

estudo da terapia **cognitiva**: um novo conceito em psicoterapia

Ana Maria Serra - Instituto de Terapia Cognitiva São Paulo-SP

Objetivo: aprimorar os conhecimentos de estudantes e profissionais da Psicologia sobre a Terapia Cognitiva.

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

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

Módulos: oito módulos que serão publicados em revistas seqüenciais.

Conteúdo dos módulos:

- 1 Introdução à Terapia Cognitiva
- 2 Conceitos e preconceitos sobre Terapia Cognitiva
- 3 Terapia Cognitiva e Intervenção em Crise
Terapia Cognitiva e Depressão
Terapia Cognitiva e Suicídio
- 4 Terapia Cognitiva e Transtornos de Ansiedade
Tópicos especiais em Terapia Cognitiva aplicada aos
Transtornos de Ansiedade, TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo), Fobias, Transtorno de Pânico, TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático), Ansiedade Associada à Saúde
- 5 Terapia Cognitiva e Dependência Química
Terapia Cognitiva e Transtornos Alimentares
Terapia Cognitiva nas Organizações
- 6 Terapia Cognitiva com Casais e Famílias
Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes
Terapia Cognitiva e Prevenção de Depressão em Crianças e Adolescentes
- 7 Terapia Cognitiva e Transtornos de Personalidade
Terapia Cognitiva e Esquizofrenia
Terapia Cognitiva e Transtorno Bipolar

8 Resistência em Terapia Cognitiva
Terapia Cognitiva com pacientes difíceis
A aliança terapêutica em Terapia Cognitiva
Questões relacionadas a treinamento em Terapia Cognitiva

módulo

resistência
pacientes difíceis
aliança terapêutica
questões relacionadas a treinamento

SUPERANDO A RESISTÊNCIA EM TERAPIA COGNITIVA

Robert L. Leahy, Ph.D.

American Institute for Cognitive Therapy, NYC, EUA

President, IACP-International Association for Cognitive Psychotherapy

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

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

De qualquer forma, o livro foi publicado em 2001 e, desde então, venho escrevendo sobre resistência, transferência, contra-transferência, esquemas emocionais e questões de personalidade.

Finalmente, superei minha própria resistência!

Não aderência, resistência ou falta de progresso em terapia podem ser compreendidos, até certo ponto, como resultado de estratégias que o paciente usa e papéis que ele desempenha a fim de reforçar seus esquemas pessoais e evitar maiores perdas. A pressuposição neste caso é de que o paciente está tentando proteger-se de maiores perdas e está buscando alguma reação (por exemplo, validação, legitimidade, sanção moral) de parte do terapeuta. Vejo a resistência como envolvendo várias dimensões – há mais de uma razão para as pessoas resistirem. Vejamos algumas das dimensões da resistência:

1 Resistência de validação

O paciente “encalha” em sua demanda de que você focalize exclusivamente a validação de sua angústia. Ele pode perceber sugestões para ação ou pensamento alternativo como invalidações: “você não compreende o quanto eu me sinto mal”. A suposta falha em validá-lo levará a um aumento nas queixas e no sofrimento, até que a validação seja alcançada. Além disso, pacientes podem ter “regras” únicas e auto-sabotadoras para a validação

– como, por exemplo, “você somente poderá me validar concordando comigo em que não há esperança para meu caso”. Conflitos potenciais entre o terapeuta e o paciente podem surgir quando o terapeuta orienta suas ações em direção à execução de tarefas e vê a validação como interferência com importantes metas terapêuticas. O terapeuta pode abordar essas preocupações, reconhecendo a necessidade de validar a angústia e encorajar a mudança – e que o paciente pode estar usando estratégias derrotistas a fim de ensejar a validação. Se você não validar a resistência de validação, a terapia fracassará.

2 Resistência de vitimização

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

3 Resistência moral

Nesta situação, o paciente acredita que a mudança incorreria no risco de violar seus próprios padrões morais ou éticos. Isto é especialmente verdadeiro no caso de pacientes obsessivo-compulsivos, os quais acreditam que seu senso aumentado de responsabilidade e receio de cometer um erro é baseado em um código moral. Dessa forma, o terapeuta que encoraja o paciente a abandonar padrões exigentes de perfeição pode ser visto como facilitador de qualidades irresponsáveis e repreensíveis no paciente. Enquanto reconhecendo que há “deveres” legítimos que orientam o comportamento, o terapeuta pode ajudar o paciente a reconhecer que seus “deveres” absolutos e perfeccionistas violam um código moral universal, que visa a fortalecer a dignidade humana e garantir a justiça. Dessa forma, o terapeuta não necessita rejeitar a “resistência moral” – mas, ao contrário, ele pode reafirmar um código moral mais racional e razoável e que reconheça as diferenças e necessidades humanas.

4 Resistência esquemática

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

5 Compromisso com o self

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

6 Aversão a riscos

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

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

7 Auto-incapacitação

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

8 Esquemas emocionais

Em anos recentes, vimos nos concentrando em como as idéias dos pacientes a respeito de suas emoções interferem com a mudança clínica. Por exemplo, algumas pessoas temem emoções intensas – acreditando que perderão o controle sobre as emoções, ou que elas poderão sobrepujá-los ou que durarão para sempre. Outros se sentem confusos ou constrangidos sobre seus

sentimentos – e ainda outros acreditam que estão sós com seus sentimentos. Observamos que é útil encorajar pacientes a ver emoções (até mesmo as mais dolorosas) como um sinal de vitalidade e uma fonte de informação sobre suas necessidades. Explorar as “crenças sobre emoções” também tem se mostrado útil em superar as resistências baseadas em validação e vitimização – e em mudar esquemas mal-adaptativos sobre si e sobre outros.

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

Sugestão de Leitura:

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

TERAPIA COGNITIVA COM CASOS DIFÍCEIS

Cory F. Newman, Ph.D.,
University of Pennsylvania School of Medicine
Tradução: Ana Maria Serra, PhD

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

difícil” e apresentaremos algumas idéias sobre como terapeutas cognitivos podem encontrar maneiras para se manter colaborativos e esperançosos, e produzir resultados construtivos.

Quais são as características de Casos difíceis?

1 O paciente apresenta co-morbidade. Por exemplo, uma paciente pode estar fazendo progresso em direção ao alívio de sua depressão; mas então ela experiencia uma exacerbação de seu abuso de álcool, ponto em que ela não comparece a algumas sessões. Em casa, a família da paciente está furiosa e ela se sente envergonhada e sem valor. A paciente não deseja encarar seu terapeuta, e acredita que nada a pode ajudar, mesmo diante de evidências anteriores de que sua depressão poderia melhorar.

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

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

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

5 As vulnerabilidades psicológicas do terapeuta são expostas por um determinado caso. Por exemplo, as próprias lembranças angustiantes ou

questões psicológicas do terapeuta são ativadas pela história de vida e/ou por características pessoais do paciente. Isto dificulta que o terapeuta permaneça adequadamente objetivo, e o coloca em risco de altos níveis de estresse e erros na tomada de decisões clínicas apropriadas.

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

Como terapeutas eficazes podem utilizar a TC para casos difíceis?

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

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

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

3 Não expresse desesperança ou raiva em relação ao paciente. Terapeutas são humanos e algumas vezes sentem-se frustrados com a falta de colaboração de seus pacientes, suas altas demandas, as crises repetidas e os comentários provocativos (por exemplo, “você é exatamente igual às outras fraudes em sua área, que não se preocupam de verdade com os seus pacientes!”). Às vezes, terapeutas sentem como se houvessem atingido seu limite em tolerar tal comportamento e correm o risco de fazer afirmações contraproducentes. Este é o momento em que as habilidades interpessoais do terapeuta são seriamente testadas. Se o terapeuta for capaz de se manter calmo e continuar a comunicar ao paciente sua disposição para ajudá-lo, isso poderá resultar em um avanço no processo de tratamento.

4 Utilize métodos psico-educacionais e solicite “feedback”. Terapeutas cognitivos valorizam a arte de ensinar, à medida que tentam “treinar” seus pacientes para o uso de uma variedade de habilidades de auto-ajuda e para a compreensão de princípios importantes de função e disfunção psicológica (por exemplo, explicando o fenômeno dos esquemas, e como reconhecê-los quando eles causam erros de julgamento e angústia emocional). Mesmo quando os pacientes são lentos em apreender o modelo cognitivo, e/ou mostram-se relutantes em praticar as técnicas, o terapeuta cognitivo continua tentando ensinar aos pacientes

toda a informação útil que eles puderem reter para uso no presente e no futuro. Além disso, é importante pedir “feedback” aos pacientes, sobre suas reações emocionais à sessão de terapia e sobre a retenção dos pontos educacionais importantes aprendidos durante a sessão. Essa constitui uma maneira empática de dar sustentação ao processo educacional, mesmo quando os pacientes expressam dúvidas sobre o quanto eles serão capazes de aprender.

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

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

Sugestões de Leitura:

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

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

Tornando-nos Específicos em Relação a Fatores Não Específicos: O PAPEL DA ALIANÇA TERAPÊUTICA EM TERAPIA COGNITIVA

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

Introdução

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

AT e Resultados Terapêuticos

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

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

importante, as técnicas específicas empregadas por terapeutas cognitivos podem ter um efeito ainda mais forte sobre o progresso clínico.

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

Avaliação da AT

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

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

Burns desenvolveu instrumentos curtos e confiáveis para acessar a percepção dos pacientes sobre a qualidade da empatia terapêutica, a utilidade de cada sessão de terapia, a satisfação do paciente com o

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

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

Treinamento em Empatia

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

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

Em outras palavras, se solicitarmos a terapeutas que preencham as mesmas escalas que seus pacientes preenchem ao final de cada sessão, mas para tentar

adivinhar como seus pacientes os avaliaram, bem como quanto eles estão se sentindo deprimidos, suicidas, ansiosos ou irados, os escores dados pelos terapeutas serão alta ou completamente não correlacionados com os escores efetivamente dados pelos pacientes às mesmas variáveis. Por esta razão acreditamos que é essencial avaliar objetivamente a empatia e outros sintomas em todas as sessões.

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

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

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

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

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

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

Tabela 1

Os cinco segredos para uma Comunicação Efetiva *

E = EMPATIA

1 Técnica de Desarmamento

Encontre algo verdadeiro no que a outra pessoa está dizendo, mesmo que pareça totalmente não razoável ou injusto.

2 Empatia

“Coloque-se no lugar” da outra pessoa e tente ver o mundo através de seus olhos.

Empatia de Pensamento

Parafrasear as palavras da outra pessoa.

Empatia de Sentimento

Reconhecer como a outra pessoa está provavelmente se sentindo, com base no que ela diz.

3 Questionamento

Faça perguntas gentis e encorajadoras, a fim de aprender mais sobre como a outra pessoa está pensando ou se sentindo.

A = ASSERTIVIDADE

4 Afirmações do tipo “Eu sinto”

Expresse suas próprias idéias e sentimentos de forma direta e com tato. Use afirmações que se iniciam com “eu sinto”, ao contrário de afirmações que se iniciam com “você”, por exemplo “eu me sinto abalado”, ao invés de “você está errado” ou “você está me deixando furioso!”

R = RESPEITO

5 Afago

Transmita uma atitude de respeito, mesmo que você se sinta frustrado ou furioso com a outra pessoa. Encontre algo de genuinamente positivo para dizer a outra pessoa, mesmo durante o ápice da discussão.

* Copyright ã 1991 by David D. Burns, MD. Revised 2001.

Sugestões de Leitura:

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

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

QUESTÕES RELACIONADAS A TREINAMENTO EM TC: PSICOTERAPIA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Keith Dobson, PhD

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

Introdução

Conforme os leitores da revista *Psicologia Brasil* saberão há uma ampla variedade de teorias e terapias

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

A emergência do conceito de psicoterapia baseada em evidências

As preocupações mencionadas acima são centrais

a um interesse renovado na questão da saúde baseada em evidências. Na América do Norte, todas as disciplinas de saúde, dentre as quais se inclui a Psicologia, estão sendo requeridas a aumentar seus níveis de prestação de contas ao público, através da identificação de práticas respaldadas por pesquisas. E, embora não seja novo o debate a respeito de quais terapias funcionam para quais tipos de clientes, as respostas a essa questão estão tomando novas formas.

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

Métodos de Pesquisa

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

Crítérios e Controvérsias

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

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

Uma terceira fonte de controvérsia surgiu, envolvendo o argumento de que a abordagem direcionada a uma psicoterapia baseada em evidências centralizou a discussão sobre técnicas e métodos de terapia. Notem que um dos critérios do Quadro 1 refere-se à exigência de um manual de tratamento. Este critério faz sentido se acreditarmos que os métodos podem ser apresentados em forma de uma descrição de procedimentos. Mas e se a terapia for, ao contrário, baseada em idéias relacionadas ao

processo interpessoal? Estas idéias podem ser mais difíceis de descrever em forma de um manual. Além disso o foco em técnicas tende a reduzir o foco sobre os aspectos não específicos da terapia, como, por exemplo, uma relação terapêutica positiva, a natureza da aliança terapêutica, o valor de simplesmente falar sobre seus problemas, o valor da liberação emocional, e outros fatores que se aplicam a diferentes modelos de terapia. Na realidade, uma perspectiva alternativa recente sobre a questão da psicoterapia baseada em evidências é de que há fatores empiricamente fundamentados referentes ao relacionamento, que estão presentes em muitos modelos de terapia, e que também necessitam ser examinados e compreendidos. Pode ser que, à medida que o campo avança alguma integração, entre as idéias das terapias empiricamente fundamentadas e os fatores relacionais empiricamente fundamentados, ocorrerá e refletirá o modelo terapêutico ótimo.

Psicoterapia baseada em evidências e o treinamento de profissionais

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

O exemplo do Reino Unido

Mas em nenhum outro país o efeito dos serviços de saúde baseados em evidências foi maior do que no Reino Unido. Lá, o governo estabeleceu uma organização nacional, denominada de Instituto Nacional para Saúde e Excelência Clínica (NICE-National Institute for Health and Clinical Excellence, <http://www.nice.org.uk/>), que tem a incumbência de revisar a literatura de pesquisa em todas as áreas de serviços de saúde, e recomendar a avaliação de práticas e tratamentos. Embora seja

uma agência independente, a NICE pode recomendar ao Ministério da Saúde certas práticas de saúde, e o Ministério já demonstrou sua disposição para modificar aspectos do Sistema Nacional de Saúde com base nessas recomendações. Por exemplo, aumentos significativos em treinamento e o apoio do tratamento de transtornos de ansiedade e depressão, usando terapia cognitivo-comportamental, já estão sendo financiados, com base na literatura sobre psicoterapia empiricamente fundamentada.

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

Psicoterapia baseada em evidências no Brasil?

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

Sugestões de Leitura:

- DOBSON, K.S. (Ed.) (2005) *Manual de Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais*, Porto Alegre: ArtMed.
- NORCROSS, J.C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient needs*. New York: Oxford University Press.

CONCLUSÃO

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

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

Neste projeto, contamos com a valiosa colaboração de inúmeros experts, sem os quais não teríamos

logrado sucesso. Meus associados no ITC-Instituto de Terapia Cognitiva e na ABPC-Associação Brasileira de Psicoterapia Cognitiva, os quais, percebendo a oportunidade do projeto para o avanço da TC no Brasil, instaram-me a aceitá-lo e apoiaram-me de várias formas em sua produção. Aos autores, nacionais e internacionais, amigos incondicionais e líderes em suas áreas de especialidade, os quais generosamente se disponibilizaram a colaborar e, dessa forma, compartilharam conosco seu conhecimento e expertise. À Revista Psicologia Brasil, pelo convite e pelo apoio durante a elaboração dos artigos, em particular, à Editora, Claudia Stella, cuja competência refletiu-se em orientação segura, especialmente ao nos auxiliar a reduzir artigos brilhantes ao espaço disponível para cada módulo. Aos leitores, que generosamente enviaram mensagens reforçadoras e cuja satisfação refletiu-se em aumento no número de assinaturas anuais da Revista.

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

Ana Maria Serra

Amsterdã, Holanda

12 de dezembro de 2006"

Caro assinante,

**na próxima edição, nº 38,
de fevereiro de 2007,**

enviaremos a Capa do

ESTUDO DA TERAPIA COGNITIVA:

UM NOVO CONCEITO EM PSICOTERAPIA,

para você anexar todos os módulos. Aguarde!

Ana Maria Serra

PhD em Psicologia e Terapeuta Cognitiva
pelo Institute of Psychiatry da

Universidade de Londres, Inglaterra.

Presidente Honorária da ABPC

– Associação Brasileira de Psicoterapia

Cognitiva. Diretora do ITC – Instituto

de Terapia Cognitiva, que atua nas

áreas de clínica, pesquisa, consultoria e

treinamento de profissionais, oferecendo

regularmente Cursos e Palestras, dentre

os quais um Curso de Especialização em

Terapia Cognitiva credenciado pelo CFP

– Conselho Federal de Psicologia.

E-mail: itc@itc.web.com

Site: www.itc.web.com

© Ana Maria Serra, PhD.

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