SINOPSYS editora

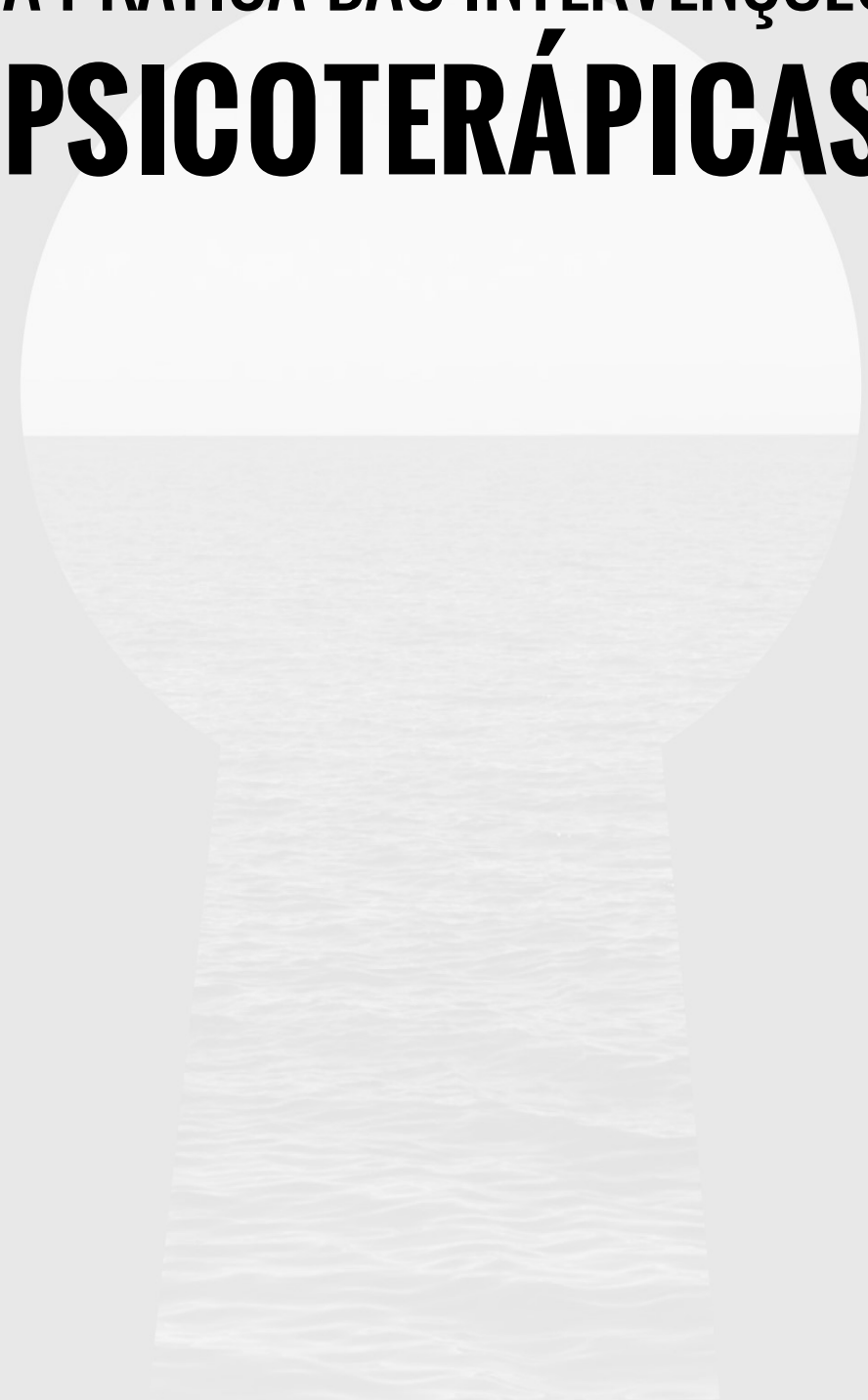
Que bom receber **você** em nosso site!

Somos especializados em **Livros** e **Jogos** de
**Psicologia** e **Saúde Mental**.

No final do capítulo colocamos um **Desconto Especial** para você.

**www.sinopsyseditora.com.br**

# A PRÁTICA DAS INTERVENÇÕES
# PSICOTERÁPICAS



912p A prática das intervenções psicoterápicas: como tratar pacientes na vida real / organizado por Wilson Vieira Melo. –
– Novo Hamburgo : Sinopsys, 2019.
16x23cm; 780p.

ISBN 978-85-9501-118-2

1. Psicologia – Práticas de intervenção. I. Melo, Wilson Vieira. II. Título.

CDU 159.9

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

# A PRÁTICA DAS INTERVENÇÕES PSICOTERÁPICAS

## COMO TRATAR PACIENTES NA VIDA REAL

**WILSON VIEIRA MELO**
ORGANIZADOR

SINOPSYS editora

2019

© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2019
*A prática das intervenções psicoterápicas –*
*Como tratar pacientes na vida real*
Wilson Vieira Melo (Org.)

Capa: *Fabiana Franck*

Imagem de capa: *Shutterstock*

Tradução do capítulo 15: *Marcelo Duarte*

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Editoração: *Formato Artes Gráficas*

Todos os direitos reservados à
**Sinopsys Editora**
Fone: (51) 3066-3690
E-mail: atendimento@sinopsyseditora.com.br
Site: www.sinopsyseditora.com.br

# Autores

**Wilson Vieira Melo (Org.)**. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), com estágio de pesquisa na University of Virginia (USA) estudando o viés cognitivo nos transtornos de ansiedade. Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e com Treinamento Intensivo em Terapia Comportamental Dialética no The Linehan Institute Behavioral Tech. Foi professor de Graduação em Psicologia durante dez anos (FACCAT / ULBRA / IBGEN). Atualmente, é professor de Pós-Graduação em nível de Especialização em Terapia Cognitiva e Terapia Comportamental Dialética em diversos estados do Brasil. Ministrou curso como Professor Convidado na Palo Alto University (USA) sobre Terapia Comportamental Dialética para o Transtorno da Personalidade *Borderline*. Participou dos Estudos de Campo para elaboração do Código Internacional de Doenças – CID 11 (OMS). Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas – FBTC (Gestão 2019-2021). Ex-membro do Grupo de Trabalho Pesquisa Básica Aplicada em uma Perspectiva Cognitivo-Comportamental da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP). Coordenador Geral do processo de implementação da Certificação de Terapeutas Cognitivos no Brasil pela FBTC (2013-2017). Coordenador do Curso de Formação em Terapia Comportamental Dialética da instituição Elo Psicologia e Desenvolvimento em Porto Alegre – RS. Membro da Association for Contextual Behavioral Science (ACBS). Fundador da Associação de Terapias Cognitivas do Rio Grande do Sul (ATC-RS).

Fundador do Instituto de Terapia Cognitiva do Rio Grande do Sul (ITC-RS) em Porto Alegre – RS, onde atua como psicoterapeuta, presta supervisão clínica e consultoria diagnóstica. Organizador do livro *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva* (Sinopsys, 2014) e autor de mais de 60 publicações entre capítulos de livros e artigos científicos. Contato: wilsonmelo1@gmail.com

---

***Adriana Zilberman*** – Psicóloga Clínica. Mestre em Psicologia Social e da Personalidade. Terapeuta de Casal e Família. Diretora, Supervisora e Professora do CEFI – Centro de Estudos da Família e do Indivíduo. Contato: adriana@cefipoa.com.br

***Aline Henriques Reis –*** Doutora em Psicologia pela UFRGS. Professora Adjunta do curso de Psicologia da UFMS. Especialista em Psicologia Clínica na Abordagem Cognitivo-Comportamental pela UFU. Formação em Terapia do Esquema no Wainer e Piccoloto Centro de Psicoterapia. Terapeuta Cognitiva Certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. Contato: alinehreis@gmail.com

***Aline Sardinha –*** Psicóloga Clínica. Doutora em Saúde Mental pelo IPUB/UFRJ. Especialista em Psicoterapia de Família e Casal pela PUC-Rio. Terapeuta Cognitivo-Comportamental certificada pela FBTC. Professora do Programa de Pós-Graduação em Terapia Cognitivo-Comportamental da UNIVERSO. Autora da Terapia Cognitiva Sexual e idealizadora do Curso de Formação Online em Terapia Cognitiva Sexual. Contato: alinesardinhapsi@gmail.com

***Ana Carolina Macchione*** – Mestre em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento pela PUCSP. Especialista em Terapia Analítico-Comportamental pelo Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. Formação em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech. Terapeuta em consultório particular. Contato: aninhamacchione@gmail.com

***Andriza Saraiva Corrêa*** – Doutora em Psicologia Aplicada pela Universidade do Minho em Braga/Portugal, Professora convidada do Cognitivo. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental – Cognitivo, Professora e supervisora do Curso de Graduação em Psicologia da FISMA/RS. Colaboradora do Grupo de Investigação em Relação Terapêutica (Therapeutic Relationship Research Group/TRRG Universidade do Minho, Braga/Portugal).

***Bernard Rangé*** – Doutor em Psicologia pela UFRJ. Professor do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da UFRJ. Supervisor da Divisão de Psicologia Aplicada do IP/UFRJ. Especialista em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute. Presidente-Fundador da Associação Brasileira de Psicoterapia e Medicina Comportamental (ABPMC). Ex-Vice-Presidente Fundador da Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas (SBTC). Ex-Presidente Fundador da Associação

Latino-Americana de Psicoterapias Cognitivas (ALAPCO). Contato: bernard.range@gmail.com.br

***Bernardo Dewes*** – Psicólogo Clínico. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental. Contato: dewes.b@gmail.com

***Breno Irigoyen de Freitas*** – Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS). Especialista em Terapias Cognitivas e Comportamentais, instrutor do Modelo de Prevenção de Recaída baseada em *Mindfulness* (MBRP Brasil) e do Modelo Neurocognitivo de *Mindfulness* (Iniciativa *Mindfulness*). Contato: brenoif@hotmail.com

***Camila Morelatto de Souza*** – Doutora em Psiquiatria pela UFRGS. Psiquiatra pela UFCSPA com área de atuação em Infância e Adolescência (CELG/UFRGS). Treinamento Intensivo em DBT no Linehan Institute e Behavioral Tech. Aluna do Curso de Especialização em Terapias Comportamentais Contextuais (CEFIPOA). Contato: camorelatto@gmail.com

***Cristiano Nabuco de Abreu*** – Psicólogo com mais 33 anos de experiência clínica. Pós-Doutorado pelo Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Doutorado pela Universidade do Minho (Portugal). Mestrado pela PUCSP. Formação em EFT pela Universidade de York (Canadá). Coordena o Núcleo de Dependências Tecnológicas do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenada o Projeto Perseus. Diretor da Escola Cognitiva Scientia: Formação em Saúde Mental. Publicou treze livros sobre Psicologia e Saúde Mental, sendo sua publicação mais recente: *Internet Addiction in Children and Adolescents* pela Springer de NY (2017). Contato: cristianonabuco27@gmail.com

***Daniel Rijo*** – Doutorado em Psicologia. Docente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Investigador no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental. Contato: drijo@fpce.uc.pt

***Daniela Ladeira Reis*** – Mestre em Família pela Sociedade Contemporânea da Universidade Católica de Salvador (UCSAL). Professora na UniRuy Wyden e na Faculdade de Tecnologia e Ciência (FTC). Professora e Supervisora Clínica em Terapia Cognitiva. Psicóloga Clínica atuando nas abordagens cognitivas. Contato: dreispsi13@gmail.com

***Daniela Sopezki*** – Psicóloga Clínica. Doutora em Saúde Coletiva. Mestra em Psicologia Clínica. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. Instrutora de *Mindfulness (Breathworks)* e de Yoga. Contato: danielasopezki@gmail.com

***Débora C. Fava*** – Doutoranda em Psicologia na UNISINOS. Coordenadora da ELO – Psicologia e Desenvolvimento. Professora de Pós-Graduação em nível de Especialização em Terapia Cognitiva na infância e adolescência em diversos estados do Brasil. Formação em Manejo do Comportamento Infantil pela Piedmont Virginia

Community College (EUA). Terapeuta Certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Contato: deborafava@gmail.com

***Diana Ribeiro da Silva*** – Doutoranda em Psicologia na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Investigadora no Centro de Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental. Contato: d.s.ribeirodasilva@gmail.com

***Elisabeth Meyer –*** Doutora em Psiquiatria pela UFRGS. Terapeuta Cognitivo-Comportamental com treinamento intensivo no Programa de Terapia Cognitiva no Beck Institute (Pensilvânia, EUA). Docente do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde (Cardiologia- IC/FUC). Contato: to_bethmeyer@hotmail.com

***Fabian Olaz –*** Doutor em Psicologia pela Universidade Nacional de Córdoba. Diretor do Laboratorio de Comportamiento Interpersonal da Facultad de Psicologia – Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Supervisor e Diretor Clínico do Centro Integral de Psicoterapias Contextuales de Córdoba. Contato: fabidelarenta@gmail.com

***Francisco Crauss*** – Mestre em Psicologia Clínica pela Unisinos. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental pela WP. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia. Professor na Wainer Psicologia. Contato: fcrauss@gmail.com

***Gabriela Baldisserotto –*** Psiquiatra. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Treinamento Intensivo em Terapia Comportamental Dialética pelo The Linehan Institute Behavioral Tech. Membro da Equipe DBT Porto Alegre. Contato: gabrielavb65@gmail.com

***Gibson J. Weydmann*** – Psicólogo Clínico. Mestre em Psicologia pela UFRGS. Doutorando no Laboratório de Psicologia Experimental, Neurociências e Comportamento no LPNeC-UFRGS. Contato: gibsonjw6@gmail.com

***Giovanni Kuckartz Pergher –*** Mestre em Psicologia Social e da Personalidade pela PUCRS. Professor das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). Supervisor do CESEP/FACCAT. Sócio-Fundador do Instituto de Terapia Cognitiva do Rio Grande do Sul. Criador do Portal TCC para Todos. Contato: gkpergher@gmail.com

***Heitor Pontes Hirata*** – Doutor e mestre em Psicologia pela UFRJ. Terapeuta cognitivo certificado pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Membro da diretoria da Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-Rio). Primeiro autor da adaptação de terapia metacognitiva para crianças e do livro infantil *Preocupanda & Marrumina: entendendo a preocupação e a ruminação na criança* (Sinopsys). Contato: heitorph@gmail.com

***Irismar Reis de Oliveira –*** Professor Titular de Psiquiatria do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Universidade Federal da Bahia, Salvador. Contato: irismar.oliveira@me.com

***Ives Cavalcante Passos –*** Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatra. Pesquisador do Laboratório de Psiquiatria Molecular do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Pro-

fessor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Contato: ivescp1@gmail.com

***Jairo Vinícius Pinto*** – Doutor pelo Programa de Pós-graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Especialista em Psiquiatria da Infância e da Adolescência. Pesquisador do Laboratório de Psiquiatria Molecular do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Contato: jairovinicius@msn.com

***Jan Luiz Leonardi*** – Doutor em Psicologia Clínica pela USP. Coordenador acadêmico e professor no Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. Formação em Terapia Comportamental Dialética pelo Behavioral Tech. Terapeuta no Instituto de Psicologia Baseada em Evidências (InPBE). Contato: janleonardi@gmail.com

***Janaína Thais Barbosa Pacheco*** – Psicóloga. Mestre e Doutora pelo PPG Psicologia/UFRGS. Realizou Estágio de Pós-Doutorado na PUCRS. Professora do Curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde da UFCSPA, responsável pelas disciplinas de Behaviorismo Radical, Terapias Cognitivas e Comportamentais e Pesquisa em Psicologia. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Avaliação Psicológica e Intervenções Cognitivas e Comportamentais (NaPsicc) e da Liga Acadêmica de Psicologia Comportamental/UFCSPA. Psicoterapeuta e supervisora clínica. Contato: janainapacheco@uol.com.br

***Jonatas Argemi Foster Passos*** – Psicólogo. Mestre em Psicologia pela UFGRS. Terapeuta Comportamental Contextual pelo CEFI/CIPCO (modalidade FAP e ACT) e pelo The Linehan Institute Behavioral Tech (modalidade DBT). Psicoterapeuta, professor e supervisor em Terapias Comportamentais (FAP e ACT) e Análise do Comportamento. Contato: psicojonatas@yahoo.com.br

***Juliane Verdi Haddad da Fonseca*** **–** Psicóloga com 20 anos de experiência clínica em Psicoterapia. Especialização em *Biofeedback* pela American Biotec Corporation. Especialização em Medicina Comportamental pela Universidade Federal de São Paulo/Escola Paulista de Medicina. Especialização em Terapias Cognitivas pelo AMBULIM do Instituto de Psiquiatria/HCFMUSP. Coordenadora do Projeto Perseus. Contato: jvhf@uol.com.br

***Karine Lopes*** – Psicóloga pela UNESA. Treinamento profissional em Terapia Cognitivo-Comportamental no IPUB/UFRJ. Formação Clínica em Terapia Cognitiva Sexual. Contato: karineflopes@hotmail.com

***Kátia Alessandra de Souza Caetano*** – Psicóloga pela Universidade Federal de Uberlândia. Mestre em Psicobiologia e Doutora em Psicologia pela Universidade de São Paulo. Doutorado sanduíche no Psychotherapy and Emotion Research Laboratory, na Boston University. Pós-Doutoranda no East Bay Behavior Therapy Center, Califórnia, Estados Unidos. Terapeuta Cognitiva Processual certificada. Terapeuta Cognitivo-Comportamental. Professora em diferentes cursos de graduação em Psicologia. Contato: kascaetano@gmail.com

***Larissa Mancil*** - PhD em Psicologia Clínica pela *Seattle Pacific University*. Atualmente trabalha como Supervisora Clínica na Ryther Child Center. Seu trabalho é predominantemente com adolescentes carentes através de um programa ambulatorial intensivo. Contato: larissam@ryther.org

***Leandro Timm Pizutti*** – Psiquiatra e Psicoterapeuta. Mestre em Ciências da Saúde pela UFCSPA. Doutor em Psiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFRGS. Professor acreditado de *Mindfulness* pela Breathworks Foundation/UK e Respira Vida Breathworks/Espanha. Contato: leandropizutti@gmail.com

***Leopoldo Barbosa –*** Doutor em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela UFPE. Docente da Graduação e Pós-Graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Supervisor da equipe de Saúde Mental do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Terapeuta certificado pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Contato: leopoldopsi@gmail.com

***Luciane Benvegnú Piccoloto –*** Doutoranda em Educação na UFSM. Mestre em Psicologia Clínica. Terapeuta Cognitiva certificada pela FBTC. Professora e supervisora do curso de especialização em psicoterapia cognitivo-comportamental do Cognitivo. Professora da graduação em Psicologia FISMA. Especialista em Psicologia Hospitalar. Especialista em Psicoterapia Cognitivo-Comportamental. Contato:

***Lucianne Valdivia*** – Especialista em Psicoterapia. Mestre em Psiquiatria pela UFRGS. Pesquisadora do Grupo I-QOL – Intervenções e Inovações em Qualidade de Vida no Programa de Pós-graduação em Psiquiatria da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Contato: valdivialu@gmail.com

***Maíra Pereira Toscano*** – Especialista em Psicologia da Saúde pela UNIFESP. Qualificação Avançada em Terapia Analítico-Comportamental pelo Paradigma – Centro de Ciências e Tecnologia do Comportamento. Terapeuta em consultório particular. Contato: mairatoscano@gmail.com

***Mara Regina S. W. Lins –*** Psicóloga. Terapeuta de Casal e Família. Mestre em Psicologia Social pela PUCRS. Doutoranda em Psicologia Clínica pela UNISINOS. Diretora do CEFI – Centro de Estudos da Família e do Indivíduo. Contato: mara@cefipoa.com.br

***Márcia Bruno*** – Psicóloga. Psicoterapeuta. Diretora do Instituto Brasileiro de Terapia Focada nas Emoções e Psicoterapias Integrativas (TFE Brasil). Contato: marciabruno.psicologia@gmail.com

***Márcia Maria Bignotto –*** Psicóloga. Mestre e Doutora em Psicologia pela PUC-Campinas. Especialista em Terapia Infantil e em Stress. Tesoureira da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (Gestão 2015-2019). Autora de vários capítulos sobre Stress na Infância e Terapia Cognitivo Comportamental na Infância. Contato: marcia.bignotto@gmail.com

***Márcia Kauer Sant'Anna*** - Médica Psiquiatra. Doutora em Ciências Biológicas: Bioquímica. Supervisora da Residência em Psiquiatria e do Programa de Atendimento ao Transtorno Bipolar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professora do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Contato: marciaks.lab@gmail.com

***Marco Aurélio Mendes –*** Psicólogo. Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Terapeuta Certificado pela Sociedade Internacional de Terapia Focada nas Emoções (ISEFT). Terapeuta Certificado pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Certificação avançada em Terapia Focada nas Emoções (York University). Membro da Diretoria da Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-Rio). Diretor do Instituto Brasileiro de Terapia Focada nas Emoções e Psicoterapias Integrativas (TFE Brasil). Contato: marcomendespsicologia@gmail.com

**Maria de Fátima Gaspar Vasques.** Psicóloga com 30 anos de experiência clínica. Diretora da Escola Cognitiva Scientia. Formação em Saúde Mental. Coordenadora do Projeto Perseus. Autora de vários livros e artigos na área. Contato: vasquesfatima10@gmail.com

***Maria Olimpia Jabur Saikali –*** Graduada em Psicologia pela PUC/SP; Especialista em Família e Casal pelo COGEAE- PUCSP; Especialista em Terapia Comunitária – PUC/SP; Especialista em Sexualidade Humana- PROSEX-USP; Mestre em Psicologia da Educação pela Faculdade de Educação – UNICAMP. Coordenadora do Projeto Perseus. Contato: simondica@hotmail.com

***Mariana Sampaio*** – LMHC, MSW, CPP 'e Mestre em Psicologia pela Universidade do Hawaí e mestre em Serviço Social pela Universidade de Washington. Especialista certificada em prevenção, especialista em abuso de substâncias e dependência química. Desenvolve suas atividades clínicas, com adolescentes e adultos, em Seattle e Bellevue. Cofundadora de Mind Over Matters Institute. Contato: marimakai@gmail.com

***Mariana Gonçalves Boeckel*** – Doutora em Psicologia pela PUCRS e Universitat de València. Professora adjunta do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Atualmente é coordenadora do Curso do Psicologia da UFCSPA. Psicoterapeuta sistêmico-relacional (Unisinos/RS, Practicum Terapia Familiar – Accademia di Psicoterapia della Famiglia, Itália), atuando principalmente nos seguintes temas: famílias, casais, psicoterapia sistêmico-relacional, intervenção psicossocial, violência conjugal e familiar. Contato: mariana_boeckel@yahoo.com.br

***Marilda Emmanuel Novaes Lipp –*** Ph.D. em Psicologia pela George Washington University. Pós-doutorado pelo National Institute of Health. Presidente da FBTC (2015-2019). Membro da Academia Paulista de Psicologia. Diretora do IPCS. Autora do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos. Contato: lippmn@gmail.com

***Mario Francisco Juruena*** **–** Doutorado em Psiquiatria na University of London / King's College London. Mestrado no Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP/EPM). Mestrado em *Affective Neuroscience*, na Universiteit Maastricht – Holanda. Professor de Psiquiatria no Departamento *Psychological Medicine* do Instituto de Psiquiatria, Psicologia e Neurociências do Kings College London. *Consultant Psychiatrist in Mood, Anxiety and Personality, South London and Maudsley NHS Foundation Trust*. Concluiu treinamento em Psicoterapia Cognitiva pelo Beck Institute for Cognitive Therapy and Research. Terapeuta Cognitivo Certificado pela FBTC. Contato: mario.juruena@kcl.ac.uk

***Marisa Marantes Sanchez*** **–** Mestre em Psicologia pela PUCRS. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental e Formação em Terapia do Esquema pelo New York Schema Institute. Docente na Universidade Luterana do Brasil (ULBRA). Diretora do Instituto de Terapia Cognitiva em Psicologia da Saúde (ITEPSA). Tutora Regional da Atenção ao Recém-Nascido de Baixo Peso pelo Ministério da Saúde (MS, Brasil). Contato: sanchez.marisam@gmail.com

***Marseylle Assis Brasil*** - Psicóloga pela PUC-RJ. MBA em Gestão Empresarial na FGV-RJ. Formação em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo CPAF. Terapeuta Cognitivo-Comportamental certificada pela FBTC. Extensão em Transtornos Alimentares e Obesidade pelo IPUB/UFRJ. Professora e supervisora clínica de pós-graduação e formação em Terapia Cognitivo-Comportamental. Sócia-diretora do Centro de Avaliação, Atendimento e Educação em Saúde Mental (CAAESM). Atuou como psicóloga e supervisora da Clínica de Estudos e Tratamento em Transtornos Alimentares e Obesidade (CETTAO) da Santa Casa da Misericórdia. Formação clínica em Terapia Cognitiva Sexual. Contato: marseylle@hotmail.com

***Maurício Kunz*** **–** Doutor em Ciências Médicas: Psiquiatra. Pesquisador do Laboratório de Psiquiatria Molecular do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Professor do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Contato: maukunz@gmail.com

***Neri Maurício Piccoloto*** – Especialista em Psiquiatria pelo HPSP. Mestre em Psicologia Clínica pela PUCRS. Diretor Executivo do Cognitivo de Pós-Graduação em Terapia Cognitiva, Vice-presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC – gestão 2009/2011). Sócio-fundador e membro do Conselho Consultivo da Associação de Terapias Cognitivas do Rio Grande do Sul (ATC-RS). Professor de Pós-graduação, atua nas áreas de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental de adultos, Terapia do Esquema, Psicofarmacologia e Neurociências. Terapeuta Cognitivo certificado pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Contato: mauricio@cognitivo.com

***Paula Castilho*** – Doutora em Psicologia. Docente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e Investigadora no Centro de

Investigação em Neuropsicologia e Intervenção Cognitivo-Comportamental. Contato: paulacastilho@fpce.uc.pt

***Paulo Gomes de Sousa-Filho*** – Pós-doutorado pela Université de Paris 5 – René Descartes. Professor do curso de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande. Coordenador do Centro de Psicologia Contextual (CEPSICO). Facilitador de cursos e *workshops* no Brasil e no exterior em Psicoterapia Funcional Analítica, Terapia de Aceitação e Compromisso e Análise do Comportamento. Contato: kramerdf@hotmail.com

***Ricardo Franzin –*** Psiquiatra. Formação em Terapia do Esquema pela Wainer Psicologia. Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais pelo Instituto Paranaense de Terapias Cognitivas (IPTC). Contato: dr.ricardofranzin@gmail.com

***Ricardo Wainer –*** Doutor em Psicologia pela PUCRS. Especialista em Terapia do Esquema, com treinamento avançado no New Jersey/New York Schema Institute. Supervisor credenciado em Terapia do Esquema pela International Society of Schema Therapy. Professor Titular da Faculdade de Psicologia da PUCRS. Diretor da Wainer Psicologia Cognitiva. Coordenador e Professor do Curso de Formação em Terapia do Esquema da Wainer Psicologia Cognitiva. Membro da International Association of Cognitive Psychotherapy (IACP). Membro Pleno da International Society of Schema Therapy (ISST). Contato: rwainer@wainerpsicologia.com.br

***Simone da Silva Machado –*** Doutora em Psicologia pela UFRGS. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Atendimentos em Psicoterapias Cognitivas (NEAPC) de Porto Alegre/RS. Membro Fundador da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Membro da Associação Brasileira de Stress (ABS). Pesquisadora nas áreas de ansiedade, estresse, doenças psicofisiológicas, dores crônicas, díade terapêutica e de novas tecnologias em Terapias Cognitivas. Contato: simoneneapc@terra.com.br

***Tania Rudnicki –*** Doutora em Psicologia pela PUCRS. Centro Universitário da Serra Gaúcha-FSG. Diretora Itepsa – Instituto de Terapia Cognitiva em Psicologia da Saúde. Pós-Doutora em Psicologia da Saúde pelo William James Center for Research (WJCR) ISPA/Portugal. Terapeuta Certificado pela FBTC. Contato: tania.rudnicki@gmail.com

***Valentina Marques da Rosa*** – Mestre em Design pela Unisinos, com foco em comportamento do consumidor. Contato: valentina.rosa@hotmail.com

***Valquiria A. Cintra Tricoli,*** - Doutora em Psicologia. Docente/supervisora na UNIFAAT. Vice-presidente da FBTC (2017-2019). Coordenadora do CETEPEA, pesquisadora na área do estresse emocional na adolescência, autora da Escala de Stress para Adolescentes – ESA. Contato: valtricoli@uol.com.

# Sumário

**Prefácio I** ..... 19
*Bernard Rangé*

**Prefácio II** ..... 23
*Mario Francisco Juruena*

**Apresentação** ..... 27
*Wilson Vieira Melo*

## Parte I
## A Importância do Diagnóstico em Psicoterapia

1 **O Que é Psicoterapia** ..... 32
*Ricardo Wainer*

2 **Entrevista Clínica em Saúde Mental**..... 51
*Jairo Vinícius Pinto, Ives Cavalcante Passos,*
*Maurício Kunz e Márcia Kauer Sant´Anna*

## Parte II
## Estratégias e Técnicas Psicoterápicas

3 **Análise Funcional do Comportamento** ..... 84
*Maíra Pereira Toscano, Ana Carolina Macchione*
*e Jan Luiz Leonardi*

4 **Terapia Racional-Emotiva** ..... 102
*Elisabeth Meyer e Valentina Marques da Rosa*

5 **Terapia Cognitiva** ..... 124
*Neri Maurício Piccoloto, Luciane Benvegnú Piccoloto e Andriza Saraiva Corrêa*

6 **Terapia Construtivista** ..... 154
*Simone da Silva Machado*

7 **Terapia Cognitiva Processual** ..... 173
*Irismar Reis de Oliveira e Daniela Ladeira Reis*

8 **Terapia Metacognitiva** ..... 218
*Heitor Pontes Hirata*

9 **Terapia do Esquema** ..... 240
*Aline Henriques Reis e Ricardo Franzin*

10 **Terapia Focada nas Emoções** ..... 277
*Marco Aurélio Mendes e Márcia Bruno*

11 **Terapia do Esquema Emocional** ..... 303
*Francisco Crauss e Bernardo Dewes*

12 **Terapia de Aceitação e Compromisso** ..... 336
*Fabian Olaz, Paulo Gomes de Sousa-Filho, Giovanni Kuckartz Pergher e Wilson Vieira Melo*

13 **Terapia Analítico-Funcional** ..... 367
*Jonatas Argemi Foster Passos, Paulo Gomes de Sousa-Filho, Gibson J. Weydmann e Janaína Thais Barbosa Pacheco*

14 **Terapia Comportamental Dialética** ..... 401
*Wilson Vieira Melo, Gabriela Baldisserotto e Camila Morelatto de Souza*

15 **Terapia Comportamental Dialética Radicalmente Aberta** ..... 440
*Mariana Sampaio e Larissa Mancil*

16 **Terapia Focada na Compaixão** ..... 475
*Diana Ribeiro da Silva, Daniel Rijo e Paula Castilho Freitas*

17 **Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness*** ..... 506
*Breno Irigoyen de Freitas, Leandro Timm Pizutti e Lucianne Valdivia*

18 **Terapia Comportamental Integrativa de Casal** ..... 529
*Mara Regina S. W. Lins*

19 **Terapia de Casais Focada nas Emoções** ..... 550
*Adriana Zilberman*

20 **Terapia Cognitiva Sexual** ..... 573
*Aline Sardinha, Karine Lopes e Marseylle Assis Brasil*

## Parte III
## Intervenções em Diferentes Contextos

21 **Intervenções Transdiagnósticas em Psicoterapia** ..... 610
*Kátia Alessandra de Souza Caetano*

22 **Intervenções em Família com Crianças** ..... 647
*Débora C. Fava e Mariana Gonçalves Boeckel*

23 **Intervenções em Estresse nos Diferentes Estágios Desenvolvimentais** ..... 674
*Marilda Emmanuel Novaes Lipp, Valquíria A. Cintra Tricoli e Márcia Maria Bignotto*

24 **Intervenções para Redução de Estresse Baseada em *Mindfulness*** ..... 702
*Daniela Sopezki*

25 **Intervenções na Saúde no Período de Hospitalização** ..... 728
*Marisa Marantes Sanchez, Leopoldo Barbosa e Tania Rudnicki*

26 **Intervenções com Realidade Virtual e o Uso de Tecnologia em Saúde Mental** ..... 745
*Cristiano Nabuco de Abreu, Maria de Fátima Gaspar Vasques, Maria Olimpia Jabur Saikali e Juliane Verdi Haddad da Fonseca*

**Indice** ..... 775

# Prefácio I

Bernard Rangé

Desde cedo na minha vida, certamente influenciado pelo modo de pensar de meu pai, já me orientava para buscar conhecimentos baseados em fatos empíricos. Assim, ao entrar na PUC-Rio, em 1967, tive a oportunidade de aprender a terapia comportamental que se fazia na época, baseada em princípios associativos que geraram um conhecimento com base nos conceitos de condicionamento clássico, de Ivan Petrovich Pavlov, e instrumental/operante, de B. F. Skinner. Com base nesse conhecimento empiricamente fundamentado fui aprendendo a tratar fobias e quadros de ansiedade, hoje descritos como transtorno de pânico e agorafobia e muitos outros quadros tratados com técnicas de modificação do comportamento, como eram chamadas na época.

Nos anos 1960, surgiu uma grande novidade na ciência psicológica que ficou conhecida como a "revolução cognitiva", em decorrência das contribuições de Jean Piaget e Alexander Luria. Nesse movimento, Albert Ellis, um ex-psicanalista que havia sido treinado por Karen Horney, desenvolveu a sua Terapia Racional-Emotiva (TREC), assim como o também ex-psicanalista Aaron T. Beck a sua Terapia Cognitiva (TC). Com a publicação de Bandura, em 1969, do livro *Principles of behavior modification*, no qual, além de resumir o conhecimento científico produzido até então, apresentava o novo conceito de modelação – aprendizagem pela observação de modelos – ainda

chamou a atenção para a necessidade de dar atenção a "processos simbólicos". Talvez, em decorrência, isso possa ter favorecido a aceitação das contribuições de Albert Ellis e Aaron T. Beck no âmbito da Association for Advancement of Behavior Therapy (AABT): novas estratégias de tratamento baseadas nesse "modelo cognitivo". Este modelo se baseava na ideia de uma relação entre situações, interpretações (algo) conscientes e as consequências emocionais e comportamentais daquelas interpretações. Primeiramente usada para tratar processos depressivos, progressivamente outros tipos de problemas pareciam responder bem a essas intervenções cognitivas e comportamentais, tais como os transtornos de ansiedade, os transtornos alimentares e os transtornos de abuso e dependência de substâncias. Muito desse trabalho representou uma revalorização daquilo que é referido como "relação terapêutica".

Na Reunião Anual da AABT, em Boston, em 1992, pude ter contato com o novo trabalho de Marsha Linehan com pacientes que apresentavam transtorno de personalidade *borderline* na Terapia Comportamental Dialética (DBT). Pude conhecer também as contribuições iniciais de Jeffrey Young, na construção inicial de sua Terapia do Esquema, visando inicialmente o trabalho com pacientes com transtornos da personalidade e que posteriormente puderam ter uma aplicação para outros quadros. E, pouco depois, o trabalho de Steven Hayes com seu modelo da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT). Essas contribuições representavam um novo modo de trabalhar os problemas emocionais dos pacientes, incluindo os conceitos de aceitação e mudança, no sentido de promover regulação emocional.

Em 1993, houve um Congresso Mundial de Psiquiatria no Rio de Janeiro, para o qual vieram eminentes pesquisadores norte-americanos, portugueses, espanhóis, argentinos da área de Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Isso motivou aqueles que trabalhavam com TCC no Rio a propor um Congresso Internacional de TCC com esses pesquisadores. Em decorrência disso, tivemos apresentações brilhantes de David Barlow, de Jack Maser, diretor do setor de transtornos de ansiedade do National Institute of Mental Health, dos Estados Unidos, do Hector Fernandez-Alvarez, Sergio Pagés e Hebert Chappa, da Argentina, de Gualberto Buela-Casal e

Vicente Caballo, da Espanha e muitos outros. Depois disso, Barlow foi nomeado diretor da Seção 12 da American Psychological Association, denominada Society of Clinical Psychology e, nessa posição, instituiu uma força-tarefa para estabelecer as bases de psicoterapias baseadas em evidências. Essa comissão passou a ser permanente e pode servir indicação de quais tratamentos estão sendo empiricamente sustentados.

Meus trabalhos como orientador de cursos de mestrado e doutorado e minhas idas a congressos me fizeram aprender novas contribuições de tratamento, como a *Mindfulness*-Based Stress Reduction (MBSR), de Jon Kabat-Zinn, com quem fiz um *workshop* no International Congress of Cognitive Therapies (IACP), em Roma, em 2007; a Terapia Focada na Compaixão, de Paul Gilbert, com quem tive a oportunidade de fazer um *workshop* no Congresso Mundial de TCC, em Boston, em 2010, além de um outro *workshop* com David Barlow sobre tratamentos transdiagnósticos; e a Terapia Metacognitiva, de Adrian Wells, com quem fiz um *workshop* no IACP Congress, em Istambul, em 2011. Tive também a oportunidade de conhecer o brilhante trabalho de Irismar Reis de Oliveira, com sua Terapia Cognitiva Processual.

Assim, o livro *A prática das intervenções psicoterápicas: como tratar pacientes na vida real*, organizado por Wilson Vieira Melo, faz um passeio pelas três ondas apresentando aspectos da primeira onda no capítulo "Análise Funcional do Comportamento", da segunda onda nos capítulos de TREC, Terapia Construtivista, Terapia Cognitiva e Terapia Cognitiva Processual, e de todas as principais vertentes da chamada terceira onda, onde estão incluídos os capítulos sobre Terapia Funcional Analítica (FAP), Terapia Metacognitiva, Terapia Comportamental Dialética (DBT), Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Focada na Compaixão, Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MCBT) e outras. A Parte III contempla intervenções baseadas em diferentes contextos como intervenções transdiagnósticas, com famílias com filhos, na saúde e em hospitais, em situações de estresse e no uso de *mindfulness* para manejo do estresse, uso de realidade virtual e tecnologia na saúde mental. Trata-se de um livro ambicioso que dá conta daquilo que ele almeja. Está bem concebido, organizado, escrito e é superatualizado. Parabéns a todos os autores pelo feito.

# Prefácio II

*Mário Francisco Juruena*

Tentativas integradoras para entender questões complexas de saúde podem transcender as fronteiras das disciplinas e do conhecimento e fornecem oportunidades para observar os fenômenos a partir de perspectivas diversas. Um problema-chave do diagnóstico é o fato de que os elaborados sistemas de classificação hoje existentes se baseiam somente em descrições subjetivas dos sintomas. Tal fenomenologia detalhada inclui a descrição de múltiplos subtipos clínicos; no entanto, reconhece-se que uma variedade de transtornos pode exibir sintomas clínicos semelhantes e que um mesmo transtorno pode se manifestar de forma distinta em pessoas diferentes.

A relação entre o estresse e a enfermidade é um forte exemplo de uma área de estudo que pode ser mais bem compreendida a partir de uma perspectiva integradora. O potencial de um enfoque integrador para contribuir com as melhorias na saúde e bem-estar humanos é mais importante do que os vieses históricos que têm sido associados à abordagem científica integradora. Essa abordagem mostra, muito claramente e sem nenhuma dúvida, que as causas, desenvolvimento e prognóstico dos transtornos são determinados pelas interações de fatores psicológicos, sociais e culturais com a bioquímica e a fisiologia. A bioquímica e a fisiologia não estão desconectadas e não diferem do restante das experiências e eventos de vida do indivíduo.

Esse sistema está baseado nos estudos atuais que relataram que o cérebro e seus processos cognitivos funcionam em extraordinária sincronia. A mente (nossos pensamentos, sentimentos, crenças e esperanças) é a parte do funcionamento do cérebro que integra este paradigma. A interação corpo-mente, um funcionamento explícito do cérebro, é crítica para a manutenção da homeostase e bem-estar.

Hoje, é amplamente aceito que o estresse psicológico pode alterar o estado homeostático interno de um indivíduo. Durante o estresse agudo, ocorrem respostas adaptativas, com uma interrupção aguda desse equilíbrio, podendo a enfermidade sobrevir. Os ambientes sociais e físicos têm um enorme impacto e influenciam este processo de adaptação ou "alostase". É correto afirmar, ao mesmo tempo, que nossas experiências alteram nosso cérebro e pensamentos, isto é, modificando nossa mente, alteramos nossa neurobiologia. Essa ação do cérebro é a primeira linha de defesa do corpo contra a enfermidade, contra o envelhecimento e a favor da saúde e do bem-estar. Dessa forma, somente a adoção de um enfoque multidisciplinar, reunindo o conhecimento e a tecnologia da física, da fisiologia, da psicologia e da filosofia, poderá integrar o sistema em seu conjunto. Os genes, o estresse precoce, as experiências na vida adulta, o estilo de vida e as experiências de vida estressantes contribuem como forma pela qual o corpo se adapta a um meio ambiente mutável; e todos esses fatores ajudam a determinar o custo para o corpo – ou a "carga alostática". A maioria desses estudos envolve a neurobiologia e a psicologia, mas são imperfeitos sem a contribuição de outras áreas, tais como a antropologia cultural, a economia, a epidemiologia, a ciência política e a sociologia.

As TCCs, ou Terapias Cognitivo-Comportamentais, estão agora no centro da política de saúde mental do governo britânico. Sucessivos governos britânicos comprometeram uma combinação de £ 580 milhões para uma política chamada Melhor Acesso para Psicoterapias (IAPT), que aumenta enormemente a disponibilidade de TCC, por meio do Serviço Nacional de Saúde Britânico (NHS), e treinou 6.000 novos terapeutas cognitivos. É a mais ousada expansão dos serviços de saúde mental em qualquer parte do mundo.

Ao estudar Albert Ellis e Aaron Beck, entendi que eles tinham sido diretamente inspirados pela filosofia grega antiga, particularmente pelo estoicismo, que insistia que "não são eventos, mas nossas opiniões sobre eles, que nos causam sofrimento". A TCC também tira da filosofia antiga o "método socrático" – a ideia de Sócrates de que os seres humanos podem ser ensinados a examinar suas mentes, trazer crenças inconscientes para a consciência e então racionalmente considerar e desafiar quaisquer crenças que os tornem doentes. Ellis e Beck pegaram ideias e técnicas da filosofia antiga e as trouxeram para o coração da ciência ocidental, mas, ao fazê-lo, removeram qualquer menção de ética, valores ou o "significado mais alto" da vida. Eles também removeram os aspectos sociais, políticos e religiosos da filosofia antiga e a transformaram em um "conjunto de ferramentas" de técnicas instrumentais não morais para o indivíduo. Beck então testou a eficácia terapêutica dessas técnicas com uma série de testes empíricos. Este corpo impressionante de evidências para as TCCs é o que convenceu o governo britânico a colocar meio milhão de libras e torná-lo mais disponível a população.

Você não pode ensinar a boa vida sem trazer essas questões subjetivas de valores e, porque não dizer, sem alma. Por que não mencionar pelo menos parte do material original para essas ideias? Filósofos como Sêneca, Marco Aurélio, Epictetus, Tomás de Aquino e Platão são alguns dos maiores escritores que nossa cultura já produziu – então, por que não apresentar os jovens diretamente a eles?

O perigo da "política do bem-estar" é que ela se torna tecnocrática, iliberal e elitista. Os especialistas científicos chegam a decidir o que significa "bem-estar" e as massas são simplesmente condicionadas nas técnicas e estilos de vida corretos, em vez de se tornarem sujeitos para se engajar na conversa ética como pessoas de raciocínio autônomo.

A TCC é um caminho a seguir, combinando a abordagem baseada em evidências com uma abordagem mais aberta e consciente dos valores. E ao introduzir as pessoas possibilita conectá-las ao pessoal, ao social e ao ser político, que nos capacita não apenas a superar os

transtornos emocionais, mas também a seguir vidas mais ricas, felizes e mais conscientes.

O livro *A prática das intervenções psicoterápicas: como tratar pacientes na vida real*, organizado pelo Wilson Vieira Melo, leva os leitores de língua portuguesa neste sentido. Muito feliz em ver que nesta obra Wilson e colaboradores integram aspectos da importância do diagnóstico em psicoterapia, além de técnicas das abordagens da terceira onda e intervenções em diferentes contextos. Boa leitura e estudo a todos e a cada um.

# Apresentação

Não importa quanta água você beba, jamais conseguirá beber um oceano inteiro. O número de técnicas existentes hoje no campo das psicoterapias é praticamente incontável. Algumas delas se apresentam como novas propostas de estratégias antigas e já conhecidas, outras realmente inovam e trazem importantes avanços para a área (Hoffman & Asmundson, 2008). A proposta desta obra é a de apresentar as principais técnicas utilizadas dentro de cada uma das abordagens psicoterápicas, conhecidas hoje como cognitivo-comportamentais e também contextuais.

A terapia cognitiva tradicional postula a primazia do pensamento sobre a emoção. É uma abordagem bastante racionalista e que já demonstrou de maneira consistente a sua utilidade na clínica psicológica. Os pressupostos básicos são de que a atividade cognitiva influencia as emoções e o comportamento. Além disso, entende que a cognição é passível de ser monitorada e alterada e que, alterando-a, se pode modificar as emoções e o comportamento subjacente (Beck, 1994). A ideia de que não são as coisas em si, mas sim a representação mental que construímos delas não é nova e remonta a uma escola de pensamento filosófico denominada estoicismo, datada do século I d.C. que tem entre seus principais pensadores o filósofo grego Epictetus (55dC-135dC).

Apesar de bastante pragmática, esta forma de entender o sofrimento humano pode acabar por reduzi-lo a um viés interpretativo. Algumas críticas atuais são feitas ao modelo de definição tradicional das terapias cognitivas e isso fez com que novas abordagens surgissem, especialmente a partir dos anos 1990 (Hoffman & Hayes, 2018). A expansão do conceito de reestruturação cognitiva, incluindo a ideia de que nem todos os pensamentos disfuncionais devem ser modificados, mas sim que podemos aceitá-los faz parte de uma nova maneira de nos relacionarmos saudavelmente com eles. Deste modo, as abordagens cognitivas e contextuais parecem estar ganhando uma nova roupagem nos últimos anos.

Uma nova definição da abordagem cognitiva a entende como um tratamento estratégico e personalizado que surge da conceitualização de caso e incorpora estratégias cognitivas, comportamentais e baseadas na aceitação, além de ser equilibrada pelo cultivo e manutenção da relação terapêutica (Wenzel, 2018). A relação terapêutica, colocada no centro de muitas das principais intervenções psicoterápicas atuais, é o principal preditor de sucesso no tratamento psicoterápico. Nas palavras do psiquiatra suíço Carl Gustav Jung (1875-1961) "conheça todas as teorias, domine todas as técnicas, mas ao tocar uma alma humana, seja apenas outra alma humana" (Jung, 1983).

A minha motivação inicial em trabalhar no presente livro nasceu da necessidade que percebi em meus estudos de aglutinar em uma única obra a imensa quantidade de diferentes técnicas de psicoterapia apresentadas pelas principais abordagens conhecidas atualmente por funcionarem. A primeira parte do livro fala sobre a importância do diagnóstico em psicoterapia, que é abordada em dois capítulos que versam sobre o que é a psicoterapia e também sobre a importância da avaliação clínica neste processo. O diagnóstico e a conceitualização do caso são as ferramentas que norteiam o trabalho de psicólogos e psiquiatras no dia a dia dos consultórios, clínicas, hospitais e demais serviços em saúde mental ao redor do mundo.

Por ser um livro de técnicas de psicoterapia, a segunda e mais extensa parte apresenta as principais abordagens psicoterápicas e, de

uma forma didática, ensina a como utilizá-las no contexto da psicoterapia. São ao todo 26 capítulos que apresentam o uso das técnicas, desde a abordagem pautada nos princípios básicos da ciência comportamental como a Análise Funcional do Comportamento até aquelas abordagens mais racionalistas e construtivistas como a Terapia Racional-Emotiva (TREC), Terapia Cognitiva, Terapia Construtivista, Terapia Cognitiva Processual, Terapia Metacognitiva. Nos anos 1990, algumas abordagens oriundas das terapias mais racionalistas surgem com uma proposta mais densamente concentrada no trabalho sobre as emoções, como são os casos da Terapia do Esquema, Terapia Focada nas Emoções e a Terapia do Esquema Emocional. Dentre as abordagens apresentadas na obra, algumas têm uma influência maior do modelo comportamental, conhecidas como abordagens contextuais. São os casos da Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), Terapia Analítico-Funcional (FAP), Terapia Comportamental Dialética (DBT) e a Terapia Comportamental Dialética Radicalmente Aberta (RO-DBT), Terapia Focada na Compaixão e a Terapia Cognitiva Baseada em *Mindfulness* (MBCT). Há também dois capítulos de tratamento para casais onde abordagens atuais são apresentadas de maneira clara e elucidativa por meio das Terapias Comportamental Integrativa de Casal e a de Casais Focada nas Emoções, além da Terapia Cognitiva Sexual.

A terceira parte do livro aborda algumas especificidades de intervenções realizadas em diferentes contextos como a tendência atual das intervenções transdiagnósticas em psicoterapia. Também são apresentadas intervenções em família com crianças, intervenções em estresse nos diferentes estágios desenvolvimentais e o pioneirismo das intervenções em *Mindfulness* para redução de estresse. Por fim, são discutidos os desafios de se trabalhar com intervenções na psicologia da saúde e no período de hospitalização, além de aspectos atuais como intervenções com realidade virtual e o uso de tecnologia em saúde mental.

Agradeço a todos os colegas que contribuíram de maneira tão brilhante para que esta obra pudesse se concretizar e também aos pacientes que todos os dias nos ensinam e inspiram. Desejo a todos uma excelente leitura e espero que a presente obra contribua de modo con-

sistente para aperfeiçoar a prática clínica de todos os colegas que dedicam suas vidas a aliviar o sofrimento das pessoas que procuram atendimento em saúde mental. Fazer psicoterapia é fazer ciência como quem faz arte. Boa leitura!

*Wilson Veira Melo*

## REFERÊNCIAS

Beck, A.T. (1994). Prefácio. In J. Scott, J. M. G. Williams, & A. T. Beck (Orgs.). *Terapia cognitiva na prática clínica*: Um manual prático. Porto Alegre: Artmed.

Hoffman, S. & Asmundson, G.J.G. (2008). Acceptance and Mindfulness-Based Therapy: A new wave or old hat? *Clinical Psychology Review, 28*(1), 1-16.

Hoffman, S.G. & Hayes, S.C (2018). The history and current status of of CBT as a evidence-based therapy. In Hayes, S.C. & Hoffman, S.G. Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. pp 7-21.

Jung, C.G. (1983). *Psychology of the transference*. New York: Routledge.

Wenzel, A. (2018). *Inovações em terapia cognitivo-comportamental*: Intervenções estratégicas para uma prática criativa. Porto Alegre: Artmed.

# Parte I

# A Importância do Diagnóstico em Psicoterapia

# 1

# O Que é Psicoterapia?

Ricardo Wainer

Todo tratamento psicológico envolve a dialética de tentar aceitar aquilo que se é juntamente com o esforço de mudar aquilo que se é. Quando uma pessoa procura outra para solicitar auxílio para lidar com seu sofrimento, este momento é sempre especial. Muitos pacientes ficam dias, semanas ou anos com o contato do terapeuta até que finalmente resolve fazer um movimento de busca de auxílio. Sendo assim, a ambivalência, muitas vezes, é uma variável presente nesta difícil, mas bonita caminhada. A psicoterapia é um processo que envolve uma relação terapêutica, metas terapêuticas, mas antes de tudo, existe um indivíduo que solicita ajuda e outro que se dispõe a ajudar. Dessa forma, inicialmente, a psicoterapia se apresenta como uma relação assimétrica que, com o passar dos encontros e também com as conquistas dos ganhos objetivados, deixa de ser. Nas palavras de Marsha M. Linehan, a psicoterapia é uma relação íntima, onde uma das partes se despe e a outra permanece vestida.

*W.V.M.*

A definição do que seja psicoterapia é algo complexo em sua natureza. Isto se dá por ser uma daquelas práticas que intuitivamente se sabe sobre ao que se refere; porém, na hora da definição operacional do termo, surgem diversas variáveis difíceis de serem explanadas. Outro elemento a ser considerado à tentativa de uma explicação unificada do conceito de psicoterapia e se é cabível falar em

psicoterapia ou somente em psicoterapias. Tal fato se dá porque qualquer análise sobre o tema há de levar em conta os inúmeros aportes teóricos na prática psicoterápica, que acabam por imprimir diferentes detalhes ao conceito, seja sobre a concepção filosófica de ser humano adotada, seja pelos procedimentos técnicos priorizados para a tão almejada mudança terapêutica.

Muitas já foram as tentativas de definir o que é psicoterapia, bem como quais são seus objetivos, métodos e constituintes. Entre as mais célebres, pode-se citar o projeto "O que é a psicoterapia" da Fundação Milton Erickson nos anos 1990 (Zeig & Munion, 1990). Ao questionar importantes autores da área, os pesquisadores encontraram muitas definições diferentes, cada uma oriunda de vieses teóricos e filosóficos distintos.

Nas últimas décadas, com o advento das psicoterapias com caráter integrativo, a ideia de regressarmos a uma definição unificada do que seja o fazer psicoterápico tomou nova força (Gabbard, Beck, & Holmes, 2007).

Neste livro, várias práticas psicoterápicas são expostas com toda a riqueza de seus fundamentos teóricos e práticos no atendimento de casos da vida real. Portanto, não cabe, nesta introdução ao tema, uma apresentação de cada um dos aspectos diferenciais dos muitos tipos de psicoterapias. O propósito é, isto sim, buscar uma definição unificada e que sirva de parâmetro para qualquer profissional que se aventure nesta prática profissional.

Antes de apresentar uma definição geral e mais neutra possível em termos teóricos, é importante dizer o que não é psicoterapia. No senso comum, muitas vezes vê-se uma simplificação exagerada do que seja psicoterapia. Infelizmente, observa-se isso com frequência no âmbito de profissionais da área da saúde, inclusive, não raro, profissionais da saúde mental. A confusão reside em considerar que qualquer processo/procedimento que obtenha ganho terapêutico em questões emocionais/comportamentais possa ser considerado psicoterapia. Pode-se inclusive, em rodas informais, ouvir pessoas dizendo que o motorista do táxi, a cabeleireira ou o(a) amigo(a) são fantásticos psicoterapeutas, já que fazem com que a pessoa se sinta muito melhor depois de uma

conversa pessoal. É inegável que uma sessão de conversa franca e onde há uma disposição de ajuda entre duas ou mais pessoas pode atingir ótimos resultados em termos de alívio de sentimentos negativos e até mesmo gerar novas alternativas para solucionar problemas vistos antes como insolúveis. Entretanto, isto não pode ser considerado psicoterapia.

Tratamentos farmacológicos, eletrofisiológicos, magnéticos e/ou cirúrgicos que atuem no sistema nervoso não são designados psicoterápicos, embora tenham consequências cientificamente demonstradas em aspectos do sofrimento psíquico.

Também é importante pontuar que a utilização de rezas, massagens/manipulações, que busquem reduzir desconfortos e/ou aumentar o bem-estar dos indivíduos não podem ser consideradas práticas psicoterápicas. Tais medidas podem ter efeito terapêutico sem dúvida; mas psicoterapia compreende uma série de componentes e condições que não estão presentes na conversa com um amigo, familiar, *coach* (sem formação psicológica ou médica), religioso ou outro agente que não seja um profissional cientificamente qualificado e autorizado a praticar tratamentos psicoterápicos.

Neste ponto, entra uma questão crucial que separa o psicoterápico do terapêutico: o embasamento em estudos científicos. Enquanto uma conversa altamente bem intencionada com um amigo possa ser terapêutica (ou não) utilizando de bom senso, empatia e compaixão (e, em alguns casos, boas doses de sabedoria pelas experiências de vida), numa sessão de psicoterapia tais elementos estarão obrigatoriamente presentes. Entretanto, são apenas uma pequena parte do arsenal de recursos que um profissional da psicoterapia há de usar para buscar os objetivos terapêuticos acordados com o cliente/paciente. Não basta para ser psicoterapeuta querer fazer o bem ao próximo e/ou ter sensibilidade ao sofrimento alheio. É necessário muito treinamento em diferentes campos teóricos e em inúmeras habilidades técnicas, assim como há a obrigatoriedade de um distanciamento pessoal (neutralidade científica) para que a relação se mantenha no nível profissional. Embora possa parecer simples no discurso, a habilidade do psicoterapeuta de controlar suas emoções/sentimentos; de estar totalmente

disponível e atento às demandas do paciente e, ainda, não imprimir suas concepções pessoais de verdade são habilidades extremamente complexas e que exigem treinamento continuado. Feitas todas estas considerações introdutórias, busca-se uma definição.

## DEFINIÇÃO DE PSICOTERAPIA

A psicoterapia pode ser definida, independente das correntes teóricas subjacentes a cada modelo, como uma relação de ajuda assimétrica entre uma pessoa (ou família, ou casal ou grupo) que pede/precisa de auxílio e um profissional cientificamente qualificado e autorizado para tanto, e onde ambos aceitem os termos de um contrato profissional para este empreendimento. Esta definição contemporânea e mais abrangente surge durante o século XIX basicamente no âmbito da medicina, com os trabalhos da psicanálise e com a aceitação e comprovação da ideia da natureza psicogênica das neuroses (Feixas & Miró, 1993).

O que esta definição postula é que:

- a psicoterapia é um procedimento com, pelo menos, dois participantes: psicoterapeuta e cliente/paciente;
- há a necessidade de uma hierarquia de poder na relação, por isso a assimetria. O profissional é aquele que detém o conhecimento do saber fazer (ajudar) e, portanto, deve guiar o processo psicoterapêutico. Mesmo em abordagens humanistas, existencialistas e/ou fenomenológicas onde o princípio de liberdade do paciente é imperativo, é o terapeuta que organiza a dinâmica do processo. Do outro lado, tem-se o cliente/paciente que é quem busca por ajuda. Isto pode ser mais complexo em alguns casos que serão apresentados na sequência, como, por exemplo, quando de atendimentos de crianças ou em situações forenses;
- o psicoterapeuta precisa estar cientificamente instrumentalizado, ou seja, deve ter uma formação profissional que o autorize a prática da psicoterapia. Isto é outro ponto que suscita dis-

cussões, pois para algumas entidades fiscalizadoras da prática da psicoterapia isto só pode ser feito por profissionais das áreas da psicologia ou medicina (psiquiatria). Entretanto, para algumas escolas teóricas, como, por exemplo, algumas entidades psicanalíticas e outras de Terapia Familiar (Bergin & Garfield, 2013), é possível que profissionais de outras áreas do saber possam praticar estas modalidades de psicoterapia desde que cumprindo uma série de requisitos e formações (geralmente especializações *latu sensu* e terem se submetido pessoalmente a tratamentos psicoterápicos com profissionais formadores);

- o profissional necessita estar autorizado e, portanto, submetido ao controle de órgãos de fiscalização do trabalho em psicoterapia, podendo responder por seus atos perante estes órgãos de classe;
- por fim, e bastante importante, há que se ter um contrato profissional nesta relação, já que é este caráter profissional que aumentará a proteção contra interferências de motivações pessoais outras do psicoterapeuta que não a tentativa de reduzir sintomas/sofrimentos e/ou melhorar a qualidade de vida do cliente/paciente. A definição do contrato terapêutico com suas regras e definição de papéis (que variam muito conforme o aporte teórico) é fundamental para que se estabeleça a relação terapêutica e a concomitante aliança terapêutica – essenciais para o progresso em psicoterapia (Nienhuis et al., 2016). Também relativo ao contrato, é que no seu estabelecimento é preciso que haja a assunção de objetivos terapêuticos simétricos entre as partes; ou seja, tanto psicoterapeuta quanto paciente devem estar de acordo com os objetivos/metas do tratamento. Isto pode parecer simples num olhar superficial da questão, mas se torna dramático quanto se trata de pacientes com transtornos da personalidade (transtornos da personalidade *borderline*, narcisista ou antissocial, por exemplo) e/ou quando há falta ou limitações na motivação pessoal do paciente ao tratamento (encaminhamentos familiares, institucionais ou judiciais). Um último ponto relativo ao contrato é

o estabelecimento do "*setting* terapêutico". Tradicionalmente este se constitui de um consultório onde o paciente se sinta completamente seguro e confortável para expressar suas mais íntimas questões e seus mais ocultos segredos e receios. A questão de um espaço sigiloso e de confidencialidade é prerrogativa, portanto. Com o surgimento e rápida evolução dos dispositivos e *softwares* de comunicação a distância (Internet, Skype, WhatsApp, etc.) novas possibilidades de *settings* terapêuticos têm emergido, com as consequentes discussões e regulamentações para que a prática da psicoterapia nestes ambientes virtuais seja viável e tão efetiva quanto as presenciais (Bergin & Garfield, 2013; Sudak, 2015).

## CONSTITUINTES DA PSICOTERAPIA

Quais os elementos que constituem o processo terapêutico? Muitos já se debruçaram sobre esta pergunta, a fim de estabelecer fronteiras mais nítidas entre a psicoterapia e eventos terapêuticos outros. A resposta a esta questão também é importante para tentar definir quais são as partes essenciais (ou não) para que se possa chamar uma modalidade de tratamento como psicoterapia. Comparando-se as diferentes modalidades de tratamentos psicológicos, discrimina-se a presença de quatro elementos comuns a todos eles, embora também fique claro o quanto psicoterapias distintas podem assumir posições muitas vezes antagônicas quanto ao que propõem para cada um destes constituintes na busca pela melhora terapêutica.

Como dito anteriormente, se expõe aqui o que há de unificado no entendimento das diversas teorias. Aspectos em que estas abordagens divergem podem ser vistos nos demais capítulos desta obra.

Os investigadores da clínica convergem para a ideia de quatro constituintes fundamentais das variadas psicoterapias (Bergin & Garfield, 1994; Gabbard, Beck, & Holmes, 2007). São eles:

- O cliente/paciente.

- O psicoterapeuta.
- A relação terapêutica.
- O processo terapêutico.

Para a tácita efetivação de uma prática psicoterápica, todos estes elementos necessitam estar presentes e interagindo reciprocamente entre eles. Cada um destes quatro elementos é definido e explicitada as evidências necessárias para que, de fato, cada um deles esteja presente na psicoterapia. É interessante perceber que mesmo que o tratamento psicoterápico possa estar empiricamente ocorrendo semanalmente (ou na frequência que seja), nem sempre se pode dizer que está se fazendo psicoterapia em si, pois se algum de seus elementos constituintes não cumprir/manter seu papel/característica, respectivamente, pode-se estar num momento de estagnação ou mesmo suspensão temporária do processo.

## O cliente/paciente

Este constituinte da psicoterapia possui alguns dilemas teóricos em sua definição. Cliente ou paciente? Dependendo da base teórica do modelo, tende-se a conceitualizar de um modo ou outro. De fato, o termo paciente foi o primeiro a ser utilizado na história da psicologia clínica e da psiquiatria em virtude da psicoterapia ter nascido no âmbito da medicina do século XIX (Feixas & Miró, 1993). A diferença semântica está na pressuposição do papel que aquele que procura ajuda deve ter: uma postura mais passiva (paciente) e de aceitação inquestionável do auxílio e orientação daquele que sabe (profissional) (modelo médico). A outra possibilidade é a relacionada ao conceito de cliente. Esta terminologia diretamente advinda das relações de comércio, diz que cliente é aquele que contrata um serviço e pode/deve ter uma atitude mais ativa e questionadora sobre o que recebe do terapeuta (modelo humanista e da Terapia Centrada na Pessoa).

Ambos os termos são correntemente utilizados em práticas psicoterápicas, muitas vezes sem um maior cuidado em relação a esta

questão semântica. Vale salientar que ambos os conceitos têm vantagens e desvantagens, já que a ideia de paciente subjaz uma concepção de assimetria na relação paciente-terapeuta, mas pode, erroneamente, fazer pressupor que na mecânica psicoterápica somente o profissional irá agir. De outro lado, a ideia de cliente que, se por um lado traz agregado o ideal de um papel simétrico entre a díade terapêutica ou tendendo mais ao próprio cliente em ser o protagonista central de seu tratamento, de outro lado pode imprimir uma equivocada ideia de que a relação terapêutica seja, somente, uma relação comercial sem maiores aspectos afetivos e terapêuticos. Normalmente, os aportes teóricos mais explicativistas-positivistas utilizam o termo paciente, enquanto os compreensivistas-fenomenológicos, o termo cliente. Neste livro, utiliza-se o termo paciente sem, entretanto, nenhum compromisso com uma ou outra tendência; somente por ser o conceito mais utilizado na literatura da área (Zeig & Munion, 1990).

O paciente é o usuário dos serviços do psicoterapeuta falando-se de uma perspectiva prática. É aquele que sente necessidade de reduzir seu sofrimento psicológico e/ou tratar alguma psicopatologia que esteja lhe afetando e alterando sua qualidade de vida em termos emocionais, comportamentais, motivacionais e/ou interacionais.

Antes de procurar pela ajuda da psicoterapia, a grande maioria dos pacientes tenta resolver suas dificuldades sozinha ou com a ajuda de amigos, parentes, religiosos ou médicos. Portanto, é crucial que este indivíduo em sofrimento admita que precisa de uma ajuda especializada para que possa a vir se constituir em um paciente realmente. Esta é uma questão central na possibilidade de ser paciente: há que se admitir, de algum modo, a necessidade de ser ajudado, pois, caso contrário, não haverá a necessária assimetria entre terapeuta e paciente para que possa haver a troca terapêutica. Da mesma forma, é necessário que o paciente tenha um grau mínimo de motivação para se comprometer com o tratamento. Se não me vejo como necessitado/digno de ajuda, não haverá energia para levar a cabo as ações necessárias para a mudança.

A questão da motivação para a psicoterapia é central. Se fica fácil compreender isso na ânsia daquele paciente que procura o profis-

sional com um enorme sofrimento emocional, desejando sobretudo retornar a sua situação de eutimia anterior; o que dizer daqueles que são encaminhados por familiares, empregadores, escolas e sistema judicial, ou ainda crianças e adolescentes que são compulsoriamente inseridos pelos pais no tratamento? Uma coisa é certa: se o psicoterapeuta não conseguir obter um grau mínimo de empenho por parte do paciente, pode ficar o tempo que for em tratamento, mas não se poderá dizer que está ocorrendo efetivamente uma psicoterapia. Se o paciente não estiver motivado, não há processo terapêutico.

Em algumas destas situações, temos alguns pontos a serem considerados a respeito de quem pode ser paciente. Por exemplo, quando o paciente é levado à psicoterapia por alguém que não seja ele mesmo, deve-se diferenciar o *demandante* e o *paciente identificado* (Feixas & Miró, 1993; Fiorini, 1993). Nestes casos, o processo todo se faz mais complexo e pode requerer mais tempo para sua efetividade. Além disso, muitas vezes o trabalho terapêutico pode vir a ser implementado junto ao demandante para que este imprima mudanças em relação ao paciente identificado que permita ganhos com este último.

Nota-se ainda que a figura do paciente pode não se referir exclusivamente a uma única pessoa, mas pode incluir ou se constituir em um casal, um grupo, uma família ou, até mesmo, uma instituição. Aí as diferentes modalidades de psicoterapia: terapia individual, de casal, de família, etc.

## O psicoterapeuta

Na introdução deste capítulo, foi ilustrada a diferença entre o que define a psicoterapia de outras possíveis situações terapêuticas. Foi dito então que a base científica e profissional da psicoterapia determina uma forma de ajuda diferenciada. Portanto, o psicoterapeuta é aquele (ou aqueles, em casos de tratamentos combinados ou em que haja coterapeutas ou uma equipe terapêutica) que está cientificamente embasado e qualificado, tendo autorização de órgãos de controle para

a prática da psicoterapia. Para tanto, deve definir uma relação profissional com aquele que o procura, estabelecendo limites bem definidos para esta relação, bem como as formas de retribuição pelo trabalho realizado (remuneração). Tal remuneração poderá ser financeira direta nos casos particulares; indireta nos casos em que o paciente tiver sido trazido por terceiros, ou ainda através do pagamento de impostos quanto da utilização de serviços públicos de saúde.

O psicoterapeuta é, então, aquele que se propõe a ajudar quem necessita ajuda para dificuldades psicológicas e/ou comportamentais e que possui conhecimento, habilidades e autorização para tanto (Bergin & Garfield, 2013). O psicoterapeuta deve, de modo geral, ser capaz de:

- criar uma relação interpessoal o mais colaborativa possível para o desenvolvimento de uma relação terapêutica onde o paciente possa se sentir seguro e auxiliado;
- estabelecer hipóteses diagnósticas para as dificuldades do paciente;
- definir um plano de ação sequencial para o tratamento deste paciente;
- implementar posturas e técnicas psicoterápicas apropriadas e com base científica para os problemas do paciente (Melnick & Atallah, 2011).

Além dos aspectos científicos-formais para se ser um psicoterapeuta, há considerações importantes quanto as habilidades necessárias para uma prática competente. Feixas e Miró (1993) apontam algumas:

- capacidade de escuta;
- capacidade de interação verbal e emocional com o paciente;
- capacidade de empatia e compreensão sobre a realidade vivida pelo paciente;
- capacidade de compaixão para, efetivamente, poder ajudar ao paciente a superar suas dificuldades;
- capacidades emocionais pessoais: estas são as habilidades que sistematicamente um psicoterapeuta realmente consciente de sua responsabilidade na interação com o paciente necessita che-

> car e "calibrar", através da prática de supervisão clínica e/ou psicoterapia pessoal (variando conforme a orientação teórica adotada pelo clínico). Aqui se listam: capacidade de manter sigilo; capacidade de discernimento emocional e controle de suas reações emocionais, sabendo discriminar suas emoções e as do paciente e quando e como expressar suas emoções e/ou sentimentos; tolerância ao desconforto e à ambiguidade; gosto e tolerância para lidar com qualquer classe de temática íntima e tranquilidade com as relações de poder inerentes às relações humanas.

Mesmo tendo cruzado um trajeto longo e repleto de provações em termos de competências profissionais e pessoais, o psicoterapeuta não fica absolutamente imune de errar. O que nos leva invariavelmente à questão: se o erro é inevitável, como errar?

Os erros podem ser classificados em três grandes categorias: negligência, imprudência e imperícia (Sudak, 2015). A negligência, a categoria mais grave de erro, é onde se inserem os descuidos, as desatenções e a falta de preocupação ou de ações concretas para com o paciente. Geralmente são estes os erros que levam às consequências mais temerárias no ofício da psicoterapia. A imprudência é a falta de antecipação de consequências prejudiciais que a ação profissional pode causar, sendo a ação impulsiva e sem reflexão adequada sua apresentação mais comum. Diferente da negligência, na imprudência o psicoterapeuta não deixou de agir, mas o fez de forma afoita e desconsiderando muito o efeito nefasto que suas atitudes poderiam vir a resultar. Já a imperícia diz respeito à falta de habilidades e/ou conhecimentos teóricos/técnicos para o atendimento do caso em questão. Em saúde mental, são erros mais difíceis de serem provados, entretanto são os mais comumente observados nas supervisões clínicas e nas situações em que os pacientes abandonam os tratamentos.

Sendo a prática da psicoterapia uma experiência altamente complexa e muito demandante de todas as partes (terapeutas e pacientes), há de se atentar para sinalizadores potenciais de erros. Essa provavelmente seja a receita mais produtiva a ser tomada para prevenirem-se

falhas. Entre tais sinais podem-se citar as reações "contratransferenciais" do terapeuta, que explicitam a ativação de crenças desadaptativos deste durante a interação clínica.

O terapeuta, ao perceber que emoções e cognições "suspeitas" começam a tomar vulto dentro de si, deve fazer uma autoanálise rigorosa do que é, realmente, derivado da forma de interação do paciente com ele, ou o que é devido ao seu foro íntimo e de natureza ainda conflitiva. Nota-se aí como é complexa a tarefa psicoterapêutica: o psicólogo/psiquiatra deve se focar integralmente na história do paciente, buscando auxiliá-lo de forma neutra (no sentido de moralidade) e, ao mesmo tempo, afetiva (para suprir necessidades emocionais precoces e para demonstrar novos padrões de interação). Paralelamente, deve ser capaz de projetar estratégias técnicas para possibilitar que o paciente chegue a novas formas de processar os eventos (internos e/ou externos) de sua vida de uma perspectiva menos automática e problemática. E o terapeuta ainda deve ser capaz de não se emaranhar em seus próprios conflitos psicológicos (que todo ser humano possui) para que suas intervenções não sejam tendenciosas (a maior fonte de erro em psicoterapia).

Uma das funções centrais da supervisão clínica é possibilitar um fórum de análise para erros ocorridos ou potenciais do profissional, dentro de um ambiente de grande acolhida e que possibilite um crescimento teórico-prático do supervisionando, quando não um despertar para aspectos conflitivos de sua personalidade.

O erro do psicoterapeuta acontecerá, mais cedo ou mais tarde. Que ele possa ser utilizado como recurso terapêutico pelo profissional, gerando o mais importante fruto do errar: o profundo aprendizado. Para tanto, esse deverá ser capaz de autorreflexão quase que instantânea e, mais ainda, de grande humildade para poder reconhecer sua falha e se desculpar com o paciente. Isso pode soar estranho, já que a psicoterapia é, por natureza, assimétrica. Contudo, o trabalho na relação terapêutica exige algum grau de simetria, respeito e uma relação humana verdadeira, empática e afetuosa, em que a compreensão de que todos podem falhar (não necessariamente intencionalmente) é princípio básico para a evolução humana.

## A relação terapêutica

A relação terapêutica entre paciente e psicoterapeuta é o elemento mais distintivo e essencial da constituição da psicoterapia (Feixas & Miró, 1993; Gabbard, Beck, & Holmes, 2007; Bergin & Garfield, 2013). Como já dito, qualquer um pode ter avanços em aliviar suas dificuldades emocionais ou de relacionamentos a partir de uma conversa franca e empática com algum amigo, familiar, religioso ou outra pessoa leiga nos conhecimentos psicológicos. Os ganhos terapêuticos podem ser alcançados várias vezes. Porém, isso não é a mesma coisa que dizer que se fez psicoterapia, porque a relação que se estabelece entre paciente e psicoterapeuta é única e contém elementos que não são possíveis em outro tipo de relacionamento.

A diferença essencial reside no fato de ser uma relação profissional, onde o psicoterapeuta se interessa genuinamente pelo paciente, porém numa dimensão muito distinta da que ocorre nos outros relacionamentos interpessoais da vida do paciente. Por seu caráter científico-profissional, emergem características diferenciais da relação terapêutica, como sua assimetria (quem pode ajudar e quem solicita ajuda), seu caráter retribuitivo, o sigilo absoluto, a neutralidade científica do psicoterapeuta (postura de não julgamento e de não criticismo) e o estabelecimento de um enquadre terapêutico único e devidamente contratado. O paciente sabe que pode contar absolutamente com a ajuda do terapeuta no tempo contratado. Irá ter ao seu lado um profissional habilitado com o único intuito de lhe auxiliá-lo a reduzir sofrimento, eliminar sintomas e comportamentos desadaptativos e melhorar a qualidade de vida. Tudo isso feito sem que as concepções morais, religiosas, políticas ou de preferências pessoais do psicoterapeuta exerçam qualquer influência nisso. E mais, o paciente pode estar inteiramente confiante que o conteúdo do que for discutido no *setting* terapêutico ficará (da parte do psicoterapeuta) totalmente em sigilo (com exceções de situações em que haja risco para a integridade física ou vida do paciente e/ou terceiros – regulamentações éticas).

O enquadre terapêutico estabelecido pelo contrato terapêutico torna a relação psicoterápica incomparável com nenhuma outra forma de relacionamento interpessoal que se possa ter na vida. Esta é a razão porque é contraindicado, na maioria avassaladora dos variados aportes teóricos, que o psicoterapeuta tenha como seu paciente um familiar, amigo, aluno, colega de trabalho ou pessoa com a qual tenha outro tipo de vínculo que não o da psicoterapia.

A relação terapêutica conjuntamente com o processo terapêutico são os constituintes onde há mais diferenças na prática profissional conforme cada um dos modelos teóricos. Por exemplo, o tipo de postura do terapeuta, o nível de explicitação do contrato terapêutico e as tarefas propostas ao paciente podem variar diametralmente de um modelo a outro. Ilustrativamente, enquanto na Psicoterapia Centrada na Pessoa de Rogers se considera necessário e suficiente para a mudança terapêutica uma postura de aceitação incondicional, autenticidade e a consideração positiva; em modelos como o cognitivo ou psicanalítico, tais condições são consideradas necessárias, mas longe de serem suficientes. Ainda demonstrando diferenças, vê-se que enquanto um terapeuta cognitivo-comportamental pressupõe e trabalha para ampliar a motivação de seu paciente para as tarefas terapêuticas, um psicanalista não implementará ações neste sentido, por pressupor que a motivação é algo intrínseco a cada um e impossível de ser obtido por meios externos ao indivíduo (Feixas & Miró, 1993).

Dentre os elementos contidos na relação terapêutica temos, independente do modelo teórico:

- aliança terapêutica, onde se insere o vínculo terapêutico. Este considerado por diversos estudos um dos fatores mais determinantes para a continuidade dos tratamentos e para mudanças terapêuticas (Gabbard, Beck, & Holmes, 2007; Nienhuis et al., 2016; Cameron, Rodgers, & Dagnan, 2018). O vínculo é a percepção pelo paciente de que, realmente, pode compartilhar todos os seus problemas com o terapeuta e que este irá lhe apoiar e ajudar. E mais, que o terapeuta não fará julgamentos, diferente então de como ocorre com as demais pessoas de suas relações (Feixas & Miró, 1993);

- objetivos terapêuticos. É fundamental para que a relação terapêutica se estabeleça que paciente e psicoterapeuta trabalhem no mesmo rumo. Portanto, é essencial que os objetivos da terapia sejam de comum acordo entre as partes. Isto pode ser conseguido pelo terapeuta através de diferentes recursos técnicos, sejam eles mais diretos, sejam eles incorporados gradativamente ao longo do tratamento. Entretanto, não se pode estabelecer uma relação terapêutica segura e produtiva onde o paciente acredite que a terapia está indo para um rumo e o psicoterapeuta focado em outra direção;
- tarefas terapêuticas. O que se fará na terapia e o papel esperado de cada parte ao longo do processo. Neste sentido, há psicoterapias em que o paciente terá um papel muito mais ativo e outras onde este papel estará mais a cargo do psicoterapeuta. Tudo isto de acordo com os princípios teóricos subjacentes a cada aporte teórico psicoterápico.

## O processo terapêutico

O processo terapêutico diz respeito aos conjuntos de processos e técnicas que são implementados do início ao final da psicoterapia. A concepção de tal processo depende, em sua totalidade, do modelo psicoterapêutico que o profissional adote. Aqui se observam as diferenças mais nítidas entre os diversos tratamento, como, por exemplo, o tempo de duração do tratamento; a frequência e intervalo entre sessões; o modo de estruturação (ou não) das sessões; os tipos de intervenções mais utilizados; as concepções teóricas do processo de mudança terapêutica e, inclusive, todos os pressupostos por detrás da teoria adotada, como as concepções histórica, filosófica e epistemológica desta.

Mesmo com muitas variações, há consenso que todo processo terapêutico apresenta três fases:

- exploração da situação problema;
- compreensão/explicação desta situação em relação aos objetivos terapêuticos;

- ações/posturas/técnicas a serem implementadas para a obtenção dos objetivos (Feixás & Miró, 1993; Bergin & Garfield, 2013).

Estas três fases tendem a guiar todo a sequência temporal da psicoterapia, fazendo com que o clínico acabe por ter uma certa cronologia na execução de seu ofício.

As análises mais comuns com relação aos tipos de processos terapêuticos possíveis são divididas em:

- tempo do processo: terapias breves, terapias focais, terapias intensivas, etc.;
- eficácia e efetividade de protocolos de tratamentos e/ou de técnicas/procedimentos;
- resultado do processo de tratamento *versus* resultado de estar em tratamento;
- fatores de mudança envolvidos em cada tipo de dificuldade/psicopatologia, com a análise das sequências causais e/ou temporais envolvidas nos resultados terapêuticos. Nestas análises, encontram-se muitos dos estudos de seguimento (*follow-up*) a fim de estabelecer quais processos/técnicas psicoterápicas apresentam melhores desfechos para as situações específicas enfrentadas (Gabbard, Beck, & Holmes, 2007; Bergin & Garfield, 2013).

O processo terapêutico é o segundo componente mais pesquisado no campo das psicoterapias, somente atrás da aliança terapêutica (Bergin & Garfield, 2013; Sudak, 2015). É neste contexto que surgem os trabalhos indicando, por exemplo, a majoritária utilização de abordagens ecléticas (dois terços dos psicoterapeutas norte-americanos) (Roth & Fonagy, 2005; Bergin & Garfield, 2013) em detrimento à utilização de uma modelo teórico único. São estes estudos que também demonstram a intensa proliferação de novos tratamentos a cada ano desde a década de 1970 (com uma certa confusão entre a ideia de uma nova psicoterapia e um novo protocolo específico de tratamento) e a tentativa de integração a partir da década de 1990 (Feixas & Miró, 1993; Gabbard, Beck, & Holmes, 2007; Bergin &

Garfield, 2013) entre modelos teóricos que podem se mostrar altamente compatíveis e complementares, como, por exemplo, as teorias Cognitiva, Comportamental e Evolucionista.

Outro ponto relevante a ser especificado quanto ao processo terapêutico é o que cada psicoterapia específica considera em termos de resultado desejado. Esta é sempre uma questão delicada na discussão/comparações entre os diferentes aportes teóricos, muitas vezes gerando discussões intensas.

Cada teoria tem premissas subjacentes do que seja seu objetivo terapêutico e/ou de como tal objetivo pode ser alcançado. É nisso que as teorias se diferenciam. E é por isso que fica complicado, senão quase impossível, querer comparar teorias entre si. Por exemplo, enquanto para um modelo a ausência de sintomas ou de sofrimento pode ser a meta a ser alcançada; em outro, isto pode ser secundário ou mesmo de menor interesse, em detrimento de uma postura do paciente de maior aceitação dos dramas inerentes ao viver. Tais diferenças implicam diferencialmente (e, muitas vezes, radicalmente) no formato e nos recursos utilizados por cada psicoterapia.

A Figura 1.1 ilustra as relações entre os constituintes da psicoterapia.

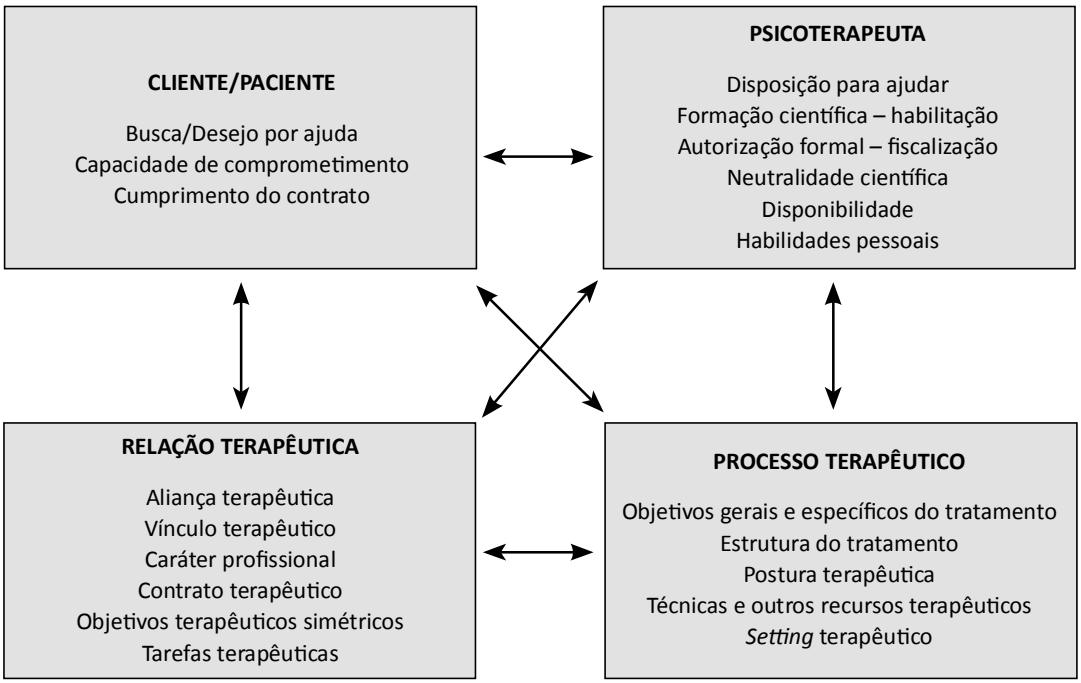



**Figura 1.1** Constituintes da psicoterapia.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde seu surgimento com trabalhos ainda no âmbito da medicina, essencialmente com Sigmund Freud e depois, já no âmbito da psicologia, com Lightner Witmer, a busca por implementar de forma prática o conhecimento psicológico e psiquiátrico à melhora da qualidade de vida dos indivíduos tem progredido de forma substancial.

Do seu começo, com procedimentos terapêuticos baseados em estudos de casos e, muitas vezes avaliados somente pelo julgamento de quem o aplicava, aos últimos setenta anos com o uso de pesquisas sistemáticas para a avaliação de eficácia e eficiência, o campo da psicoterapia ganhou robustez e prestígio (Melnik & Atallah, 2011).

Na história contemporânea da psicoterapia, foram desenvolvidos diversos tratamentos e/ou práticas que concretamente funcionam (e muitas vezes são baseados em evidências) para muitas das mais prevalentes e prejudiciais psicopatologias e dificuldades comportamentais que assolam a população mundial, como transtornos depressivos, de ansiedade, de personalidade, etc. Abrangendo o atendimento de todas as faixas etárias, os diversos gêneros e as especificidades de grupos étnicos, culturais e/ou religiosos, a psicoterapia ganhou um *status* nunca antes atingido.

As tendências atuais em psicoterapia, apresentadas em boa medida nesta obra, demonstram três direcionamentos importantes e complementares:

- busca por práticas e/ou tratamentos baseados em evidências que obtenham a maior eficiência possível, ou seja, que levem os pacientes a manterem seus ganhos terapêuticos (eutimia) pelo maior espaço de tempo possível;
- desenvolvimento de práticas/treinamentos destinados a pais e cuidadores de crianças e adolescentes que objetivem instruir aqueles rumo a um cuidado psicológico de extrema qualidade, permitindo intervenções primárias (preventivas) para evitar o aparecimento de futuros transtornos e/ou sofrimentos psíquicos nestes jovens;
- ênfase em estudos em Psicoterapia Positiva, ou seja, a aplicação dos princípios da Psicologia Positiva à prática psicoterápi-

ca com o intuito de, ao invés de tratar transtornos mentais, auxiliar as pessoas a terem maior bem-estar em suas vidas, levando-as a viverem mais felizes e com significado.

## REFERÊNCIAS


Bergin, A. E. & Garfield, S. L. (2013). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (6.ed.). Nova York: Wiley & Sons.

Cameron, S. K.; Rodgers, J., & Dagnan, D. (2018). The relationship between the therapeutic alliance and clinical outcomes in cognitive behaviour therapy for adults with depression: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology and Psychotherapy*, 1-11.

Feixas, G. & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia:* Una introducción a los tratamientos psicológicos. Buenos Aires: Paidós.

Fiorini, H. J. (1993). *Teoria e técnica de psicoterapias*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Gabbard, G. O.; Beck, J. S. & Holmes, J. (2007). *Compêndio de psicoterapia de Oxford*. Porto Alegre: Artmed.

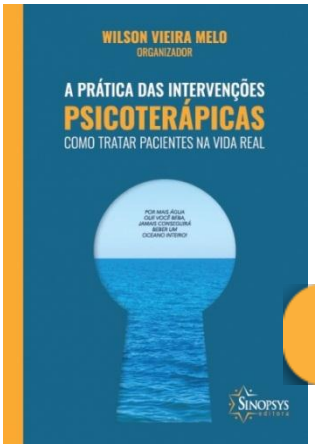
Melnik, T. & Atallah, A. N. (2011). *Psicologia baseada em evidências*. São Paulo: Santos.

Nienhuis, J. B. et al. (2016). Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy Research,* http://dx.doi.org/10.1080/10503307.2016.1204023

Roth, A. & Fonagy, P. (2005). *What works for whom:* A critical review of psychotherapy research. New York: Guilford Press.

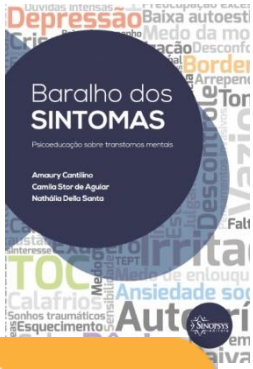
Sudak, D. M. et al. (2015). *Teaching and supervising cognitive behavioral therapy*. New York: Wiley.

Zeig, J. & Munion, W. M. (1990). *What is psychotherapy?*: Contemporary perspectives. San Francisco: Josye Bass.

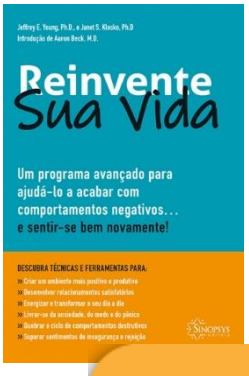


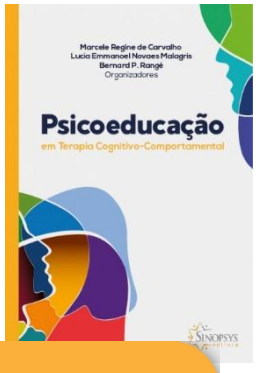

Use o cupom
**MEUDESCONTO**
e ganhe **15% de Desconto**
nesse e em outros
Livros do nosso site!

**SIM, QUERO COMPRAR AGORA**




**BARALHOS**

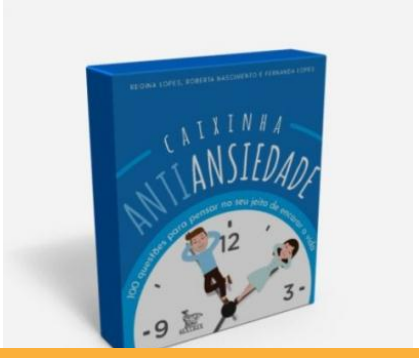




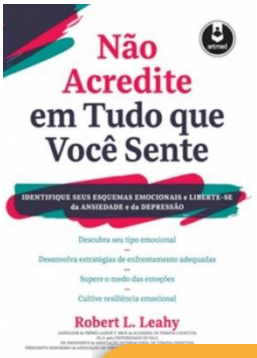

**LIVROS SINOPSYS**

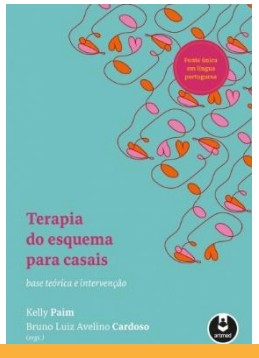
**www.sinopsyseditora.com.br**

## RIC JOGOS



## CAIXINHAS MATRIX



## ARTMED

www.sinopsyseditora.com.br