



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

Capítulo 1

INTRODUÇÃO À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL



No começo da década de 1960, Aaron T. Beck, M.D., na época professor assistente de psiquiatria na University of Pennsylvania, deu início a uma revolução no campo da saúde mental. Dr. Beck era psicanalista com formação completa e atuante. Fundamentalmente um cientista, ele acreditava que, para que a psicanálise fosse aceita pela comunidade médica, suas teorias precisariam ter demonstração de validação empírica. No final da década de 1960 e início dos anos de 1970, dedicou-se a uma série de experimentos que, esperava ele, comprovassem perfeitamente essa validação. Ao invés disso, aconteceu o contrário. Os resultados de seus experimentos levaram-no à busca de outras explicações para a depressão. Ele identificou crenças negativas e distorcidas (principalmente pensamentos e crenças) como característica primária da depressão e desenvolveu um tratamento de curta duração, no qual um dos objetivos principais era o teste de realidade do pensamento depressivo do paciente.

Neste capítulo, você encontrará respostas para as seguintes perguntas:

- O que é terapia cognitivo-comportamental?
- Como ela foi desenvolvida?
- O que as pesquisas nos dizem sobre sua eficácia?
- Quais são seus princípios básicos?
- Como você pode se tornar um terapeuta cognitivo-comportamental eficaz?

O QUE É TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia no início da década de 1960, a qual denominou originalmente “terapia cognitiva”. O termo “terapia cognitiva” hoje é usado por muitos da nossa área como sinônimo de “terapia cognitivo-comportamental”, e é este último termo que será utilizado ao longo deste livro. Para o tratamento da depressão, Beck concebeu uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis) (Beck, 1964). Desde aquela época, ele e outros autores tiveram sucesso na adaptação dessa terapia a populações surpreendentemente diversas e com uma ampla abrangência de transtornos e problemas. Essas adaptações alteraram o foco, as técnicas e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes. Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental derivadas do modelo de Beck, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (Alford e Beck, 1997).

O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Beck lançou mão de inúmeras e diferentes fontes quando desenvolveu essa forma de psicoterapia, incluindo os primeiros filósofos, como Epiteto, e teóricos como Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus e Albert Bandura. O trabalho de Beck, por sua vez, foi ampliado por pesquisadores e teóricos atuais dos Estados Unidos e do exterior, numerosos demais para serem aqui mencionados.

Existem muitas formas de terapia cognitivo-comportamental que compartilham características da terapia de Beck, mas cujas conceitualizações e ênfases no tratamento variam até certo ponto. Elas incluem a terapia racional-emotiva comportamental (Ellis, 1962), a terapia comportamental dialética (Linehan, 1993), a terapia de solução de problemas (D’Zurilla e Nezu, 2006), a terapia de aceitação e compromisso (Hayes, Follette e Linehan, 2004), a terapia de exposição (Foa e Rothbaum, 1998), a terapia de processamento cognitivo (Resick e Schnicke, 1993), o sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental (McCullough, 1999), a ativação comportamental (Lewinsohn, Sullivan e Grosscup, 1980; Martell, Addis e Jacobson, 2001), a modificação cognitivo-comportamental (Meichenbaum, 1977) e outras. A terapia cognitivo-comportamental de Beck frequentemente incorpora técnicas de todas estas e outras psicoterapias, dentro de uma estrutura cognitiva. O panorama histórico da área apresenta uma descrição rica de como se originaram e se desenvolveram as diferentes correntes da terapia cognitivo-comportamental

(Arnkoff e Glass, 1992; A. Beck, 2005; Clark, Beck e Alford, 1999; Dobson e Dozois, 2009; Hollon e Beck, 1993).

A terapia cognitivo-comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada. É usada atualmente em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros contextos. É utilizada nos formatos de grupo, casal e família. Embora o tratamento descrito neste livro esteja focado nas sessões individuais de 45 minutos, elas podem ser mais curtas. Alguns pacientes, como os que sofrem de esquizofrenia, frequentemente não conseguem tolerar uma sessão inteira, e certos profissionais podem vir a utilizar técnicas da terapia cognitiva sem realizar uma sessão completa de terapia, seja durante uma consulta clínica ou de reabilitação, seja na revisão da medicação.

QUAL A TEORIA SUBJACENTE À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

Em poucas palavras, o *modelo cognitivo* propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento. Por exemplo, se você estivesse muito deprimido e emitisse alguns cheques sem fundos, poderia ter um *pensamento automático*, uma ideia que simplesmente apareceria em sua mente: “Eu não faço nada direito”. Esse pensamento poderia, então, conduzir a uma reação específica: você se sentiria triste (emoção) e se refugiaria na cama (comportamento). Se, então, examinasse a validade dessa ideia, poderia concluir que fez uma generalização e que, na verdade, você faz muitas coisas bem. Encarar a sua experiência a partir dessa nova perspectiva provavelmente faria você se sentir melhor e levaria a um comportamento mais funcional.

Para que haja melhora duradoura no humor e no comportamento do paciente, os terapeutas cognitivos trabalham em um nível mais profundo de cognição: as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas. A modificação das crenças disfuncionais subjacentes produz uma mudança mais duradoura. Por exemplo, se você continuamente subestima suas habilidades, pode ser que tenha uma crença subjacente de incompetência. A modificação dessa crença geral (isto é, ver a si mesmo de forma mais realista, como alguém que tem pontos fortes e pontos fracos) pode alterar a sua percepção de situações específicas com que se defronta diariamente. Você não terá mais tantos pensamentos com o tema: “Eu não faço nada direito”. Em vez disso, em situações específicas em que comete erros, você provavelmente pensará: “Eu não sou bom nisto [tarefa específica]”.

O QUE DIZEM AS PESQUISAS?

A terapia cognitivo-comportamental tem sido amplamente testada desde que foram publicados os primeiros estudos científicos, em 1977 (Rush, Beck, Kovacs e Hollon, 1977). Até o momento, mais de 500 estudos científicos demonstraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos (veja, p. ex., Butler, Chapman, Forman e Beck, 2005; Chambless e Ollendick, 2001). A Tabela 1.1 lista muitos dos transtornos e problemas que foram tratados com sucesso com a terapia cognitivo-comportamental. Uma lista mais completa pode ser encontrada em www.beckinstitute.org.

Foram realizados estudos para demonstrar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental na comunidade (veja, p. ex., Shadish, Matt, Navarro e Philips, 2000; Si-

TABELA 1.1. Lista Parcial de Transtornos Tratados com Sucesso pela Terapia Cognitivo-comportamental

Transtornos psiquiátricos	Problemas psicológicos	Problemas médicos com componentes psicológicos
Transtorno depressivo maior	Problemas conjugais	Dor lombar crônica
Depressão geriátrica	Problemas familiares	Crises de dor da anemia
Transtorno de ansiedade generalizada	Jogo patológico	Enxaqueca
Ansiedade geriátrica	Luto complicado	<i>Tinnitus</i> (Zunido)
Transtorno de pânico	Angústia do cuidador	Dor do câncer
Agorafobia	Raiva e hostilidade	Transtornos somatoformes
Fobia social		Síndrome do intestino irritável
Transtorno obsessivo-compulsivo		Síndrome da fadiga crônica
Transtorno da conduta		Dor de doença reumática
Abuso de substância		Disfunção erétil
Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade		Insônia
Ansiedade pela saúde		Obesidade
Transtorno dismórfico corporal		Vulvodínea
Transtornos da alimentação		Hipertensão
Transtornos da personalidade		Síndrome da Guerra do Golfo
Agressores sexuais		
Transtornos de hábitos e dos impulsos		
Transtorno bipolar (com medicação)		
Esquizofrenia (com medicação)		

mons et al., 2010; Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans e Beck, 2009). Outros estudos concluíram ser efetiva a terapia cognitivo-comportamental assistida por computador (veja, p. ex., Khanna e Kendall, 2010; Wright et al., 2002). E diversos pesquisadores demonstraram que existem alterações neurobiológicas associadas ao tratamento com terapia cognitivo-comportamental para vários transtornos (veja, p. ex., Goldapple et al., 2004). Centenas de estudos científicos também validaram o modelo cognitivo da depressão e da ansiedade. Uma ampla revisão desses estudos pode ser encontrada em Clark e colaboradores (1999) e em Clark e Beck (2010).

COMO FOI DESENVOLVIDA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE BECK?

No fim da década de 1950 e início da década de 1960, o Dr. Beck decidiu testar o conceito psicanalítico de que a depressão é resultante de hostilidade voltada contra si mesmo. Investigou os sonhos dos pacientes deprimidos, os quais, segundo sua previsão, manifestariam mais temas de hostilidade do que os sonhos dos controles normais. Para sua surpresa, acabou descobrindo que os sonhos dos pacientes deprimidos continham *menos* temas de hostilidade e muito mais temas relacionados a fracasso, privação e perda. Ele identificou que esses temas eram similares ao pensamento dos seus pacientes quando estavam acordados. Os resultados de outros estudos conduzidos por Beck levaram-no a acreditar que uma ideia psicanalítica – que os pacientes deprimidos têm necessidade de sofrer – poderia ser incorreta (Beck, 1967). Naquele ponto, era quase como se uma imensa fileira de dominós começasse a cair. Se esses conceitos psicanalíticos não fossem válidos, como é que a depressão poderia ser entendida, então?

Enquanto o Dr. Beck ouvia seus pacientes no divã, percebia que eles ocasionalmente relatavam duas vertentes de pensamento: uma vertente de livre associação e outra de pensamentos rápidos de qualificações sobre si mesmos. Uma mulher, por exemplo, detalhava suas façanhas sexuais. A seguir, relatava sentir-se ansiosa. O Dr. Beck fez uma interpretação: “Você achou que eu estava lhe criticando”. A paciente discordou: “Não, eu estava com medo de estar chateando você”. Ao questionar seus outros pacientes deprimidos, o Dr. Beck percebeu que todos eles tinham pensamentos “automáticos” negativos como esses e que essa segunda vertente de pensamentos estava intimamente ligada às suas emoções. Começou, então, a ajudar seus pacientes a identificar, avaliar e responder ao seu pensamento irrealista e desadaptativo. Quando fez isso, eles melhoraram rapidamente.

O Dr. Beck começou, então, a ensinar seus residentes psiquiátricos na University of Pennsylvania a usar essa forma de tratamento. Também eles descobriram que seus pacientes respondiam bem. O residente-chefe, médico psiquiatra A. John Rush, atualmente grande autoridade no campo da depressão, discutiu a possibilidade de conduzir uma pesquisa científica com o Dr. Beck. Eles concordaram que tal estudo

era necessário para demonstrar aos outros a eficácia da terapia cognitiva. O ensaio clínico controlado randomizado que foi conduzido por eles com pacientes deprimidos, publicado em 1977, constatou que a terapia cognitiva era tão efetiva quanto a imipramina, um antidepressivo comum. Este foi um estudo surpreendente. Foi uma das primeiras vezes em que uma terapia da palavra havia sido comparada a uma medicação. Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) publicaram o primeiro manual de terapia cognitiva dois anos depois.

Os componentes importantes da psicoterapia cognitivo-comportamental para depressão incluem foco na ajuda aos pacientes para solucionar problemas, tornarem-se comportalmente ativados e identificarem, avaliarem e responderem ao seu pensamento depressivo, especialmente pensamentos negativos sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro. No fim da década de 1970, Dr. Beck e seus colegas de pós-doutorado na University of Pennsylvania começaram a estudar a ansiedade e descobriram que era necessário um foco um pouco diferente. Os pacientes com ansiedade precisavam avaliar melhor o risco das situações que temiam, levar em consideração seus recursos internos e externos, além de melhorar tais recursos. Eles também precisavam reduzir a evitação e enfrentar as situações que temiam para que pudessem testar comportamentalmente as suas predições negativas. Desde aquela época, o modelo cognitivo da ansiedade tem sido aperfeiçoado para cada um dos vários transtornos de ansiedade; a psicologia cognitiva confirmou esses modelos, e estudos científicos demonstraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade (Clark e Beck, 2010).

Avançando várias décadas, Dr. Beck, seus colegas e outros pesquisadores por todo o mundo continuam a estudar, teorizar, adaptar e testar tratamentos para pacientes que padecem de uma lista crescente de problemas. A terapia cognitiva, ou terapia cognitivo-comportamental, é ensinada agora na maioria das escolas de graduação nos Estados Unidos e em muitos outros países.

QUAIS OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO TRATAMENTO?

Embora a terapia deva se adequar a cada indivíduo, existem determinados princípios que estão presentes na terapia cognitivo-comportamental para todos os pacientes. Ao logo de todo este livro, uso uma paciente depressiva, Sally, para ilustrar esses princípios centrais, demonstrar como usar a teoria cognitiva para entender as dificuldades dos pacientes e como utilizar esse entendimento para planejar o tratamento e conduzir as sessões de terapia. Sally é uma paciente quase ideal e me possibilita apresentar a terapia cognitivo-comportamental de uma maneira simples. Faço algumas observações sobre como variar o tratamento com pacientes que não respondem tão bem quanto ela, mas o leitor deverá buscar outras fontes (p. ex., J. S. Beck, 2005; Kuyken, Padesky e Dudley, 2009; Needleman, 1999) para aprender a conceituar, montar estratégias e implementar técnicas para pacientes com diag-

nósticos diferentes da depressão ou pacientes cujos problemas impõem um desafio no tratamento.

“Sally” era uma moça solteira de 18 anos quando procurou tratamento comigo durante seu segundo semestre na universidade. Vinha se sentindo deprimida e ansiosa nos últimos quatro meses e estava tendo dificuldades com suas atividades diárias. Ela preenchia os critérios de um episódio de transtorno depressivo maior moderado, de acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quarta edição, texto revisado* (DSM-IV-R; American Psychiatric Association, 2000). Uma descrição mais completa de Sally é apresentada no Apêndice A.

Os princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental são os seguintes:

Princípio nº 1. A terapia cognitivo-comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos. Considero as dificuldades de Sally a partir de três estruturas. Desde o início, identifico seu *pensamento atual* que contribui para seus sentimentos de tristeza (“Eu sou um fracasso, eu não consigo fazer nada direito, eu nunca vou ser feliz”) e seus *comportamentos problemáticos* (isolando-se, passando muito tempo improdutivo em seu quarto, evitando pedir ajuda). Esses comportamentos problemáticos se originam no e, por sua vez, reforçam o pensamento disfuncional de Sally. Em segundo lugar, identifico *fatores precipitantes* que influenciaram as percepções de Sally no começo da sua depressão (p. ex., estar longe de casa pela primeira vez e sua dificuldade nos estudos contribuíram para a crença de que era incompetente). Em terceiro lugar, levanto hipóteses a respeito dos *eventos-chave do desenvolvimento* e os *padrões constantes de interpretação* desses eventos que podem tê-la predisposto à depressão (p. ex., Sally tem uma antiga tendência a atribuir à sorte os seus pontos fortes e conquistas, porém encara seus pontos fracos como um reflexo do seu verdadeiro “eu”).

Baseio minha conceituação de Sally na formulação cognitiva da depressão e nos dados que ela fornece durante a sessão de avaliação. Continuo a aprimorar essa conceituação a cada sessão, à medida que vou obtendo mais dados. Em momentos estratégicos, compartilho a conceituação com Sally para me assegurar de que isso lhe “soa verdadeiro”. Além do mais, durante a terapia, ajudo Sally a examinar sua experiência por meio do modelo cognitivo. Ela aprende, por exemplo, a identificar os pensamentos associados ao seu afeto ansioso e a avaliar e formular respostas mais adaptativas ao seu pensamento. Fazer isso melhora a forma como se sente e geralmente faz ela se comportar de um modo mais funcional.

Princípio nº 2. A terapia cognitivo-comportamental requer uma aliança terapêutica sólida. Sally, assim como muitos pacientes com depressão não complicada e transtornos de ansiedade, tem um pouco de dificuldade em confiar e trabalhar co-

migo. Eu me esforço para demonstrar todos os ingredientes básicos necessários em uma situação de aconselhamento: afeto, empatia, atenção, interesse genuíno e competência. Demonstro meu interesse por Sally fazendo comentários empáticos, ouvindo atenta e cuidadosamente e resumindo de forma adequada seus pensamentos e sentimentos. Assinalo seus sucessos, sejam eles pequenos ou maiores, e mantenho um ponto de vista realisticamente otimista e bem-humorado. Também peço a Sally um *feedback* no fim de cada sessão para me certificar de que ela se sente compreendida e positiva em relação à sessão. Veja o Capítulo 2 para uma descrição mais longa da relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental.

Princípio nº 3. A terapia cognitivo-comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa. Eu encorajo Sally a encarar a terapia como um trabalho em equipe; juntas nós decidimos o que trabalhar em cada sessão, a frequência com que devemos nos encontrar e o que ela pode fazer entre as sessões como exercício da terapia. Inicialmente sou mais ativa, sugerindo uma direção para as sessões e resumindo o que discutimos durante uma sessão. À medida que Sally vai ficando menos deprimida e mais familiarizada com o tratamento, eu a encorajo a se tornar cada vez mais ativa na sessão: decidindo sobre quais problemas falar, identificando as distorções no seu pensamento, resumindo pontos importantes e planejando a prescrição dos exercícios a serem realizados em casa.

Princípio nº 4. A terapia cognitivo-comportamental é orientada para os objetivos e focada nos problemas. Em nossa primeira sessão, peço a Sally para enumerar seus problemas e estabelecer objetivos específicos, de modo que ela e eu compartilhem o entendimento de para onde estamos nos dirigindo. Por exemplo, Sally menciona na sessão de avaliação que se sente isolada. Com a minha orientação, ela define um objetivo em termos comportamentais: começar novas amizades e passar mais tempo com os amigos atuais. Posteriormente, ao discutirmos como melhorar sua rotina diária, ajudo-a a avaliar e responder aos pensamentos que interferem em seu objetivo, tais como: *Os meus amigos não vão querer sair comigo. Eu estou muito cansada para sair com eles.* Primeiramente, ajudo Sally a avaliar a validade dos seus pensamentos por meio de um exame das evidências. Então Sally se dispõe a testar seus pensamentos mais diretamente por meio de experimentos comportamentais (p. 238-239), em que toma a iniciativa de fazer planos com os amigos. Depois de reconhecer e corrigir a distorção em seu pensamento, Sally consegue se beneficiar com a solução objetiva e direta do problema para reduzir seu isolamento.

Princípio nº 5. A terapia cognitivo-comportamental enfatiza inicialmente o presente. O tratamento da maioria dos pacientes envolve um foco intenso nos problemas atuais e em situações específicas que são angustiantes para eles. Sally começa a se sentir melhor depois que consegue responder ao seu pensamento negativo e tomar atitudes para melhorar sua vida. A terapia começa por um exame dos seus problemas no aqui e

agora, independentemente do diagnóstico. A atenção se volta para o passado em duas circunstâncias. A primeira, quando o paciente expressa uma forte preferência por fazer assim e quando não fazer isso possa colocar em perigo a aliança terapêutica. A segunda, quando os pacientes ficam “emperrados” no seu pensamento disfuncional, quando um entendimento das raízes infantis de suas crenças poderá ajudar a modificar suas ideias rígidas. (“Bem, não é de admirar que você ainda acredite que é incompetente. Você consegue perceber que qualquer criança – que tivesse tido as mesmas experiências que você – cresceria se achando incompetente, e mesmo assim isso poderia não ser verdadeiro, ou certamente não completamente verdadeiro?”)

Por exemplo, volto-me brevemente para o passado na metade do tratamento a fim de ajudar Sally a identificar um conjunto de crenças que aprendeu quando criança: “Se eu tiver grandes conquistas, isso significa que eu tenho valor. Se eu não tiver grandes conquistas, isso significa que eu sou um fracasso”. Eu a auxilio a avaliar a validade dessas crenças, tanto no passado quanto no presente. Fazer isso leva Sally, em parte, a desenvolver crenças mais funcionais e mais razoáveis. Se ela tivesse um transtorno da personalidade, eu teria passado proporcionalmente mais tempo discutindo a história do seu desenvolvimento e a origem na infância das crenças e os comportamentos de enfrentamento.

Princípio nº 6. A terapia cognitivo-comportamental é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída. Em nossa primeira sessão, educo Sally quanto à natureza e ao curso do seu transtorno, sobre o processo da terapia cognitivo-comportamental e sobre o modelo cognitivo (i. e., como seus pensamentos influenciam suas emoções e comportamento). Eu não só ajudo Sally a definir objetivos, identificar e avaliar pensamentos e crenças e a planejar a mudança comportamental, mas também a ensino como fazer. A cada sessão faço com que ela leve para casa algumas anotações sobre a terapia – ideias importantes que aprendeu – para que possa se beneficiar desse novo entendimento nas semanas seguintes e depois que terminar o tratamento.

Princípio nº 7. A terapia cognitivo-comportamental visa ser limitada no tempo. Muitos pacientes com depressão e transtornos de ansiedade são tratados em um espaço de 6 a 14 sessões. Os objetivos do terapeuta são promover o alívio dos sintomas, facilitar a remissão do transtorno, ajudar o paciente a resolver seus problemas mais urgentes e ensinar habilidades para evitar a recaída. Sally, inicialmente, tem sessões semanais. (Se sua depressão fosse mais grave ou ela tivesse risco de suicídio, eu teria marcado sessões mais frequentes.) Após dois meses, decidimos colaborativamente experimentar sessões quinzenais e depois sessões mensais. Mesmo após o término, planejamos sessões periódicas de “reforço” a cada três meses por um ano.

No entanto, nem todos os pacientes têm sucesso suficiente em alguns poucos meses. Alguns deles precisam de um ou dois anos de terapia (ou possivelmente mais) para modificarem crenças disfuncionais muito rígidas e padrões de comportamento

que contribuem para seu sofrimento crônico. Outros pacientes, com doença mental grave, podem precisar de tratamento periódico por um tempo muito longo para manterem a estabilização.

Princípio nº 8. As sessões de terapia cognitivo-comportamental são estruturadas. Independentemente do diagnóstico ou do estágio do tratamento, seguir uma determinada estrutura em cada sessão maximiza a eficiência e a eficácia. Essa estrutura inclui uma parte introdutória (fazer uma verificação do humor, examinar rapidamente a semana, definir colaborativamente uma pauta para a sessão), uma parte intermediária (examinar o exercício de casa, discutir os problemas da pauta, definir um novo exercício de casa, fazer resumos) e uma parte final (eliciar um *feedback*). Seguir esse formato faz o processo da terapia ser mais compreensível para os pacientes e aumenta a probabilidade de eles serem capazes de fazer a autoterapia após o término.

Princípio nº 9. A terapia cognitivo-comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais. Os pacientes podem ter dúzias ou até mesmo centenas de pensamentos automáticos por dia que afetam seu humor, comportamento e/ou fisiologia (a última é especialmente pertinente para a ansiedade). O terapeuta ajuda o paciente a identificar as principais cognições e a adotar perspectivas mais realistas e adaptativas, o que leva o paciente a se sentir melhor emocionalmente, se comportar com mais funcionalidade e/ou diminuir sua excitação psicológica. Isso é feito por meio do processo da *descoberta guiada*, usando o questionamento (frequentemente denominado, ou mal denominado, “questionamento socrático”) para avaliar seu pensamento (em vez da persuasão, do debate ou do convencimento). O terapeuta também cria experiências, chamadas *experimentos comportamentais*, para que o paciente teste diretamente seu pensamento (p. ex., “Basta olhar para a imagem de uma aranha e eu vou ficar tão ansioso que não vou conseguir pensar”). Dessa forma, o terapeuta se engaja no *empirismo colaborativo*. O terapeuta, em geral, não sabe antecipadamente até que ponto o pensamento automático de um paciente é válido ou inválido, mas juntos eles testam esse pensamento para desenvolver respostas mais úteis e adequadas.

Quando Sally estava bem deprimida, tinha muitos pensamentos automáticos durante o dia, alguns dos quais ela relatava espontaneamente e outros que eu investigava (perguntando-lhe o que estava passando pela sua mente quando se sentiu perturbada ou agiu de uma maneira disfuncional). Com frequência, descobríamos pensamentos automáticos importantes enquanto estávamos discutindo um dos problemas específicos de Sally, e juntas investigávamos sua validade e utilidade. Eu lhe pedia que resumisse seus novos pontos de vista, e nós os registrávamos por escrito de modo que ela pudesse ler essas respostas adaptativas durante a semana para se preparar para esses ou outros pensamentos semelhantes. Eu não a encorajava a adotar sem crítica um ponto de vista mais positivo, nem questionava a validade dos seus pensamentos automáticos ou tentava convencê-la de que seu pensamento era irrea-

listicamente pessimista. Em vez disso, nós nos envolvíamos em uma exploração colaborativa das evidências.

Princípio nº 10. A terapia cognitivo-comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento. Embora estratégias cognitivas como o questionamento socrático e a descoberta guiada sejam centrais para a terapia cognitivo-comportamental, as técnicas comportamentais e de solução de problemas são essenciais, assim como são as técnicas de outras orientações que são implementadas dentro de uma estrutura cognitiva. Por exemplo, usei técnicas inspiradas na Gestalt para ajudar Sally a entender como sua família contribuiu para o desenvolvimento da sua crença de que era incompetente. Utilizo técnicas inspiradas na psicodinâmica com alguns pacientes do Eixo II que aplicam suas ideias distorcidas sobre as pessoas na relação terapêutica. Os tipos de técnicas que você escolhe serão influenciados pela sua conceituação do paciente, pelo problema que vocês estão discutindo e pelos seus objetivos para a sessão.

Esses princípios básicos se aplicam a todos os pacientes. No entanto, a terapia varia consideravelmente de acordo com cada paciente, com a natureza das suas dificuldades e seu momento de vida, assim como seu nível intelectual e de desenvolvimento, seu gênero e origem cultural. O tratamento também varia dependendo dos objetivos do paciente, da sua capacidade para desenvolver um vínculo terapêutico consistente, da sua motivação para mudar, sua experiência prévia com terapia e suas preferências de tratamento, entre outros fatores.

A ênfase no tratamento também depende do(s) transtorno(s) específico(s) do paciente. A terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico envolve o teste das falsas interpretações catastróficas do paciente (geralmente previsões errôneas de ameaça à vida ou à sanidade) de sensações corporais ou mentais (Clark, 1989). A anorexia requer uma modificação de crenças sobre valor pessoal e controle (Garner e Bemis, 1985). O tratamento do abuso de substância tem seu foco nas crenças negativas sobre si e na facilitação ou concordância com algumas crenças que justificam o abuso de substância (Back, Wright, Newman e Liese, 1993).

COMO É UMA SESSÃO?

A estrutura das sessões terapêuticas é bem parecida para os vários transtornos, mas as intervenções podem variar consideravelmente de paciente para paciente. (O site da Academia de Terapia Cognitiva [www.academyofct.org] apresenta uma lista de livros que descrevem a formulação cognitiva, as principais ênfases, estratégias e técnicas para uma ampla gama de diagnósticos, variáveis dos pacientes e formatos e contextos de tratamento.) A seguir, é feita uma descrição geral de sessões de tratamento e do curso deste, especialmente com pacientes que estão deprimidos.

No início das sessões, você irá restabelecer a aliança terapêutica, checar o humor, os sintomas e experiências do paciente durante a semana que passou e pedir que nomeie os problemas que mais deseja ajuda para resolver. Essas dificuldades podem ter surgido durante a semana e/ou podem ser problemas que ele espera encontrar na(s) próxima(s) semana(s). Você também irá examinar as atividades de autoajuda (“exercícios de casa” ou “plano de ação”) em que o paciente se envolveu desde a última sessão. A seguir, na discussão de um problema específico que o paciente colocou na pauta, você vai coletar dados a respeito do problema, conceituar cognitivamente as dificuldades do paciente (perguntando sobre seus pensamentos, emoções e comportamentos específicos associados ao problema) e planejar colaborativamente uma estratégia. Na maioria das vezes, a estratégia inclui a solução objetiva e direta do problema, avaliação do pensamento negativo associado ao problema e/ou mudança no comportamento.

Por exemplo, Sally, uma estudante universitária, está tendo dificuldades com os estudos. Ela precisa de ajuda para avaliar e responder aos seus pensamentos (“De que adianta? De qualquer forma eu vou ser reprovada.”) antes de ser capaz de se engajar inteiramente na solução do seu problema com os estudos. Eu me asseguro de que Sally tenha adotado uma visão mais adequada e adaptativa das situações e tenha decidido quais as soluções a implementar na semana seguinte (p. ex., começar por exercícios relativamente mais fáceis, resumir mentalmente o que leu após a cada página ou duas de leitura, planejar sessões de estudo mais curtas, fazer caminhadas quando faz intervalos e pedir ajuda ao professor assistente). A nossa sessão prepara as condições para que Sally faça as mudanças no seu pensamento e comportamento durante a semana seguinte, o que, por sua vez, levará a uma melhora no seu humor e funcionamento.

Após discutirmos um problema e definirmos colaborativamente um exercício para fazer em casa, Sally e eu nos voltamos para um segundo problema que ela colocou na pauta e repetimos o processo. Ao fim de cada sessão, revisamos os pontos importantes. Eu me asseguro de que Sally muito provavelmente realizará os exercícios de casa prescritos e solicito seu *feedback* sobre a sessão.

O DESENVOLVIMENTO DE UM TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Para um observador não treinado, a terapia cognitivo-comportamental às vezes dá a falsa impressão de ser muito simples. O *modelo cognitivo*, a proposição de que o pensamento de um indivíduo influencia as suas emoções e seu comportamento, é bastante simples. Entretanto, os terapeutas cognitivo-comportamentais experientes realizam muitas tarefas de uma vez: conceituam o caso, desenvolvem o *rappport*, familiarizam e educam o paciente, identificam problemas, coletam dados, testam hipóteses e fazem resumos periódicos. O terapeuta cognitivo-comportamental iniciante,

em contraste, geralmente precisa ser mais cuidadoso e estruturado, concentrando-se em menos elementos por vez. Embora o objetivo final seja entrelaçar esses elementos e conduzir a terapia da forma mais efetiva e eficiente possível, os iniciantes devem primeiro aprender a habilidade de desenvolvimento da relação terapêutica, a habilidade de conceituação e as técnicas da terapia cognitivo-comportamental; todas elas serão mais bem realizadas se feitas gradualmente.

O desenvolvimento de *expertise* como terapeuta cognitivo-comportamental pode ser visto em três estágios. (Essas descrições presumem que o terapeuta já seja proficiente em habilidades de aconselhamento básico: escuta, empatia, preocupação, respeito e autenticidade, bem como compreensão adequada, reflexão e capacidade de resumir. Os terapeutas que ainda não têm essas habilidades frequentemente provocam uma reação negativa por parte dos pacientes.) No Estágio 1, você aprende as habilidades básicas de conceituação de caso em termos cognitivos com base na avaliação inicial e em dados coletados na sessão. Você também aprende a estruturar a sessão, a usar sua conceituação do paciente e o bom senso para planejar o tratamento e ajudá-lo a resolver problemas e a encarar seus pensamentos disfuncionais de forma diferente. Você também aprende a usar técnicas cognitivas e comportamentais básicas.

No Estágio 2, você se torna mais proficiente na integração da sua conceituação ao seu conhecimento das técnicas. Você fortalece sua habilidade para compreender o fluxo da terapia. Passa a identificar com maior facilidade os objetivos principais do tratamento e torna-se mais hábil na conceituação dos pacientes, aprimorando sua conceituação durante a própria sessão e usando a conceituação para tomar decisões quanto às intervenções. Você amplia seu repertório de técnicas e torna-se mais proficiente na seleção, identificação do momento adequado e implementação de técnicas apropriadas.

No Estágio 3, você integra mais automaticamente os dados novos à conceituação. Você aperfeiçoa sua habilidade de formulação de hipóteses para confirmar ou corrigir sua visão do paciente. Quando necessário, varia a estrutura e as técnicas da terapia cognitivo-comportamental básica, particularmente no caso de pacientes com transtornos da personalidade e outros transtornos e problemas difíceis.

Se você já pratica outra modalidade terapêutica, será importante tomar uma decisão colaborativa com os pacientes para introduzir a abordagem da terapia cognitivo-comportamental, descrevendo o que gostaria de fazer de maneira diferente e apresentando justificativas para isso. A maioria dos pacientes concorda com essas alterações quando elas são expressas de modo positivo, para o bem do paciente. Quando os pacientes hesitam, você pode sugerir a instituição de uma alteração (como, por exemplo, definir uma pauta) como um “experimento”, em vez de um compromisso, para motivá-los a tentar.

TERAPEUTA: Mike, eu estava lendo um livro importante sobre como tornar a terapia mais efetiva e pensei em você.

PACIENTE: Mesmo?

TERAPEUTA: Sim, e tenho algumas ideias sobre como nós podemos ajudá-lo a melhorar com maior rapidez. [sendo colaborativo] Tudo bem se eu falar a respeito?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Uma coisa que li se chamava “definindo a pauta”. Isso significa que no início das sessões vou pedir que você enumere os problemas para os quais deseja a minha ajuda para resolver durante a sessão. Por exemplo, você pode dizer que está tendo um problema com seu chefe ou em sair da cama nos fins de semana, ou que tem-se sentido muito ansioso em relação às suas finanças. (*pausa*) Ao lhe perguntar antes sobre os problemas, podemos planejar como utilizaremos melhor nosso tempo na sessão. (*pausa*) [solicitando *feedback*] O que lhe parece?

COMO USAR ESTE LIVRO

Este livro destina-se a indivíduos em qualquer estágio de experiência e desenvolvimento de habilidades que necessitam ter o domínio dos fundamentos da conceituação e do tratamento cognitivo. É essencial ter domínio dos elementos básicos da terapia cognitivo-comportamental para compreender como e quando variar o tratamento padrão com determinados pacientes.

O seu crescimento como terapeuta cognitivo-comportamental será ampliado se você começar a aplicar em si mesmo as ferramentas descritas neste livro. Primeiramente, enquanto lê, comece a conceituar os seus próprios pensamentos e crenças. Comece por prestar atenção às suas alterações no afeto. Quando notar que o seu humor se alterou ou se intensificou de forma negativa (ou quando você nota que está se engajando em um comportamento disfuncional ou está tendo sensações corporais associadas a afeto negativo), pergunte-se que emoção está sentindo e também faça a pergunta principal da terapia cognitivo-comportamental:

“O que estava passando pela minha mente?”

Dessa forma, você vai ensinar a si mesmo a identificar seus pensamentos automáticos. Aprender as habilidades básicas da terapia cognitivo-comportamental usando a si mesmo como sujeito irá desenvolver a sua habilidade para ensinar as mesmas habilidades aos seus pacientes.

Será particularmente importante que você identifique seus pensamentos automáticos ao mesmo tempo que lê este livro e experimenta as técnicas com seus pacientes. Se, por exemplo, você perceber que está se sentindo um pouco angustiado, pergunte-se: “O que estava passando pela minha mente?”. Você poderá descobrir pensamentos automáticos, como:

“Isso é muito difícil.”
“Eu não vou conseguir dar conta disso.”
“Eu não me sinto confortável com isso.”
“E se eu tentar e não funcionar?”

Os terapeutas experientes, cuja orientação primária não tenha sido cognitiva, devem estar atentos a um diferente conjunto de pensamentos automáticos:

“Isso não vai funcionar.”
“O paciente não vai gostar disso.”
“Isso é muito superficial/estruturado/sem empatia/simples.”

Após desvendar seus pensamentos, você poderá anotá-los e voltar o foco para a sua leitura ou ir até os Capítulos 11 e 12, que descrevem como avaliar e responder aos pensamentos automáticos. Ao dirigir a atenção para os seus próprios pensamentos, você não somente poderá desenvolver suas habilidades na terapia cognitivo-comportamental, como também poderá aproveitar a oportunidade para modificar pensamentos disfuncionais e influenciar positivamente o seu humor (e comportamento), tornando-se mais receptivo ao aprendizado.

Uma analogia comum usada para os pacientes também se aplica ao terapeuta cognitivo-comportamental iniciante. O aprendizado das habilidades da terapia cognitivo-comportamental é similar ao aprendizado de qualquer outra habilidade. Você se lembra de quando aprendeu a dirigir ou a usar o computador? Inicialmente você se sentia um pouco desajeitado? Você tinha que prestar muita atenção a pequenos detalhes e movimentos que agora acontecem mais fácil e automaticamente? Em algum momento você se sentiu desanimado? À medida que foi progredindo, o processo foi fazendo cada vez mais sentido e se tornava cada vez mais confortável? Você por fim teve um domínio da situação até o ponto em que foi capaz de realizar a tarefa com relativa facilidade e confiança? A maioria das pessoas passou por essa experiência de aprendizagem de uma habilidade em que agora são proficientes.

O processo de aprendizagem é o mesmo para o terapeuta cognitivo-comportamental iniciante. Enquanto você aprende como fazer com seus pacientes, trace objetivos pequenos, bem definidos e realistas. Dê crédito a si mesmo pelos pequenos ganhos. Compare o seu progresso com o nível de habilidade que tinha antes de começar a ler este livro, ou à época em que começou a aprender sobre a terapia cognitivo-comportamental. Esteja atento às oportunidades de responder aos pensamentos negativos em que você injustamente se compara aos terapeutas cognitivo-comportamentais experientes, ou em que mina a sua confiança ao comparar seu nível atual de habilidade com seus objetivos finais.

Se você se sente ansioso quanto a começar a usar a terapia cognitivo-comportamental com os pacientes, faça um “cartão de enfrentamento”, um cartão de referência em que escreve afirmações que são importantes de serem lembradas. Meus psiquiatras residentes com frequência têm pensamentos inúteis antes de atenderem seu primeiro paciente de ambulatório. Eu peço que criem um cartão que aborde esses pensamentos. O cartão é individualizado, mas de modo geral diz algo como:

<i>O meu objetivo não é curar este paciente hoje. Ninguém espera que faça isso.</i>
<i>O meu objetivo é desenvolver uma boa aliança de trabalho, se possível, resolver algum problema e aprimorar as minhas habilidades de terapeuta cognitivo-comportamental.</i>

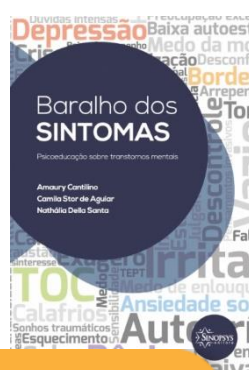
A leitura desse cartão ajuda a reduzir a ansiedade para que eles consigam se focar em seus pacientes e serem mais eficazes.

Por fim, os capítulos deste livro são concebidos para serem lidos na ordem apresentada. Você pode ficar ávido para pular os capítulos introdutórios e ir diretamente para a seção sobre as técnicas. Entretanto, o essencial da terapia cognitivo-comportamental não é meramente o emprego de técnicas cognitivas e comportamentais. Entre outros atributos, requer uma escolha criteriosa e a utilização efetiva de uma ampla variedade de técnicas baseadas na conceituação do nosso paciente. O próximo capítulo apresenta uma visão geral do tratamento, seguido de um capítulo inicial sobre conceituação. O Capítulo 4 descreve o processo de avaliação, e os Capítulos 5 a 8 têm seu foco em como estruturar e o que fazer nas sessões. Os Capítulos 9 a 14 descrevem os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental: identificação de cognições e emoções e resposta adaptativa aos pensamentos automáticos e crenças. Outras técnicas cognitivas e comportamentais são apresentadas no Capítulo 15, e o imaginário é discutido no Capítulo 16. O Capítulo 17 descreve os exercícios de casa. O Capítulo 18 descreve os temas do término e prevenção de recaída. Esses capítulos precedentes estabelecem os princípios fundamentais para os Capítulos 19 e 20: planejamento do tratamento e problemas de diagnóstico em terapia. Por fim, o Capítulo 21 apresenta orientações para o aperfeiçoamento como terapeuta cognitivo-comportamental.

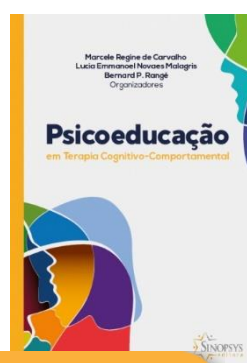


Use o cupom
MEUDESCONTO
e ganhe **15% de Desconto**
nesse e em outros
Livros do nosso site!

SIM, QUERO COMPRAR AGORA



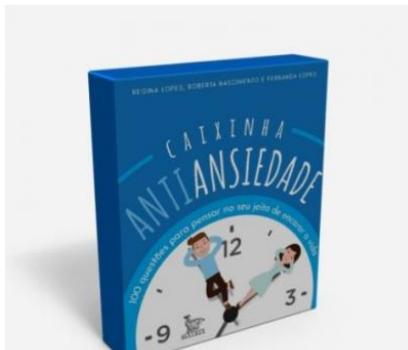
BARALHOS



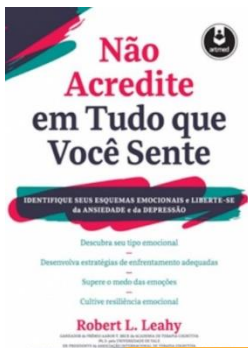
LIVROS SINOPSYSS



RIC JOGOS



CAIXINHAS MATRIX



ARTMED