquiátrico.	6. Não consigo relaxar e me divertir. Fico muito deprimida. Estou sempre tensa e geralmente infeliz.

Idéias que tenho para modificações desse esquema:

1. Posso escolher meus alvos para tentar dar o melhor de mim. Por exemplo, posso continuar a estudar muito e ter metas para uma carreira de sucesso. Mas posso relaxar em outras áreas de minha vida.
2. Posso desenvolver interesses e passatempos em que não tenha que ser a melhor e ainda assim gostar de fazer coisas.
3. Posso relaxar quando estiver com amigos e minha família e acreditar que eles vão me aceitar sem eu ter que realizar tantas coisas ou ser uma pessoa perfeita.
4. É mais provável que as pessoas me aceitem se eu tentar ser bem-sucedida, mas não preciso ultrapassar os limites na busca incansável por perfeição.

TABELA 8.4 • Formulário para listar as vantagens e as desvantagens: exemplo de Allison.

colocar suas crenças em um contexto mais amplo e moderar seu modo de pensar.

CASO CLÍNICO

Jake, um homem que se via como um fracassado, foi solicitado a construir uma escala de 0 a 100, para a qual 100 fosse igual ao maior fracasso de todos os tempos, 50 fosse igual a um grau moderado de fracasso e 0 representasse a ausência de fracasso durante a vida toda. Quando foi convidado pela primeira vez a se classificar, Jake colocou uma marca de cerca de 95 nessa escala. Pelo menos ele não se classificou como o maior fracasso de todos os tempos, mas provavelmente ele ainda estava exagerando o grau de suas decepções na vida. O terapeuta formulou as seguintes perguntas para ajudar o paciente a modificar sua crença:

Terapeuta: Você se classificou como 95 na escala de fracasso. Você consegue pensar em algum exemplo de pessoas que foram fracassos incríveis, pessoas que estragaram totalmente suas vidas de todas as maneiras imagináveis? Essas pessoas foram um fracasso total em tudo o que fizeram durante toda a vida.

Jake: Bem, é difícil pensar em alguém que tenha sido um fracasso total em tudo o que fez.

Terapeuta: Deve haver algum exemplo de fracassos realmente colossais – pessoas que ninguém vê algum valor.

Jake: Talvez uma pessoa que nunca tenha terminado nem mesmo o primeiro ano primário, que não fosse confiável para fazer as coisas do jeito certo, que mentisse o tempo todo e que desperdiçasse a vida toda usando drogas e bebendo. Perdesse a guarda dos filhos por ser agressivo com eles e com a mãe. Nem mesmo sua mãe poderia agüentá-lo e parasse de falar com ele com a idade de 12 anos (*Jake ria um pouco ao descrever essa pessoa hipotética*).

Terapeuta: Agora você está achando graça. Pode existir alguém pior que isso?

Jake: Sim, imagino que uma pessoa que faz coisas ruins de propósito e acaba sendo um fracasso. Li sobre alguns desses executivos gananciosos que enganaram suas empresas, gastaram dinheiro feito loucos e acabaram sendo pegos. Eles merecem ir para a cadeia.

Terapeuta: Aposto como você consegue pensar em mais alguns exemplos de pessoas que podem estar lá em cima na escala de fracasso, mas vamos dar uma olhada na outra ponta da escala. Você consegue pensar em alguém que nunca teve um fracasso? Alguém que teve tudo funcionando perfeitamente na vida? Alguém que nunca cometeu um erro ou teve uma decepção?

Jake: Acho que ninguém merece ser classificado como sendo perfeito, a menos que seja algum figurão como um presidente ou algo assim.

Terapeuta: Já que você mencionou o exemplo de um figurão ou presidente, você pode apontar algum defeito ou fracasso de algumas dessas pessoas?

Jake: Claro, eles são humanos como todo mundo. Lembro-me de ler sobre Winston Churchill. Ele foi um dos maiores líderes de todos os tempos, mas foi tirado do cargo e passou por uma depressão bastante forte. E o Bill Clinton? Ele teve seu problemas, não teve?

Terapeuta: Certo, acho que você está entendendo. Vamos dar uma olhada na escala novamente. Levando em consideração todos os sucessos que você teve na vida, e colocando na balança as experiências difíceis, como você se classificaria agora?

Jake: Tive alguns fracassos. Perder o emprego foi um grande fracasso e sempre achei que não era tão bom quanto a maioria dos meus amigos. Mas não sou tão ruim quanto alguém no topo da escala. Acho que me classificaria com 65.

Terapeuta: Como você gostaria de se ver?

Jake: Talvez em torno de 25 ou 35. É onde eu colocaria muitos de meus amigos.

Terapeuta: Podemos colocar isso como um dos objetivos de nossa terapia: desenvolver sua auto-estima ao ponto em que você acredite ter mais pontos fortes do que fracos?

Jake: Sim, eu gostaria de fazer isso.

Gerando alternativas

Os métodos para modificar as crenças nucleares (p. ex., questionamento socrático, exame de evidências e listar as vantagens e desvantagens) descritos neste capítulo geralmente estimulam os pacientes a considerar esquemas alternativos. Essas intervenções-chave podem ser ferramentas muito produtivas para ajudar os pacientes a considerar possíveis modificações em suas regras básicas no modo de pensar. Também é possível adaptar as técnicas para encontrar alternativas racionais para os pensamentos automáticos (ver Capítulo 5) em seu trabalho com as crenças nucleares. Por exemplo, pode-se estimular os pacientes a abrirem-se para um leque de possibilidades ao pensar como cientistas ou detetives – ou imaginar que são treinadores que estão desenvolvendo seus pontos fortes ao ajudar a identificar alternativas positivas, mas racionais. O método de *brainstorm* detalhado no Capítulo 5 pode ser especialmente útil para gerar alternativas a esquemas profundamente arraigados. Quando usamos essa técnica para examinar as crenças nucleares, pedimos aos pacientes para tentarem se afastar de seu antigo modo de pensar e considerar uma ampla gama de mudanças em potencial.

Uma outra maneira de ajudar os pacientes a gerarem alternativas é enfatizar a linguagem dos esquemas. Considere, por exemplo, o emprego de palavras nessas crenças nucleares: "sou inútil", "não sou bom em esportes" ou "sempre serei rejeitado". Ressaltar os termos absolutos dos esquemas e pedir aos pacientes para considerarem o uso de palavras menos extremas é uma maneira de gerar crenças mais saudáveis (p. ex., "passei por rejeições, mas alguns parentes e amigos ficaram do meu lado"). Também se pode ajudar os pacientes a descobrir afirmações do tipo *se-então* (p. ex., "se as pessoas realmente me conhecessem, elas saberiam que sou uma fraude", "se eu não satisfizer todas as exigências dele, ele vai me deixar", "se você se aproximar de alguém, essa pessoa vai magoá-lo") para serem modificadas. Educar as pessoas sobre a natureza restritiva

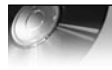
das crenças rígidas do tipo *se-então* pode prepará-las para desenvolver regras mais flexíveis (p. ex., "aproximar-se de uma pessoa implica em riscos, mas isso nem sempre significa que serei magoado"). Uma outra técnica que se pode considerar é pedir ao paciente para examinar as palavras empregadas em uma crença nuclear que pode ter algumas vantagens, mas que está tendo efeitos gerais prejudiciais. Talvez a mudança de apenas uma ou duas palavras ajude a pessoa a ajustar o equilíbrio do esquema para que seja mais adaptativo ou menos danoso (p. ex., revisando a afirmação "tenho de estar no controle" para "eu gosto de estar no controle").

Alguns pacientes podem utilizar de maneira produtiva o estudo, a auto-reflexão, as atividades culturais, cursos e outras experiências de crescimento para explorar possíveis mudanças nas crenças nucleares. As leituras podem incluir livros, filosóficos ou históricos, que desafiem o *status quo* de seu modo de pensar. Atividades espirituais, performances teatrais ou musicais, as artes visuais, a estimulação de leituras públicas ou aventuras ao ar livre podem criar oportunidades de ver a si mesmo e o mundo de maneiras diferentes. Experiências desse tipo podem ser especialmente úteis para pessoas que estão buscando um sentido ou um propósito mais profundo na vida. Alguns dos livros que nossos pacientes têm achado úteis são *Man's Search for Meaning* (1992), de Victor Frankl; *Full Catastrophe Living* (1990), de Jon Kabat-Zinn; *Love, Medicine and Miracles* (1990), de Bernie Siegel, e *The Art of Serenity* (2003), de T. Byrum Karasu.

Ensaio cognitivo e comportamental

As três palavras mais importantes para prever o sucesso na mudança de esquemas são *prática, prática* e *prática*. Como o *insight* apenas raramente é suficiente para reverter crenças nucleares arraigadas, será preciso elaborar estratégias para ajudar seus pacientes a testarem esquemas revisados em situações reais, aprenderem com suas conquistas e obstáculos e desenvolverem habilidades para agir de maneira diferente. Normalmente, o treinamento de possíveis modificações de esquemas começa nas sessões e depois se estende, por meio de tarefas de casa, para a vida cotidiana. Discutimos os métodos básicos para o ensaio cognitivo e comportamental nos Capítulos 5 e 6. Para refrescar sua memória sobre como realizar os métodos de ensaio e ilustrar a utilização dessa técnica para a modificação de esquemas, apresentamos um exemplo do tratamento de Ed pelo Dr. Thase.

Vinhetas de vídeo anteriores mostraram o Dr. Thase ajudando Ed a desenvolver alternativas a uma crença nuclear: "Sou cheio de defeitos". Na vinheta seguinte, ele trabalha com Ed para colocar em prática um esquema mais saudável. Embora Ed tenha identificado um ponto fraco em seu estilo de comunicação com sua filha, ele também é capaz de reconhecer que tem muitos pontos fortes como pai e a capacidade de aprender a ser um pai mais eficaz. Ed e o Dr. Thase identificam um problema específico na comunicação e depois exercitam maneiras de melhorar o relacionamento.



• **Vídeo 19**: Ensaiando um esquema modificado
Dr. Thase e Ed

Há muitas estratégias para treinar esquemas revisados. Como mostrado no vídeo 19, o Dr. Thase utilizou a geração de imagens mentais para ajudar Ed a criar idéias para a mudança. Outros métodos comumente usados incluem *role-play*, *brainstorm* e cartões de enfrentamento. A Tabela 8.5 traz algumas sugestões para ensaiar os esquemas modificados e planos comportamentais para implementar essas crenças.

TABELA 8.5 • Dicas para praticar novos esquemas

1. Desenvolva um plano por escrito para testar um esquema novo ou revisado. Esse plano deve relacionar a crença nuclear modificada, além de comportamentos específicos que serão empreendidos para colocar em prática o esquema revisado.
2. Utilize a geração de imagens mentais para ensaiar o plano em uma sessão. Identifique pensamentos automáticos, outros esquemas ou padrões disfuncionais de comportamento que possam interferir no plano para mudança.
3. Desenvolva estratégias de enfrentamento para superar obstáculos.
4. Anote o plano em um cartão de enfrentamento.
5. Desenvolva uma tarefa de casa para praticar a nova crença nuclear e os comportamentos adaptativos em uma situação específica da vida real.
6. Treine o paciente em como fazer da tarefa de casa uma experiência produtiva.
7. Examine o resultado da tarefa de casa na próxima sessão e faça ajustes no plano conforme necessário.
8. Mantenha em mente a estratégia de "praticar, praticar, praticar", enquanto continua ajudando o paciente a modificar esquemas. Escolha alvos múltiplos para aplicar os princípios para a modificação de esquemas.

TCC DIRECIONADA PARA O CRESCIMENTO

Embora os objetivos da modificação de esquemas concentrem-se mais comumente no alívio dos sintomas e na prevenção da recaída, a terapia também pode ser direcionada para outro plano: trabalhar com o significado pessoal e o crescimento. Mesmo quando os pacientes estão primordialmente interessados no alívio dos sintomas, pode ser útil procurar crenças nucleares que possam expandir seus potenciais para o crescimento pessoal ou ajudar a desenvolver uma plena sensação de sentido na vida. Eis algumas perguntas que se pode fazer para descobrir se os pacientes têm objetivos de direcionar a terapia para o crescimento pessoal: "Quando você superar a depressão, ainda terá outras coisas que gostaria de trabalhar na terapia?", "você tem outros objetivos para quando sua vida mudar, depois de se aposentar (ou quando seus filhos saírem de casa ou superar o divórcio, etc.)?", "você disse que quer parar de trabalhar demais... que objetivos você teria para sua vida, se não estivesse trabalhando a maior parte do tempo?".

Allison, a jovem com depressão e bulimia, estava tão fixada em sua busca por perfeição e em sua luta para manter o controle que deixava passar despercebidas muitas coisas significativas em seu mundo. Mas quando seus sintomas começaram a ceder, ela conseguiu ter uma perspectiva mais rica do caminho à frente. Crenças adaptativas que haviam ficado obscurecidas por seus esquemas disfuncionais podiam agora ser alimentadas e fortalecidas (p. ex., "sou uma boa amiga", "gostaria de fazer algo diferente – fazer alguma coisa em minha vida que ajudasse os outros", "adoro estar em contato com a natureza, apreciar as coisas ao meu redor").

O processo de construção de esquemas voltados para o crescimento às vezes pode envolver a exploração de um novo terreno. Talvez o paciente sempre tenha pensado que faltava algo em sua vida ou que sua vida não tinha propósito. Ou talvez uma perda importante tenha abalado seus valores e construtos centrais. Nessas situações, a TCC pode ser direcionada para ajudar a pessoa a lutar para vencer questões existenciais e tentar encontrar maneiras de ultrapassar a perda, liberar o potencial ou se comprometer com idéias novas. Em nosso livro escrito para o público geral, *Getting Your Life Back* (Wright e Basco, 2001), sugerimos várias maneiras práticas de buscar significado. Essas idéias, amplamente tiradas do trabalho de Victor Frankl (1992), podem ser passadas como exercícios de auto-

ajuda para pessoas interessadas em desenvolver seu sentido existencial ou em aprofundar seu compromisso com valores fundamentais.

Alguns autores de artigos e livros sobre a TCC direcionada para o crescimento utilizaram o termo *construtivismo* ou *terapia cognitiva construtivista* para descrever uma abordagem na qual o terapeuta ajuda o paciente a desenvolver esquemas adaptativos que *constroem* uma nova existência pessoal (Guidano e Liotti, 1985; Mahoney, 1995; Neimeyer, 1993). A expressão máxima da terapia cognitiva construtivista seria um processo de tratamento no qual uma pessoa é transformada para um nível mais alto de autenticidade e bem-estar pessoal. Em nossa experiência com a TCC, transformações dessa magnitude são raras. Contudo, quando as pessoas continuam a terapia para além do estágio de alívio dos sintomas e trabalham para a conquista dos objetivos existenciais, o resultado pode ser muito gratificante tanto para o paciente quanto para o terapeuta.

Uma descrição completa dos métodos da TCC para a terapia cognitiva construtivista e para a terapia direcionada para o crescimento está além do escopo deste texto básico. Mas recomendamos considerar as dimensões de crescimento pessoal e significado para desenvolver formulações de tratamento e dedicar pelo menos uma parte do trabalho da terapia em ajudar os pacientes a encontrarem crenças nucleares adaptativas que possam orientá-los para o futuro.

- **Exercício 8.6**:
  Modificando esquemas

  1. Utilize um exercício de *role-play* com um colaborador para examinar as evidências de um esquema e ponderar suas vantagens e desvantagens.
  2. Em seguida, utilize as técnicas para gerar alternativas descritas neste capítulo.
  3. Trabalhe em um plano para colocar em prática um esquema modificado. Inclua detalhes de como a pessoa pensará e agirá de maneira diferente.
  4. Depois, implemente esses métodos para mudar esquemas em seu trabalho com os pacientes.
  5. Evoque pelo menos um esquema adaptativo voltado para o crescimento de um paciente e desenvolva um plano para colocar essa crença em prática.

RESUMO

Mudar crenças nucleares pode ser uma tarefa desafiadora. No entanto, o trabalho terapêutico para modificar esquemas pode levar a aquisições importantes em auto-estima e efetividade comportamental. Como esquemas são regras básicas para o modo de pensar profundamente arraigadas, o terapeuta pode precisar engenhosidade e persistência para trazê-las à superfície. Alguns dos métodos mais comumente usados para descobrir crenças nucleares são questionamento socrático, identificação de esquemas em padrões de pensamentos automáticos e a técnica da seta descendente. Manter uma lista por escrito de esquemas pode ajudar o terapeuta e o paciente a permanecerem focados no processo de mudança.

Para diminuir a rigidez dos esquemas desadaptativos, os métodos da TCC estimulam os pacientes a se distanciarem de suas crenças nucleares e verificarem sua exatidão. Técnicas como o exame de evidências e listar vantagens e desvantagens podem promover uma perspectiva mais ampla e estimular o desenvolvimento de novos esquemas. Quando são geradas possíveis modificações das crenças nucleares nas sessões ou nas tarefas de casa, um plano específico deve ser elaborado para testar o esquema em situações reais. Normalmente, é necessária a prática repetida para consolidar os esquemas modificados e substituir as regras desadaptativas mais antigas do modo de pensar. Para alguns pacientes, uma fase voltada para o crescimento da TCC pode ajudá-los a trabalhar nas crenças nucleares adaptativas que dão profundidade ao seu autoconceito e aumentam sua sensação de bem-estar.

REFERÊNCIAS

Beck AT: Demonstration of ilie Cognitive Therapy of Depression: Interview #1 (patient Wiili a Family Problem) (videotape). Bala Cynwyd, PA, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1977.

Beck AT, Freeman A: Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford, 1990.

Beck AT, Brown G, Steer RA, et al: Factor analysis of the Dysfunctional Attitudes Scale in a clinical population. Psychol Assess 3:478-483, 1991.

Clark DA, Beck AT, Alford BA: Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. New York, Wiley, 1999.

Evans MD, Hollon SD, DeRubeis RJ, et al: Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Arch Gen Psychiatry 49:802-808, 1992.

Frankl YE: Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy. Boston, MA, Beacon Press, 1992.

Greenberger D, Padesky CA: Mind Over Mood: Change How You Feel by Changing the Way You Think. New York, Guilford, 1996.

Guidano VF, Liotti G: A constructivist foundation for cognitive ilierapy, in Cognition and Psychotherapy. Edited by Mahoney MJ, Freeman A. New York, Plenum, 1985, p. 101-142.

Jarrett RB, Kraft D, Doyle J, et al: Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuation phase: a randomized clinical trial. Arch Gen Psychiatry 58:381-388, 2001.

Kabat-Zinn J: Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York, Hyperion, 1990.

Karasu TB: The Art of Serenity: The Paili to a Joyful Life in the Best and Worst of Times. New York, Simon & Schuster, 2003.

Linehan MM: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford, 1993.

Mahoney MJ (ed): Cognitive and Constructive Psychotherapies: Theory, Research, and Practice. New York, Springer, 1995.

Neimeyer RA: Constructivism and the cognitive psychotherapies: some conceptual and strategic contrasts. Journal of Cognitive Psychotherapy 7: 159-171, 1993.

Siegel Bs: Love, Medicine, and Miracles: Lessons Learned About Self-Healing From a Surgeon's Experience With Exceptional Patients. New York, Harper-Perennial, 1990.

Wright JH, Basco MR: Getting Your Life Back: The Complete Guide to Recovery From Depression. New York. Free Press. 2001.

Wright JH, Wright AS, Beck AT: Good Days Ahead: The Multimedia Program for Cognitive Therapy. Louisville, KY, Mindstreet, 2004.

Wright JH, Wright AS, Albano AM, et al: Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. Am J Psychiatry 162:1158-1164, 2005.

Young JE, Brown G: Young Schema Questionnaire: Special Edition. New York, Schema Therapy Institute, 2001.

Young JE, Klosko JS, Weishaar ME: Schema Therapy: A Practitioner's Guide. New York, Guilford, 2003.

9

Problemas e dificuldades comuns

Aprendendo com os desafios da terapia

Uma das vantagens das abordagens terapêuticas apresentadas neste livro é que sua implementação é bastante simples. No entanto, complicações no meio do caminho podem impedir que o terapeuta faça as intervenções como pretendido. No Capítulo 2, apresentamos detalhes sobre maneiras de lidar com problemas no relacionamento terapêutico (p. ex., transferência e contratransferência). Neste capítulo, descrevemos mais alguns desafios comuns que podem ser encontrados no trabalho com a terapia cognitivo-comportamental (TCC), sugerimos estratégias para prevenir cada problema e apresentamos métodos para reagir quando ocorrerem dificuldades. Essas soluções possíveis são apenas algumas das muitas maneiras pelas quais os terapeutas cognitivo-comportamentais podem superar os obstáculos ao tratamento. Incentivamos o terapeuta a ser criativo e testar algumas de suas próprias idéias para enfrentar os problemas e as dificuldades do tratamento.

NÃO-REALIZAÇÃO DAS TAREFAS DE CASA

Podem haver muitas razões para os pacientes não realizarem as tarefas de casa. As possibilidades incluem:

1. problemas com a técnica do terapeuta (p. ex., não preparar bem o paciente para a tarefa, sugerir uma tarefa que seja desafiadora demais, fácil demais ou que não seja útil);
2. fatores do paciente, como esquecimento, pouca energia, falta de motivação, dificuldade de concentração ou atitudes negativas em relação às tarefas de casa.

Há várias coisas que você pode fazer para evitar problemas com a tarefa de casa ou para lidar de maneira eficaz quando a tarefa de casa não é concluída como planejado.

Prevenção

1. *Solicite a contribuição do paciente ao elaborar a tarefa.* Existem algumas tarefas de casa padronizadas (p. ex., ler os princípios básicos, preencher registros de pensamento) que são aplicadas a maioria dos pacientes. Mas muitas tarefas de casa podem ser personalizadas para atender as necessidades individuais. Quando contribuem para a elaboração da tarefa de casa, é mais provável que os pacientes a realizem. As tarefas específicas devem ser sugeridas pelo paciente, sempre que possível. O terapeuta deve ajudar a moldá-las de modo a maximizar suas chances de sucesso.
2. *Ensaie a tarefa antes.* Se você demonstrar como realizar a tarefa praticando pelo menos parte dela na sessão, é mais provável que o paciente entenda o método e seja capaz de implementá-lo entre as sessões. Também pode ser útil empregar o ensaio

cognitivo e comportamental a fim de ajudar a preparar o paciente para implementar um método de auto-ajuda em situações reais. Alguns exemplos de tarefas que podem ser ensaiados primeiro na sessão são:

a) usar um cartão de enfrentamento para colocar em prática uma estratégia de solução de problemas;
b) preencher um formulário para examinar as evidências e modificar pensamentos automáticos ou esquemas;
c) seguir um plano comportamental para aumentar as atividades prazerosas.

3. *Sempre revise a tarefa prescrita.* Ao revisar e discutir a tarefa, você comunica que a tarefa é importante. Mas se você não perguntar ao paciente sobre a tarefa de casa passada anteriormente, você pode dar a mensagem de que ela não é suficientemente útil para ocupar tempo da terapia e, portanto, não vale o esforço do paciente. Um problema comum é se envolver na discussão de informações novas e acabar esquecendo de revisar a tarefa da sessão anterior. Para evitar esse erro, anote a revisão de tarefa de casa na programação de cada sessão (agenda).
4. *Tenha cuidado quanto ao termo "tarefa de casa".* A maioria dos pacientes adultos não tem reações negativas à expressão "tarefa de casa". Eles entendem que você está sugerindo exercícios práticos que têm probabilidade de ajudá-los a lidar melhor com seus problemas. Mas pode ser útil empregar termos alternativos para a tarefa de casa ao tratar pacientes em idade escolar ou que têm uma visão negativa de suas experiências escolares. Se necessário, você pode chamar a tarefa de exercício ou experimento de auto-ajuda. Ou pode simplesmente perguntar aos pacientes como eles gostariam de praticar o que aprenderam na sessão no intervalo de tempo entre as sessões: "Agora que você sabe como reconhecer os pensamentos automáticos, como você poderia aplicar essa habilidade esta semana, se acontecerem coisas desagradáveis?" "Como você gostaria de aplicar o programa de atividades na sua vida diária?" "Que situações você prevê que poderia utilizar os cartões de enfrentamento?".

Recuperação

1. *Avalie a aceitação e a utilidade da tarefa.* Às vezes a tarefa ou exercício pode parecer uma boa idéia durante a sessão, mas se tornar impraticável ou desnecessária depois de o paciente ter tido tempo de pensar nela. Se o paciente disser que não fez a tarefa, pergunte se ainda vale a pena fazer. Se o paciente disser que sim, revise o plano para torná-la mais aceitável ou útil. Se não for mais necessária, deixe para trás e parta para outra coisa.
2. *Conclua a tarefa que faltou durante a sessão.* Se a tarefa previamente passada for algo que pode ser concluído durante uma sessão, tome algum tempo para trabalhar nela antes de desenvolver qualquer nova tarefa. Às vezes, tudo o que é preciso é que o terapeuta ajude o paciente a começar a tarefa:

> José queria se candidatar a um emprego e precisava escrever uma carta de apresentação para acompanhar seu currículo. Ele aceitou fazer isso como tarefa, mas, quando chegou em casa, descobriu que não tinha a menor idéia de como começar. Durante sua próxima sessão de terapia, José e seu terapeuta fizeram um *brainstorm* do que dizer na carta. Com essa informação em mãos, José conseguiu escrever sozinho a carta de apresentação antes da sessão seguinte.

3. *Avalie os pensamentos negativos sobre a tarefa que é feita em casa.* O modo negativo de pensar decorrente da ansiedade, depressão e outros transtornos pode interferir na conclusão da tarefa. Por exemplo, se o paciente se sentir desesperançado, ele pode estar muito desanimado para agir. Se a tarefa for um exercício de exposição,

pensamentos catastróficos podem levar à evitação de assumir riscos. Exemplos de pensamentos desadaptativos sobre a tarefa de casa incluem "nunca fui bom na escola... não consigo fazer isso", "tenho que fazer a tarefa de casa perfeitamente, senão não faço nada", "não consigo fazer nada direito... então, por que tentar?". Ao identificar reações desse tipo à tarefa de casa, você pode trabalhar para modificar as cognições com registros de pensamentos, exame de evidências ou outros métodos da TCC. Peça ao paciente para anotar a conclusão desses exercícios para que possa ser revisado, se os pensamentos negativos retornarem.

4. *Use a não-realização da tarefa de casa como uma oportunidade de aprendizado.* Os motivos para não realizar a tarefa de casa geralmente podem dar boas oportunidades para intervenções de TCC. Por exemplo, o paciente pode relatar que problemas como pouca energia, falta de confiança, procrastinação, dificuldade para organizar a programação diária ou ficar confuso com estressores podem ter interferido na realização da tarefa. Em cada caso, o terapeuta pode ajudar o paciente a identificar e modificar a patologia cognitivo-comportamental que debilita sua capacidade de realizar a tarefa de casa. O benefício de utilizar a não-realização da tarefa de casa como um foco para as intervenções de terapia é duplo:
   a) a adesão à tarefa de casa pode ser melhorada;
   b) as habilidades básicas da TCC podem ser praticadas e aperfeiçoadas.

DIFICULDADE EM EVOCAR PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Alguns pacientes podem fazer relatos telegráficos de eventos ou podem ter dificuldade de verbalizar pensamentos automáticos específicos. Nesses casos, os terapeutas poderiam se sentir compelidos a ajudar os pacientes a trazer à tona os detalhes de uma história, completando suas frases e fazendo suposições sobre o que eles estão pensando ou sentindo. Essa estratégia normalmente é um erro. O clínico pode não detectar cognições importantes e os pacientes podem sentir que foram mal-entendidos, se o terapeuta adivinhar incorretamente.

Prevenção

1. *Deixe o paciente contar a história sobre um evento que o aborreceu.* Preste atenção nos pensamentos automáticos, parafraseie para ter certeza de que os ouviu corretamente e peça ao paciente para escrever as cognições em um registro de pensamentos. A menos que o paciente seja um contador de histórias prolixo, deixe-o explicar os eventos completamente antes de lhe pedir para identificar pensamentos automáticos específicos. Se ele tiver problemas para verbalizar seus pensamentos automáticos, peça-lhe para visualizar o evento e descrever o que vê.
2. *Explore os significados dos eventos.* Quando o paciente não souber o que o incomoda em uma situação, pergunte o que tinha o evento que mexeu com fortes sentimentos. "O que tinha o tom de voz dela que o fez ficar com tanta raiva? O que foi tão irritante nessa experiência?". Se a resposta for "não sei", dê tempo ao paciente para pensar sobre isso. Depois, tente ajudá-lo a entender o significado do evento. O valor de perguntar os significados dos eventos está ilustrado no próximo exemplo:

> Trisha ficou com muita raiva quando seu pai entrou em sua garagem e a ajudou com as estantes que ela estava se esforçando para montar. A única coisa que ele lhe disse foi: "Espere, deixe que eu faço". Mesmo assim ela se pegou ardendo de raiva. A princípio, não fazia sentido para Trisha por que um ato de gentileza a deixaria enraivecida. Mas, quando pensou no que as palavras dele significavam para

ela, Trisha conseguiu identificar alguns pensamentos negativos intensos sobre a situação. "Ele acha que sou burra demais para fazer sozinha. Meus pais fizeram as coisas por mim a vida toda e eu sempre permiti. Eles acham que eu não sou capaz de resolver as coisas sozinha. Quero ser independente, mas, sempre que eu tento, eles acabam interferindo para me ajudar. Talvez eu seja uma incompetente."

3. *Tente identificar as cognições "quentes".* Como observado no Capítulo 5, emoções intensas geralmente indicam que emergiram pensamentos automáticos significativos. Portanto, devem-se fazer perguntas aos pacientes que estimulem a emoção. A geração de imagens mentais pode ser utilizada se o paciente tiver dificuldade em recordar situações associadas aos pensamentos automáticos ou para uma estimulação emocional significativa.
4. *Pergunte sobre as atitudes do paciente durante o evento que o aborreceu.* Trabalhe retroativamente do comportamento para as cognições, indagando qual seria uma atitude razoável ou quais alternativas poderiam ter sido consideradas. Por exemplo, se o paciente não teve nenhuma ação, pergunte: "Se você pudesse retornar no tempo, que atitude gostaria de ter tomado? O que tinha o evento que não deixou você agir assim?".

Recuperação

1. *Evite fazer perguntas que induzem a resposta (i.e., sim ou não, múltipla escolha).* Quando os pacientes têm dificuldade para produzir pensamentos automáticos, pode ser tentador começar a fazer perguntas que induzem a resposta. Por exemplo, pode-se perguntar: "Isso a deixou com raiva? Você estava se sentindo para baixo em relação a isso? Foi por que você se sentiu rejeitada?". Se você se pegar fazendo esse tipo de perguntas, reformule-as para um estilo aberto: "Que pensamentos foram suscitados por esse evento? Como você se sente a respeito de si mesma? O que você pensou sobre as outras pessoas na situação?".
2. *Permaneça em um tópico, se ele for importante.* Não desista prematuramente se um paciente tiver problemas para identificar pensamentos automáticos. Às vezes, um pouco mais de esforço ou uma abordagem diferente permitirá trazer à tona fluxos importantes de cognições. A geração de imagens mentais ou o *role-play* pode ajudar os pacientes a mergulharem em imagens e recordarem pensamentos automáticos proeminentes. Além disso, as tarefas de casa para enfrentar situações problemáticas podem revelar pensamentos automáticos que podem não estar aparentes durante as sessões de terapia.
3. *Registre pensamentos o mais próximo possível de um evento estressante.* Às vezes, os pacientes dirão que parece que eles não têm nenhum pensamento antes de emoções dolorosas; eles simplesmente têm, de repente, um ataque de pânico, alguma outra forma de ansiedade ou um surto de tristeza. Como pode ser muito difícil para esses pacientes lembrar de qualquer pensamento depois de passados vários dias do episódio, geralmente é útil desenvolver um exercício para identificar imediatamente as cognições que estão ocorrendo durante um ataque de pânico ou outro surto emocional, e anotar em um papel ou gravar em uma fita de áudio. Depois, os pensamentos automáticos podem ser trazidos para a próxima sessão para exame e análise.
4. *Utilize um inventário ou outras formas auxiliares de tratamento.* Se outros métodos não ajudarem na identificação de pensamentos automáticos, considere utilizar um inventário, como, por exemplo, o Questionário de Pensamentos Automáticos (Hollon e Kendall, 1980) ou a pequena lista de pensamentos automáticos fornecida no Capítulo 5. Também pode ser acon-

selhável sugerir livros de auto-ajuda ou métodos computadorizados de identificação de pensamentos automáticos (Wright et al., 2004). *Checklists*, leituras e TCC via computador podem fornecer alternativas valiosas para reconhecer pensamentos automáticos.

5. *Revise a lista de metas.* Depois de o paciente já estar dominando os métodos para controlar pensamentos automáticos negativos e os sintomas apresentados já terem melhorado, pode ser que o paciente deixe de ser invadido por pensamentos negativos em resposta a eventos estressantes. Quando se descobre que há pouco ou nenhum pensamento negativo para discutir nas sessões, há uma boa chance de o paciente estar fazendo um progresso substancial. Pode ser hora de trabalhar em outras metas do tratamento. Revise a lista inicial de metas do paciente e avalie o progresso geral. Modifique as metas conforme necessário, de modo a refletir as melhoras. Também pode ser bom considerar a discussão do término do tratamento e determinar quantas sessões mais podem ser necessárias para atingir as metas da terapia.

PACIENTES EXCESSIVAMENTE VERBAIS

Alguns pacientes podem querer utilizar a maior parte da sessão contando histórias detalhadas ou enroladas sobre eventos estressantes, em vez de desenvolver estratégias para lidar com problemas específicos. Essa tendência pode ser especialmente comum entre indivíduos que tiveram experiências anteriores com terapia não-dirigida e foram estimulados a falar livremente de uma maneira não-estruturada. Outros pacientes podem ter uma inclinação natural a ser muito falantes. Embora a livre expressão de pensamentos e sentimentos seja, de modo geral, um ponto forte para a participação em terapia, há ocasiões em que o terapeuta precisa ajudar o paciente a canalizar suas conversas para obter total benefício dos métodos da TCC.

Prevenção

1. *Familiarize o paciente com a TCC.* Durante a primeira sessão, explique a natureza colaborativa da TCC. Pergunte ao paciente sobre suas experiências anteriores com terapia e fale sobre a abordagem orientada para o problema da TCC. Peça permissão para interromper o paciente de vez em quando, se aparecer uma oportunidade de refinar o foco da terapia ou ensinar uma nova habilidade.
2. *Fale de seu próprio desconforto em interromper os pacientes.* O treinamento anterior em terapia de apoio, não-dirigida ou psicodinâmica pode tornar difícil para alguns terapeutas assumir um papel ativo na interrupção de pacientes e redirecioná-los ao fluxo da conversa. Além disso, alguns terapeutas podem ter traços de personalidade ou experiências anteriores que fazem com que eles hesitem ao interromper os outros. Se achar que tem dificuldade em pedir aos pacientes para serem mais focados em suas conversas, discuta essa questão com um supervisor e treine maneiras educadas de interromper. Por exemplo, você pode dizer: "Você se importa se eu lhe interromper? Você acabou de dizer algo realmente importante e quero saber mais sobre isso". Se o paciente mudar de assunto antes de você ter a chance de intervir, interrompa, dizendo: "Antes de você continuar a contar sobre sua irmã, será que poderíamos falar um pouco mais sobre a ultima coisa? Você disse algo que realmente chamou minha atenção e acho que sei como posso ajudar". A maioria dos pacientes cooperará e permitirá que você fale ou, pelo menos, ficará curiosa a respeito do que você ia sugerir. Se o paciente cortar e mudar de assunto novamente antes de você terminar, interrompa, dizendo: "Quero ouvir mais sobre isso, mas acho que seria melhor se terminássemos o que começamos, antes de seguir para um novo tópico".
3. *Ensine o paciente a fazer breves resumos dos eventos.* Durante as primeiras sessões da

TCC, tente mostrar aos pacientes como resumos sucintos podem ser eficientes para absorver os pontos-chave de uma história que estão contando ou de uma intervenção terapêutica. Dê o modelo, fazendo você mesmo breves resumos de forma a captar a essência de uma comunicação em poucas frases. Em seguida, peça ao paciente para fazer o mesmo.

Recuperação

1. *Faça um balanço entre a estrutura da sessão com as discussões abertas.* Quando o paciente rotineiramente fala durante a maior parte da sessão sobre as situações que aconteceram com ele, pode sobrar pouco tempo para as intervenções. Pare e explique novamente o processo interativo da TCC e como você gostaria de ensinar ao paciente novas habilidades para abordar problemas recorrentes. Se o paciente for um contador nato de histórias e se sentir frustrado pelo caráter estruturado da TCC, separe um tempo para a troca de idéias. Nesses casos, é melhor que a maior parte da sessão seja dedicada a trabalhar com itens específicos da agenda e separar algum tempo para o paciente relatar o que aconteceu desde a última consulta. Para estimular a cooperação do paciente em tal estruturação das sessões, você pode dizer algo como "você é ótimo para contar suas experiências. Gosto de saber sobre as pessoas que fazem parte de sua vida e sobre os problemas que você enfrenta. Mas descobri que acabo sabendo de todos os detalhes da história e não sobra muito tempo para lhe ensinar alguma coisa nova. A sessão acaba antes de termos a chance de treinar maneiras de lidar com seus problemas. O que eu gostaria de sugerir é que nós dois façamos uma interação melhor, separando tempo suficiente para o trabalho da TCC. O que você acha?".
2. *Em vez de desestimular o paciente a se expressar, tente focar.* Alguns pacientes dirão que precisam somente falar e não desejam ser interrompidos ou redirecionados. O paciente pode gostar de ter alguém para falar sobre as situações de sua vida ou talvez tenha passado por experiências terapêuticas positivas no passado nas quais foi estimulado a expressar livremente seus sentimentos. Um método para focar essa livre associação é usar o registro de pensamentos automáticos durante a sessão. Enquanto o paciente descreve uma situação de sua vida, preencha um RPD e compartilhe o que você escreveu. Em seguida, ensine o paciente a usar a técnica de registro de pensamentos para identificar pensamentos automáticos e emoções importantes que são gerados durante a livre associação.

PACIENTES QUE FICAM PRESOS A UM PADRÃO COMPORTAMENTAL

Alguns comportamentos são difíceis de modificar, especialmente se forem hábitos que estejam presentes há anos. Além disso, sintomas de depressão e de ansiedade podem interferir e tornar difícil agir de maneira diferente. As seguintes sugestões práticas podem ajudar os pacientes a reverterem padrões problemáticos de comportamento.

Prevenção

1. *Discuta como os sintomas atuais do paciente poderiam interferir em seus planos de mudança de comportamento.* Se o paciente tiver depressão, há uma boa chance de que a pouca energia e a baixa motivação – sintomas marcantes de depressão – possam impedi-lo de concluir tarefas. Se a ansiedade for o problema, o indivíduo pode estar com medo demais de se envolver em atividades de exposição. Se a questão for atenção limitada, ele pode não conseguir concluir tarefas longas de leitura. Esteja ciente de que forma os sintomas podem interferir no tratamento e elabore uma estratégia de trabalho contando com isso.

2. *Utilize os pontos fortes do paciente ao elaborar intervenções.* Identifique interesses, hábitos positivos, relacionamentos ou outros recursos que possam ser utilizados para mudar um padrão arraigado de comportamento. As crenças espirituais do paciente, sua atenção aos detalhes ou seu senso de humor poderiam ajudá-lo a enxergar as coisas de um modo diferente e a se manter em um novo plano? Muitas pessoas acham que se exercitar ou estudar com um amigo pode ser uma maneira de superar a procrastinação.
3. *Preveja os problemas que o paciente pode ter ao abandonar velhos hábitos.* Antecipe os fatores que poderiam interferir na tomada de ação do paciente. Por exemplo, se o paciente assistir à televisão em vez de se ocupar com as tarefas, leve isso em consideração para o plano de ação. Talvez o comportamento que o paciente queira modificar deva ocorrer antes da televisão ser ligada de manhã. Ou pode ser necessário negociar um contrato comportamental para limitar o tempo passado em frente à televisão.
4. *Evoque e modifique cognições que estejam promovendo a procrastinação, evitação ou desamparo.* Alguns pacientes podem ter pensamentos automáticos ou esquemas subjacentes que fazem parte do problema. Uma jovem que um de nós tratou era uma procrastinadora crônica. Ela tinha problemas para concluir tarefas da escola, cumprir seus compromissos e se manter nos planos. Uma parte importante de sua terapia foi trabalhar com a crença nuclear que estava impulsionando sua procrastinação: "Se eu realmente tentar, vou fracassar. Então, ficarei exposta como a derrotada que realmente sou".
5. *Estimule o automonitoramento*. Bons planos para superar a procrastinação geralmente incluem o trabalho de registrar os comportamentos que o paciente está tentando modificar. O registro de informações pode reforçar o movimento positivo, mostrar ao paciente onde ele está tendo problemas em seguir o plano e proporcionar excelente material para discussão nas sessões. Exemplos de registros podem incluir diários alimentares, registros de exercícios físicos completados (p. ex., tempo que passou se exercitando, calorias gastas, tipos de exercícios) ou anotações sobre os esforços feitos tentando encontrar um novo emprego.
6. *Utilize uma abordagem gradual*. Como discutido no Capítulo 6, tarefas difíceis freqüentemente podem ser divididas em pequenos passos. Se adquirir experiência e confiança em partes menos complexas da tarefa, o paciente poderá então ser capaz de progredir gradualmente e atingir a meta comportamental geral.

Recuperação

1. *Tente novamente.* É difícil mudar velhos hábitos. Pergunte ao paciente se a mudança de comportamento pretendida ainda é uma prioridade. Se ele disser que sim, peça-lhe que tente implementar a mudança novamente. Escolha um horário e um local para a ação que tenham a maior probabilidade de sucesso. Chegue a um acordo para que ele tente o exercício comportamental mais de uma vez antes da próxima sessão.
2. *Utilize o ensaio cognitivo.* Antes de o paciente fazer outra tentativa, peça-lhe que imagine se envolvendo no novo comportamento e que descreva, passo a passo, o que ele fará. Preste atenção nos possíveis obstáculos ao longo do caminho e ajude a prepará-lo para superar qualquer barreira que possa interferir no progresso.
3. *Avalie as vantagens e desvantagens de modificar o padrão de comportamento.* Crie uma grade com duas colunas, uma chamada "vantagens" e a outra, "desvantagens". Coloque em uma linha o padrão de comportamento a ser trabalhado (p. ex., "procrastinação") e a outra linha indicando a ação alternativa (p. ex., "agir"). Em se-

guida, peça ao paciente para identificar as vantagens e a desvantagens mais importantes de cada opção. Encontre uma estratégia comportamental que permita ao paciente reter algumas vantagens do mau hábito, ao mesmo tempo em que adquire as principais vantagens do bom hábito. A Figura 9.1 traz um exemplo da avaliação de um paciente sobre as vantagens e desvantagens da procrastinação.

PROGRESSO PERDIDO PELO ESTRESSE AMBIENTAL

É muito comum que os pacientes com doenças psiquiátricas tenham estressores psicossociais substanciais em suas vidas, como conflito familiar, dificuldades financeiras, problemas escolares, questões jurídicas, divórcio e transtornos médicos sérios. Seu trabalho pode acabar sendo desviado quando o foco da terapia tem de se voltar para o controle de crises e se distanciar do treinamento de habilidades. Se houver muitas fontes de estresse na vida do paciente, é fácil se ver envolvido em discussões sobre esses tópicos e não ter tempo para abordar diretamente os sintomas que trouxeram a pessoa para o tratamento.

Prevenção

1. *Tente não mergulhar na complexidade dos problemas do paciente.* Monitore seus próprios pensamentos automáticos sobre sua capacidade de ajudar o paciente. Use as habilidades que você está ensinando ao paciente para controlar seu próprio modo negativo de pensar. Se ficar desanimado por causa da complexidade da vida do paciente ou estiver tendo pensamentos de desesperança, isso se refletirá em sua conduta e afetará sua capacidade de ajudá-lo a resolver seus muitos problemas.
2. *Escolha um problema por vez.* Mesmo que isso signifique que outros problemas ou sintomas importantes precisem ser temporariamente deixados de lado, normalmente é melhor se manter firme em uma linha de investigação focada até que se possam ver resultados. Tente se manter focado em um problema em vez de dar pouca atenção a várias questões e não resolver nenhuma. Se aprender a aplicar os

	Vantagens	Desvantagens
Procrastinação	Menos estresse. Não tenho que lidar com a questão. É mais fácil. Não tenho que fracassar. Posso usar meu tempo para coisas mais agradáveis.	Fico estressado por causa das coisas que tenho que fazer. Minha casa e meu escritório estão uma bagunça. A imagem que todo mundo tem de mim é de um derrotado. Não me dou bem com pessoas que trabalham juntas. Odeio-me por fazer isso.
Ação	Posso conseguir realizar as coisas. Vou me sentir melhor a respeito de mim mesmo. Posso parar de me preocupar com as coisas que eu costumava evitar. Minha família se orgulharia de mim.	Tem muitas coisas a serem feitas. Não vou conseguir lidar com tudo isso. Vai ser estressante e desagradável.

FIGURA 9.1 • Avaliação de um paciente sobre as vantagens e desvantagens da procrastinação.

métodos da TCC no enfrentamento de um problema significativo, o paciente poderá então aplicar essas habilidades com outras questões e preocupações.

3. *Ensine habilidades de solução de problemas.* Problemas como negligenciar o pagamento de contas ou não conseguir controlar hábitos alimentares não-saudáveis podem se acumular com o tempo quando uma pessoa está muito doente ou muito angustiada para abordá-los. Como os sintomas da depressão e ansiedade podem incluir o pessimismo em relação ao futuro e a capacidade da pessoa de lidar com os problemas, os pacientes podem convencer a si mesmos de desistir de assumir o controle de sua situação antes mesmo de tentar. Uma queixa comum é "eu não sei por onde começar". Como discutido no Capítulo 6, você pode ajudar os pacientes a agirem ensinando-lhes métodos de solução de problemas, como a priorização de dificuldades, o estabelecimento de metas eficazes e a organização da programação diária.

Recuperação

1. *Reorganize-se.* Se você ficou sobrecarregado ou perplexo pela complexidade dos problemas do paciente durante uma sessão, você pode se reorganizar resumindo oralmente os desafios enfrentados pelo paciente, ajudando-o a priorizar os problemas na lista e selecionar um único foco para uma intervenção.
2. *Reúna reforços.* Terapeutas podem se sentir sobrecarregados pelo escopo dos problemas psicossociais de alguns pacientes, especialmente se acreditarem que têm a responsabilidade primordial de resolver as dificuldades deles. Descubra quem poderia estar disponível para auxiliar o paciente na resolução dos problemas psicossociais. Quando se sentem sobrecarregados pelo estresse, os pacientes podem esquecer que outras pessoas poderiam ajudar, se soubessem como. Trabalhe nos pensamentos automáticos negativos do paciente sobre pedir auxílio e ensaie como abordar os outros para obter ajuda.
3. *Use o passado como guia.* Descubra as estratégias que o paciente usou no passado para lidar com o estresse. Há uma boa chance de ele ter atravessado momentos difíceis antes e encontrado uma saída. Se a pessoa conseguir lembrar dos esforços no passado para resolver problemas, mas carece de autoconfiança para tomar atitudes semelhantes agora, tente mudar os seus pensamentos automáticos negativos gerando evidências a favor e contra a capacidade de utilizar suas habilidades para lidar com novos problemas.

CANSAÇO OU ESGOTAMENTO DO TERAPEUTA

Psicoterapia é um trabalho difícil. Pode ser mentalmente desgastante e emocionalmente estressante para todos os terapeutas, independentemente da experiência. Quando se é novato na área e não se está totalmente confortável com os métodos ou confiante na própria habilidade, há possibilidade de se sentir frustrado com pacientes que não estejam progredindo. Isso pode causar um sentimento temporário de esgotamento e fazer com que se queira desistir dos pacientes ou até mesmo desistir de ser terapeuta. Se você conseguir perseverar durante o processo de treinamento até ter aprimorado suas habilidades e adquirido confiança, o sentimento temporário de esgotamento provavelmente se dissipará. No entanto, pela natureza mentalmente intensa da psicoterapia, os terapeutas podem ficar periodicamente muito cansados por causa de seu trabalho. Há várias coisas que podem ser feitas para prevenir ou limitar o sentimento de cansaço ou esgotamento. A seguir, estão listados alguns exemplos.

Prevenção

1. *Cuide de suas necessidades básicas.* Terapeutas muito ocupados que estão acostu-

mados a trabalhar duro podem se focar no trabalho de forma tão inflexível que negligenciam suas próprias necessidades diárias. Os sinais indicadores desse problema incluem se atrasar de manhã e não ter tempo para o café da manhã, marcar muitos horários ou se atrasar entre as sessões, de modo que não haja intervalos entre os pacientes, e aceitar atender pacientes no horário do almoço. Para ser eficaz como terapeuta, é preciso estar mentalmente perspicaz, focado e não se distrair com estressores físicos e mentais concomitantes. Se quiser dar o melhor de si aos pacientes, agende um tempo para cuidar de si mesmo.

2. *Descubra seus limites.* É muito variável a carga horária que cada terapeuta consegue manter e o número de horas de prática clínica que consegue conduzir por dia ou por semana sem ficar extremamente cansado. Você terá ultrapassado seus limites quando descobrir que está esgotado demais para ser eficaz, cansado demais para fazer qualquer coisa depois do trabalho, não se interessa em ouvir os problemas de seus familiares ou amigos ou se automedica após o trabalho para relaxar da pressão do dia. Um outro indicador de que você ultrapassou seus limites é quando você perde o gosto pelo trabalho. Descubra seus limites e crie uma agenda diária que lhe permita ter um funcionamento dentro deles.
3. *Mantenha um equilíbrio saudável entre sua dedicação ao trabalho e o resto de sua vida.* Desenvolva um passatempo ou interesse que agregue variedade à sua vida. Tenha outras coisas pelas quais esperar em sua semana além de seus pacientes. Dedique algum tempo a outras coisas que sejam importantes para você.

Recuperação

1. *Descanse.* Durma tempo suficiente. Encontre atividades relaxantes que reponham seu nível de energia. Marque um final de semana prolongado ou férias longe do trabalho para descansar sua mente e recompor seu espírito. Quando não estiver trabalhando, envolva-se em atividades que utilizem um conjunto diferente de habilidades cognitivas ou que sejam mais físicas. Isso dará um descanso à parte de seu cérebro que ouve de maneira empática e resolve problemas. Evite pensar em trabalho durante esse tempo.
2. *Faça supervisão.* Se achar que seu cansaço está concentrado em um determinado paciente, converse com um supervisor ou com colegas sobre seu trabalho. Se estiver ocorrendo contratransferência, discuta essa questão em supervisão e desenvolva uma estratégia para lidar com a questão. Você pode descobrir que fica mais facilmente cansado com um determinado tipo de problema apresentado. Talvez considere certas doenças ou conjuntos de sintomas difíceis ou chatos de lidar ou ainda não possua as habilidades para tratá-los. Por exemplo, alguns profissionais não gostam de trabalhar com pessoas que têm problemas de abuso de substâncias ou transtornos de personalidade. Se achar esse tipo de trabalho desagradável ou desinteressante, considere limitar sua prática e excluir tais transtornos. Encontre colegas especialistas nessas áreas e encaminhe os pacientes a eles.
3. *Aprenda alguma coisa nova.* Pode-se associar cansaço ou esgotamento com fazer a mesma coisa com cada paciente. Na TCC, há um risco de que os métodos para transtornos específicos se tornem tão estruturados e semelhantes uns aos outros que você pode acabar ficando entediado com a rotina. Se este for o caso, aprenda algo novo. Faça um curso, leia um livro ou converse com outros profissionais sobre suas abordagens terapêuticas. Desde que você se mantenha dentro do modelo conceitual da TCC, há uma abundância de maneiras criativas pelas quais os métodos podem ser aplicados. Os exemplos poderiam incluir:

a) implementar uma nova técnica para um transtorno específico (p. ex., terapia comportamental dialética para o transtorno da personalidade *borderline* (ver Capítulo 10);
b) usar programas de computador para TCC (ver Capítulo 4);
c) empregar dispositivos de ensino como quadros-negros ou materiais de desenho;
d) sugerir leituras de auto-ajuda que estimulem o paciente a trazer idéias alternativas para as sessões de tratamento.

NÃO-ADESÃO ÀS MEDICAÇÕES

O uso inconsistente de medicações é um problema comum, especialmente quando o tratamento medicamentoso é prolongado ou provoca efeitos colaterais desconfortáveis. Portanto, se o plano de tratamento de seu paciente incluir medicações psicotrópicas, é importante que você considere métodos da TCC que possam melhorar a adesão. As pesquisas sobre a TCC e a farmacoterapia têm demonstrado um efeito positivo no aumento da adesão aos tratamentos medicamentosos (Cochran, 1984; Kemp et al., 1996; Lecompte, 1995).

Quando o profissional é um médico ou profissional de enfermagem, os métodos da TCC podem ser totalmente integrados à prescrição de medicações e apresentar um modelo coeso e abrangente para tratamento. O entendimento e a adesão ao tratamento medicamentoso pode ter uma ênfase significativa na terapia. Mas, se não for você o médico que prescreve as medicações, seu papel pode ser ajudar o paciente a comunicar seu médico sobre a adesão aos medicamentos.

Prevenção

1. *Crie um ambiente confortável para discutir a adesão.* Torne normais os problemas de adesão ao dizer ao paciente que é difícil para a maioria das pessoas se manter em tratamento por longos períodos. Não julgue nem critique as inconsistências em tomar a medicação. Para discutir abertamente o uso da medicação, o paciente tem de se sentir à vontade para relatar a não-adesão. Assim, você precisará ser um ouvinte objetivo e não-ameaçador.
2. *Preveja os obstáculos à adesão.* Pergunte ao paciente se ele teve alguma dificuldade para se manter no tratamento no passado. Descubra o que interferiu na adesão. Alguns dos problemas mais comuns são:
   a) esquecimento ou desorganização;
   b) estar se sentindo melhor;
   c) efeitos colaterais;
   d) atitudes negativas em relação a medicações;
   e) desestímulo por parte dos outros;
   f) desconforto em relação ao médico que prescreve.

   Determine se algum desses fatores está presente atualmente ou poderia ocorrer em breve. Quando há mudanças importantes na rotina, na vida ou no ambiente de uma pessoa, indague sobre como elas poderiam interferir nos comportamentos relacionados a tomar medicação.
3. *Crie um plano para evitar problemas de adesão.* Trace um plano por escrito para superar cada possível obstáculo à adesão. Reveja-o periodicamente para determinar se é necessário fazer alguma modificação ou adição para maximizar a adesão. A Figura 9.2 ilustra um plano de adesão que foi desenvolvido para uma pessoa com transtorno bipolar.
4. *Verifique a adesão freqüentemente.* Não suponha que o paciente está tomando as medicações conforme prescritas, mesmo se você acreditar que tem uma excelente relação terapêutica. Monitore a adesão rotineiramente, e não apenas quando o paciente estiver sintomático. Faça perguntas abertas que estimulem o paciente a fazer um relato honesto sobre seu comportamento relacionado a tomar as medicações.

Por que eu não tomo a medicação?	Soluções
Eu levanto tarde, saio correndo de casa para ir trabalhar e esqueço de tomar minha medicação.	Acertar o despertador todas as noites. Colocar os comprimidos ao lado de minha escova de dente para eu lembrar de tomá-los todos os dias, mesmo se estiver atrasado (eu sempre escovo os dentes de manhã).
Eu começo a pensar que a medicação me deixa para baixo e que na verdade não preciso dela.	Revisar a lista feita com o médico das vantagens e desvantagens de parar as medicações. Por exemplo, perco muito o sono e fico irritado com todo mundo; perdi o controle quanto estava maníaco e me enfiei em problemas financeiros; fui demitido de um emprego porque fiquei maníaco.
Vou viajar e esqueço de levar minhas medicações.	Ter um plano B. Guardar alguns comprimidos em minha pasta. Além disso, pedir mais de uma prescrição para que eu possa guardar na carteira.
Estou começando a me sentir realmente bem. Estou me sentindo feliz e esqueço de tomar a medicação.	Concordar em escutar minha esposa e meus pais quando eles dizem que estou começando a ficar maníaco. Concordar que não tem problema que eles me lembrem de tomar a medicação. Guardar as medicações em uma caixinha semanal para que minha família saiba se estou tomando as pílulas.

FIGURA 9.2 • Exemplo de plano de adesão à medicação.

Podem ocorrer problemas se a pergunta for feita assim: "Você está tomando todas as suas medicações?". Na tentativa de lhe agradar, o paciente pode dizer que sim, quando na verdade está esquecendo algumas doses. Uma pergunta melhor poderia ser: "Como você vai indo com as medicações?".

Recuperação

1. *Avalie os pensamentos automáticos e crenças nucleares do paciente sobre tomar medicações.* Se você detectar pensamentos desadaptativos sobre medicações (p. ex., "quem toma medicação é fraco"; "vou ficar dependente do medicamento"; "ninguém vai confiar em mim se descobrir que tomo medicações"; "eu deveria conseguir melhorar por mim mesmo"), você pode usar métodos-padrão da TCC, como psicoeducação, identificação de erros cognitivos e exame de evidências, para modificar as cognições. Se suspeitar que a fraca adesão está relacionada à falta de aceitação do diagnóstico, faça um trabalho terapêutico de normalização para remover o estigma da doença. Você também pode sugerir leituras que ajudem a explicar o transtorno.
2. *Use estratégias comportamentais simples.* Trabalhe de maneira colaborativa com o paciente para encontrar planos comportamentais que possam reverter os padrões da não-adesão. Por exemplo, faça um paralelo entre tomar medicações com outra atividade rotineira, que é feita a cada dia (p. ex., sugira tomar os medicamentos como parte da rotina do paciente ao se preparar para ir para a cama à noite), utilize sistemas de lembretes ou elabore um contrato comportamental.
3. *Ajude o paciente a conversar sobre a adesão com o profissional que prescreve (se este não for você).* Você pode evocar pensamentos automáticos sobre tomar medicações e sugerir que o paciente tome nota deles para contar ao médico. Uma outra estratégia é usar exercícios de *role-play* para ajudar o paciente a expressar suas preocupações a respeito de medica-

ção. Em algumas situações, pode ser útil pedir permissão do paciente para discutir a questão e os planos de adesão com o médico.

4. *Estabeleça metas para melhorar a adesão.* Identifique o padrão de não-adesão. Ela ocorre somente com um dos medicamentos? É a dose da manhã que geralmente é esquecida? Concentre-se em metas específicas para a melhora quanto ao horário do dia ou o tipo de medicação que é tomada de maneira menos consistente.

RESUMO

Alguns dos problemas mais comuns encontrados no tratamento com TCC incluem a não-realização da tarefa de casa, a dificuldade em identificar pensamentos automáticos, pacientes excessivamente verbais, ficar preso a um padrão negativo de comportamento, sentir-se sobrecarregado pelo estresse ambiental, cansaço ou esgotamento do terapeuta e não-adesão do paciente ao tratamento medicamentoso. Sugerimos que você monitore cuidadosamente seu trabalho terapêutico para lidar com esses desafios e que discuta com seus colegas e supervisores suas idéias para soluções. Cada obstáculo encontrado é uma oportunidade de aprender mais sobre a terapia e enriquecer suas habilidades clínicas.

REFERÊNCIAS

Cochran SD: Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. J Consult Clin Psychol 52:873-878, 1984

Hollon SD, Kendall PC: Cognitive self-statements in depression: development of an automatic thought questionnaire. Cognit Ther Res 4:383-395, 1980

Kemp R, Hayward P, Applewhaite G, et al: Compliance therapy in psychotic patients: randomised controlled trial. BMJ 312:345-349, 1996

Lecompte D: Drug compliance and cognitive-behavioral therapy in schizophrenia. Acta Psychiatr Belg 95:91-100, 1995

Wright JH, Wright AS, Beck AT: Good Days Ahead: The Multimedia Program for Cognitive Therapy. Louisville, KY, Mindstreet, 2004

10

Tratando transtornos crônicos, graves ou complexos

Após completar seu treinamento inicial em terapia cognitivo-comportamental (TCC) – que normalmente é melhor realizado por meio do trabalho supervisionado com pacientes com transtorno depressivo maior ou um dos transtornos de ansiedade comuns –, é hora de adquirir experiência trabalhando com pacientes com problemas mais complexos. Desde os anos de 1980, várias pesquisas vêm documentando a utilidade da TCC e modelos relacionados de terapia para pacientes com transtornos crônicos, graves e resistentes a tratamento, como transtorno bipolar, transtorno da personalidade *borderline* e esquizofrenia.

Para pacientes com quadros clínicos mais difíceis de tratar, vários elementos em comum norteiam a terapia. Estes incluem os seguintes:

- O modelo cognitivo-comportamental e todos os aspectos da TCC são totalmente compatíveis com as formas apropriadas de farmacoterapia.
- Independentemente do grau de gravidade ou comprometimento, o relacionamento terapêutico caracteriza-se pela postura empírica colaborativa.
- A terapia segue uma estrutura coerente: cada sessão começa com uma programação, e os segmentos das sessões terminam com um breve resumo e a oportunidade ao paciente de dar *feedback* antes de seguir adiante para o próximo item da agenda.
- As tarefas de casa são prescritas segundo o material abordado nas sessões.
- As estratégias terapêuticas têm como objetivo os aspectos de cognições, sentimentos e comportamentos problemáticos.
- Quando indicado, parentes e outras pessoas importantes podem ser convidadas a se juntar à equipe terapêutica para facilitar o progresso na terapia.
- Os resultados são avaliados e os métodos de terapia são ajustados para maximizar as chances de melhora.

Neste capítulo, examinamos brevemente a TCC e os modelos relacionados de terapia que foram adaptados para pacientes com quadros psiquiátricos graves. É importante a discussão de evidências empíricas para essas abordagens e a apresentação de diretrizes gerais para trabalhar com pacientes com enfermidades mais complexas ou debilitantes. O Apêndice 2, "Recursos de terapia cognitivo-comportamental", traz uma lista de livros e manuais de tratamento em TCC para problemas como transtorno bipolar, transtornos de Eixo II e esquizofrenia.

TRANSTORNOS DEPRESSIVOS GRAVES, CRÔNICOS E RESISTENTES A TRATAMENTO

Os modelos tradicionais para o tratamento de transtornos depressivos sugerem, seja implícita ou explicitamente, que a depressão grave ou crônica é em grande parte de natureza biológica, para a qual é mais adequada a utilização de formas somáticas de terapia (Asso-

ciação Americana de Psiquiatria, 1993; Rush e Weissenburger, 1994; Thase e Friedman, 1999). Embora os resultados de alguns estudos sugiram que pacientes ambulatoriais gravemente deprimidos possam ser menos responsivos à TCC do que os pacientes com depressão mais leve (Elkin et al., 1989; Thase et al., 1991), a depressão grave não é contra-indicada para a aplicação da TCC isoladamente. De fato, em uma revisão de um grande número de pesquisas conduzidas em ambulatórios, descobriu-se que pacientes mais gravemente deprimidos respondem tão bem à TCC quanto à farmacoterapia com antidepressivos (DeRubeis et al., 1999). Além disso, vários estudos demonstraram que a adição da TCC à farmacoterapia resultou em melhora significativa em pacientes com formas graves, recorrentes ou crônicas do transtorno depressivo maior (Fava et al., 1998b; Keller et al., 2000; Thase et al., 1997).

Várias modificações na TCC-padrão foram recomendadas para pacientes com transtornos depressivos severos ou crônicos (Fava et al., 1998a; Thase e Howland, 1994; Wright, 2003) e foram desenvolvidos amplos protocolos de tratamento para pacientes hospitalizados (Thase e Wright, 1991; Wright et al., 1993). As modificações sugeridas por Fava e colaboradores (1998a) e Wright (2003) foram elaboradas para adaptar os métodos comumente utilizados para a TCC, conforme conceitualizada originalmente por A. T. Beck e colaboradores (1979) e descrita neste livro, para o tratamento de depressão grave ou crônica. Essas modificações centram-se em várias observações:

1. pacientes com depressão mais difícil de tratar podem ficar desanimados, desesperançados ou esgotados com o tratamento;
2. esses indivíduos normalmente são afetados por pensamento e atividade lentos, pouca energia e anedonia;
3. sintomas como ansiedade e insônia podem exigir atenção especial;
4. pacientes com depressão resistente a tratamento freqüentemente têm problemas interpessoais e sociais importantes, como conflito conjugal, perda de emprego ou dificuldades financeiras.

Fava e colaboradores (1994, 1997, 1998a, 2002) conduziram uma série de estudos, demonstrando bons resultados com as modificações do tratamento que incluem a ênfase logo no início em estratégias comportamentais, como a programação de atividades e de eventos prazerosos para tratar a anedonia e a pouca energia e protocolos de exposição para reduzir a ansiedade. Esses pesquisadores também aplicam a reestruturação cognitiva para abordar padrões de pensamento desadaptativo, além de trabalharem intensamente para ajudar o paciente a realizar essas intervenções nas sessões e, depois, como tarefa de casa. Wright (2003) sugeriu que abordar a falta de esperança e o desânimo com técnicas da TCC e trabalhar com a solução de problemas para as dificuldades sociais e interpessoais são outros alvos em potencial da TCC para a depressão crônica ou grave.

Os alvos da TCC estão resumidos na Tabela 10.1.

Ao tratar esses quadros clínicos, geralmente é útil ajudar os pacientes a identificarem flutuações no humor ao longo da sessão, demonstrar que a mudança é possível e que as estratégias de enfrentamento realmente têm efeitos observáveis. Para compensar a tendência de considerar ganhos graduais como sendo triviais, é igualmente útil sugerir que pequenas mudanças podem ter efeitos adicionais ou cumulativos. Podem ser utilizadas intervenções relativamente simples, como a parada de pensamentos ou outras formas de distração men-

TABELA 10.1 • Alvos em potencial para a terapia cognitivo-comportamental da depressão resistente

Desesperança
Anedonia
Pouca energia
Ansiedade
Pensamentos automáticos negativos
Crenças desadaptativas
Problemas interpessoais
Não-adesão à farmacoterapia

tal, para ajudar a reduzir a intensidade de ruminações disfóricas. A ideação suicida deve ser abordada logo e vigorosamente; talvez não haja meio melhor de ajudar rapidamente um indivíduo suicida do que desenvolver colaborativamente uma lista de "Razões para Viver". A Figura 10.1 traz um exemplo de uma lista de razões para viver, reforçada por um cartão de enfrentamento.

O momento certo e o ritmo das sessões de TCC para pacientes gravemente deprimidos devem ser compatíveis com o grau de sintomas e a capacidade de participar da terapia. Para alguns pacientes, podem ser realizadas duas sessões semanais no início do processo de tratamento. Se a concentração for um problema significativo, sessões breves e freqüentes de 20 minutos com um único foco de intervenção podem ser mais úteis do que sessões convencionais de 45 a 50 minutos com duas ou três áreas de intervenção.

McCullough (1991, 2001) sugeriu um conjunto diferente de modificações da TCC para o trabalho com pacientes com transtornos depressivos crônicos. Sua abordagem, sistematizada como Sistema Psicoterápico de Análise Cognitivo-Comportamental (CBASP; McCullough, 2001), baseia-se em observações de que pessoas com depressão crônica desenvolvem dificuldades persistentes em definir e resolver problemas interpessoais. O método CBASP objetiva ensinar os pacientes a lidar de maneira eficaz com situações sociais, além de revisar as cognições disfuncionais. No entanto, é dada menos atenção à reestruturação cognitiva do que na abordagem recomendada por Fava e seus colegas (1994, 1997, 1998a, 2002). Aos leitores interessados na CBASP, indicamos McCullough (2001) para uma explicação detalhada sobre como implementar essa abordagem de tratamento para a depressão crônica.

Minhas razões para viver

- Meus filhos me amam e ficariam abalados com minha morte.
- Outros (pais e amigos) também me amam.
- Quando não estou deprimido, há coisas na vida das quais eu gosto.
- Quando consigo trabalhar com minha capacidade "normal", sou um funcionário valorizado.
- Meu médico diz que vou responder ao tratamento e posso estar melhor dentro de algumas semanas.

FIGURA 10.1 • Exemplo de cartão de enfrentamento de "Razões para Viver".

TRANSTORNO BIPOLAR

Convergentes evidências estabeleceram que:

1. apenas uma minoria de pacientes com transtorno bipolar responde às farmacoterapias padronizadas por longos períodos de remissão;
2. a não-adesão ao tratamento medicamentoso é uma causa importante de recaída;
3. o estresse aumenta a probabilidade de episódios da doença, ao passo que o apoio social tem efeitos benéficos;
4. a maioria das pessoas com transtorno bipolar tem de enfrentar altos níveis de estresse devido a dificuldades conjugais ou relacionais, desemprego ou subemprego, períodos de total incapacidade e outros problemas que comprometem a qualidade de vida (Thase, 2005).

Assim, há múltiplos motivos para avaliar os benefícios potenciais da TCC e outras psicoterapias para pessoas com transtorno bipolar.

Basco e Rush (1996) e Newman e colegas (2002) desenvolveram métodos abrangentes de TCC para o transtorno bipolar. A TCC do transtorno bipolar começa com o pressuposto de que a farmacoterapia com um estabilizador de humor (e possivelmente uma medicação antipsicótica atípica) é uma pré-condição necessária à eficácia do tratamento; a psicoterapia é, assim, vista como tendo um papel adjuvante ou intensificador do tratamento. Embora se possa fazer uma tentativa de utilizar apenas a TCC para pacientes bipolares que recusam a farmacoterapia, recomendamos o uso

concomitante de lítio, divalproato ou outro estabilizador de humor com efeitos profiláticos comprovados.

Vários estudos documentaram a eficácia da TCC quando aplicada em combinação com tratamentos medicamentosos padronizados. Em um estudo pequeno, Cochran (1984) demonstrou que um curso breve de TCC melhorava substancialmente a adesão ao tratamento. Posteriormente, foram conduzidos estudos maiores por Scott e colaboradores (2001) e Lam e colaboradores (2003). Em ambos estudos, os pacientes que receberam TCC além da farmacoterapia tiveram menos recaídas e melhores resultados funcionais do que aqueles que receberam somente farmacoterapia.

As metas da TCC no transtorno bipolar estão resumidas na Tabela 10.2. A primeira meta é desenvolver a psicoeducação sobre o transtorno bipolar. O processo de psicoeducação inclui ensinar o paciente sobre:

1. a biologia do transtorno bipolar;
2. a farmacoterapia desse transtorno (se o profissional for também médico ou da área de enfermagem);
3. os efeitos do estresse na expressão dos sintomas;
4. os elementos cognitivos e comportamentais tanto da depressão como da mania.

O envolvimento no automonitoramento é a segunda meta da TCC para o transtorno bipolar. Logo no início do curso da terapia, ensina-se aos pacientes a monitorarem várias manifestações de sua doença (p. ex., sintomas, atividades e humor). O automonitoramento tem diversos propósitos:

1. ajudar a separar os aspectos sintomáticos da doença dos estados de humor e comportamentos normais;
2. avaliar como a doença afeta o dia-a-dia do paciente;
3. desenvolver um sistema de alerta para sinais de recaída;
4. identificar alvos para a intervenção psicoterápica.

TABELA 10.2 • Metas da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno bipolar

1. Educar o paciente e a família sobre o transtorno bipolar.
2. Ensinar o automonitoramento.
3. Desenvolver estratégias de prevenção de recaídas.
4. Intensificar a adesão aos tratamentos medicamentosos.
5. Aliviar os sintomas por meio de métodos cognitivos e comportamentais.
6. Desenvolver um plano para o controle de longo prazo do transtorno bipolar.

Além disso, como as pessoas com transtorno bipolar têm a propensão de viver estilos de vida caóticos e desorganizados, o simples ato de monitoramento das atividades diárias tem um efeito estabilizador.

Desenvolver estratégias de prevenção de recaídas é uma meta crucial da TCC para o transtorno bipolar. Um método utilizado para promover a prevenção da recaída é a produção de um registro personalizado para o resumo dos sintomas, o qual delineie claramente as mudanças que o paciente e sua família observam quando ele está começando a dar os primeiros sinais de alerta de mania ou depressão. Esse registro é empregado como um sistema de aviso precoce para identificar mudanças de humor ou comportamento antes de ocorrer um episódio grave. O terapeuta, então, ajuda o paciente a planejar estratégias cognitivas e comportamentais voltadas para a limitação ou reversão da progressão dos sintomas. Por exemplo, uma tendência a pensar em esquemas para ganhar dinheiro rapidamente pode ser combatida com uma lista de vantagens e desvantagens de se perseguir essas idéias e um plano comportamental para relatá-las ao terapeuta antes de começar a agir.

A Figura 10.2 ilustra um registro para resumo de mudanças de humor para um homem com sintomas hipomaníacos e maníacos. Esse homem de 33 anos com transtorno bipolar conseguiu colocar no papel as mudanças específicas que normalmente ocorriam quando ele começava a entrar em um episódio maníaco. Ins-

Sintomas leves	Sintomas moderados	Sintomas severos
Começo a pensar em idéias e esquemas para ganhar muito dinheiro, mas não faço nada a respeito.	Estou ativamente procurando invenções ou investimentos que renderão muito dinheiro ou que me tornarão famoso.	Tento retirar dinheiro do FGTS, conseguir empréstimos ou encontrar alguma outra maneira de conseguir dinheiro para investir em um grande negócio ou abrir um novo negócio.
Tenho problemas para adormecer porque minha cabeça está cheia de idéias, mas eu tento dormir sete horas para estar descansado para ir trabalhar.	Eu postergo ir para a cama por uma ou duas horas depois do horário normal. Estou muito ocupado com outras coisas para querer dormir.	Durmo apenas de duas a quatro horas por noite.
Sinto-me mais vivo do que o habitual. Não me importo tanto com meus problemas do dia-a-dia. Quero me divertir.	Saio muito à noite e ignoro os relatórios de trabalho e planejamento estratégico que eu deveria estar fazendo em casa. Não bebo demais, mas realmente tomo três ou quatro cervejas quando saio com os amigos.	Gasto dinheiro demais com diversão, indo a restaurantes chiques, etc. Dei-me ao luxo de pegar um avião até Nova York para passar o fim de semana e ultrapassei o limite de meus cartões de crédito.
Minha cabeça está mais criativa do que o habitual. As idéias simplesmente vêm.	Minha cabeça está muito acelerada. Não presto atenção a outras pessoas. Cometo erros no trabalho porque não presto atenção.	Estou realmente animado. Estou pensando em tantas coisas diferentes que fico pulando de uma para outra.
Estou um pouco mais irritado do que o habitual. Não tenho muita tolerância com pessoas que acho que são preguiçosas. Estou sendo mais crítico em relação à minha namorada do que o habitual.	Entro em muitas discussões no trabalho e com minha namorada.	Estou insuportável.
Pessoas que eu conheço bem (minha namorada e minha mãe) me dizem que preciso desacelerar. Elas dizem que estou falando mais rápido e que pareço excitado.	Estou definitivamente falando mais rápido e mais alto que o habitual. Os outros parecem ficar irritados com o jeito como falo com eles.	Estou falando rápido demais. Freqüentemente, sou mal-educado. Interrompo os outros e começo a gritar nas conversas.

FIGURA 10.2 • Registro resumido de sintomas de um paciente: um exemplo de sintomas hipomaníacos e maníacos.

truções detalhadas sobre como aplicar essa técnica e outros métodos da TCC para a prevenção de recaídas podem ser encontradas em Basco e Rush (1996).

A quarta meta da TCC para o transtorno bipolar é uma das mais importantes: aumentar a adesão à farmacoterapia. Do ponto de vista da TCC, a não-adesão é um problema comum e compreensível que quase inevitavelmente complica o tratamento de transtornos crônicos. A adesão ao tratamento pode ser intensificada ao se identificar os obstáculos para a ingestão regular dos medicamentos e, em seguida, abordar sistematicamente tais barreiras (ver Capítulo 9). Quando o obstáculo são os pensamentos e sentimentos negativos do paciente em relação a tomar medicamentos, podem ser utilizados métodos padronizados da TCC, como um RPD ou um exercício de prós e contras. O enfrentamento de efeitos colaterais desagradá-

veis pode, às vezes, ser intensificado pela psicoeducação. Mas também podem ser necessárias modificações no tratamento medicamentoso. Métodos comportamentais, incluindo o uso de sistemas de lembrete e o pareamento (tomar os medicamentos ao mesmo tempo e no mesmo lugar em que se realiza uma atividade rotineira que é feita todos os dias – ao escovar os dentes, antes de dormir, ao tomar o café da manhã, ao se vestir quando se levanta), são pilares da abordagem de TCC para melhorar a adesão.

A quinta meta é o alívio dos sintomas por meio de intervenções cognitivo-comportamentais. Os métodos utilizados para abordar sintomas depressivos são os mesmos da TCC-padrão. Ao tratar sintomas hipomaníacos, o terapeuta pode se concentrar na prática de estratégias comportamentais para tratar a insônia, a superestimulação, a hiperatividade e a fala apressada. Por exemplo, os métodos da TCC para insônia (reduzir as distrações no ambiente onde se dorme, instruir sobre padrões saudáveis de sono e praticar a parada de pensamentos ou distrações mentais para diminuir a taxa de pensamentos intrusivos ou acelerados) demonstraram ser eficazes para restaurar padrões normais de sono (Morin, 2004). Também se deve estabelecer metas comportamentais para cortar atividades estimulantes ou monitorar e controlar o fluxo da fala.

Podem ser utilizados métodos de reestruturação para ajudar indivíduos hipomaníacos a identificarem e modificarem o modo distorcido de pensar (Newman et al., 2002). Exemplos dessas intervenções são:

1. identificar erros cognitivos do paciente (p. ex., maximizar a própria percepção de competência ou poder, ignorar riscos, hipergeneralizar uma característica positiva para dar uma visão mais grandiosa de si mesmo);
2. utilizar técnicas de registro de pensamentos para reconhecer cognições de expansividade ou irritabilidade;
3. listar as vantagens e desvantagens para avaliar as implicações de se apegar a uma crença ou previsão excessivamente positiva.

A sexta meta da TCC para o transtorno bipolar é ajudar os pacientes no controle a longo prazo da doença, incluindo fazer modificações no estilo de vida, enfrentar e lidar com o estigma e manejar de maneira mais eficaz os problemas estressantes da vida. Nessas capacidades, a TCC distingue-se de modelos de terapia de apoio pelo uso continuado do monitoramento do humor e de atividades, uma abordagem gradual para solução de problemas e métodos cognitivos, como ponderar as evidências para nortear a tomada de decisão.

TRANSTORNOS DA PERSONALIDADE

É possível que de 30 a 60% dos pacientes com transtornos de humor e de ansiedade também preencham os critérios para um ou mais transtornos da personalidade relacionados no DSM-IV-TR (Associação Americana de Psiquiatria, 2000; Grant et al., 2005). Embora nem todos os estudos estejam em concordância, os transtornos de Eixo II normalmente têm prognóstico negativo, diminuindo a probabilidade de resposta ao tratamento para transtornos de humor e de ansiedade, tornando a recuperação mais lenta ou aumentando a probabilidade de recaídas (Thase, 1996). É interessante que os achados de vários estudos da TCC para transtorno depressivo maior sugerem que o transtorno da personalidade co-mórbido pode não afetar adversamente a resposta à terapia (Shea et al., 1990; Stuart et al., 1992). Embora esses estudos não tenham levado em conta pacientes com transtornos da personalidade mais graves, os achados sugerem que os métodos estruturados utilizados na TCC podem ser especialmente adequados para pacientes com transtornos do Eixo II.

A presença de um transtorno da personalidade geralmente se evidencia no início da idade adulta. Contudo, a patologia da personalidade não é um processo estático, podendo ser exagerado pela ansiedade (p. ex., maior evitação), depressão (p. ex., maior dependência ou exacerbação de traços borderline) ou hipomania (p. ex., maiores traços narcisistas ou

histriônicos). Se seu paciente se apresentar para tratamento de um transtorno de Eixo I, geralmente é útil adiar a avaliação definitiva de transtornos de Eixo II até resolver pelo menos parcialmente o transtorno de humor ou de ansiedade. Às vezes, as evidências clínicas de um transtorno da personalidade não são visíveis até que o tratamento já tenha sido iniciado. Em tais casos, seu plano de tratamento pode precisar ser revisado.

O modelo da TCC para o tratamento de transtornos da personalidade coloca seu foco nas interações entre as crenças ou esquemas do indivíduo que norteiam o comportamento, as estratégias interpessoais disfuncionais (e tipicamente excessivas) e as influências ambientais (A. T. Beck e Freeman, 1990; J. S. Beck, 1997). Os transtornos da personalidade são originados de experiências adversas durante o desenvolvimento. Young (1990) descreveu cinco áreas temáticas:

1. desconexão e rejeição;
2. autonomia e desempenho prejudicados;
3. limites prejudicados;
4. orientação para o outro;
5. supervigilância e inibição.

A terapia de transtornos da personalidade em geral utiliza muitos dos mesmos métodos desenvolvidos para o tratamento de transtornos de humor e de ansiedade, mas com maior ênfase no trabalho com os esquemas e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento mais eficazes (J. S. Beck, 1997). Outras diferenças entre a TCC para o tratamento de transtornos da personalidade e a TCC para o tratamento de depressão e ansiedade são as seguintes:

1. a duração da terapia normalmente é mais longa (i.e., um ano ou mais);
2. é dada mais atenção ao relacionamento terapêutico e às reações de transferência;
3. é necessária a prática repetida de métodos da TCC para modificar problemas crônicos relativos ao conceito de si mesmo, relacionamentos com os outros, regulação emocional e habilidades sociais.

Algumas das crenças nucleares predominantes, crenças compensatórias e estratégias comportamentais comuns associadas aos transtornos específicos da personalidade são apresentadas na Tabela 10.3. Uma vez identificados um esquema ou uma crença nuclear problemática, estratégias da TCC, como exame de evidências e considerar explicações alternativas, podem ser implementadas.

A terapia comportamental dialética (DBT) de Linehan (1993) é uma das principais adaptações da TCC para transtornos da personalidade. Desenvolvida especificamente para o tratamento de indivíduos com transtorno da personalidade borderline, a DBT distingue-se por quatro características-chave:

1. aceitação e validação do comportamento da pessoa naquele momento;
2. ênfase na identificação e no tratamento de comportamentos que interferem na terapia;
3. uso do relacionamento terapêutico como veículo essencial para a mudança de comportamento;
4. foco nos processos dialéticos (definidos logo a seguir, nesta seção).

As evidências de ensaios clínicos controlados randomizados (Bohus et al., 2004; Linehan et al., 1991; Robins e Chapman, 2004) de que a DBT pode reduzir efetivamente o comportamento autodestrutivo e parassuicida estimulam a utilização ampla desses métodos na prática clínica. Mais recentemente, a DBT foi adaptada com sucesso para o trabalho com pacientes com transtornos alimentares e abuso de substâncias com co-morbidade de Eixo II (Linehan et al., 2002; Palmer et al., 2003).

O termo *dialético* ajuda a definir e nomear a DBT. Linehan (1993) escolheu esse termo para descrever uma abordagem holística à psicopatologia, aproximando-se tanto da filosofia ocidental como da oriental. Em vez de ver o comportamento disfuncional simplesmente como um sintoma de uma doença, a DBT

TABELA 10.3 • Transtornos da personalidade: crenças e estratégias

Transtorno da personalidade	Crença nuclear acerca de si mesmo	Crença acerca dos outros	Pressupostos	Estratégia comportamental
Esquiva	Sou indesejável.	As outras pessoas vão me rejeitar.	Se as pessoas realmente me conhecerem, elas vão me rejeitar. Se eu usar uma fachada, elas talvez me aceitem.	Evitar a intimidade.
Dependente	Sou desamparado.	As outras pessoas devem cuidar de mim.	Se eu contar comigo mesmo, vou fracassar. Se eu depender dos outros, vou sobreviver.	Contar demasiadamente com as outras pessoas.
Obsessivo-compulsiva	Meu mundo pode sair do controle.	As outras pessoas podem ser irresponsáveis.	Se eu não for totalmente responsável, meu mundo pode desabar. Se eu impuser regras e estrutura rígidas, as coisas ficarão bem.	Controlar os outros rigidamente.
Paranóide	Sou vulnerável.	As outras pessoas são malintencionadas.	Se eu confiar nos outros, eles me farão algum mal. Se eu cuidar de mim mesmo, posso me proteger.	Ser excessivamente desconfiado.
Anti-social	Sou vulnerável.	As outras pessoas são potencialmente exploradoras.	Se eu não agir primeiro, posso ser prejudicado. Se eu puder explorar primeiro, posso ficar por cima.	Explorar os outros.
Narcisista	Sou inferior (a crença compensatória manifesta é "sou superior").	As outras pessoas são superiores (a crença compensatória manifesta é "os outros são inferiores").	Se os outros não me considerarem de uma maneira especial, isso significa que me consideram inferior. Se eu conquistar o que me é de direito, isso mostra que sou especial.	Exigir tratamento especial.
Histriônica	Sou um nada.	As outras pessoas podem não me valorizar apenas por mim mesmo.	Se não prender a atenção das pessoas, não vou atraí-las. Se eu for dramático, vou atrair a atenção e aprovação dos outros.	Entreter as pessoas.
Esquizóide	Sou um desajustado social.	As outras pessoas não têm nada a me oferecer.	Se eu mantiver distância dos outros, vou me sair melhor. Se eu tentar ter relacionamentos, eles não vão funcionar.	Distanciar-se dos outros.

(*Continua*)

(Continuação)

Transtorno da personalidade	Crença nuclear acerca de si mesmo	Crença acerca dos outros	Pressupostos	Estratégia comportamental
Esquizotípica	Sou cheio de defeitos.	As outras pessoas são ameaçadoras.	Se eu sentir que os outros têm um sentimento negativo em relação a mim, isso deve ser verdade. Se eu for cuidadoso em relação aos outros, consigo adivinhar suas verdadeiras intenções.	Supor motivos ocultos.
Borderline	Sou cheio de defeitos. Sou desamparado. Sou vulnerável. Sou mau.	As outras pessoas vão me abandonar. Não se pode confiar nas pessoas.	Se eu depender de mim mesmo, não vou sobreviver. Seu eu confiar nos outros, eles vão me abandonar. Se eu depender dos outros, vou sobreviver mas, no final, vou ser abandonado.	Vacilar em extremos de comportamento.

Fonte: Adaptado com permissão de Beck, J.S.: "*Cognitive Approaches to Personality Disorders*", in: *American Psychiatric Press Review of Psychiatric*, vol. 16. Editado por Dickstein, L.J.; Riba, M.B.; Oldham, J.M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, pp. 73-106. Copyright 1997. Todos os direitos reservados.

segue o princípio de que mesmo o comportamento muito problemático serve a certas funções. Por exemplo, a manobra do paciente de dividir os diversos profissionais ou cuidadores pode minimizar (pelo menos no curto prazo) as chances de receber críticas e comentários não-desejados e pode maximizar as chances de obter o resultado desejado. Uma estratégia semelhante é às vezes referida no mundo dos negócios como "acender uma vela a Deus e outra ao diabo". O progresso na terapia inclui ajudar o paciente a reconhecer seus objetivos finais e ser capaz de considerar e implementar, por fim, métodos alternativos mais socialmente aceitáveis de conquistar esses objetivos.

A DBT também treina o paciente na aquisição de uma melhor percepção de equilíbrio entre objetivos concorrentes; por exemplo, entre aceitação e mudança, flexibilidade e estabilidade ou chamar a atenção e obter autonomia. São enfatizadas estratégias referentes à atenção plena (*mindfulness*) para ajudar a alcançar esses objetivos. O conceito de *atenção plena* refere-se a ensinar os pacientes a se focarem melhor na atividade do momento (i.e., a observar, descrever e participar), em vez de ficar inundados por fortes emoções (Linehan, 1993). Os terapeutas também utilizam métodos comportamentais como o treinamento de relaxamento, parada de pensamentos e retreinamento da respiração para auxiliar os pacientes no manejo de sentimentos dolorosos e regulação de suas respostas emocionais. Além disso, são empregadas estratégias de treinamento de habilidades sociais, incluindo ensaio cognitivo e comportamental, para ajudar os pacientes a aprenderem métodos mais eficazes de lidar com os embates interpessoais.

TRANSTORNOS POR ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

Evidências quanto à utilidade das terapias cognitivo-comportamentais para transtornos por abuso de substâncias têm surgido lentamente desde meados da década de 1980 (ver, p. ex., Woody e Munoz, 2000). Embora haja relativamente poucos estudos utilizando o modelo de TCC totalmente desenvolvido de A. T. Beck e colaboradores (1993), vários estudos documentam a utilidade de métodos comporta-

mentais, como o controle de contingências (Higgins et al., 1991, 1994), o treinamento de habilidades sociais (Monti et al., 1993; Projeto do Grupo de Pesquisas MATCH, 1998) e a prevenção de recaídas (Carroll et al., 1994). Descobriu-se que o modelo de tratamento de Beck tem um efeito significativo entre os dependentes de heroína tratados com metadona com níveis mais altos de psicopatologia (embora não entre aqueles com níveis mais baixos de sintomas psiquiátricos; vide Woody et al., 1984). Mas pouco benefício agregado foi documentado no Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study, do NIDA, no qual foram adicionadas sessões individuais de TCC ao aconselhamento em grupo de dependência química (Crits-Christoph et al., 1999). De fato, tanto a TCC como uma segunda forma de psicoterapia profissional (terapia psicodinâmica de apoio e expressão) foram significativamente menos eficazes do que o aconselhamento individual, mesmo entre o subgrupo de pacientes com níveis mais altos de sintomas psiquiátricos (Crits-Christoph et al., 1999). Analisando retrospectivamente, é provável que os terapeutas cognitivos e psicodinâmicos que participaram deste estudo carecessem de experiência suficiente no trabalho com essa população de pacientes suburbanos com múltiplos problemas.

Com essas advertências em mente, o leitor interessado encontrará descrições mais detalhadas da TCC para transtornos por abuso de substâncias em publicações de A. T. Beck e colaboradores (1993) e Thase (1997). A Figura 10.3 ilustra a natureza recíproca e altamente interdependente dos sentimentos, dos comportamentos e das cognições associados ao uso de substâncias. Embora haja diferenças sociodemográficas, fisiológicas e clínicas importantes entre os diversos transtornos por abuso de substâncias, o modelo cognitivo-comportamental postula que um processo subjacente comum liga o ato de usar substâncias químicas a crenças subjacentes, premências (*urges*) e fissuras (cravings) evocadas por gatilhos e pensamentos automáticos negativos (A. T. Beck et al., 1993).

Várias tarefas importantes precedem o início da terapia formal com a TCC para abuso de substâncias. Primeiro, se o transtorno se caracterizar por uma síndrome de abstinência potencialmente perigosa, pode ser necessária a hospitalização em um programa de desintoxicação com supervisão médica. Segundo, a prontidão do paciente para a mudança deve ser avaliada (Prochaska e DiClemente, 1992). A motivação para a terapia deve ser entendida como ocorrendo em um *continuum*, partindo da pré-contemplação (i.e., "eu não tenho um problema – simplesmente fui pego dirigindo depois de beber um pouco a mais"), passando pela contemplação, pela preparação, até chegar à ação. Os métodos de entrevista motivacional (Miller et al., 2004; Strang e McCambridge, 2004) são especialmente adequados para ajudar os pacientes a passarem dos estágios de pré-contemplação e contemplação para os estágios de preparação e ação. Uma terceira pré-condição é estabelecer um contrato de abstinência. Especificamente, os pacientes devem se comprometer a não comparecer às sessões sob o uso de drogas ou álcool e os terapeutas precisam aprender a se sentirem confortáveis em dizer "não, hoje não", quando esse contrato for violado.

Um aspecto importante do modelo da TCC é ajudar o paciente a reconhecer que suas premências e fissuras de beber álcool ou usar drogas geralmente estão associados à ativação de crenças relevantes sobre o abuso de drogas ou álcool. As cognições relativas ao abuso de substâncias podem ocorrer quase simultaneamente em resposta aos gatilhos relevantes para o indivíduo (i.e., "pessoas, lugares e coisas" popularizados pelos Alcoólicos Anônimos). Embora a distinção seja algo artificial, as premências podem ser conceitualizadas como as predisposições cognitivas e comportamentais para usar drogas ou álcool, enquanto as fissuras são as experiências afetivas e fisiológicas que acompanham as premências. Além dos gatilhos situacionais, como passar por um bar ou assistir a um comercial de televisão, premências e fissuras também podem ser ativados por devaneios, lembranças ou emoções disfóricas (mais comumente raiva, ansiedade, tristeza ou mesmo tédio). Exemplos de cren-

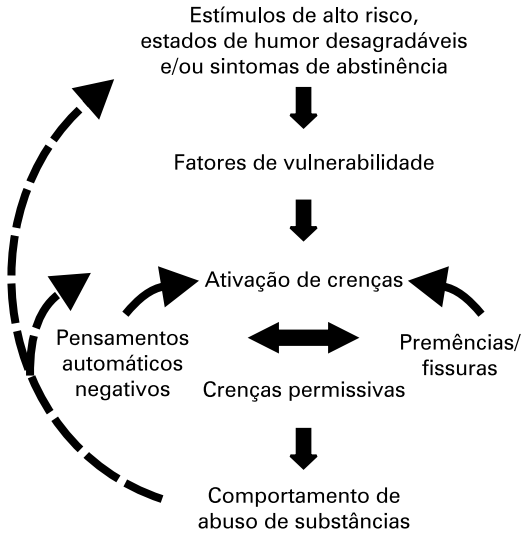


FIGURA 10.3 • Modelo cognitivo-comportamental do abuso de substâncias.

Fonte: Adaptado com a permissão de Thase ME: "Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Abuse", in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 16. Editado por Dickstein L.J.; Riba M.B.; Oldham J.M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, pág. 45-71. Copyright 1997, American Psychiatric Press. Usado com permissão.

ças relevantes para o início ou manutenção dos transtornos por abuso de substâncias são apresentados na Tabela 10.4.

À medida que a freqüência e a intensidade do abuso de substâncias aumentam, mais mudanças cognitivas podem desempenhar um papel na evolução do transtorno. Por exemplo, pode haver uma tendência para desvalorizar crenças sobre metas e conquistas mais convencionais, incluindo o desejo de manter o amor, o apoio e a aprovação das pessoas importantes. Da mesma forma, crenças sobre as conseqüências adversas das drogas e álcool tendem a ser minimizadas e as atitudes pertinentes aos efeitos positivos de beber ou usar drogas são exageradas. Crenças secundárias ou *permissivas* (p. ex., "posso ficar alto essa última vez e retomar meu programa de abstinência amanhã" e "quando começo a usar, não consigo parar – então, posso muito bem ir em frente e curtir") também tendem a se desenvolver. Tais crenças ajudam a explicar a tendência muito comum de um único uso ou lapso evoluir para uma franca recaída.

A terapia, portanto, segue em duas direções simultâneas:

1. alcançar e manter a sobriedade;
2. identificar e modificar as crenças relevantes que predispõem e mantêm o uso problemático de substâncias (ver A. T. Beck et al., 1993).

Conforme se obtém sucesso nessas áreas, podem ser abordadas outras metas da terapia de alcance mais amplo, incluindo mudanças vocacionais e no estilo de vida. A pedra angular da TCC bem-sucedida para abuso de substâncias é a prevenção da recaída (Marlatt e Gordon, 1985). Os métodos de prevenção de recaídas incluem tanto estratégias comportamentais, para minimizar a probabilidade de enfrentar premências e fissuras, como exercícios de reestruturação cognitiva, para comba-

TABELA 10.4 • Crenças sobre o abuso de substâncias

Não tenho nenhum controle da fissuras.
Depois que começou, o único jeito de lidar com a fissura é "curtir".
Passei do ponto de retorno – nunca vou conseguir parar de beber.
É preciso ter força de vontade para parar de beber, e eu não tenho.
Não consigo me divertir, se não beber.
Minha vida já está estragada – eu vou é ficar "alto".
Ninguém manda em mim – vou parar quando estiver pronto.

Fonte: Reimpresso com a permissão de Thase, M.E.: "Cognitive-Behavioral Therapy for Substance Abuse", in *American Psychiatric Press Review of Psychiatry*, Vol. 16. Editado por Dickstein, L.J.; Riba, M.B.; Oldham, J.M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, pág. 45-71. Copyright 1997, American Psychiatric Press. Usado com permissão.

ter pensamentos negativos distorcidos sobre beber ou usar drogas. Geralmente, também é uma boa idéia incentivar os pacientes a participarem de programas de auto-ajuda como os Alcoólicos Anônimos.

TRANSTORNOS ALIMENTARES

A TCC tornou-se aceita como um dos métodos principais de tratamento para transtornos alimentares (Grupo de Trabalho da Associação Americana de Psiquiatria sobre Transtornos Alimentares, 2000; Fairburn, 1981; Garner e Bemis, 1985; Mitchell e Peterson, 1997). Estudos controlados de bulimia nervosa (Agras et al., 2000; Wilson, 1999) e transtorno de compulsão alimentar encontraram fortes evidências da sua eficácia (Agras et al., 1994; Ricca et al., 2000). Em vários estudos, descobriu-se que a TCC tem efeitos adicionais quando aplicada em combinação com medicações antidepressivas (Agras et al., 1992; Mitchell et al., 1990; Walsh et al., 1997). Mas a efetividade da TCC para anorexia nervosa ainda não foi estabelecida (ver, p. ex., American Psychiatric Association, 2000).

O modelo de TCC para tratar transtornos alimentares baseia-se na noção de que crenças disfuncionais sobre a magreza e a insatisfação com a forma e o peso corporais norteiam e mantêm o comportamento alimentar anormal e as características associadas, como purgação e abuso de laxantes, diuréticos e remédios para emagrecer. Os padrões contemporâneos da sociedade que reforçam metas não-realistas em relação à magreza têm interagido com as vulnerabilidades individuais (p. ex., perfeccionismo, dificuldade de regular os sentimentos ou propensão para a depressão) e provocado um aumento substancial na incidência desses transtornos.

Antes de trabalhar com um indivíduo com transtorno alimentar, pode ser útil revisar os resultados do clássico estudo de Keys e colaboradores (Keys, 1950; Taylor e Keys, 1950), que examinou os efeitos da semi-inanição nas atitudes e nos comportamentos de homens jovens saudáveis. Embora esses voluntários praticamente não corressem nenhum risco de desenvolver espontaneamente um transtorno alimentar, durante o curso da restrição calórica marcante e perda significativa de peso, eles desenvolveram preocupações com a comida, tiveram a libido diminuída, perturbações de sono e humor e intolerância ao frio. Quando a restrição calórica experimental terminou, desenvolveram comportamento de compulsão e purgação, acumulação de alimentos e sensações desordenadas de fome e saciedade. A maioria dos indivíduos recuperou o peso acima do que havia perdido e levou semanas para se estabilizar totalmente. Essas observações salientam o fato de que qualquer que seja a vulnerabilidade do indivíduo, o processo de sentir fome e de comportamento alimentar desordenado pode ter um papel significativo na manutenção do transtorno alimentar.

A abordagem da TCC é necessariamente multimodal e inclui aconselhamento nutricional, além de psicoeducação, automonitoramento e intervenções cognitivas e comportamentais. Em geral, é uma boa idéia trabalhar com um nutricionista experiente. Um objetivo inicial do tratamento é determinar, de maneira colaborativa, uma faixa de peso almejado e um plano de refeições. Embora os valores normativos relativamente altos das tabelas de peso da Metropolitan Life Insurance Company muitas vezes provoquem um choque, é imperativo que seja identificada uma meta realista e seja implementado um método consistente para monitorar o peso. Em geral, é suficiente medir o peso semanalmente. Um plano de refeições geralmente consiste em três refeições regulares e pelo menos dois lanches, dividindo as calorias para minimizar as sensações de fome. Durante a negociação dessas combinações de tratamento, você terá grandes oportunidades de discutir qualquer preocupação do paciente de que o plano não dê certo. Além disso, compartilhar os fatos sobre a inutilidade das estratégias comuns que supostamente facilitam a perda de peso, como purgar ou usar laxantes, é um aspecto importante da psicoeducação.

O automonitoramento, inicialmente, requer o acompanhamento dos horários das refeições e do comportamento alimentar problemático, bem como potenciais sinais e gatilhos ambientais. Posteriormente, são utilizados registros de três colunas para ajudar a estabelecer as ligações entre pensamentos negativos, sentimentos disfóricos e comportamento alimentar problemático. São aplicadas várias estratégias para mudar ou, se necessário, evitar respostas aos gatilhos. A prevenção de resposta (ver Capítulo 7) é uma ferramenta importante para ajudar os pacientes a aprenderem a prolongar o intervalo entre a premência (i.e., comer compulsivamente, purgar ou restringir) e o comportamento problemático. São então empregados exercícios de reestruturação cognitiva para ajudar os pacientes a lidarem com pensamentos negativos distorcidos sobre as conseqüências de não se envolver em comportamentos alimentares desordenados.

ESQUIZOFRENIA

A esquizofrenia está associada a uma probabilidade significativamente maior de incapacidade e uma probabilidade menor de períodos de remissão continuada e completa do que a maioria dos outros transtornos psiquiátricos graves, incluindo o transtorno bipolar do tipo I (American Psychiatric Association, 1997). O caráter crônico dessa doença devastadora proporcionou um impulso para o desenvolvimento de terapias psicossociais adjuvantes. Essa necessidade persistiu, apesar da introdução de uma geração mais nova de fármacos antipsicóticos.

Há uma história relativamente longa de pesquisas que avaliaram abordagens comportamentais para a esquizofrenia, inclusive estratégias de controle de contingências (Paul e Lentz, 1977) e treinamento de habilidades sociais (Kazdin, 1977; Liberman et al., 1998). Embora, inicialmente, tenham ficado para trás várias aplicações do modelo de terapia de Beck já haviam surgido em meados da década de 1990 (Garety et al., 1994; Kingdon e Turkington, 2004; Perris, 1989; Scott e Wright, 1997). Hoje, existem fortes evidências provenientes de uma série de ensaios clínicos de que a TCC individual tem efeitos significativos na redução de sintomas tanto positivos como negativos da esquizofrenia (A. T. Beck e Rector, 2000; Sensky et al., 2000; Turkington et al., 2004).

Assim como a TCC para o transtorno afetivo bipolar, a terapia não deve ser iniciada até que o paciente tenha começado a se estabilizar na medicação psicotrópica. As sessões podem ser breves no início. Em alguns casos, duas ou três sessões de 20 minutos durante uma semana ou duas podem ser mais úteis do que uma única sessão de 45 a 50 minutos. Também é razoável prever que um curso ideal da terapia será mais longo do que seria indicado para o transtorno depressivo maior ou transtorno de pânico.

Além de estabelecer um relacionamento terapêutico, os objetivos iniciais normalmente incluem psicoeducação sobre o transtorno (incluindo evocar as crenças do paciente sobre a natureza da esquizofrenia e seu tratamento), maior envolvimento em atividades e melhor adesão aos tratamentos farmacoterápicos. À medida que a terapia progredir, o trabalho muda para a identificação e modificação de delírios e em ajudar o paciente a reduzir ou lidar com as alucinações. Os delírios podem ser vistos como uma forma extrema do erro lógico de *tirar conclusões apressadas*, no sentido de que o indivíduo faz inferências com base em uma avaliação incompleta dos fatos e ignora ou minimiza as evidências não-confirmatórias. Se for possível estabelecer uma relação terapêutica colaborativa, o paciente pode ser capaz de se beneficiar com o uso de métodos de análise lógica, como o exame de evidências e a busca de soluções alternativas.

A Figura 10.4 traz um exemplo de um exercício de exame de evidências feito por um homem de 27 anos com esquizofrenia. Ted fazia trabalho voluntário na secretaria de um centro de saúde comunitário e desenvolveu delírios sobre esse local. Um dos desencadeadores desses delírios foi o aparecimento de uma mensagem diária na tela de seu computador. Em-

Pensamento perturbador: A Máfia ou uma agência de inteligência estrangeira se infiltrou no centro de saúde e está controlando tudo.

Evidências a favor desse pensamento:

1. Mensagens de computador são suspeitas.
2. Dois funcionários foram demitidos na semana passada.
3. Parece que há escutas implantadas nos monitores de TV.
4. Não tenho nenhum amigo próximo no centro de saúde. As pessoas raramente falam comigo.

Evidências contra esse pensamento preocupante:

1. Mensagens de computador são enviadas ao computador de todo mundo. São apenas frases ou piadas. Provavelmente não significam nada.
2. As pessoas que foram demitidas estavam sempre faltando.
3. Examinei uma TV e não encontrei nada suspeito. Tenho a tendência de ficar paranóico.
4. É verdade que não tenho muitos amigos, mas isso não significa que há um complô para tomar o centro de saúde. Eu gosto de fazer esse trabalho e todos me tratam bem.

Pensamentos alternativos: Sei que tenho um desequilíbrio químico que me deixa paranóide. Ficar sentado em frente a um computador algumas horas por dia me deixou mais desconfiado. Esse emprego vale meu esforço para tentar aquietar meus medos.

FIGURA 10.4 • Exame de evidências para delírios: o exemplo de Ted.

bora a mensagem diária – normalmente uma citação humorística – fosse enviada para todos os computadores do lugar, Ted interpretou as mensagens de uma forma delirante. Ele também começara a pensar que havia um complô da Máfia ou uma agência de inteligência estrangeira para tomar o centro de saúde comunitária. A técnica de exame de evidências o ajudou a reconhecer as distorções em seu modo de pensar e a desenvolver uma maneira alternativa de enxergar a situação. Nesse caso, Ted foi estimulado a rotular o delírio como um *pensamento perturbado* e a aplicar métodos-padrão da TCC para testar sua cognição.

Ao tratar alucinações, normalmente é útil introduzir um *raciocínio normalizador* com a idéia de que, digamos, todo mundo experimenta alucinações em circunstâncias extremas (p. ex., intoxicação por drogas ou privação marcante de sono; Kingdon e Turkington, 2004). Esse conceito pode ajudar as pessoas com esquizofrenia a se sentirem menos estigmatizadas e se disporem a prestar atenção em possíveis influências ambientais que poderiam estar agravando as alucinações ou a explorar explicações alternativas para o seu surgimento (para substituir conceitos como "é o demônio", "Deus está falando comigo" ou "a voz de uma mulher está me torturando"). Os objetivos gerais, ao tratar as alucinações com a TCC, são ajudar o paciente a:

1. aceitar um modelo explicativo racional para as alucinações (p. ex., o raciocínio normalizador ou uma vulnerabilidade biológica);
2. desenvolver métodos para reduzir ou limitar o impacto das alucinações.

Uma das estratégias mais úteis para trabalhar com alucinações é gerar uma lista de comportamentos que silenciem as vozes ou as tornem menos intrusivas ou controladoras. O paciente também pode se beneficiar com a elaboração de uma lista de atividades que pioram as vozes. Ele pode então desenvolver um plano comportamental para aumentar os comportamentos úteis e diminuir as atividades que amplificam as alucinações. Um exemplo de tal lista de comportamentos é apresentado na Figura 10.5. Bárbara, uma mulher de 38 anos com esquizofrenia, fez essa lista de comportamentos que a ajudavam a lidar com as vozes. Ela conseguiu identificar várias estratégias úteis, incluindo atividades de lazer, treinar a si mesma sobre a natureza de sua doença (p. ex., "tenho um desequilíbrio químico e não preciso prestar atenção nas vo-

Ações que amenizam as vozes ou as fazem sumir:

1. Ouvir músicas suaves
2. Fazer trabalhos manuais
3. Imaginar que as vozes estão entrando em um armário de minha casa, um cobertor é colocado sobre elas e a porta é trancada
4. Fazer trabalho voluntário na igreja
5. Ler uma revista ou um livro
6. Dizer a mim mesma que tenho um desequilíbrio químico e não preciso prestar atenção nas vozes
7. Ir à terapia de grupo no centro de tratamento

Ações que estimulam as vozes ou as deixam mais altas:

1. Discussões com meu namorado ou parentes
2. Dormir pouco
3. Esquecer de tomar a medicação
4. Assistir a filmes violentos ou perturbadores ou seriados de TV

FIGURA 10.5 • Ações que fazem as vozes melhorarem ou piorarem: o exemplo de Bárbara.

zes"), e uma técnica de geração de imagens mentais que ela elaborou sozinha sem ajuda de seu terapeuta. Seu plano incluía também aprender a lidar melhor com as situações e questões que pareciam agravar suas alucinações.

Sintomas negativos podem ser abordados com a programação de atividades, a prescrição de tarefas graduais, o ensaio comportamental, o treinamento de habilidades e estratégias relacionadas. Mas os especialistas no tratamento da esquizofrenia com a TCC geralmente recomendam uma abordagem de "ir devagar", na qual se dá ao paciente bastante tempo para começar a modificar sintomas como o isolamento social e a falta de iniciativa (Kingdon e Turkington, 2004). Deve-se ter em mente que, embora os sintomas negativos possam muito bem refletir neuropatologia subjacente, indivíduos que apresentam formas ainda mais debilitantes de lesão cerebral, incluindo acidente vascular cerebral ou esclerose múltipla, podem aprender a usar estratégias compensatórias de enfrentamento em abordagens sistemáticas de reabilitação.

RESUMO

Os métodos cognitivo-comportamentais foram desenvolvidos e testados para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos graves, como a depressão resistente, o transtorno bipolar, os transtornos da personalidade e a esquizofrenia. Além disso, as técnicas de TCC são um tratamento de primeira linha para bulimia nervosa, podendo oferecer ferramentas úteis para o manejo dos problemas de abuso de substâncias. Embora muitos dos métodos cognitivos e comportamentais padronizados para depressão e ansiedade também possam ser utilizados no tratamento de transtornos que são mais difíceis de tratar, são recomendadas modificações específicas para aplicações avançadas da TCC. Neste capítulo, descrevemos as pesquisas que dão validade à aplicação da TCC para doenças mentais crônicas e graves, e detalhamos brevemente algumas das estratégias que podem ser empregadas para atender aos desafios de se trabalhar com esses transtornos. No Capítulo 11, descrevemos leituras adicionais, *workshops* e supervisão clínica que podem ser úteis para desenvolver competência na utilização da TCC para transtornos psiquiátricos graves.

REFERÊNCIAS

Agras WS, Rossiter EM, Arnow B, et al: Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: a controlled comparison. Am J Psychiatry 149:82-87, 1992.

Agras WS, Telch CF, Arnow B: Weight loss, cognitive-behavioral, and desipramine treatments in binge eating disorder: an additive design. Behav Ther 25:225-238, 1994.

Agras WS, Walsh T; Fairburn CG, et al: A multicenter comparison of cognitive-behavioral and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 57:459-466, 2000.

American Psychiatric Association: Practice guideline for major depressive disorder in adults. Am J Psychiatry 150 (suppl):1-26, 1993.

American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry 154 (suppl):1-63, 1997.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders: Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders (revision). Am J Psychiatry 157 (1 suppl):1-39, 2000.

Basco MR, Rush AJ: Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder. New York, Guilford, 1996.

Beck AT, Freeman A: Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford, 1990.

Beck AT, Rector NA: Cognitive therapy for schizophrenia: a new therapy for a new millennium. Am J Psychother 54:291-300, 2000.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al: Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford, 1979.

Beck AT, Wright FD, Newman CF, et al: Cognitive Therapy of Substance Abuse. New York, Guilford, 1993.

Beck JS: Cognitive approaches to personality disorders, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 16. Edited by Dickstein U, Riba MB, Oldham JM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, p. 73-106.

Bohus M, Haaf B, Simms T, et al: Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. Behav Res Ther 42:487-499, 2004.

Carroll KM, Rounsaville BJ, Gordon LT, et al: Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. Arch Gen Psychiatry 51:177-187, 1994.

Cochran SD: Preventing medical noncompliance in the outpatient treatment of bipolar affective disorders. J Consult Clin Psychol 52:873-878, 1984.

Crits-Christoph P, Siqueland L, Blaine J, et al: Psychosocial treatments for cocaine dependence: results of the National Institute on Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. Arch Gen Psychiatry 56:493-502, 1999.

DeRubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, et al: Medication versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. Am J Psychiatry 156:1007-1013, 1999.

Elkin I, Shea MT, Watkins JT, et al: National Institute of Mental Healtb Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatments. Arch Gen Psychiatry 46:971-982, 1989.

Fairbum C: A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. Psychol Med 11:707-711, 1981.

Fava GA, Grandi S, Zielezny M, et al: Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. Am J Psychiatry 151: 1295-1299, 1994.

Fava GA, Savron G, Grandi S, et al: Cognitive-behavioral management of drug-resistant major depressive disorder. J Clin Psychiatry 58:278-282, 1997.

Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, et al: Well-being therapy: a novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. Psychol Med 28:475-480, 1998a.

Fava GA, Rafanelli C, Grandi S, et al: Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: preliminary findings. Arch Gen Psychiatry 55:816-820, 1998b.

Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, et al: Cognitive behavior approach to loss of clinical effect during long-term antidepressant treatment: a pilot study. Am J Psychiatry 159:2094-2095, 2002.

Garety PA, Kuipers L, Fowler D, et al: Cognitive behavioural therapy for drug-resistant psychosis. Br J Med Psycho167 (pt 3):259-271, 1994.

Garner DM, Bemis KM: Cognitive therapy for anorexia nervosa, in Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. Edited by Gamer DM, GarfinkelPE. New York, Guilford, 1985, p. 513-572.

Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, et al: Co-occurrence of 12-month mood and anxiety disorders and personality disorders in the US: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Psychiatr Res 39:1-9, 2005.

Higgins ST, Delaney DD, Budney AJ., et al: A behavioral approach to achieving initial cocaine abstinence. Am J Psychiatry 148:1218-1224, 1991.

Higgins ST, Budney AJ, Bickel WK: Applying behavioral concepts and principles to the treatment of

cocaine dependence. Drug Alcohol Depend 34:87-97, 1994.

Kazdin AB: The Token Economy: A Review and Evaluation. New York, Plenum, 1977.

Keller MB, McCullough JP, Klein DN, et al: A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. N Engl J Med 342:1462-1470, 2000.

Keys A: The residues of malnutrition and starvation. Science 112:371-373, 1950.

Kingdon DG, Turkington D: Cognitive Therapy of Schizophrenia. New York, Guilford, 2004.

Lam DH, Watkins ER, Hayward P, et al: A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. Arch Gen Psychiatry 60:145-152, 2003.

Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, et al: Skills training versus psychosocial occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. Am J Psychiatry 155:1087-1091, 1998.

Linehan MM: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford, 1993.

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 48: 1060-1064, 1991.

Linehan MM, DimeffLA, Reynolds SK, et al: Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. Drug Alcohol Depend 67:13-26, 2002.

Marlatt GA, Gordon JR (eds): Relapse Prevention: Maintenance Strategies in the Treatment of Addictive Behaviors. New York, Guilford, 1985.

McCullough JP: Psychotherapy for dysthymia: a naturalistic study of ten patients. J Nerv Ment Dis 179:734-740, 1991.

McCullough JP Jr: Skills Training Manual for Diagnosing and Treating Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York, Guilford, 2001.

Metropolitan Life Insurance Company: 1983 Metropolitan Height and Weight Tables. New York, Metropolitan Life Insurance Company, 1983.

Miller WR, Yahne CE, Moyers TB, et al: A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. J Consult Clin Psychol 72:1050-1062, 2004.

Mitchell JE, Peterson CB: Cognitive-behavioral treatments of eating disorders, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 16. Edited by Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, p. 107-133.

Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, et al: A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 47:149-157, 1990.

Monti PM, Rohsenow DJ, Rubonis AY, et al: Cue exposure with coping skills treatment for male alcoholics: a preliminary investigation. J Consult Clin Psychol 61:1011-1019, 1993.

Morin CM: Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. J Clin Psychiatry 65 (suppl 16):33-40, 2004.

Newman CF, Leahy RL, Beck AT, et al: Bipolar Disorder: A Cognitive Therapy Approach. New York. American Psychological Association, 2002.

Palmer RL, Birchall H, Damani S, et al: A dialectical behavior therapy program for people with an eating disorder and borderline personality disorder-description and outcome. Int J Eat Disord 33:281-286, 2003.

Paul GL, Lentz RJ: Psychosocial Treatment of Chronic Mental Patients. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1977.

Perris C: Cognitive Therapy With Schizophrenic Patients. New York, Guilford, 1989.

Prochaska JO, DiClertlente CC: The transtheoretical approach, in Handbook of Psychotherapy Integration. Edited by Norcross JC, Goldfried MR. New York, Basic Books, 1992, p. 301-334.

Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. J Stud Alcohol 59:631-639, 1998.

Ricca V, Mannucci E, Zucchi T, et al: Cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa and binge eating disorder: a review. Psychother Psychosom 69:287-295, 2000.

Robins CJ, Chapman AL: Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions. J Personal Disord 18:73-89, 2004.

Rush AJ, Weissenburger JE: Melancholic symptom features and DSM-IV. Am J Psychiatry 151:489-498, 1994.

Scott J, Wright.JH: Cognitive therapy for chronic and severe mental disorders, in American Psychiatric

Press Review of Psychiatry, Vol 16. Edited by Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, p. 135-170.

Scott J, Garland A, Moorhead S: A pilot study of cognitive therapy in bipolar disorders. Psychol Med 31:459-467, 2001.

Sensky T, Turkington D, Kingdon D, et al: A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for persistent symptoms in schizophrenia resistant to medication. Arch Gen Psychiatry 57:165-172, 2000.

Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, et al: Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Am J Psychiatry 147:711-718, 1990.

Strang J, McCambridge J: Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? J Subst Abuse Treat 27:83-88, 2004.

Stuart S, Simons AD, Thase ME, et al: Are personality assessments valid in acute major depression? J Affect Disord 24:281-290, 1992.

Taylor HL, Keys A: Adaptation to caloric restriction. Science 112:215-218, 1950.

Thase ME: The role of Axis II comorbidity in the management of patients with treatment-resistant depression. Psychiatr Clin North Am 19:287-309, 1996.

Thase ME: Cognitive-behavioral therapy for substance abuse, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 16. Edited by Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, p. 45-71.

Thase ME: The role of psychotherapy in the management of bipolar disorder, in Handbook of Bipolar Disorder. Edited by Kasper S, Hirschfeld RMA. New York, Marcel Dekker (2005).

Thase ME, Friedman ES: Is psychotherapy an effective treatment for melancholia and other severe depressive states? J Affect Disord 54:1-19, 1999.

Thase ME, Howland R: Refractory depression: relevance of psychosocial factors and therapies. Psychiatr Ann 24:232-240, 1994.

Thase ME, Wright JH: Cognitive behavior therapy manual for depressed inpatients: a treatment protocol outline. Behav Ther 22:579-595, 1991.

Thase ME, Simons AD, Cahalane J, et al: Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. Am J Psychiatry 148:784-789, 1991.

Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, et al: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. Arch Gen Psychiatry 54:1009-1015, 1997.

Turkington D, Dudley R, Warman DM, et al: Cognitive-behavioral therapy for schizophrenia: a review. J Psychiatr Pract 10:5-16, 2004.

Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL, et al: Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. Am J Psychiatry 154:523-531, 1997.

Wilson GT: Cognitive behavior therapy for eating disorders: progress and problems. Behav Res Ther 37 (suppl 1):S79-S95, 1999.

Woody GE, Munoz A: Efficacy, individual effectiveness, and population effectiveness in substance abuse t.reatment. CUff Psychiatry Rep 2: 505-507, 2000.

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L: Psychiatric severity as a predictor of benefits from psychotherapy. Am J Psychiatry 141:1171-1177, 1984.

Wright JH: Cognitive-behavior therapy for chronic depression. Psychiatr Ann 33:777-784, 2003.

Wright JH, Thase ME, Beck AT, et al: Cognitive Therapy With Inpatients: Developing a Cognitive Milieu. New York, Guilford, 1993.

Young J: Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach. Sarasota, FL, Professional Resource Exchange, 1990.

11

Desenvolvendo competência em terapia cognitivo-comportamental*

Este livro faz parte de uma série de livros chamada Core Competencies in Psychotherapy (Glen O. Gabbard, M.D., editor da série), dedicada a ajudar os leitores a adquirir qualificação em psicoterapias básicas. A criação da série foi motivada, em parte, por ter a Associação Americana de Diretores de Treinamento de Residência em Psiquiatria (AADPRT) adotado uma política de estabelecer requisitos de qualificação em várias psicoterapias fundamentais – incluindo a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a terapia psicodinâmica – para os graduandos dos programas norte-americanos de residência em psiquiatria. Até aqui, neste livro sobre a TCC, não nos focamos especificamente nas competências, mas tentamos apresentar informações sobre os fundamentos da teoria e técnica necessárias para se tornar um terapeuta cognitivo-comportamental qualificado. Neste último capítulo, damos detalhes das diretrizes de competências recomendadas pela AADPRT, descrevemos métodos para avaliar seu progresso no aprendizado da TCC e sugerimos algumas maneiras de continuar seu desenvolvimento como terapeuta.

COMPETÊNCIAS ESSENCIAIS NA TCC

Os critérios de competências essenciais da AADPRT para residentes de psiquiatria (Sudak et al., 2001) estão resumidos na Tabela 11.1 (e também estão disponíveis no *site* da AADPRT: http://www.aadprt.org). Esses critérios são bastante amplos e devem ser úteis para professores e alunos de TCC de várias disciplinas. As competências estão agrupadas em três categorias: conhecimento, habilidades e atitudes. Ao revisar essa lista, você verá que os critérios estão diretamente conectados aos conceitos e métodos descritos neste livro.

O principal valor dos critérios de competência da AADPRT está no estabelecimento de metas específicas para aprender essa forma de terapia. Se você leu os dez capítulos anteriores deste livro, fez um curso básico em TCC e recebeu *feedback* ou supervisão de suas habilidades clínicas, então, deve estar apto para satisfazer os requisitos de competência da AADPRT. Para ter uma idéia de onde você se encontra no aprendizado da TCC, sugerimos que faça o exercício a seguir:

- **Exercício 11.1**:
  Auto-avaliação da competência em TCC

  1. Examine cada item na Tabela 11.1.
  2. Avalie seu conhecimento, suas habilidades e atitudes na TCC, dando a si mesmo uma nota de ex-

* Os itens mencionados neste capítulo, disponíveis no Apêndice 1, estão também disponíveis para *download* gratuito em formato maior no *site* da American Psychiatric Publishing: http://www.appi.org/pdf/wright, conteúdo em inglês.

TABELA 11.1 • Critérios de competência para a terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Conhecimento	Habilidades	Atitudes
O terapeuta deve demonstrar o entendimento de	*O terapeuta deve ser capaz de*	*O terapeuta deve ser*
( ) 1. O modelo cognitivo-comportamental.	( ) 1. Avaliar e conceitualizar os pacientes com o modelo da TCC.	( ) 1. Empático, respeitoso, não-crítico e colaborativo.
( ) 2. Conceitos de pensamentos automáticos, erros cognitivos, esquemas e princípios do comportamento.	( ) 2. Estabelecer e manter uma relação terapêutica colaborativa.	( ) 2. Sensível às questões socioculturais, socioeconômicas e educacionais.
( ) 3. Formulações cognitivo-comportamentais para transtornos comuns.	( ) 3. Educar o paciente sobre o modelo da TCC.	( ) 3. Aberto ao exame de observações ao vivo ou gravadas em vídeo ou áudio das sessões de tratamento.
( ) 4. Indicações para TCC.	( ) 4. Educar o paciente sobre esquemas e ajudá-lo a entender a origem das crenças.	
( ) 5. Justificativa para sessões de estruturação, colaboração e solução de problemas.	( ) 5. Estruturar sessões, incluindo estabelecer agendas, revisar e prescrever tarefas de casa, trabalhar com problemas-chave e usar *feedback*.	
( ) 6. Princípios básicos da psicoeducação.	( ) 6. Utilizar a programação de atividades e a tarefa gradual.	
( ) 7. Princípios básicos dos métodos comportamentais.	( ) 7. Utilizar as técnicas de treinamento de relaxamento e exposição gradual.	
( ) 8. Princípios básicos de técnicas cognitivas, como modificação de pensamentos automáticos e esquemas.	( ) 8. Empregar técnicas de registro de pensamentos.	
( ) 9. A importância da educação continuada em TCC.	( ) 9. Usar técnicas de prevenção de recaída.	
	( ) 10. Reconhecer seus próprios pensamentos e sentimentos acionados pela terapia.	
	( ) 11. Escrever uma formulação de TCC.	
	( ) 12. Buscar supervisão adequada, quando necessário.	

Fonte. Adaptado de Sudak, D.M.; Wright, J.H.; Beck, J.S., et al.: "AADPRT Cognitive Behavioral Therapy Competencies". Farmington, CT, American association of directors of psychiatric residency training, 2001. Disponível no *site*: http://www.aadprt.org. Acessado em 16 de maio de 2005.

celente (E), satisfatório (S) ou insatisfatório (I) para cada item. O padrão para sua auto-avaliação não deve estar no nível de terapeuta-mestre, mas no nível de um profissional que concluiu cursos de residência, treinamento em cursos de graduação ou outros cursos educacionais de TCC.

3. Se você observou problemas no conhecimento, nas habilidades ou atitudes para qualquer um dos itens, pense em um plano para elevar sua competência. Algumas idéias incluem ler novamente as seções deste livro, estudar as anotações de aula, obter supervisão adicional ou estudar outros materiais.

TORNANDO-SE UM TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COMPETENTE

Embora não haja recomendações publicadas para o treinamento padronizado em TCC, os professores mais experientes nessa forma de psicoterapia acreditam que é necessária uma combinação de experiências de aprendizado. Para estudantes graduandos, residentes ou outros profissionais em treinamento, essas experiências normalmente incluem:

1. um curso básico (a Academia de Terapia Cognitiva [ACT] recomenda pelo menos 40 horas de curso);
2. leituras obrigatórias (pelo menos um texto principal sobre a teoria e os métodos da TCC, como este livro, e outras leituras para tópicos especiais);
3. formulações de caso por escrito;
4. supervisão de caso (seja em formato individual ou em grupo ou ambos);
5. uso de sessões gravadas em vídeo ou áudio que são revisadas e pontuadas por um terapeuta cognitivo-comportamental experiente; e
6. prática significativa no tratamento de pacientes com TCC (tratamento de 10 casos ou mais com diagnósticos variados, incluindo depressão e diferentes tipos de transtornos de ansiedade).

Estão disponíveis numerosas opções para profissionais que concluíram sua residência ou se formaram em programas de treinamento e que acreditam que precisam de treinamento adicional para se tornar qualificados na TCC. O programa mais rigoroso e bem-estabelecido de treinamento para profissionais é no Instituto Beck, na Filadélfia, Pensilvânia (http://www.beckinstitute.org). É oferecido um treinamento no local ou um programa extramuros. Em cada um desses programas, o terapeuta recebe extensa instrução didática por pelo menos seis meses, além de supervisão individual semanal. No programa extramuros, a supervisão é dada por telefone depois de o supervisor ter examinado as fitas das sessões de terapia do participante. Outros centros para terapia cognitiva também oferecem cursos básicos e avançados e supervisão em grupo ou individual (ver Apêndice 2, para uma lista desses centros).

Outra alternativa para aperfeiçoamento de terapeutas é realizar um programa de treinamento customizado, organizado por uma instituição ou associação. Por exemplo, um de nós (J. H. W.) desenvolveu um curso de um ano para terapeutas de um grande centro de saúde mental comunitário. Nenhum dos terapeutas do curso havia tido anteriormente qualquer treinamento substancial em TCC. Como parte do curso, quatro terapeutas sêniores realizaram o programa extramuros do Instituto Beck e, depois, tornaram-se assistentes do autor na condução do treinamento para um grupo de mais de 40 profissionais. Esse treinamento iniciou com um *workshop* de oito horas ministrado pelo autor e por Judith Beck, do Instituto Beck. Esse *workshop* foi seguido por aulas semanais dadas pelo autor, quatro seminários intensivos adicionais e supervisão semanal fornecida pelos terapeutas treinados no programa extramuros. Ao final desse ano de treinamento, os terapeutas do programa extramuros estavam capacitados para continuar o ensino dos outros terapeutas na instituição, fazendo supervisão de caso contínua. Embora fossem necessários recursos significativos para implementar esse programa de treinamento, ele foi bem-sucedido em treinar um grande número de terapeutas em TCC.

Outros terapeutas vêm obtendo competência básica em TCC ao participar de *workshops* em importantes encontros científicos, assistir a fitas de vídeo de terapeutas-mestres, participar de retiros ou acampamentos planejados para ensinar a TCC (p. ex., Camp Cognitive Therapy e outros *workshops* de treinamento dados por Christine Padesky, Ph.D., e associados, vide http://www.padesky.com) e obter supervisão individual em TCC (ver Apêndice 2). O *site* da ACT (http://www.academyofct.org), uma organização que certifica terapeutas em TCC, traz uma lista de locais de treinamento e uma lista de terapeutas cognitivo-comportamentais certificados que po-

dem oferecer supervisão ou outros treinamentos.

AVALIANDO SEU PROGRESSO

A comunidade da TCC destaca-se por ter uma longa tradição de avaliar as habilidades dos terapeutas e fornecer *feedback* construtivo. Está disponível uma variedade de escalas de classificação, inventários e testes (Sudak et al., 2003). Aqui, descrevemos quatro instrumentos que podem ser úteis para avaliar seu progresso no aprendizado da TCC.

Escala de Terapia Cognitiva

A principal medida utilizada para dar *feedback* sobre a proficiência em TCC é a Escala de Terapia Cognitiva (ETC; ver apêndice deste capítulo), desenvolvida por Young e Beck em 1980 (Vallis et al., 1986). A ETC contém 11 itens (p. ex., estabelecimento e estruturação de agenda, colaboração, ritmo e uso eficiente do tempo, descoberta guiada, foco nas principais cognições e comportamentos, habilidade em aplicar técnicas da TCC e tarefa de casa) que são usados para classificar o desempenho de um terapeuta em funções cruciais da TCC. São dados até seis pontos a cada item na ETC, produzindo, assim, um escore máximo de 66 pontos. Normalmente, considera-se que um escore geral de 40 representa desempenho satisfatório em TCC. A ACT exige que os candidatos à certificação atinjam um escore de 40 na pontuação da ETC de uma sessão gravada em vídeo. Além disso, comumente é exigido um escore de 40 na ETC como medida para qualificar-se como terapeuta cognitivo-comportamental para pesquisas que estudam a efetividade dessa abordagem (Wright et al., 2005).

A ETC pode ajudá-lo a aprender sobre seus pontos fortes e fracos ao realizar a TCC, além de estimular idéias para fazer melhorias. No próximo exercício de aprendizagem, você deve pontuar uma de suas sessões na ETC e discutir essa pontuação com um colega ou supervisor.

- **Exercício 11.2**:
  Aplicando a Escala de Terapia Cognitiva

  1. Grave uma de suas sessões de TCC em vídeo ou áudio. Essa sessão deve, preferencialmente, ser com um paciente real. Mas também se pode usar um *role-play* de uma sessão para esse exercício.
  2. Faça uma auto-avaliação dessa sessão aplicando a ETC. Também peça a um supervisor ou um colega para pontuar a sessão.
  3. Discuta as pontuações com seu supervisor ou colega.
  4. Identifique alguns de seus pontos fortes na sessão.
  5. Se você ou um colega ou supervisor identificar alguma área em que você poderia melhorar seu desempenho, faça uma lista de idéias para fazer as coisas de maneira diferente.
  6. Faça regularmente outras avaliações de sessões gravadas em áudio ou vídeo, até que possa pontuar rotineiramente um escore de 40 ou mais nessa escala.

Escala de Avaliação de Formulação Cognitiva

A ACT desenvolveu diretrizes específicas para redigir conceitualizações de caso e satisfazer seus critérios para certificação em TCC. Instruções detalhadas para formular casos e planejar tratamentos podem ser encontradas no *site* da ACT (http://www.academyofct. org). Também é apresentado um exemplo de formulação de caso no *site*. Vários programas de treinamento em TCC adotaram as diretrizes e o sistema de pontuação da ACT para conceitualizações de caso e exigem o preenchimento de uma ou mais formulações por escrito.

O sistema para formular casos que apresentamos no Capítulo 3, baseia-se diretamente nas diretrizes da ACT. Portanto, você já deve conhecer os fundamentos do desenvolvimento de conceitualizações de caso que satisfazem os

padrões da ACT. As pontuações dos componentes da conceitualização de caso são feitas em uma escala de 0 a 2 (0 = não-presente; 1 = presente, mas inadequado; 2 = presente e adequado). São avaliadas três áreas gerais de desempenho na Escala de Avaliação de Formulação Cognitiva (EAFC) (CFRS, em inglês):

1. história do caso (dois itens);
2. formulação cognitiva (cinco itens); e
3. plano de tratamento e curso de terapia (cinco itens).

O requisito da ACT para aprovação é de 20 em 24 pontos possíveis. Os critérios para pontuação nessa escala estão disponíveis no *site* da ACT.

Descobrimos que redigir formulações de caso é um dos exercícios mais valiosos para aprender a TCC. Se dispensar tempo para refletir cuidadosamente sobre as formulações, colocá-las no papel e obtiver *feedback* de supervisores ou outros terapeutas cognitivo-comportamentais experientes, você será capaz de desenvolver considerável sofisticação e habilidade nessa abordagem de tratamento. Embora redigir conceitualizações exija algum esforço, a recompensa pode ser grande.

- **Exercício 11.3**: Aplicando a Escala de Avaliação de Formulação Cognitiva

  1. Baixe as instruções para redigir uma conceitualização de caso no *site* da ACT (http://www.academyofct.org). Também revise o exemplo de uma formulação redigida e os critérios de pontuação fornecidos no *site*.
  2. Baseie-se no sumário de formulação de caso para organizar suas principais observações e planos.* Depois, siga as diretrizes da ACT para escrever uma conceitualização de caso completa.
  3. Utilize os critérios de pontuação da EAFC para realizar uma autoavaliação de sua conceitualização de caso.
  4. Peça a um supervisor ou terapeuta cognitivo-comportamental experiente para dar um escore para sua conceitualização e discutir suas idéias para entender e tratar esse caso.

Escala de conhecimentos de terapia cognitiva

Embora a Escala de Conhecimentos de Terapia Cognitiva (ECTC) tenha sido originalmente desenvolvida para avaliar o conhecimento dos princípios da TCC em pacientes tratados com essa forma de terapia (Wright et al., 2002), ela passou a ser usada em programas de treinamento como um pré e pós-teste de conhecimento de conceitos e termos básicos. A ECTC não é uma medida abrangente de conhecimento da TCC, mas pode ser útil para mensurar o progresso no aprendizado das teorias e dos métodos principais. A escala inclui 40 perguntas do tipo verdadeiro ou falso sobre tópicos como pensamentos automáticos, erros cognitivos, esquemas, registro de pensamentos, programação de atividades e identificação de distorções cognitivas.

É dado um ponto para cada resposta correta às 40 perguntas da ECTC. Portanto, pode-se esperar um escore de 20 se a pessoa que está fazendo o teste não tiver conhecimento anterior da TCC. O escore máximo nessa escala é de 40. Pesquisas da ECTC com pacientes mostraram aumentos significativos nos escores após o tratamento com a TCC (Wright et al., 2002, 2005). Por exemplo, em uma pesquisa com 96 pacientes que fizeram a TCC assistida por computador para depressão ou ansiedade, os escores médios melhoraram de 24,2 antes do tratamento para 32,5 após o uso do programa de computador (Wright et al., 2002). Embora a ECTC não tenha sido pesquisada formalmente em cursos de treinamento, nossa experiência na utilização dessa escala com resi-

* Para uma cópia em branco do sumário, consulte o Apêndice 1 "Formulários de trabalho e inventários". Para mais informações sobre o formulário, consulte o Capítulo 3.

dentes de psiquiatria sugere que os escores médios antes de um curso básico em TCC normalmente variam de 20 e tantos a 30 e poucos. Como esperado, os escores da ECTC geralmente aumentam substancialmente após o trabalho de conclusão do curso, leituras e outras experiências educacionais em TCC. A ECTC foi publicada em Wright e colaboradores, 2002.

Inventário para Supervisão em Terapia Cognitivo-comportamental

Se estiver recebendo ou dando supervisão em TCC, talvez você esteja interessado em usar o Inventário para Supervisão em Terapia Cognitiva, um formulário desenvolvido pelos membros do grupo de trabalho dos critérios de competência da AADPRT (Sudak et al., 2001). Esse inventário divide-se em duas seções:

1. competências que devem ser demonstradas em cada sessão (p. ex., "mantém o empirismo colaborativo", "demonstra capacidade para utilizar a descoberta guiada" e "estabelece efetivamente agenda e estrutura a sessão");
2. competências que podem ser demonstradas durante o curso da terapia ou terapias (p. ex., "estabelece metas e planeja o tratamento com base na formulação da TCC", "educa o paciente sobre o modelo da TCC e/ou as intervenções da terapia" e "consegue utilizar a programação de atividades ou eventos prazerosos").

O Inventário para Supervisão em Terapia Cognitiva está disponível no Apêndice 1.

EXPERIÊNCIA E TREINAMENTO CONTINUADOS EM TCC

Para consolidar suas habilidades em TCC, será importante treinar as intervenções cognitivo-comportamentais regularmente e aproveitar as ofertas de cursos de pós-graduação. Além disso, se desejar dar profundidade e amplitude às suas habilidades, você precisará explorar as opções para melhorar a aprendizagem. Nossa experiência em treinamento e supervisão de profissionais em TCC sugere que as habilidades podem se atrofiar, se não forem usadas regularmente e estimuladas por atividades de educação continuada.

Anteriormente, neste capítulo, sugerimos que participar de *workshops* em encontros científicos, assistir a fitas de vídeo de terapeutas cognitivo-comportamentais experientes e ir a *workshops* ou seminários de treinamento podem ajudar a desenvolver competência básica (ver "Tornando-se um terapeuta cognitivo-comportamental competente"). Essas mesmas experiências podem ter um papel útil ao ajudar os terapeutas a manterem suas habilidades em TCC e desenvolverem novas áreas de competência. Por exemplo, cursos e *workshops* sobre métodos de TCC para transtorno bipolar, depressão resistente a tratamento, esquizofrenia, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático, dor crônica e outros transtornos são comumente oferecidos em congressos nacionais e internacionais (p. ex., congressos anuais da Associação Americana de Psiquiatria, da Associação Psicológica Americana e da Associação para o Avanço da Terapia Comportamental; ver Apêndice 2).

Leituras sobre a TCC também podem ajudar a aprender novas maneiras de aplicar esses métodos. Uma lista de livros que podem expandir seu conhecimento da TCC é apresentada no Apêndice 2. Incluímos textos clássicos, como os de A. T. Beck e colegas sobre a depressão, os transtornos de ansiedade e os transtornos da personalidade, além de livros sobre diversos tópicos, como terapias de grupo e de casal, tratamento de psicose e técnicas avançadas de TCC.

Uma outra maneira de trabalhar para aprimorar a proficiência em TCC é se candidatar para a certificação da ACT (http://www.academyofct.org). Alguns dos critérios para

certificação dessa organização, entre eles a submissão de material gravado em vídeo para classificação na ETC e a redação de uma formulação de caso que acompanha as diretrizes da ACT, foram discutidos anteriormente neste capítulo (ver as seções "Escala de Terapia Cognitiva" e "Escala de Avaliação de Formulação Cognitiva"). Estudar e se preparar para uma prova para certificação pela ACT pode ser uma estratégia valiosa para aprimorar sua capacidade de conduzir a TCC. Membros com certificado da ACT também têm acesso a várias oportunidades excelentes de educação continuada, incluindo recebimento de *e-mails* com dicas de TCC, recebimento de atualizações sobre novos desenvolvimentos em TCC e sobre a realização de palestras especiais de importantes terapeutas e pesquisadores.

Nossa última sugestão para continuar seu crescimento como terapeuta cognitivo-comportamental é participar de grupos de estudos ou de supervisão em grupo de TCC. Essas experiências de aprendizagem em grupo são freqüentemente oferecidas nos centros de TCC, nas instituições educacionais e em outros centros clínicos e de pesquisas. O grupo de supervisão semanal na clínica do autor principal oferece revisões e avaliações de sessões gravadas em vídeo, demonstrações de *role-play* e módulos de aprendizagem destinados a ajudar os profissionais a expandir suas habilidades em aplicações específicas da TCC (p. ex., depressão resistente a tratamento, transtornos de personalidade, TCC para pacientes hospitalizados, terapia em grupo e fibromialgia). Embora o grau de experiência em TCC normalmente varie de novato a especialista, a responsabilidade de trazer material para os encontros e contribuir para o processo educacional é alternada entre todos os participantes. Se não houver um grupo semelhante disponível em sua comunidade, você poderia pensar em iniciar um. Muitos terapeutas cognitivo-comportamentais valorizam muito esses grupos de supervisão continuada, pois eles proporcionam um fórum estimulante e propício para a aprendizagem.

RESUMO

Neste capítulo de conclusão, descrevemos várias maneiras úteis de avaliar a proficiência e sugerimos métodos para expandir o conhecimento e desenvolver competências em TCC. O empenho para continuar a desenvolver habilidades nessa abordagem terapêutica pode ter muitos benefícios. Ser capaz de oferecer tratamento de maneira competente e consistente deve ajudá-lo a alcançar bons resultados. Além disso, os métodos específicos da TCC estão agora disponíveis para praticamente todos os transtornos psiquiátricos para os quais a psicoterapia é indicada. Estudar esses métodos pode ajudar a aumentar suas habilidades para tratar diversos grupos de pacientes de maneira eficaz. Esperamos que a qualificação de sua formação nessa forma de terapia lhe proporcione um entendimento mais profundo do paradigma cognitivo-comportamental e seu poder de mudar a vida dos pacientes.

REFERÊNCIAS

Sudak DM, Wright JH, Beck JS, eta!: AADPRT Cognitive Behavioral Therapy Competencies. Farmington, CT, American Association of Directors of Psychiatric Residency Training, 2001. Available at: http://www.aadprt.org. Accessed May 16, 2005.

Sudak DM, Beck JS, Wright JH: Cognitive behavioral therapy: a blueprint for attaining and assessing psychiatry resident competency. Acad Psychiatry 27:154-159, 2003.

Vallis TM, Shaw BF, Dobson KS: The Cognitive Therapy Scale: psychometric properties. J Consult Clin Psvchol 54:381-385, 1986.

Wright JH, Wright AS, Salmon P, et al: Development and initial testing of a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. Am J Psychother 56:76-86, 2002.

Wright JH, Wright AS, Albano AM, et al: Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. Am J Psychiatry 162:1158-1164, 2005.

Young J, Beck AT: Cognitive Therapy Scale Rating Manual. Philadelphia, PA, Center for Cognitive Therapy, 1980.

Apêndice: Escala de Terapia Cognitiva

Terapeuta: _____ Paciente: _____

Data da sessão: _____ Nº da sessão: _____

Instruções: Classifique o desempenho em uma escala de 0 a 6 e registre a classificação na linha próxima ao número do item. São apresentadas as descrições para os pontos pares da escala. Se você achar que a classificação se encaixa entre dois dos descritores, selecione o número ímpar intermediário (1, 3, 5).

Se as descrições para um item ocasionalmente não parecerem se aplicar à sessão que você está avaliando, sinta-se à vontade para desconsiderá-las e utilizar a escala mais geral abaixo:

0	1	2	3	4	5	6
Ruim	Escassamente adequado	Medíocre	Satisfatório	Bom	Muito bom	Excelente

PARTE I. HABILIDADES TERAPÊUTICAS GERAIS

_____ 1. Agenda

0 O terapeuta não estabeleceu agenda

2 O terapeuta estabeleceu uma agenda vaga ou incompleta.

4 O terapeuta trabalhou com o paciente para estabelecer uma agenda mutuamente satisfatória, que incluiu problemas específicos em questão (p. ex., ansiedade no trabalho, insatisfação com o casamento).

6 O terapeuta trabalhou com o paciente para estabelecer uma agenda apropriada com problemas-alvo, adequada para o tempo disponível. Estabeleceu prioridades e depois seguiu a agenda.

_____ 2. *Feedback*

0 O terapeuta não pediu ao paciente *feedback* para determinar o entendimento da sessão, ou sua reação a ela.

2 O terapeuta solicitou algum *feedback*, mas não fez perguntas suficientes para ter certeza de que o paciente entendeu a linha de raciocínio do terapeuta durante a sessão ou para verificar se ele estava satisfeito com a sessão.

4 O terapeuta fez perguntas suficientes para ter certeza de que o paciente entendeu a sua linha de raciocínio durante toda a sessão e para determinar as reações deste durante a sessão. Quando apropriado, o terapeuta ajustou seu comportamento conforme o *feedback*.

6 O terapeuta foi especialmente competente ao evocar e reagir ao *feedback* verbal e não-verbal durante toda a sessão (p. ex., evocou as reações do paciente, verificou regularmente o seu entendimento, ajudou a resumir os principais pontos ao final da sessão).

_____ 3. Entendimento

0 O terapeuta repetidamente não conseguiu entender o que o paciente explicitamente disse e, assim, persistentemente não entendeu o ponto em questão. Habilidades empáticas precárias.

2 O terapeuta foi geralmente capaz de refletir ou reformular o que o paciente explicitamente disse, mas, repetidamente, não conseguiu compreender a comunicação mais sutil. Capacidade limitada de ouvir e ser empático.

4 O terapeuta em geral pareceu assimilar a "realidade interna" do paciente, tanto pelo que foi explicitamente dito quanto pelo que o paciente comunicou de forma mais

sutil. Boa capacidade de ouvir e ser empático.

6 O terapeuta pareceu entender a "realidade interna" do paciente completamente e foi competente ao comunicar esse entendimento por meio de respostas verbais e não-verbais apropriadas (p. ex., o tom da resposta do terapeuta transmitiu um entendimento solidário da "mensagem" do paciente). Excelentes habilidades para ouvir e ser empático.

_____ 4. Eficácia interpessoal

0 O terapeuta apresentou habilidades interpessoais precárias. Pareceu hostil, estar humilhando ou de alguma maneira destrutivo em relação ao paciente.

2 O terapeuta não pareceu destrutivo, mas teve problemas interpessoais significativos. Às vezes, o terapeuta pareceu desnecessariamente impaciente, indiferente ou insincero, ou teve dificuldades para transmitir confiança e competência.

4 O terapeuta demonstrou grau satisfatório de afeto, preocupação, confiança, autenticidade e profissionalismo. Sem problemas interpessoais significativos.

6 O terapeuta demonstrou graus ideais de afeto, preocupação, confiança, autenticidade e profissionalismo, apropriados para esse paciente em particular durante esta sessão.

_____ 5. Colaboração

0 O terapeuta não tentou estabelecer colaboração com o paciente.

2 O terapeuta tentou colaborar com o paciente, mas teve dificuldade para definir um problema que o paciente considerava importante ou para estabelecer colaboração.

4 O terapeuta foi capaz de colaborar com o paciente, focou um problema que ambos consideravam importante e estabelecer uma relação colaborativa.

6 A colaboração pareceu excelente; o terapeuta estimulou o paciente o máximo possível a assumir um papel ativo durante a sessão (p. ex., oferecendo opções), de modo que eles conseguiram funcionar como uma equipe.

_____ 6. Ritmo e uso eficiente do tempo

0 O terapeuta não fez tentativas para estruturar o tempo da terapia. A sessão pareceu não ter um objetivo.

2 A sessão apresentou algum direcionamento, mas o terapeuta teve problemas significativos com a estruturação ou o estabelecimento de ritmo (p. ex., pouca estrutura, inflexível quanto à estrutura, lento demais, rápido demais).

4 O terapeuta foi razoavelmente bem-sucedido na aplicação eficiente do tempo. O terapeuta manteve o controle adequado do ritmo e fluxo da discussão.

6 O terapeuta utilizou o tempo de modo eficiente ao limitar, com tato, a discussão periférica e improdutiva e ao dar ritmo à sessão de maneira apropriada para o paciente.

PARTE II. CONCEITUALIZAÇÃO, ESTRATÉGIA E TÉCNICA

_____ 7. Descoberta guiada

0 O terapeuta utilizou primordialmente o debate, a persuasão ou o tom professoral. O terapeuta pareceu estar fazendo uma acareação, deixando o paciente na defensiva ou forçando seu próprio ponto de vista ao paciente.

2 O terapeuta utilizou demais a persuasão e o debate, e não a descoberta guiada. Mas o estilo do terapeuta foi de apoio suficiente para o paciente não se sentir atacado ou na defensiva.

4 O terapeuta, na maior parte do tempo, ajudou o paciente a enxergar novas perspectivas por meio da descoberta guiada (p. ex., examinando as evidências, levando em consideração alternativas, ponderando as vantagens e desvantagens), em vez do debate. Utilizou o questionamento de maneira apropriada.
6 O terapeuta foi especialmente competente ao utilizar a descoberta guiada durante a sessão para explorar problemas e ajudar o paciente a tirar suas próprias conclusões. Alcançou um equilíbrio excelente entre questionamento habilidoso e outros modos de intervenção.

_____ 8. Foco nas principais cognições ou comportamentos

0 O terapeuta não tentou evocar pensamentos, pressupostos, imagens, significados ou comportamentos específicos.
2 O terapeuta utilizou técnicas apropriadas para evocar cognições ou comportamentos; no entanto, teve dificuldades para encontrar um foco ou se focou em cognições e comportamentos que eram irrelevantes para os problemas-chave do paciente.
4 O terapeuta focou cognições ou comportamentos específicos relevantes ao problema em questão. No entanto, poderia ter focado em cognições ou comportamentos mais centrais que ofereciam maior possibilidade de progresso.
6 O terapeuta focou de maneira muito hábil os principais pensamentos, pressupostos, comportamentos, etc. que foram relevantes para a área problemática e que permitiram grande possibilidade de progresso.

_____ 9. Estratégia para a mudança

(*Obs.:* Para este item, concentre-se na qualidade da estratégia do terapeuta para a mudança, e não em como a estratégia foi efetivamente implementada ou se a mudança realmente ocorreu.)

0 O terapeuta não selecionou técnicas cognitivo-comportamentais.
2 O terapeuta selecionou técnicas cognitivo-comportamentais, mas a estratégia geral para ocasionar a mudança pareceu vaga ou não-promissora na ajuda ao paciente.
4 O terapeuta pareceu ter uma estratégia, de modo geral, coerente, a qual demonstrou possibilidade razoável para a mudança e incorporou técnicas cognitivo-comportamentais.
6 O terapeuta seguiu uma estratégia consistente para a mudança, que pareceu muito promissora, e incorporou as técnicas cognitivo-comportamentais mais apropriadas.

_____10. Aplicação de técnicas cognitivo-comportamentais

(*Obs.:* Para este item, concentre-se na habilidade para aplicar as técnicas, e não em sua adequação para o problema em questão ou se a mudança realmente ocorreu.)

0 O terapeuta não aplicou nenhuma técnica cognitivo-comportamental.
2 O terapeuta utilizou técnicas cognitivo-comportamentais, mas houve falhas significativas na maneira como estas foram aplicadas.
4 O terapeuta aplicou técnicas cognitivo-comportamentais com habilidade moderada.
6 O terapeuta empregou técnicas cognitivo-comportamentais de maneira muito habilidosa e criativa.

_____11. Tarefas de casa

0 O terapeuta não tentou incorporar tarefas de casa relevantes à terapia cognitiva.
2 O terapeuta teve dificuldades significativas para incorporar as tarefas de casa (p.

ex., não revisou a tarefa anterior, não explicou a tarefa em detalhes suficientes, prescreveu tarefa de casa inadequada).

4 O terapeuta revisou a tarefa anterior e prescreveu tarefas-padrão da terapia cognitiva, geralmente relevantes às questões abordadas na sessão. As tarefas foram explicadas em detalhes suficientes.

6 O terapeuta revisou a tarefa de casa anterior e teve cuidado ao prescrever tarefa extraída da sessão para a semana seguinte. A tarefa prescrita pareceu moldada para ajudar o paciente a incorporar novas perspectivas, testar hipóteses, experimentar novos comportamentos discutidos durante a sessão, etc.

_____ **Escore total**

Apêndice 1

Formulários de trabalho e inventários*

SUMÁRIO

Formulação de caso de terapia cognitivo-comportamental .....
Inventário de pensamentos automáticos .....
Registro de modificação de pensamentos .....
Definições de erros cognitivos** .....
Formulário para exame de evidências para pensamentos automáticos** .....
Programação de atividades semanais .....
Lista de esquemas** .....
Formulário para exame de evidências para esquemas** .....
Inventário de supervisão de terapia cognitivo-comportamental .....

* O Apêndice 1 está disponível para *download* gratuito em sua íntegra e em formato maior no *site* da American Psychiatric Publishing: http://www.appi.org/pdf/wright, conteúdo em inglês.

** Adaptado com a permissão de Wright, J.H.; Wright, A.S.; Beck, A.T.: *Good Days Ahead: The Multimedia Program for Cognitive Therapy*. Louisville, KY, Mindstreet, 2004. Permissão concedida aos leitores para utilizar esses itens na prática clínica.

FORMULAÇÃO DE CASO DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Nome do paciente:	**Data:**	
Diagnóstico/sintomas:		
Influências do desenvolvimento:		
Questões situacionais:		
Fatores biológicos, genéticos e médicos:		
Pontos fortes/qualidades:		
Metas do tratamento:		
Evento 1	**Evento 2**	**Evento 3**
Pensamentos automáticos	**Pensamentos automáticos**	**Pensamentos automáticos**
Emoções	**Emoções**	**Emoções**
Comportamentos	**Comportamentos**	**Comportamentos**
Esquemas:		
Hipótese de trabalho:		
Plano de tratamento:		

LISTA DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Instruções: Coloque um "x" ao lado de cada pensamento automático negativo que você teve nas últimas duas semanas.

_____ Eu deveria estar melhor na vida.
_____ Ele/ ela não me entende.
_____ Eu o/ a decepcionei.
_____ Eu simplesmente não consigo mais apreciar as coisas.
_____ Por que sou tão fraco/fraca?
_____ Eu sempre estrago as coisas.
_____ Minha vida não foi a lugar nenhum.
_____ Eu não consigo lidar com isso.
_____ Estou fracassando.
_____ É demais para mim.
_____ Não tenho futuro.
_____ As coisas estão fora de controle.
_____ Estou a fim de desistir.
_____ Com certeza, alguma coisa ruim vai acontecer.
_____ Alguma coisa deve estar errada comigo.

REGISTRO DE PENSAMENTO DISFUNCIONAL

Situação	Pensamento(s) automático(s)	Emoção/emoções	Resposta racional	Resultado
Descrever a. Evento real que gera emoção desagradável *ou* b. Fluxo de pensamentos que gera emoção desagradável *ou* c. Sensações fisiológicas desagradáveis.	a. *Escrever* os pensamentos automáticos que precederam a emoção. b. *Avaliar* a crença nos pensamentos automáticos, de 0 a 100%.	a. *Especificar* se triste, ansioso, com raiva, etc. b. *Avaliar* o grau de emoção, de 1 a 100%.	a. *Identificar* erros cognitivos. b. *Escrever* resposta racional ao(s) pensamento(s) automático(s). c. *Avaliar* crença na resposta racional, de 0 a 100%.	a. *Especificar e avaliar* emoções subseqüentes, de 0 a 100%. b. *Descrever* as mudanças no comportamento.

Obs. Disponível na Internet em http://www.appi.org/pdf/wright.
Fonte. Adaptado de Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F. et al.: *Terapia Cognitiva da Depressão*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. Usado com permissão.

DEFINIÇÕES DE ERROS COGNITIVOS

Abstração seletiva (às vezes chamada de *ignorar as evidências* ou *filtro mental*). Chegar a uma conclusão após observar apenas um pequeno número das informações disponíveis. Dados claros são descartados ou ignorados a fim de confirmar a visão enviesada que a pessoa tem da situação.

> *Exemplo*: Um homem deprimido com baixa auto-estima não recebe um cartão de boas-festas de um velho amigo. Ele pensa: "Estou perdendo todos os meus amigos; ninguém se importa mais comigo". Ele está ignorando a evidência de que recebeu vários outros cartões, seu velho amigo enviou-lhe um cartão todos os anos nos últimos 15 anos, seu amigo esteve muito ocupado nesse último ano com sua mudança e um novo emprego e ele ainda tem bons relacionamentos com outros amigos.

Inferência arbitrária Chegar a uma conclusão a partir de uma evidência contraditória ou na ausência de evidências.

> *Exemplo*: Uma mulher com medo de elevador é solicitada a prever as chances de um elevador cair com ela dentro. Ela responde que as chances são de 10% ou mais de o elevador cair e ela se machucar. Muitas pessoas tentaram convencê-la de que as chances de um acidente catastrófico com elevadores são insignificantes.

Supergeneralização Chegar a uma conclusão a respeito de um ou mais incidentes isolados, estendendo-os de maneira ilógica e abrangendo amplas áreas do funcionamento.

> *Exemplo*: Um universitário deprimido tira B em uma prova. Ele considera essa nota insatisfatória. Ele supergeneraliza quando tem esses pensamentos automáticos: "Estou com problemas nessa matéria... estou tendo desempenho ruim em tudo na minha vida... Não consigo fazer nada certo".

Maximização e minimização A relevância de um atributo, situação ou sensação é exagerada ou minimizada.

> *Exemplo*: Uma mulher com transtorno de pânico começa a sentir tontura durante o início de um ataque de pânico. Ela pensa: "Vou desmaiar... Posso ter um ataque cardíaco ou um derrame".

Personalização Eventos externos são relacionados consigo mesmo quando há poucas evidências para tanto. É assumida responsabilidade ou culpa excessiva pelos eventos negativos.

> *Exemplo*: Ocorreu uma recessão econômica e um negócio antes bem-sucedido está agora com dificuldades para ficar dento do orçamento anual. Demissões estão sendo consideradas. Uma série de fatores levou à crise no orçamento, mas um dos gerentes pensa: "É tudo minha culpa... Eu deveria ter previsto que isso ia acontecer e ter feito alguma coisa... Prejudiquei todos na empresa".

Pensamento dicotômico (também chamado de *pensamento absolutista* ou *pensamento do tipo tudo-ou-nada*) Críticas a respeito de si mesmo, de experiências pessoais ou de outros são colocadas em uma de duas categorias: tudo ruim ou tudo bom; fracasso total ou completo sucesso; totalmente defeituoso ou absolutamente perfeito.

> *Exemplo*: David, um homem com depressão, compara-se com Ted, um amigo que parece ter um bom casamento e cujos filhos estão indo bem na escola. Embora o amigo tenha uma boa dose de felicidade, sua vida está longe de ser o ideal. Ted tem problemas no trabalho, restrições financeiras e enfermidades físicas, entre outras dificuldades. David está se envolvendo em pensamento absolutista quando diz a si mesmo: "Tudo está indo bem para Ted... eu não tenho nada".

FORMULÁRIO PARA EXAME DE EVIDÊNCIAS DE PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

Instruções:

1. Identifique um pensamento automático negativo ou problemático.
2. Em seguida, faça uma lista das evidências que você consegue encontrar para apoiar ("evidências a favor") ou contestar ("evidências contra") o pensamento automático.
3. Após tentar encontrar erros cognitivos na coluna de "evidências a favor", você pode escrever os pensamentos revisados ou alternativos no final da página

Pensamento automático:

Evidências a favor do pensamento automático:	Evidências contra o pensamento automático:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

Erros cognitivos:

Pensamentos alternativos:

Obs.: Disponível na Internet em http://www.appi.org/pdf/wright.

PLANILHA DE PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES SEMANAIS

Instruções: Coloque no papel suas atividades para cada hora e depois as classifique em uma escala de 0 a 10 para habilidade (**h**), ou grau de desempenho, e para prazer (**p**), ou quantidade de satisfação que obteve. Uma pontuação de 0 significaria que você não teve nenhuma habilidade ou prazer. Uma pontução de 10 significaria que você teve habilidade ou prazer máximo.

	Domingo	**Segunda-feira**	**Terça-feira**	**Quarta-feira**	**Quinta-feira**	**Sexta-feira**	**Sábado**
8h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
9h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
10h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
11h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
12h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
13h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
14h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
15h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
16h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
17h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
18h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
19h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
20h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___
21h	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___	h: ___ p: ___

Obs.: Disponível na Internet em http://www.appi.org/pdf/wright.

LISTA DE ESQUEMAS

Instruções: Use esta lista para procurar possíveis regras subjacentes de pensamento. Coloque uma marca ao lado de cada esquema que você acha que pode ter.

Esquemas saudáveis

( ) Não importa o que aconteça, posso enfrentar de alguma maneira.
( ) Se trabalhar duro em alguma coisa, posso dominá-la.
( ) Sou um sobrevivente.
( ) As pessoas confiam em mim.
( ) Sou uma pessoa íntegra.
( ) As pessoas me respeitam.
( ) Eles podem me derrubar, mas não me derrotar.
( ) Importo-me com os outros.
( ) Se me preparar antes, normalmente me dou melhor.
( ) Eu mereço ser respeitado.
( ) Eu gosto de ser desafiado.
( ) Pouca coisa me assusta.
( ) Sou inteligente.
( ) Consigo resolver as coisas.
( ) Sou amigável.
( ) Consigo lidar com o estresse.
( ) Quanto mais difícil o problema, mais duro me torno.
( ) Consigo aprender com meus erros e ser uma pessoa melhor.
( ) Sou um bom cônjuge (e/ou pai, mãe, filho, amigo, namorado/a).
( ) Tudo vai acabar bem.

Esquemas disfuncionais

( ) Tenho de ser perfeito para ser aceito.
( ) Se eu decidir fazer alguma coisa, tenho que ter sucesso.
( ) Sou burro.
( ) Sem uma mulher (um homem), não sou ninguém.
( ) Sou uma farsa.
( ) Nunca devo demonstrar fraqueza.
( ) Não sou digno de ser amado.
( ) Se eu cometer um erro, vou perder tudo.
( ) Nunca vou me sentir à vontade com as pessoas.
( ) Nunca consigo terminar nada.
( ) Não importa o que eu faça, nunca dá certo.
( ) O mundo é muito assustador para mim.
( ) Não se pode confiar nos outros.
( ) Tenho sempre que estar no controle.
( ) Não sou atraente.
( ) Nunca devo demonstrar minhas emoções.
( ) Os outros vão se aproveitar de mim.
( ) Sou preguiçoso.
( ) Se realmente me conhecessem, as pessoas não gostariam de mim.
( ) Para ser aceito, sempre tenho de agradar os outros.

Obs.: Disponível na Internet em http://www.appi.org/pdf/wright.

FORMULÁRIO PARA EXAME DE EVIDÊNCIAS DE ESQUEMAS

Instruções:

1. Identifique um esquema negativo ou desadaptativo que você gostaria de modificar e escreva-o no formulário.
2. Escreva quaisquer evidências que apóiem ou contestem esse esquema.
3. Procure erros cognitivos nas evidências a favor do esquema desadaptativo.
4. Finalmente, anote suas idéias para modificar o esquema e seus planos para colocar essas idéias em prática.

Esquema que quero mudar:

Evidências a favor desse esquema:	**Evidências contra esse esquema**:
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.

Erros cognitivos:

Agora que examinei as evidências, meu grau de crença no esquema é:

Idéias que tenho para modificar esse esquema:

Atitudes que tomarei para mudar meu esquema e agir de maneira mais saudável:

Obs.: Disponível na Internet em http://www.appi.org/pdf/wright, conteúdo em inglês.

INVENTÁRIO PARA SUPERVISÃO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL[a]

Terapeuta: _____

Supervisor: _____ Data: _____

Instruções: Use este inventário para monitorar e avaliar as competências em TCC. Na Parte A estão listadas as competências que devem ser normalmente demonstradas durante a sessão. A Parte B contém as competências que podem ser demonstradas durante o curso da terapia. O inventário não se destina à avaliação do desempenho na primeira ou última sessões.

Parte A: Competências que devem ser normalmente demonstradas em cada sessão				
Competência	**Superior**	**Satisfatória**	**Precisa melhorar**	**Não tentou ou N/A**
1. Mantém a aliança empírica colaborativa				
2. Expressa empatia adequada, autenticidade				
3. Demonstra entendimento acurado				
4. Mantém o profissionalismo e os limites adequados				
5. Solicita e dá *feedback* apropriado				
6. Demonstra conhecimento do modelo de TCC				
7. Demonstra capacidade para usar a descoberta guiada				
8. Estabelece agenda e estrutura a sessão de maneira eficaz				
9. Revisa e prescreve tarefa de casa útil				
10. Identifica pensamentos automáticos e/ou crenças (esquemas)				
11. Modifica pensamentos automáticos e/ou crenças (esquemas)				
12. Utiliza intervenção comportamental ou auxilia o paciente na solução de problemas				
13. Aplica métodos da TCC de maneira flexível, que atendem às necessidades do paciente				

Parte B: Competências que podem ser demonstradas durante o curso da terapia				
Competência	**Superior**	**Satisfatória**	**Precisa melhorar**	**Não tentou ou N/A**
1. Estabelece metas e planeja o tratamento com base na formulação da TCC				
2. Educa o paciente sobre o modelo da TCC e/ou as intervenções terapêuticas				
3. Demonstra habilidade para utilizar o registro de pensamentos ou outro método estruturado de contestar as cognições disfuncionais				
4. Consegue utilizar a programação de atividades ou eventos prazerosos				
5. Consegue utilizar a exposição e prevenção de resposta ou a tarefa gradual				
6. Consegue utilizar as técnicas de relaxamento e/ou controle de estresse				
7. Consegue utilizar os métodos de prevenção de recaídas da TCC				
Comentários:				

[a]Invetário desenvolvido por Jesse H. Wright, M.D.; Ph.D.; Donna Sudak, M.D.; David Bienenfeld, M.D.; e Judith Beck, Ph.D., 2001.

Obs.: Disponível na Internet em http://www.appi.org/pdf/wright, conteúdo em inglês.

Apêndice 2

Recursos de terapia cognitivo-comportamental

LIVROS DE AUTO-AJUDA

Basco MR: Never Good Enough: How to Use Perfectionism to Your Advantage Without Letting It Ruin Your Life. New York, Free Press, 1999.

Burns DD: Feeling Good: The New Mood Therapy, Revised Edition. New York, Avon, 1999.

Craske MG, Harlow DH: Mastery of Your Anxiety and Panic, 3rd Edition. San Antonio, TX, Psychological Corporation, 2000.

Foa EB, Wilson R: Stop Obsessing! How to Overcome Your Obsessions and Compulsions, Revised Edition. New York, Bantam, 2001.

Greenberger D, Padesky CA: A Mente Vencendo o Humor. Porto Alegre: Artmed, 1999.

Wright JH, Basco MR: Getting Your Life Back: The Complete Guide to Recovery From Depression. New York. Free Press, 2001.

PROGRAMAS DE COMPUTADOR

FearFighter. Coventry, England, ST Solutions, 1996. Available at: http://fearfighter.com.

Tanner S, Ball J: Beating the Blues: A Self-Help Approach to Overcoming Depression. Randwick, Australia, Tanner and Ball, 1998. Available at: http://beatingtheblues.com.

Programas de realidade virtual por Rothbaum B et al. Decatur, GA, Virtually Better, 1996. Available at: http://virtuallybetter.com.

Wright JH, Wright AS, Beck AT: Good Days Ahead: The Multimedia Program for Cognitive Therapy. Louisville, KY, Mindstreet, 2004. Disponível em: http://www.mindstreet.com.

VÍDEOS DE TERAPEUTAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS MESTRES

Aaron T. Beck, M.D.: Demonstration of the Cognitive Therapy of Depression: Interview #1 (Patient With Family Problem). VHS ou DVD. Bala Cynwyd, PA, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1977. Disponível em: http://beckinstitute.org.

Aaron T. Beck, M.D.: Cognitive Therapy of Depression: Interview #1 (Patient With Hopelessness Problem). VHS ou DVD. Bala Cynwyd, PA, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1979. Disponível em: http://beckinstitute.org.

Judith S. Beck, Ph.D.: Brief Therapy Inside Out: Cognitive Therapy of Depression. VHS. Bala Cynwyd, PA, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1979. Disponível em: http://beckinstitute.org.

Arthur Freeman, Ed.D.: Cognitive-Behavioral Couples Therapy (Psychotherapy Videotape Series-N, Relationships). VHS. Washington, DC, American Psychological Association, 2004. Disponível em: http://apa.org.

Donald Meichenbaum, Ph.D.: Cognitive-Behavioral Therapy With Donald Meichenbaum, Ph.D. VHS. New York, Insight Media, 2000. Disponível em: http://www.insight-media.com.

Christine Padesky, Ph.D.: Cognitive Therapy for Panic Disorder. VHS or DVD. Huntington Beach, CA, Center for Cognitive Therapy, 1993. Disponível em: http://padesky.com.

Christine Padesky, Ph.D.: Guided Discovery Using Socratic Dialogue. VHS or DVD. Huntington Beach, CA, Center for Cognitive Therapy, 1996. Disponível em: http://padesky.com.

ORGANIZAÇÕES PROFISSIONAIS COM INTERESSE ESPECIAL EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Academy of Cognitive Therapy (http://www.academyofct.org)

American Association of Directors of Psychiatric Residency Training (http://aadprt.org)

Association for Cognitive and Behavior Therapies (http://www.abct.org)

British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies (http://www.babcp.com)

European Association for Behavioural and Cognitive Therapies (http://www.eabct.com)

French Association for Behaviour and Cognitive Therapy (Association Française de Therapie Comportementale et Cognitive; http://www.aftcc.org)

International Association for Cognitive Psychotherapy (http://www.cognitivetherapyassociation.org)

CENTROS DE TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Estados Unidos

Alabama

Alabama Center for Cognitive Therapy, 7 Huddle Drive, Suite C, Birmingham, AL 35243, Fone: (205) 967-6611.

Arizona

Center for Cognitive Therapy, 6991 East Camelback, Suite B-302, Scottsdale, AZ85251, Fone: (480) 949-7995.

Califórnia

Fremont. Center for Cognitive Therapy, 39025 Sandale Drive, Fremont, CA 34538.

Huntington Beach. Center for Cognitive Therapy, P.O. Box 5308, Huntington Beach, CA 92615-5308, Fone: (714) 963-0528, E-mail: mooney@ padesky.com; Web: http://www.padesky.com.

La Jolla. La Jolla Center for Cognitive Therapy, 8950 Villa La Jolla Drive, Suite 1130, La Jolla, CA 92037, Fone: (858) 450-0460, E-mail: cwiese5256@ cs.com, brendaj@adnc.com, ATHorvath@cs.com.

Oakland. Center for Cognitive Therapy, 5435 College Avenue, Suite 102, Oakland, CA 94818-1502, Fone: (415) 652-4455.

San Diego. Cognitive Therapy Institute, 3262 Holiday Court, Suite 220, La Jolla, CA 92037, Fone: (858) 450-1101, E-mail: Jimshenk2@cs.com.

Colorado

Cognitive Therapy Center of Denver, 2055 S. Oneida Street, Suite 264, Denver, CO 80224, Fone: (303) 639-9337.

Distrito de Colúmbia

Washington Center for Cognitive Therapy, 5225 Connecticut Avenue NW; Suite 501, Washington, D.C. 20015, Fone: (202) 244- 0260.

Flórida

Florida Center for Cognitive Therapy, 2753 State Road 580, Suite 103, Clearwater, FL 34627.

Georgia

Atlanta Center for Cognitive Therapy, 1772 Century Blvd., Atlanta, GA 30345, Fone: (404) 248-1159 or (800) 789-2228 for training program for professionals, E-mail: acct@cognitiveatlanta.com; Web: http://www.cognitiveatlanta.com.

lllinois

Chicago. Center for Cognitive Therapy, Department of Psychiatry, North-western University Medical School, 222 East Superior Street, Suite 200, Chicago, IL 60611.

Cognitive Behavior Therapy Program, Department of Psychiatry (MC 913), University of Illinois at Chicago, 912 S. Wood Street, Chicago, IL 60612.

Cognitive Therapy Program, 1725 W. Harrison Street, Suite 958, Chicago, IL 60612, Fone: (312) 226-0300.

Kentucky

Kentucky Center for Cognitive Therapy, University of Louisville School of Medicine, Norton Psychiatric Center, PO Box 35070, Louisville, KY 40232, Fone: (502) 629-8880, E-mail: jwright@iglou.com.

Maryland

Baltimore. Baltimore Center for Cognitive Therapy, 6303 Greenspring Avenue, Baltimore, MD 21209, Fone: (301) 365-5959.

Chevy Chase. Cognitive Therapy Center, 5530 Wisconsin Avenue, Suite 915, Chevy Chase, MD 20815, Fone: (301) 951-3668.

Bethesda. Washington DC Area Center for Cognitive Therapy, 6310 Winston Drive, Bethesda, MD 20817, Fone: (301) 229-3066.

Massachusetts

Boston. Cognitive Therapy Research Program, Bay Cove Bldg., Suite 550, 66 Canal Street, Boston, MA 02114, Fone: (617) 742-3939.

Newton Centre. The Center for Cognitive Therapy, 10 Langley Road, Suite 200, Newton Centre, MA 02158, Fone: (617) 527-3041.

Nova Jersey

Cognitive Therapy Center of New Jersey, 49 Maple Street, Suite 401, Summit, NJ 07901, Fone: (908) 227-1550.

Nova York

Albany. Center for Cognitive Therapy of the Capital District, One Pinnacle Place, Suite 207, Albany, NY 12203, Fone: (518) 482-1815, E-mail: Johnel@aol.com, Dr_DMcCarthy@aol.com

Brooklyn. Cognitive Therapy Center of Brooklyn, 207 Berkeley Place, Brooklyn, NY 11217, Fone: (718) 636-5071.

Great Neck (on Long Island) .Cognitive Therapy Center of Long Island, 11 Middle Neck Road, Suite 207, Great Neck, NY 11021, Fone: (516) 466-8485.

New York. American Institute for Cognitive Therapy, 136 East 57th Street, Suite 1101, New York, NY 10022, Fone: (212) 308-2440, E-mail: AICT@AOL.com; Web: http://www.cognitivetherapynyc.com

Cognitive Therapy Center of New York, 3 East 80th Street, New York, NY 10021.

Long Island Center for Cognitive Therapy, 31 East 12th Street, Suite 1 E, New York, NY 10003, Fone: (212) 254-0294, Web: http://www.facethefear.com.

Nyack. Hudson Valley Center for Cognitive Therapy, 99 Main Street, Suite 114, Nyack, NY 10960, Fone: (845) 353-3399.

Carolina do Norte

Center for Cognitive Therapy of North Carolina, 2412 Basil Drive, Raleigh, NC 27612-2874, Fone: (919) 676-6711, E-mail: comprehab @mindspring.com

Ohio

Cleveland. Cleveland Center for Cognitive Therapy, 24400 Highpoint Road, Suite 9, Beachwood, OH 44122, Fone: (216) 831-2500, E-mail: jpretzer@apk. net; Web: http://www.behavioralhealthassoc.com

Columbus (with branches in Reynoldsburg e Mt. Vernon). Center for Cognitive and Behavioral Therapy of Greater Columbus, 2121 Bethel Road, Suites C and E, Columbus, OH 43220, Fone: (614) 459-4490, E-mail: kda1757@earthlink.net

Pennsylvania

Philadelphia. Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1 Belmont Avenue, Suite 700, Bala Cynwyd, PA 19004-1610, Fone: (610) 664-3020, E-mail:beckinst@gim.net; Web: http://www. beckinstitute.org

Center for Cognitive Therapy, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA 19104, Fone: (215) 898-3466.

Tennessee

Center for Cognitive Therapy, 340 21st Avenue North, Nashville, TN 37203, Fone: (615) 329-9057.

Texas

Center for Cognitive Therapy, Glen Lakes Tower, 9400 N. Central Expressway, Suite 1212, Dallas, TX 75235, Fone: (214) 373-9605, E-mail: drpaul@why.net

Wisconsin

Cognitive Therapy Institute of Milwaukee, 1220 Dewey Avenue, Wauwatosa, WI 53213.

Wyoming

Cognitive Therapy Program, 610 West Broadway, Suite L02B, Jackson, WY 83001, E-mail: Doctorjdoucette@aol.com

Austrália

Centre for Cognitive Behaviour Therapy, 45 Balcombe Road, Mentone 3195, Melbourne, Austrália, Fone: (03) 9585 1881; Web: http://www.ccbt.com.au

Brasil

Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas. E-mail: sbtc@sbtc.org.br; *Site*: http://www.sbtc.org.br

Canadá

Toronto Center for Cognitive Therapy, Scotia Plaza, 49th Floor, 40 King Street West, Toronto, ON MSH 4A2, Canada, Fone: (416) 777-6699, E-mail: dubord@)aol.com

Reino Unido

Oxford Cognitive Therapy Centre, Department of Clinical Psychology, Warneford Hospital, Oxford OX3 7JX, United Kingdom, Fone: (44) 1865 223986; Web: http://www.octc.co.uk

LEITURAS RECOMENDADAS

Barlow DH, Cemey JA: Psychological Treatment of Panic. New York, Guilford, 1988.

Basco MR, Rush AJ: Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder, 2nd Edition. New York, Guilford, 2005.

Beck AT: Love Is Never Enough: How Couples Can Overcome Misunderstandings, Resolve Conflicts, and Solve Relationship Problems Through Cognitive Therapy. New York, Harper & Row, 1988.

Beck AT, Freeman A: Cognitive Therapy of Personality Disorders. New York, Guilford, 1990.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al: Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford, 1979.

Beck AT, Emery GD, Greenberg RL: Anxiety Disorders and Phobias: A Cognitive Perspective. New York, Basic Books, 1985.

Beck JS: Cognitive Therapy: Basics and Beyond. New York, Guilford, 1995 Clark DA, Beck AT, Alford BA: Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression. New York, Wiley, 1999.

Frankl YE: Man's Search for Meaning: An Introduction to Logotherapy, 4th Edition. Boston, Beacon Press, 1992.

Freeman A, Simon KM, Beutler LE, et al (eds): Comprehensive Handbook of Cognitive Therapy. New York, Plenum, 1989.

Guidano YF, Liotti G: Cognitive Processes and Emotional Disorders: A Structural Approach to Psychotherapy. New York, Guilford, 1983.

Kingdon DG, Turkington D: Cognitive Therapy of Schizophrenia. New York, Guilford, 2005.

Leahy RL (ed): Contemporary Cognitive Therapy: Theory, Research, and Practice. New York, Guilford, 2004.

LinehanMM: Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder. New York, Guilford, 1993.

Mahoney MJ, Freeman A (eds): Cognition and Psychotherapy. New York, Plenum, 1985.

McCullough JP Jr: Skills Training Manual for Diagnosing and Treating Chronic Depression: Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. New York, Guilford, 2001.

Meichenbaum DB: Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach. New York, Plenum, 1977.

Salkovskis PM (ed): Frontiers of Cognitive Therapy. New York, Guilford, 1996.

Turk DC, Meichenbaum D, Genest M: Pain and Behavioral Medicine: A Cognitive-Behavioral Perspective. New York, Guilford, 1983.

Wright JH (ed): Cognitive-Behavior Therapy (Review of Psychiatry Series, Vol 23; Oldham JM, Riba MB, series eds). Washington DC, American Psychiatric Publishing, 2004.

Wright JH, Thase ME, Beck AT, et al (eds): Cognitive Therapy With Inpatients: Developing a Cognitive Milieu. New York, Guilford, 1993.

Apêndice 3

Guia do CD

Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: um guia ilustrado

Número do vídeo	Título do vídeo	Tempo (minutos)
1	Avaliando os Sintomas de Ansiedade *Dr. Wright e Gina*	8:40
2	Modificando os Pensamentos Automáticos *Dr. Wright e Gina*	10:00
3	Estabelecendo a Agenda *Dra. Spurgeon e Rose*	7:44
4	Psicoeducação no Modelo Cognitivo-Comportamental *Dra. Spurgeon e Rose*	5:43
5	Psicoeducação em Pensamentos Automáticos *Dr. Thase e Ed*	7:15
6	Uma Mudança de Humor *Dra. Fitzgerald e Kris*	3:08
7	Descoberta Guiada *Dra. Fitzgerald e Kris*	3:27
8	Imagens Mentais *Dra. Fitzgerald e Kris*	4:16
9	Gerando Alternativas Racionais *Dra. Fitzgerald e Kris*	6:18
10	Examinando as Evidências *Dra. Fitzgerald e Kris*	10:15
11	Ensaio Cognitivo *Dra. Fitzgerald e Kris*	7:08
12	Programando Atividades *Dr. Thase e Ed*	10:30
13	Planejamento de Tarefa Gradual *Dr. Thase e Ed*	7:50
14	Retreinamento da Respiração *Dr. Wright e Gina*	7:15
15	Terapia de Exposição – Construindo uma Hierarquia *Dr. Wright e Gina*	10:15
16	Terapia de Exposição *In Vivo* *Dr. Wright e Gina*	5:40
17	A Técnica da Seta Descendente *Dr. Thase e Ed*	3:15
18	Examinando as Evidências dos Esquemas *Dr. Thase e Ed*	11:00
19	Ensaiando um Esquema Modificado *Dr. Thase e Ed*	7:00
Tempo total		**136:39**

Índice

Abstração seletiva, 22, 206
Academia de Terapia Cognitiva (ACT), 50, 52-53, 72-73, 194-197
Aconselhamento nutricional, e transtornos alimentares, 184-185
Adesão. *Veja* Não-adesão
Agorafobia, e *feedback*, 65-66
Alcoólicos Anônimos, 182-183
Alternativas racionais, e pensamentos automáticos, 88-91
Alucinações, e esquizofrenia, 185-187
Amigável, e terapeuta como professor-treinador, 37-38
Amor, Medicina e Milagres (Siegel), 154
Aprendizagem. *Veja também* Programas educativos; Exercícios de aprendizagem; Teoria da aprendizagem; Psicoeducação
  depressão e comprometimento da, 25-26
  não-realização da tarefa de casa e, 161
  pensamentos automáticos e, 85-86, 88-90
  questionamento socrático e, 85-86
Aptidão, métodos para desenvolver o terapeuta, 191-197
Aptidões fundamentais, 191-192
Art of Serenity, The (Karasu), 154
Associação Americana de Diretores de Treinamento de Residência em Psiquiatria (AADPRT), xi-xii, 191-192, 195-196
Atenção plena, e terapia comportamental dialética, 179-181
Ativação comportamental, 101-104
Atribuições gerais *versus* específicas, 94-95
Atribuições internas *versus* externas, 24-25, 94-95
Atribuições invariáveis *versus* variáveis, 94-95
Autenticidade, da empatia no relacionamento terapêutico, 34-35, 198-199
Automonitoramento
  de padrões de comportamento, 165
  de pensamentos automáticos, 86-87
  transtorno bipolar e, 175-176
  transtornos alimentares e, 184-185
Avaliação. *Veja também* Formulação de caso; Diagnóstico de pacientes para a terapia cognitivo-comportamental, 45-49
  de sintomas, desencadeadores e estratégias de enfrentamento nos transtornos de ansiedade, 124-126
Avaliação da atividade, 104-109

Barlow, D. H., 16-17
Beating the Blues (Proudfoot et al.), 73
Beck, J., 193
Brainstorm
  esquemas e, 153
  pensamentos automáticos e, 88-90, 96
  programação de atividades e, 108-109
  resolução de problemas e, 117, 119
Bulimia nervosa, 184
Busca de Sentido, Em (Frankl), 154

Caderno de terapia, e psicoeducação, 71-72
Camp Cognitive Therapy, 193-194
Capacidade, de envolver-se em uma aliança terapêutica, 48-49
Capacitação, e terapeuta como professor-treinador, 37-38
Cartões de enfrentamento, e pensamentos automáticos, 97-100
Clark, D. M., 16-17
Classificações
  de programação de atividades, 105, 108-109
  de registros de mudança de pensamento, 86-88
Centros de terapia cognitivo-comportamental, 214-216
Certificação, em TCC, 196-197
Cognição e comprometimentos cognitivos. *Veja também* erros cognitivos; processamento cognitivo; reestruturação cognitiva; Memória
  depressão e, 25-26
  modelo básico da TCC e, 17-18
  resolução de problemas e, 114-116
  transtornos de abuso de substâncias e, 182-183

Compasso, e estrutura das sessões de TCC, 65-67
Compatibilidade, e avaliação para TCC de tempo limitado, 47-48
Complexidade, e avaliação para a TCC de tempo limitado, 46-47
Comportamento
  modelo básico da TCC e, 17-18
  problema de pacientes estancados em padrão de, 164-166
  transtornos da personalidade e estratégias de, 180-181
Comportamentos de segurança, e ansiedade, 125-126
Comunicação
  ensaio comportamental e, 112-114
  problemas com pacientes excessivamente verbais e, 162-164
Conexão estímulo-resposta, e transtornos de ansiedade, 123-124
Consciência, e processamento cognitivo, 19
Contando histórias, e pensamentos automáticos, 161
Continuum Cognitivo, e esquemas, 151-153
Contra-indicações, para TCC, 45-47
Contratos de sobriedade, 182-183
Contra-transferência, e relacionamento terapêutico, 43-44
Controle
  de longo prazo da doença, e transtorno bipolar, 178
  dos estímulos, 114-116
Coping with Depression (A. T. Beck et al.), 72-73
Crenças nucleares. *Veja também* Esquemas
  definição de, 22-24
  não adesão à medicação e, 169-170
  transferência e, 42-43
  transtornos alimentares e, 184
  transtornos da personalidade e, 178-181
Crenças e pressupostos intermediários, 22-23
Crenças permissivas, e transtornos por abuso de substâncias, 183
Criatividade, e terapeuta como professor-treinador, 37-38
Critérios de competência, para TCC, 192
Cultura. *Veja* Questões socioculturais

Dalai Lama, 15-16
Dando o ritmo da terapia de exposição, 134-135
Déficits de desempenho, e resolução de problemas, 114-118
Delírios, e esquizofrenia, 185-187
Depressão
  conceitualização de caso e, 54-56
  formas severas, crônicas e resistentes ao tratamento de, 173-175
  graus de atividade e, 101-105
  pensamentos automáticos e, 19-20, 94-95
  processamento de informações e, 23-26
  processo de *feedback* e, 64-65
Desamparo, e padrões de comportamento, 165
Descatastrofização
  pensamentos automáticos e, 93-95, 128-129
  reestruturação cognitiva e, 123-124
Descoberta guiada
  pensamentos automáticos e, 78-82
Desencadeadores, avaliação de nos transtornos de ansiedade, 124-126
Desesperança
  ligação entre suicídio e, 23-25
  depressão resistente ao tratamento e, 174
Dessensibilização sistemática, 130-131. *Veja também* Exposição gradual
Diagnóstico, e flexibilidade e sensibilidade na relação terapêutica, 40-43. *Veja também* avaliação; Conceitualização de caso
Distorções cognitivas, e solução de problemas, 115-116
Distração, e imagens mentais, 128-129
Dividir, e terapia comportamental dialética, 179-181
Domínio, e programação de atividades, 108-110
Duração, da TCC, 26-27

Educação continuada e treinamento, em TCC, 196-197
Efeitos colaterais, e não adesão à medicação, 176-177
Eficácia, da TCC, 45-46, 175-176
Ellis, H., 15-16
Emoções
  avaliação para a TCC com tempo limitado e, 47-49
  modelo básico da TCC e, 17-18
  pensamentos automáticos e, 19-20
  questionamento socrático e, 148
  resolução de problemas e, 115-116
Empatia, na relação terapêutica, 33-35, 80-81
Empirismo colaborativo, e relação terapêutica, 28, 33, 42-43
Enfoque, e foco voltado para o problema, 48-49
Enfrentamento
  avaliação de estratégias para transtornos de ansiedade, 124-126
  transtornos da personalidade e, 178-179
Ensaio cognitivo
  de esquemas, 154-155
  de pensamentos automáticos, 97-98
  padrões comportamentais e, 165-166
Ensaio comportamental, 111-114, 154-155
Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV-TR, 124-125
Envolvimento, e terapeuta como professor-treinador, 37-38
Epíteto, 15-16
Equanimidade, e relação terapêutica, 41-43
Erros cognitivos
  conceitos básicos na TCC e, 20-22
  definições de, 206

pensamentos automáticos e, 91-93
subtipos de, 22-23
Escala de Atitudes Disfuncionais, 142-143, 145
Escala de Avaliação de Formulação Cognitiva (CFRS), 194-195
Escala de Conhecimentos de Terapia Cognitiva (CTAS), 195-196
Escala de Terapia Cognitiva (CTS), 193-194, 198-201
Esquemas. *Veja também* Crenças nucleares, 139-140
adaptativos, 23-24
conceitos básicos na TCC e, 21-24
definição de, 19
desadaptativos, 23-24
exame de evidências a favor, 148-151, 210
identificação de, 138-147
importância do entendimento, 137-138
inventários de, 145-146, 209
simples, 21-23
TCC orientada para o crescimento e, 154-156
transtornos da personalidade e, 178-179
Esquizofrenia, 184-187
Estabelecimento de agenda, e estruturação da TCC, 61-64
Estímulo, e ansiedade, 121-122
Estilo Atributivo, na depressão, 24-25, 94-95. *Veja também* Reatribuição
Estilo atributivo fixo *versus* mutável, 25
Estilo atributivo global *versus* específico, 25
Estilo de pensamento, e processamento de informações nos transtornos de ansiedade, 25-26
Estresse
flexibilidade e sensibilidade no relacionamento terapêutico e, 39-40
problemas e dificuldades na TCC e, 165-168
transtorno bipolar e, 175-176
Estresse ambiental, e progresso perdido na TCC, 165-168
Estudo de Tratamento Colaborativo de Cocaína do Instituto Nacional de Abuso de Drogas, 181-182
Ética para o Novo Milênio, Uma (Dalai Lama), 15-16
Etnia, e questões socioculturais no relacionamento terapêutico, 40-41
Eventos da vida. *Veja* Estresse
Evidências
pensamentos automáticos e exame de, 92-94, 129, 207
esquemas e exame de, 148-151, 210
Evitação
análise comportamental dos transtornos de ansiedade e, 122-123
padrões comportamentais e, 165
solução de problemas e, 116
Exemplos de caso clínico. *Veja também* Exemplos em Vídeo
de ativação comportamental, 101-102
de conceituação de caso, 51-54, 56
de contar histórias e pensamentos automáticos, 161-162
de *continuum* cognitivo para esquemas, 152-153
de descatastrofização de pensamentos automáticos, 94-95
de descoberta guiada e pensamentos automáticos, 79
de ensaio comportamental, 111-113
de erros cognitivos em pensamentos automáticos, 91-92
de estabelecimento de metas, 59-62
de exposição a imagens mentais, 132-133
de grau de atividade do terapeuta, 35-38
de monitoramento de atividades, 105, 108
de não-realização de tarefa de casa, 160-161
de programação de atividades, 104-105
de questionamento para identificar esquemas, 138-140
de reatribuição de pensamentos automáticos, 95-96
de solução de problemas, 114-118
de tarefas graduais, 110-111
de transferência, 43
Exemplos em vídeo, x-xi. *Veja também* Exemplos de caso clínico
da análise comportamental de transtornos de ansiedade, 122-123
da descatastrofização de pensamentos automáticos, 94-95, 129
da exposição graduada, 130-132
da exposição *in vivo*, 133-134
da programação de atividades, 108-109
da técnica da seta descendente para identificar esquemas, 140
de cartões de enfrentamento para pensamentos automáticos, 98
de geração de alternativas racionais para pensamentos automáticos, 90-91
de mudanças de humor e pensamentos automáticos, 77-79
de psicoeducação, 69-71
de tarefas graduais, 110-112
de técnicas para dar ritmo, 67
de terapeutas cognitivo-comportamentais mestres, 213
de uso terapêutico do humor, 39-40
do empirismo colaborativo na relação terapêutica, 35-36
do ensaio cognitivo dos esquemas, 154-155
do ensaio cognitivo dos pensamentos automáticos, 97-98
do exame de evidências de esquemas, 148-151
do exame de evidências de pensamentos automáticos, 92-94
do estabelecimento de agenda, 62-64

do re-treinamento da respiração, 129-130
Exercícios de aprendizagem. *Veja também* Exemplos em vídeo
de auto-avaliação de competência em TCC, 191-192
de cartões de enfrentamento para pensamentos automáticos, 98-100
de ensaio comportamental, 113-114
de Escala de Avaliação de Formulação Cognitiva, 195
de Escala de Terapia Cognitiva, 194
de estruturação de sessões de TCC, 68-70
de exame das evidências, descatastrofização e re-atribuição de pensamentos automáticos, 96-97
de formulação de caso, 54, 56-57
de identificação de pensamentos automáticos, 83-84
de lista pessoal de esquemas, 146-147
de métodos de questionamento de crenças nucleares, 141-142
de modificação de esquemas, 156
de programação de atividades, 109-110
de psicoeducação, 72-73
de reconhecimento de pensamentos automáticos, 20-21
de re-treinamento da respiração, 129-130
de terapia de exposição, 135
de treinamento de relaxamento, 126-128
dos inventários de esquemas, 146
para encontrar esquemas em padrões de pensamentos automáticos, 143-144
para gerar alternativas racionais a pensamentos automáticos, 90-91
Experiências de aprendizagem em grupo, em métodos da TCC, 197
Experiências relacionadas ao desenvolvimento, e transtornos da personalidade, 178-179
Experiências transformadoras, e esquemas, 145
Exposição
a imagens mentais, 132-133
e conexão estímulo-resposta nos transtornos de ansiedade, 123-124, 130-132. *Veja também* Exposição a imagens metais; Exposição *in vivo*; Dando o ritmo da terapia de exposição
gradual, 130-132
in vivo, 132-134
Expressão dos sentimentos, por pacientes excessivamente verbais, 164
Eysenck, H., 16-17

Fase

final do tratamento, e estrutura da sessão, 69
inicial do tratamento, e estrutura da sessão, 68-69
intermediária do tratamento, e estrutura da sessão, 69
Fatores
estratégicos, e solução de problemas, 117-118
sociais, e solução de problemas, 116-117
Fazendo uma análise, e pensamentos automáticos, 129
FearFighter (Kenwright et al.), 73
Feedback
estruturação das sessões de TCC e, 64-66
processamento de informações na depressão e, 25
Feeling Good (Burns), 72-73, 91
Formulários de Trabalho de Formulação de Caso em Terapia Cognitivo-Comportamental, 204
Formulários de trabalho. *Veja também* Listas de verificação
exame de evidências para esquemas e, 148-151, 210
exame de evidências para pensamentos automáticos e, 93-94, 207
formulação de caso e, 50-57, 204
listando as vantagens e desvantagens dos esquemas e, 151-152
transtorno bipolar e resumo de sintomas, 176-177
transtornos alimentares e, 184-185
Filosofia, e origens da TCC, 15-16
Filósofos gregos, e origens da TCC, 15-16
Flexibilidade, e relacionamento terapêutico, 39-40
Fobia social
análise comportamental da, 121-123
comportamentos de segurança e, 144-145
descatastrofização dos pensamentos automáticos e, 94-95
Fobias, e análise comportamental, 121-122. *Veja também* Fobia social
Foco, da TCC, 26-27
Formulação de caso
depressão e, 54
exemplos, 51-54, 56
fases iniciais do tratamento e, 49-50
formulários de trabalho para, 50-57, 204
métodos e processo de, 49-57
pensamentos automáticos e, 80-81
plano de tratamento e, 50
visão geral de, 27-28
Frankl, V. E., 15-16, 154, 155-156
Franklin, Benjamin, 15-16
Freeman, A., 138-139
Full Catastrophe Living (Kabat-Zinn), 154

Graus de atividade, na depressão, 101-105

Generalização do estímulo, 121-122
Gênero, e questões socioculturais na relação terapêutica, 40-41
Genética, e esquemas, 137
Gerando alternativas, para esquemas desadaptativos, 153-154
Getting Your Life Back: The Complete Guide to Recovery From Depression (Wright e Basco), 71-73, 88, 91, 141-142, 155-156
Good Days Ahead: The Multimedia Program for Cognitive Therapy (Wright et al.), 73, 84, 91, 141-143, 145

Hipótese diátese-estresse, 22-23
Homossexualidade, e sensibilidade na relação terapêutica, 40-41
Humor, e relação terapêutica, 38-40

Identificação
de esquemas, 138-147
de pensamentos automáticos, 77-85
Imagens mentais
parada de pensamentos e, 128-129
pensamentos automáticos e, 81-83
Inferência arbitrária, 22, 206
Inibição recíproca, e conexão estímulo-resposta, 123-124
Insônia, e transtorno bipolar, 178
Instituto Beck, 72-73, 193
Interrupção, de pacientes excessivamente verbais, 163-164
Inventário
de esquemas personalizado, 146-147
de Razões para Viver, 175
de Supervisão em Terapia Cognitivo-Comportamental, 195-196, 211-212
de pensamentos automáticos, 84-85, 162-163, 205
de esquemas, 209
para supervisão, 195-196, 211-212
personalizado de esquemas, 146, 146-147
Veja também Formulários de Trabalho para pensamentos automáticos, 84-85, 162-163, 205
Inventário Beck de Depressão, 63-64

Kabat-Zinn, J., 154
Karasu, T. B., 154
Kelly, G., 15-16

Leituras
desenvolvimento da qualificação do terapeuta na TCC e, 196-197, 215-216
esquemas e, 144-145, 154
psicoeducação e, 71-73
Lewinsohn, P. M., 16-17
Linehan, M. M., 138-139
Livros de auto-ajuda, 71-73, 213

Mastery of Your Anxiety and Panic (Craske e Barlow), 72-73
Maximização e minimização, 22, 206
Medicação, e não-adesão, 168-171, 175-177. *Veja também* Tratamento combinado
Medidas auto-relatadas, para sintomas de ansiedade, 124-125
Meichenbaum, D. H., 16-17
Memória
depressão e comprometimentos da, 25-26
mudanças de humor e impacto da emoção na, 78-79
Mente Vencendo o Humor, A (Greenberger e Padesky), 72-73, 91, 141-142
Metas e estabelecimento de metas
adesão à medicação e, 171
estruturação da TCC e, 59-62
pensamentos automáticos e, 162-163
transtorno bipolar e, 175-177, 178
Métodos comportamentais, na TCC
ativação comportamental, 101-104
dando o ritmo da terapia de exposição, 134-135
ensaio comportamental, 111-114, 154-155
exposição a imagens mentais, 132-133
exposição gradual, 130-132
exposição *in vivo*, 132-134
prevenção de resposta e, 134-135
programação de atividades, 103-110
recompensas e, 134-135
seqüência de para sintomas de ansiedade, 123-131
solução de problemas, 114-120
tarefas graduais, 109-112
transtornos da personalidade e, 179-181
transtornos de ansiedade e, 121-124
visão geral dos, 29-30
Metropolitan Life Insurance Company, e tabelas de peso, 184-185
Miniaulas, e psicoeducação, 69-71
Modificação
de esquemas, 146-155
de pensamentos automáticos, 77-78, 85-100
Momento certo
de comentários empáticos, 33-35
de sessões para depressão resistente ao tratamento, 175
Monitoramento de atividades, 105, 108-109
Motivação, e terapia para transtornos de abuso de substâncias, 181-182
Mudanças de humor, e pensamentos automáticos, 77-79

Não-adesão, à medicação, 168-171, 175-178
Neuropatologia, e esquizofrenia, 187
Never Good Enough (Basco), 72-73
Nutricionistas, 184-185

Operações de segurança, 48-49
Organizações profissionais, 214
Orientação para a ação, e o terapeuta como professor-treinador, 38
Otimismo, e adequação do paciente para a TCC de tempo limitado, 46-47

Padesky, C., 193-194, 213
Parada de pensamentos, 123-124, 126-129
Pensamento
absolutista, 22-23, 206
dicotômico, 206

Pensamentos automáticos
avaliação para TCC de tempo limitado e, 47-49
conceitos básicos na TCC e, 19-21, 77
definição de, 19
evocação de dificuldades, 161-163
exame das evidências para, 92-94, 93-94, 129, 207
identificação de, 77-85
identificando padrões de, 142-144
modificação dos, 85-100
não-adesão à medicação e, 169-170
transtornos de ansiedade e, 122-123
Pensamentos quentes, 48-49, 161-162
Perguntas
condutivas, 85-86, 148
de múltipla escolha, 85-86, 161-162
Personalidade, teoria cognitivo-comportamental, 137-138
Personalização, 22, 206
Perspectiva longitudinal, na TCC, 27
Peso, transtornos alimentares e monitoração do, 184-185
Pessimismo, e adequação do paciente para a TCC, 46-47
Ponte entre as sessões de TCC, 64
Ponto de vista
longitudinal, de conceitualização de caso, 52-53
seccional cruzado, de conceitualização de caso, 52-53
Prática, na mudança de esquemas, 154-155
Prazer, e programação de atividades, 108-110
Pré-consciente, e pensamentos automáticos, 19
Prevenção. *Veja* Prevenção de recaída; Prevenção de resposta
Prevenção de recaída
desenvolvimento de habilidades de TCC para, 29-30
transtorno bipolar e, 175-177
transtornos por abuso de substâncias e, 183-184
Prevenção de resposta, 134-135, 184-185
Priorização, e solução de problemas, 119
Problemas práticos, e solução de problemas, 117
Processamento cognitivo, e conceitos básicos na TCC, 19
Processamento de informações, e conceitos básicos na TCC, 23-26
Processos biológicos, e o modelo TCC, 17-18
Procrastinação, e padrões de comportamento, 165-167
Professor-treinador, o terapeuta como, 37-38
Programação de atividades, 103-110
Programação semanal de atividades, 104-107, 208
Programas
de treinamento, na TCC, 193
educacionais, na TCC, 193-194, 196-197. *Veja também* Psicoeducação
multimídia, 73
Psicoeducação
esquemas e, 141-143
esquizofrenia e, 185-186
estruturação e, 59-60
pensamentos automáticos e, 78-79
técnicas e métodos de, 69-74
transtorno bipolar e, 175-176
visão geral da, 28-29

Questionamento, e esquemas, 138-142. *Veja também* Perguntas condutivas; Perguntas de múltipla escolha; Questionamento socrático
Questionamento socrático. *Veja também* Questionamento
comentários empáticos e, 34-35
esquemas e, 147-148
pensamentos automáticos e, 80-81, 85-86
solução de problemas e, 119
terapeuta como professor-treinador e, 37-38
visão geral de, 28-29
Questionário
de Esquemas de Young, 145
de Pensamentos Automáticos (ATQ), 84, 162-163
Questões socioculturais
esquemas e, 144-145
sensibilidade na relação terapêutica e, 39-41

Raciocínio normalizador, e esquizofrenia, 185-187
Realidade virtual, e psicoeducação, 73-74
Reatribuição, de pensamentos automáticos, 94-97. *Veja também* Estilo atributivo
Recompensas, e terapia comportamental, 134-135
Reestruturação cognitiva
conexão estímulo-resposta e, 123-124
transtorno bipolar e, 178
transtornos alimentares e, 184-185
visão geral de, 28-30
Reforço positivo, e transtornos de ansiedade, 125-126, 134-135
Registro de pensamentos. *Veja também* Registros de pensamento disfuncional
avaliação e, 124-125
eventos estressantes e, 162-163
identificando padrões de pensamentos automáticos e, 142-143
técnicas para trabalhar com os pensamentos automáticos e, 81-83
transtorno bipolar e, 178
Registros de mudança de pensamento disfuncional. *Veja também* Registro de pensamentos
automonitoração e, 86-87
classificações para, 86-88
erros cognitivos e, 92
exemplo de, 87-89
exercício de aprendizagem e, 88
formulário para, 205
Relação terapêutica
ativação comportamental e, 103-104
avaliação da capacidade de se envolver na, 48-49
contra-transferência e, 43-44

empatia, afeição e autenticidade na, 33-35
empirismo colaborativo e, 28, 33, 35-43
esquizofrenia e, 185-186
importância da, 33-34
transferência e, 42-43
visão geral da, 28
Religião, e questões socioculturais na relação terapêutica, 40-41
Resposta. *Veja* Conexão estímulo-resposta
Resposta condicionada e estímulos, 121-122
Resposta não condicionada (RNC) e estímulo não condicionado (ENC), 121-122
Re-treinamento da respiração, 129-130
Role-play
ensaio comportamental e, 113-114
pensamentos automáticos e, 82-84
Rotulação, e relação terapêutica, 41-42

Self, crenças nucleares sobre o, 22-23
Seminários, em TCC, 197
Sensibilidade, e relação terapêutica, 39-40
Seqüência, de intervenções comportamentais para ansiedade, 123-131
Sessões abreviadas de terapia, 27
Siegel, B., 154
Síndrome de abstinência, e transtornos por abuso de substâncias, 181-182
Sintomas negativos, da esquizofrenia, 187
Sistema Psicoterápico de Análise Cognitivo-Comportamental (CBASP), 175
Solução de problemas, e terapia comportamental, 114-120, 166-167
Sono, e esgotamento do terapeuta, 168
Stop Obsessing! (Foa e Wilson), 72-73
Suicídio e ideação suicida
depressão resistente ao tratamento e, 174-175
ligação entre desesperança e, 23-25
Supervisão
cansaço ou esgotamento do terapeuta e, 168
desenvolvimento da qualificação do terapeuta na TCC e, 193-194, 197, 211-212
Supergeneralização, 22, 206

Tarefa de casa
estruturação das sessões da TCC e, 67-68
exposição *in vivo* e, 133-134
não-realização de, 159-161
pensamentos automáticos e, 142-143
registros de mudança de pensamento e, 86-87
Tarefas graduais, 109-112, 165
TCC assistida por computador, 73-74, 141-143, 213
TCC de tempo limitado, avaliação da adequação do paciente para, 46-49
TCC orientada para o crescimento, e esquemas, 154-156
Técnica da seta descendente, para identificar esquemas, 140-141
Temas, em pensamentos automáticos, 142-143
Teoria da aprendizagem, e transtornos de ansiedade, 121-123
Terapeutas. *Veja também* Relação terapêutica
cansaço ou esgotamento dos, 167-169
grau de atividade dos, 35-38
métodos para desenvolver qualificação na TCC, 191-197
Terapia cognitiva construtivista, 155-156
Terapia Cognitiva da Depressão (Beck et al.), 86-87
Terapia cognitivo-comportamental (TCC). *Veja também* Pensamentos automáticos; Métodos comportamentais; Psicoeducação; Esquemas; Relação terapêutica
avaliação para, 45-49
conceitos básicos na, 19-26
conceitualização de caso e, 49-57
transtornos crônicos, severos ou complexos e, 173-188
problemas e dificuldades comuns na, 159-171
métodos para desenvolver a qualificação do terapeuta na, 191-197
origens da, 15-17
visão geral dos métodos terapêuticos na, 25-30
principais elementos do modelo de, 17-18
recursos em, 213-216
estruturação da, 59-70
Terapia comportamental dialética (DBT), 178-181
Terapia de imersão, 130-131
Terapia orientada para o problema
avaliação e capacidade do paciente de se manter e trabalhar na, 48-49
conceitos básicos da TCC e, 26-27
Tradições filosóficas orientais, 15-16
Transferência, e relação terapêutica, 42-43
Transtorno bipolar, 175-178
Transtorno da personalidade anti-social, 180
Transtorno da personalidade *borderline*, 181
Transtorno da personalidade dependente, 180
Transtorno da personalidade esquiva, 180
Transtorno da personalidade esquizóide, 180-181
Transtorno da personalidade esquizotípica, 180-181
Transtorno da personalidade histriônica, 180-181
Transtorno da personalidade narcisista, 180-181
Transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, 180
Transtorno da personalidade paranóide, 180
Transtorno de compulsão alimentar, 184
Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)
análise comportamental do, 121-122
exposição a imagens mentais e, 132-133
problemas em potencial na relação terapêutica e, 41-42
psicoeducação e, 73-74
Transtorno do pânico
análise comportamental do, 121-122
re-treinamento da respiração e, 129-130
Transtorno obsessivo-compulsivo, (TOC)

análise comportamental do, 122-123
exposição a imagens mentais e, 132-133
parada de pensamentos e, 126-128
problemas em potencial na relação terapêutica e, 41-42
Transtornos alimentares
relação terapêutica e, 41-42
transtornos crônicos, severos e resistentes ao tratamento e, 184-185
Transtornos da personalidade
relação terapêutica e, 41-42
transtornos crônicos, severos e resistentes ao tratamento e, 178-181
Transtornos de ansiedade
análise comportamental de, 121-123
hipótese de trabalho nas características cognitivo-comportamentais dos, 53
métodos de tratamento comportamental para, 123-124
pensamentos automáticos e, 19-20
processamento de informações e, 23-26
processo de *feedback* e, 64-66
seqüência de intervenções comportamentais para, 123-131
Transtornos por uso de substâncias
relação terapêutica e, 41-42
transtornos crônicos, severos e resistentes ao tratamento e, 179-184
Transtornos resistentes ao tratamento, e diretrizes para a TCC
depressão e, 173-175
esquizofrenia e, 184-187
transtorno bipolar e, 175-177
transtorno da personalidade e, 178-181
transtornos alimentares e, 184-185
transtornos por uso de substâncias e, 179-184
Tratamento combinado. *Veja também* Medicação
esquizofrenia e, 185-186
modelo básico da TCC e, 18
tratamento bipolar e, 175-176
transtorno depressivo maior e, 173-174
Treinamento de habilidades básicas, 126-130
Treinamento de relaxamento, 126-128

Vantagens e desvantagens
mudança dos padrões de comportamento e, 165-167
esquemas e listas de, 149, 151-152
Verificações de sintomas, e estrutura das sessões de TCC, 63-64
Viés positivo que serve a si mesmo, 25
Virtual Vietnam (Rothbaum et al.), 73-74

Website da Mindstreet, 72-73
Wolpe, J., 16-17
Workshops, sobre TCC, 193-194, 196-197

Zoroastro, 15-16