



A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências

Deborah Dobson | Keith S. Dobson



♦ **Deborah Dobson** (PhD) é psicóloga da região de Calgary e professora adjunta do Departamento de Psicologia e Psiquiatria da Universidade de Calgary. Também atua na área privada, avaliando pacientes adultos e tratando-os por meio da terapia cognitiva, sendo, além disso, diretora de treinamento clínico no Calgary Consortium (psicologia clínica). É presidente da Canadian Mental Health Association (Calgary Division) e foi responsável pela seção clínica da Canadian Psychological Association de 2007 a 2008. Seus interesses profissionais incluem o acesso do cliente a tratamentos de base empírica, treinamento clínico, defesa do consumidor e terapias cognitivo-comportamentais.

♦ **Keith S. Dobson** (PhD) é professor de psicologia clínica na Universidade de Calgary, onde atua em várias funções. Foi diretor do setor de psicologia clínica e hoje comanda o departamento de Psicologia e é colíder do Hotchkiss Brain Institute Depression Research Program. A pesquisa do Dr. Dobson tem focado os modelos cognitivos e os mecanismos da depressão, bem como seu tratamento, especialmente por meio do uso de terapias cognitivo-comportamentais. Sua pesquisa resultou em mais de 150 artigos e capítulos publicados, 8 livros e numerosas conferências e *workshops* em diversos países. Além de sua pesquisa sobre a depressão, o Dr. Dobson tem escrito sobre os avanços da psicologia profissional e da ética, tendo estado ativamente envolvido na psicologia organizada no Canadá, incluindo um semestre como presidente da Canadian Psychological Association. Foi um dos diretores da equipe de pesquisa sobre ética da Universidade de Calgary durante muitos anos e é presidente da Academy of Cognitive Therapy, além de presidente eleito da International Association for Cognitive Psychotherapy. Dobson recebeu distinção da Canadian Association of Psychology por suas contribuições à área de psicologia.



D635t Dobson, Deborah.

A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências [recurso eletrônico] / Deborah Dobson, Keith S. Dobson ; tradução: Vinícius Duarte Figueira ; consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição: Eliane Mary de Oliveira Falcone. – Dados eletrônico. – Porto Alegre : Artmed, 2011.

Editado também como livro impresso em 2010.
ISBN 978-85-363-2412-8

1. Terapia cognitivo-comportamental. 2. Medicina baseada em evidências. I. Dobson, Keith S. II. Título.

CDU 615.85

Deborah Dobson | Keith S. Dobson

A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências

Tradução:

Vinícius Duarte Figueira

Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:

Eliane Mary de Oliveira Falcone

Docente da graduação e do programa de pós-graduação
em psicologia social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
Terapeuta e supervisora na prática clínica cognitivo-comportamental.

Versão impressa
desta obra: 2010



2011

Obra originalmente publicada sob o título
Evidence-Based Practice of Cognitive-Behavioral Therapy
ISBN 9781606230206

© 2009 The Guilford Press, a Division of Guilford Publications, Inc.

Capa: *Gustavo Macri*

Preparação de original: *Cristine Henderson Severo*

Leitura final: *Maria Rita Quintella*

Editora sênior – Ciências humanas: *Mônica Ballejo Canto*

Editora responsável por esta obra: *Amanda Munari*

Projeto e editoração: *Techbooks*

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED® EDITORA S.A.

Av. Jerônimo de Ornelas, 670 - Santana

90040-340 Porto Alegre RS

Fone (51) 3027-7000 Fax (51) 3027-7070

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

SÃO PAULO

Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 - Pavilhão 5 - Cond. Espace Center

Vila Anastácio 05095-035 São Paulo SP

Fone (11) 3665-1100 Fax (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444

IMPRESSO NO BRASIL

PRINTED IN BRAZIL

COMEÇANDO O TRATAMENTO: HABILIDADES BÁSICAS

O que fazer agora? O que você faz quando o tratamento começa? Boa parte dos tratamentos cognitivo-comportamentais inclui componentes comuns, tais como sessões estruturadas, tarefas a serem realizadas fora das sessões, psicoeducação e resolução de problemas. Este capítulo examina as habilidades básicas para o começo do tratamento, uma vez que você tenha estabelecido as metas e desenvolvido uma aliança terapêutica positiva com o seu cliente.

Neste capítulo, abordamos os componentes do tratamento incluídos na maioria das intervenções cognitivo-comportamentais. Esses componentes incluem a orientação para o tratamento cognitivo-comportamental e sua estrutura no que diz respeito às sessões, à psicoeducação e à resolução de problemas. Todos esses processos ocorrem em momento próximo do começo do tratamento, embora possam reaparecer ao longo da terapia. Outra intervenção básica de todos os tratamentos cognitivo-comportamentais é a designação de tarefas de casa, o que tende a ocorrer no começo, mas continua ao longo do tratamento. Todas essas estratégias em si e por si mesmas podem levar à mudança, bem como a facilitar a transição para intervenções comportamentais e cognitivas mais formais, o que abordamos nos Capítulos 6 a 8 deste livro.

Antes de discutir a estrutura das sessões individuais, brevemente revisamos a sequência típica de tratamento geral no tratamento cognitivo-comportamental. Esta sequência é aproximada e deve ser adaptada às necessidades individuais do cliente.

♦ SEQUÊNCIA E EXTENSÃO DO TRATAMENTO

Os manuais de tratamento não são coerentes no que diz respeito ao relativo ordenamento de intervenções comportamentais e cognitivas. Alguns começam com intervenções comportamentais (por exemplo, A. T. Beck et al., 1979), ao passo que outros começam com a psicoeducação relativa às distorções cognitivas e à reestruturação cognitiva (por exemplo, Antony e Swinson, 2000). A prática que recomendamos é geralmente começar com as estratégias comportamentais, e depois “entrelaçar” as intervenções cognitivas na terapia de modo bastante rápido. Dessa forma, obtemos uma mudança objetiva no funcionamento, enquanto continuamos a entender melhor os padrões de pensamento do cliente e as maneiras ótimas para intervir no pensamento negativo. A sequência da terapia cognitivo-comportamental ocorre, em geral, da seguinte maneira, embora seja possível avançar ou recuar entre as fases:

1. avaliação
2. formulação clínica de caso

3. *feedback* ao cliente e reformulação, conforme necessário
4. estabelecimento de metas
5. psicoeducação
6. monitoramento dos comportamentos e emoções do cliente
7. intervenções comportamentais
8. monitoramento das cognições do cliente
9. reestruturação cognitiva
10. reavaliação e discussão de esquemas
11. monitoramento de esquemas (se necessário)
12. terapia de mudança de esquemas (se necessário)
13. prevenção de recaída, manutenção e finalização da terapia

Como foi observado nos Capítulos 2 e 3 deste livro, a avaliação e a formulação são processos contínuos. Embora a ordem precedente seja comum, a sequência deve ser flexível e adaptada a cada cliente, de acordo com a formulação clínica do caso. Por exemplo, alguns clientes requerem uma psicoeducação mínima, mas um enfoque maior sobre suas cognições. Outros clientes podem responder muito bem às intervenções comportamentais e prontamente afirmam que não requerem qualquer ajuda extra. Outros clientes, ainda, podem requerer o “pacote” integral do tratamento. Em alguns casos, é necessário ir e vir entre os estágios do tratamento, porque o cliente pode inicialmente melhorar e depois sofrer um revés que requeira intervenções mais básicas. Também, para alguns problemas, uma estratégia comportamental é necessária e suficiente para a mudança, mas, para outras questões, intervenções cognitivas são necessárias. Obviamente, as intervenções comportamentais afetam as cognições e as intervenções cognitivas afetam o comportamento. É extremamente difícil desembaraçar o efeito de muitos componentes do tratamento. Sua formulação inicial pode sugerir que o cliente requeira um tratamento de mudança de esquemas; contudo, essas crenças subjacentes podem gradualmente começar a mudar durante as fases iniciais da terapia, tornando esse tipo de tratamento mais curto ou às vezes desnecessário.

A duração média das intervenções dos estudos de tratamento varia, mas fica entre 12 e 16 sessões. A duração média da terapia na prática clínica é muito mais variável e vai de uma a muitas sessões. Consequentemente, o entrelaçamento de intervenções comportamentais e cognitivas é crucial, porque elas reforçam-se mutuamente. Por exemplo, os experimentos comportamentais podem ser conduzidos nas fases iniciais, intermediárias e finais da terapia. Esses experimentos podem não só ajudar o cliente a praticar a mudança, mas também questionar seus pensamentos e crenças subjacentes. Consequentemente, um terapeuta cognitivo-comportamental experiente avalia constantemente, na sessão, as reações do cliente a experimentos de mudança comportamental, e aponta as discrepâncias com as crenças identificadas e expressadas pelo cliente. Um de nós (D. D.) atende clientes com ansiedade social e medos relativos a falar em público. No começo da terapia, a profissional faz com que os clientes planejem um experimento no qual falam por dois minutos sobre um tópico de interesse deles. Esse exercício de exposição normalmente gera ansiedade, mas boa parte dos clientes é capaz de criar ânimo para enfrentar a situação. Depois da atividade, os prognósticos feitos pelos clientes sobre não serem capazes de falar em público são postos em questão, porque obviamente eles conseguiram falar! A discrepância em relação a seus pensamentos típicos é apontada, e prognósticos alternativos são propostos para exercícios futuros.

♦ ORIENTAÇÃO E ESTRUTURA DA SESSÃO

Embora a orientação a um modelo teórico não seja especificamente uma intervenção, é crucial para o sucesso do tratamento. A orientação terapêutica de sucesso aumenta a confiança do cliente no modelo terapêutico, ampliando, no processo, sua motivação, concordância e disposição de adotar alguns dos riscos exigidos na terapia. A orientação começa durante a semana inicial ou mesmo

antes de o terapeuta encontrar o cliente. Alguns clientes que chegam à terapia já estão cientes da terapia cognitivo-comportamental; consequentemente, eles podem já ter aceitado o modelo em alguma medida.

A orientação para a terapia ocorre de acordo com uma série de diferentes maneiras e varia, dependendo das necessidades do cliente e das metas da terapia. Uma das maneiras por que a orientação ocorre é por meio da estrutura das sessões cognitivo-comportamentais. O formato usual de uma sessão de terapia cognitivo-comportamental inclui o seguinte:

1. Um *check-in* geral, incluindo uma avaliação de humor e de angústia/sofrimento e um comentário sobre a sessão anterior, ou ligação (“ponte”) com ela.
2. Uma breve revisão da tarefa de casa que se tentou realizar.
3. Uma discussão de quaisquer questões prementes para a sessão atual.
4. Estabelecimento de agenda, incluindo prioridades e tempo aproximado destinado a cada tópico.
5. Discussão e trabalho sobre cada item da agenda.
6. Resumo dos pontos principais da sessão.
7. *Feedback* sobre a sessão.
8. Discussão dos aspectos gerais da tarefa de casa, incluindo a antecipação de problemas, a prática relativa às preocupações e o estabelecimento de nova tarefa de casa.

É muito comum para os novos terapeutas superestimarem a quantidade de trabalho que pode ser realizada em uma sessão, e constatar que só têm alguns poucos minutos ao final da sessão para resumir e planejar a tarefa de casa. Se a elaboração da tarefa de casa for apressada, serão menos colaborativas, menos flexíveis e terão menos sucesso. Dividir mentalmente cada sessão em três “partes” é útil: o *começo* da sessão (itens 1 a 3), o *desenvolvimento ou trabalho* da sessão (itens 4 a 6) e *finalização* (itens 7 a 8). Dessa forma, nem o começo nem o final da sessão recebem um prazo curto, e as expectativas do terapeuta para o trabalho que pode ser

realizado são reduzidas. Em geral, pode-se utilizar uma regra de 10-30-10 minutos alocados para cada parte da sessão, totalizando 50 minutos de sessão. Assim, em uma sessão tradicional, você deve começar a encerrar a sessão ou encaminhar o seu término quando faltarem 10 minutos para você encerrá-la.

Embora os 50 minutos de sessão sejam uma tradição e uma maneira conveniente de organizar nossas agendas, pode haver razões para variar a duração das sessões às vezes. As exceções à duração usual da sessão podem incluir a exposição planejada a exercícios ou intervenções de grupo. As sessões de exposição têm com frequência mais do que 50 minutos, especialmente para os clientes com transtorno obsessivo-compulsivo, transtorno do estresse pós-traumático ou para clientes cuja ansiedade dure mais do que 30 minutos para reduzir-se em intensidade. Quando planejar uma sessão de exposição (ver Capítulo 6 deste livro), é inteligente planejar sessões mais longas, se possível. Embora as sessões de grupo cognitivo-comportamentais durem entre 90 e 120 minutos, a divisão das sessões em três partes pode ainda ser seguida. Ocasionalmente, sessões de 30 minutos podem ser agendadas para clientes que se aproximam do final da terapia e que requeiram apenas uma sessão de manutenção. Também é útil considerar sessões mais breves para clientes com problemas de concentração ou outros problemas cognitivos, especialmente em momento próximo ao início da terapia. Por exemplo, os clientes com depressão severa ou transtornos psicóticos podem requerer sessões mais curtas, porém mais frequentes, para promover a mudança terapêutica.

♦ PSICOEDUCAÇÃO

Psicoeducação é algo que se define como o ensino de princípios e conhecimentos psicológicos relevantes para o cliente. Esse aspecto da terapia ocorre sob uma série de formas, usando uma série de formatos. Os tipos e a extensão dos métodos para propiciar essas informações dependem das necessidades de aprendizagem do cliente. Alguns tipos

de informações são rotineiramente usados, ao passo que outros são usados apenas ocasionalmente. O Quadro 5.1 apresenta uma série de considerações e sugestões relativas à psicoeducação.

Dada a verdadeira explosão de informações referentes ao cliente pode ser muito difícil “separar o joio do trigo”. Sugerimos que você não recomende um livreto, livro, vídeo ou *site* que não tenha examinado. Para garantir que a qualidade dos tipos de informações a que você quer expor seu cliente estejam incorporados em tal fonte, sugerimos que mais do que fazer as mesmas recomendações a todos os clientes, você molde suas recomendações a cada um deles. Em alguns casos, pode ser melhor simplesmente dar informações verbais e não exigir qualquer leitura.

Norcross e colaboradores (2000) apresentaram, de maneira conveniente, qualificações dos livros de autoajuda, autobiografias, filmes e recursos da internet e grupos de autoajuda/apoio que estão amplamente disponíveis nos Estados Unidos. Esse texto pode ajudá-lo a guiar suas escolhas sobre os materiais disponíveis até a data de sua publicação. Lembre-se de que muitos clientes não estão interessados em ler tanto quanto os terapeutas, e os materiais breves e concisos são frequentemente adequados e suficientes para as intenções da psicoeducação básica. Alguns clientes, contudo, apreciam o acesso direto aos estudos de pesquisa e consideram a provisão dessas referências como um sinal de respeito por seu intelecto. Em tais casos, a discussão desses materiais pode ampliar a relação terapêutica e oferecer oportunidades para aplicações às situações particulares dos clientes. Também pode ajudar alguns clientes a conduzir sua própria pesquisa e a encontrar seus próprios materiais educacionais.

Aqui estão algumas das principais considerações que recomendamos para escolher materiais:

- ♦ O modo como a educação, a linguagem e o nível de alfabetização do cliente correspondem aos materiais.
- ♦ As habilidades do cliente (por exemplo, habilidades de pesquisa no computador ou na biblioteca).

- ♦ Os interesses do cliente e seu desejo de mais ou menos informações.
- ♦ Os recursos disponíveis ao cliente (por exemplo, computador ou acesso à internet).
- ♦ Questões de privacidade (por exemplo, se os membros da família não estiverem cientes do problema, o cliente pode relutar em levar materiais para casa).
- ♦ O nível de sofrimento e a capacidade de concentração do cliente (por exemplo, alto sofrimento e pouca concentração impedem o cliente de participar da psicoeducação. Por isso, ajuste o material utilizado).
- ♦ A qualidade dos materiais (por exemplo, a conveniência das informações, sua precisão, sua qualidade técnica e a consistência da mensagem dos materiais em relação ao tratamento que você está tentando desenvolver com o cliente).

O que sabemos sobre a eficácia e os benefícios da psicoeducação? Embora poucos estudos tenham avaliado diretamente a psicoeducação como um componente separado da terapia cognitivo-comportamental, muitos estudos examinaram a eficácia das intervenções educacionais breves e das orientações clínicas práticas, frequentemente recomendando informações sobre “biblioterapia” como um primeiro passo no tratamento ou como um tratamento de primeira linha para indivíduos com problemas leves. Vários manuais de autoajuda, *sites* e livros que foram elaborados estão incluídos nos modelos de cuidado “passo a passo” para as orientações da prática clínica de saúde mental. Esses modelos funcionam para corresponder os serviços oferecidos às necessidades do cliente e foram usados por algumas organizações de saúde, tais como o National Health Service (NHS) no Reino Unido.

A maior parte dos profissionais acredita que a psicoeducação é útil, além de aumentar a concordância do cliente com a intervenção. De acordo com a nossa experiência, os benefícios são muitos. O conhecimento em geral leva a uma sensação de controle sobre os problemas e começa a mudar crenças.

Alguns clientes que vêm para a psicoterapia estão convencidos de que um “desequilíbrio bioquímico” é a causa de seus sintomas. Tal crença tipicamente leva a pensamentos relativos à falta de controle e sentimentos de desamparo. Um cliente que comece a entender alguns dos precursores e gatilhos dos sintomas depressivos *em geral* normalmente também considera como as informações se aplicam a suas próprias situações. Os benefícios da psicoeducação também incluem a sensação de alívio dos clientes, pois alguém escreveu sobre seus problemas, pesquisou-os e os discutiu, levando a sentimentos de validação, apoio e esperança. Os clientes que são expostos a tais materiais podem fazer frases como “Eu sei que não estou

só”, “Meus problemas são mais comuns do que eu pensava” e “Muitas pessoas melhoraram com esse tratamento. Por isso, minha tendência é sentir-me melhor depois desta terapia”.

Outros tipos de psicoeducação têm os benefícios de um maior conhecimento e maiores habilidades. Por exemplo, parte desses materiais ensina os clientes sobre os princípios de reforço ou do efeito potencial da mudança cognitiva sobre os resultados comportamentais. O ônus é do terapeuta, no que diz respeito a determinar que tipo de informação pode ser útil ao cliente para além do diagnóstico, da lógica do tratamento e das constatações de pesquisa. As informações sobre os transtornos e as interven-

QUADRO 5.1 Considerações sobre a psicoeducação

Considere o uso de informações psicoeducacionais para este tipo de material:

- ♦ Em relação aos critérios de diagnóstico, muitos clientes estão bastante interessados em ver e discutir os sintomas que constituem um transtorno. Somente considere usar essas informações se você tiver confiança de que os sintomas do cliente de fato atendem os critérios.
- ♦ As explicações cognitivo-comportamentais e os modelos para o desenvolvimento e manutenção de sintomas.
- ♦ Intervenções cognitivo-comportamentais e sua eficácia.
- ♦ Princípios de mudança de comportamento, tais como reforço, punição, formatação e extinção.
- ♦ Informações relativas às orientações de prática clínica para os problemas dos clientes. Por exemplo, o NHS no Reino Unido publica guias práticos baseados em evidências para uma variedade de problemas de saúde mental: www.nice.org.uk.
- ♦ Problemas relacionados que os clientes possam estar experimentando, tais como transtornos do sono, estresse e ansiedade gerais e dificuldades relativas à paternidade ou à comunicação.

Uma série de modalidades disponíveis para a psicoeducação apresenta as seguintes características:

- ♦ As informações didáticas apresentadas pelo terapeuta na sessão.
- ♦ Folhetos e livretos produzidos por profissionais. Livros, filmes ou materiais da internet (ver Norcross et al., 2000, para exemplos e índices).
- ♦ Recursos locais e apresentações públicas.

Sites úteis para textos que podem ser baixados da internet:

- ♦ www.cpa.ca/public/yourhealthpsychologyworksheets: Canadian Psychological Association; folhetos sobre muitos assuntos diferentes, incluindo tratamentos baseados em evidências.
- ♦ www.apa.org: American Psychological Association; ver no site o item “Psychology Topics”.
- ♦ www.adaa.org: Anxiety Disorders Association of America.
- ♦ www.anxietycanada.ca: Anxiety Disorders Association of Canada.
- ♦ www.abct.org/mentalhealth/factsheets/?fa=factsheets: Association for Behavioral and Cognitive Therapies; explora os sintomas dos transtornos e dá destaque aos modos pelos quais os terapeutas cognitivo-comportamentais os tratam.
- ♦ academyofct.org: Academy of Cognitive Therapy; ver no site o item “Consumers”.

ções cognitivo-comportamentais podem ser encontradas *on-line*, e seus clientes podem imprimi-las. Veja o Quadro 5.1 para uma lista de recursos que podem ser baixados da internet.

Kerry estava finalizando a primeira sessão com sua nova cliente, Natasha. Ele estava descrevendo o modelo cognitivo-comportamental de depressão, que foi o maior problema apresentado por Natasha. De forma surpreendente, Natasha parecia desinteressada por essa informação, e, quando perguntamos a ela se tinha alguma questão a fazer, ela disse que não. Quando Kerry ofereceu-lhe alguns materiais de leitura, ela disse que não estava interessada. Kerry perguntou se ela gostava de aprender por meio da leitura ou mais pela ação. Natasha claramente expressou interesses em “ir em frente” e em descobrir o que funcionaria na experiência dela.

Mais do que tentar forçar a questão da educação, Kerry observou o estilo de aprendizagem de Natasha. Ele tentou garantir que houvesse tarefas de casa em todas as sessões. Explicou cuidadosamente a lógica de cada tarefa para garantir que Natasha pudesse explicar por que cada uma das tarefas era importante, mas não enfatizou os materiais de leitura. Ele criou a hipótese de que Natasha pudesse também relutar em fazer qualquer tarefa escrita. Esse prognóstico provou ser verdadeiro; Natasha não gostava de escrever coisas sob a forma de tarefa de casa e de trazê-las para a terapia. Ambos constataram, porém, que ela não se opunha a usar um quadro branco durante a sessão para demonstrar como a tarefa de casa poderia ser feita. Na verdade, ela considerou o uso de desenhos no quadro branco bastante eficazes. Ao longo do tempo, ela também foi capaz de usar lembretes escritos sob a forma de notas ou cartões. Juntos, Kerry e Natasha sempre discutiam como lembrar e implementar cada tarefa, sempre respeitando o estilo de aprendizagem particular de Natasha.

♦ ESTABELECIMENTO DA TAREFA DE CASA

A tarefa de casa é um componente essencial das intervenções cognitivo-comportamentais. As muitas metas do trabalho de casa incluem a aprendizagem e a generalização de mudanças para além das sessões de terapia. Os vários tipos de tarefa de casa incluem a leitura de materiais educativos, a condução de experimentos comportamentais ou a prática de habilidades de comunicação. Os clientes são em geral ensinados que a tarefa de casa é um componente necessário do tratamento cognitivo-comportamental, sem o qual mudanças significativas provavelmente não aconteceriam. Ver o Quadro 5.2 para obter algumas sugestões de tarefa de casa. Em geral, a tarefa de casa bem-sucedida deve ser desenvolvida em colaboração com o cliente (Ver Quadro 5.3). Outras discussões sobre a tarefa de casa para intervenções também podem ser encontradas nos Capítulos 6 a 8. Dificuldades com a adesão à tarefa de casa são discutidas no Capítulo 10 (ver Quadros 10.1 e 10.2 deste livro).

Contrariamente ao que a maior parte dos terapeutas cognitivo-comportamentais dizem a seus clientes, a concordância com as tarefas de casa não está positivamente associada com o resultado em todos os estudos. Keijsers, Schaap e Hoogduin (2000) relataram um resultado positivo em quatro estudos, mas não em outros sete. Contudo, Kazantzis e Dattilio (2007) sugerem que há fundamentos teóricos e empíricos muito fortes para o uso da tarefa de casa no tratamento. Há pouco foi publicado um texto sobre o uso da tarefa de casa na psicoterapia (Kazantzis e L'Abate, 2007). Há também uma constatação recente de que a aprendizagem e a incorporação bem-sucedida das intervenções da terapia cognitiva de fato levaram a índices mais baixos de recaída para clientes com depressão que variava de moderada à severa, acompanhados durante um ano depois de um tratamento exitoso (Strunk, DeRubeis, Chiu e Alvarez, 2007).

QUADRO 5.2 Dicas para uma tarefa de casa bem-sucedida

1. Certifique-se de que as decisões relativas ao trabalho de casa sejam colaborativas, e não decididas isoladamente pelo terapeuta ou pelo cliente.
2. Deixe tempo suficientemente livre ao final de cada sessão para discutir e desenvolver tarefas de casa.
3. Certifique-se de que haja compreensão mútua em relação à tarefa. Pode ser útil fazer com que os clientes parafraseiem sua compreensão do que seja a tarefa de casa.
4. Ofereça uma boa lógica para a tarefa de casa, de modo que esteja claro como essa tarefa em particular está relacionada às metas gerais do tratamento.
5. Obtenha um compromisso, de parte do cliente, no que diz respeito à realização da tarefa.
6. A designação da tarefa deve ser específica e clara, e não geral (por exemplo, “pratique o contato olho no olho com três pessoas diferentes por dia”, e não “pratique as habilidades sociais não verbais”).
7. Avalie o sucesso pelos esforços do cliente e pelo processo de tarefas de casa, e não pelos resultados, algo que é coerente com o empirismo colaborativo (por exemplo, se o cliente praticou o contato olho no olho conforme o item 6, tal contato será considerado bem-sucedido, independentemente de as outras pessoas terem respondido positivamente).
8. Certifique-se de que o cliente disponha tanto dos recursos (por exemplo, funcionais, emocionais, motivacionais) quanto das habilidades (por exemplo, de letramento, sociais, de conhecimento) para realizar a tarefa de casa.
9. Use os recursos de memória, tais como as folhas de tarefas de casa ou o formulário para prescrição de mudança (ver Quadro 5.3). Os clientes podem ficar ansiosos na sessão e ter boas intenções de realizar a tarefa, mas genuinamente esquecer exatamente o que deveriam fazer.
10. Faça com que os clientes prognostiquem a probabilidade de que completarão a tarefa de casa. Se for algo próximo de 70%, considere mudá-la ou simplificá-la, ou encontrar uma estratégia que ampliará as chances de realização da tarefa.
11. Certifique-se de que você fará perguntas sobre a tarefa de casa na próxima sessão e reforce verbalmente os esforços dispendidos na realização da tarefa.
12. Considere a possibilidade de designar uma tarefa de casa a você mesmo, a fim de que você possa modelar a realização da tarefa. Sua tarefa de casa inclui acessar material psicoeducacional ou encontrar informações relevantes para os problemas do cliente.

♦ INTERVENÇÕES DE RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

De certa forma, a função de toda terapia cognitivo-comportamental é resolver problemas. Ajudamos os clientes que chegam ao tratamento a dar nome e a definir seus problemas, de maneira tão precisa quanto possível. Depois, criamos uma relação colaborativa para determinar os métodos e a ordem em que devemos abordar seus problemas. Quando estamos no processo de resolução desses problemas, avaliamos as preocupações ou déficits de comportamentos, cognições e crenças. Se percebemos essas preocupações, ou se os clientes parecem ter

deficits de habilidades, oferecemos educação e treinamento para ajudá-los a desenvolver habilidades mais adaptativas a serem empregadas tanto para problemas atuais quanto futuros. As técnicas que usamos são variadas, dependendo da formulação de caso para cada cliente, mas envolvem algumas das intervenções típicas que discutiremos nos próximos capítulos (ver Capítulos 6, 7 e 8).

Embora a terapia cognitivo-comportamental use um formato geral de resolução de problemas, é importante reconhecer que a *resolução de problemas* tem sido definida também como um formato de tratamento independente (Chang, D’Zurilla e Sanna, 2004; D’Zurilla e Nezu, 2006). Há evidências de que a terapia de resolução de problemas

QUADRO 5.3 Formulário para prescrição de mudança

Prescrição de mudança

Acordo sobre realização da seguinte tarefa de casa:

Dra. Deborah Dobson

Cliente

Próxima consulta (data e hora) _____

Telefone: (403) xxx-xxxx

por si só pode produzir efeitos significativos de tratamento para os clientes que lutam contra a depressão ou problemas crônicos de saúde, tais como o câncer. A terapia de resolução de problemas implica uma estratégia flexível de solução de problemas que pode ser adaptada para atender a casos diferentes. Pode também ser incorporada na terapia cognitivo-comportamental formulada por casos, seja de uma maneira geral, seja como uma metodologia específica que se ensina para ajudar os clientes a abordarem e resolverem problemas.

No modelo geral de resolução de problemas, que pode ser visto na Figura 5.1, o processo inicia com a identificação e a nomeação de um problema específico. O problema pode ser um sinal ou sintoma de um transtorno psicológico (por exemplo, a evitação; as transtornos do sono); pode ser a ocorrência de um estressor psicossocial (por exemplo, o aspecto fundamental representado por um parceiro ou um dos pais, estresse no emprego) ou uma questão constante na vida do cliente (por exemplo, asma). Quando o processo começa, o terapeuta e o cliente determinam os parâmetros do problema (por exemplo, sua frequência, duração, os fatores de acionamento do problema e como ele em geral se resolve), e desenvolvem uma estra-

tégia de avaliação para o problema. É importante entender completamente e medir o problema antes da intervenção, de modo que os resultados possam ser avaliados.

O segundo passo incentiva uma orientação de resolução de problemas na qual se pede ao cliente que desenvolva a ideia de mudar e começar a considerar o modo de promover a mudança. O conceito de experimentação comportamental é apresentado ao cliente e a ele se pede que renuncie a quaisquer pensamentos ou sentimentos sobre o problema, especialmente aqueles relacionados ao desamparo ou à passividade. Em vez disso, algumas maneiras possíveis de resolver o problema são discutidas. Ao fazê-lo, o cliente é fortemente estimulado a não chegar a conclusões precipitadas sobre a utilidade de qualquer estratégia dada, mas a adiar seu julgamento até que o maior número possível de alternativas seja identificado. Esse processo de geração de solução é frequentemente chamado de *brainstorming*. Durante esse passo, o terapeuta incentiva o cliente a usar tanto a quantidade (tantas quanto for possível) e os princípios de qualidade (tantos tipos quanto for possível) para gerar estratégias alternativas e para abrir uma gama de opções para discussão. Pelo fato de alguns clientes terem dificuldades

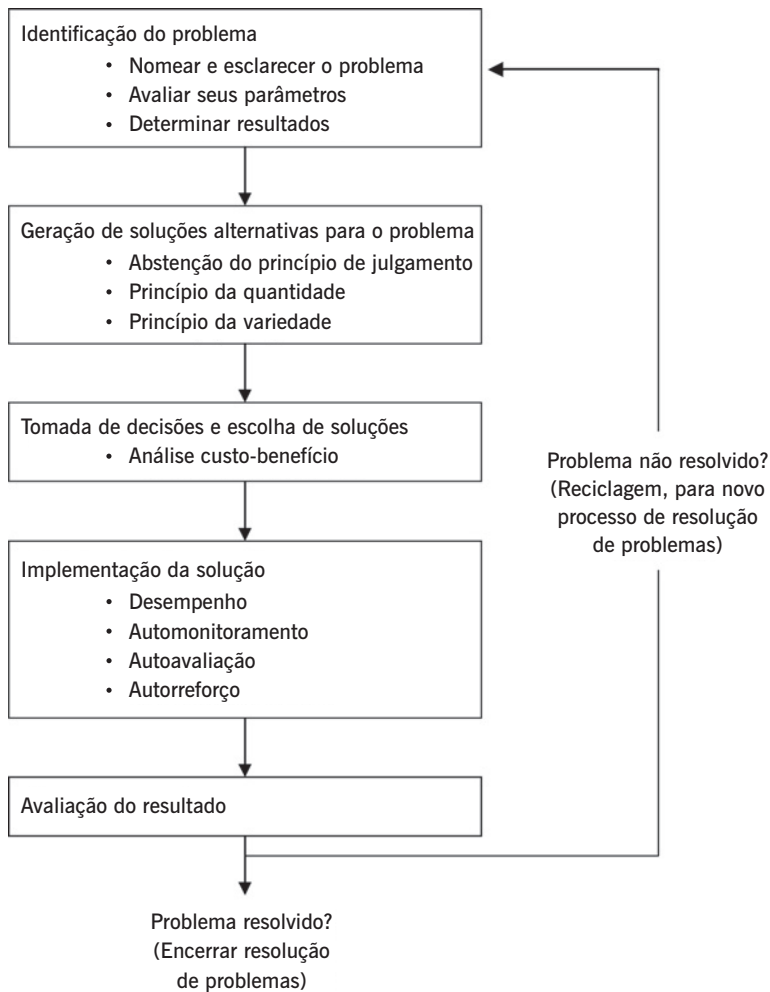


FIGURA 5.1 O modelo geral da resolução de problemas.

em gerar novas ideias, pode ser útil propor algumas sugestões criativas, improváveis e bem-humoradas como uma forma de abrir os seus olhos para soluções possíveis.

No terceiro passo, realiza-se um processo de análise de custo-benefício, no qual cada opção de resolução de problema é avaliada. O critério fundamental para julgar cada opção é sua probabilidade, se bem implementada, de resolver o problema original. Questões como custo, tempo, esforço ou outras considerações precisam ser levadas em consideração se elas forem resolver o

problema mais completamente. Esse processo é feito de maneira colaborativa e explícita com o cliente, e a discussão sobre como as diferentes opções podem ser implementadas é em geral parte desse passo de resolução de problemas.

Uma “melhor” estratégia é escolhida para o quarto passo do processo. Esta é a estratégia ótima que considera os fatos correntes, a informação e os recursos do cliente, e que é uma melhor tentativa sobre o resultado provável das diferentes opções consideradas no terceiro passo. A maneira precisa

de implementar a estratégia é discutida, incluindo o momento quando ela deve começar, como será conduzida, o período de tempo, e assim sucessivamente. Se necessário, o cliente pode receber instruções ou ser ensinado a implementar a estratégia, se ele estiver incerto. Às vezes, pode ajudar a praticar essas estratégias durante a sessão. Pode também ser importante dividir a estratégia geral em uma série de submetas, que podem ser feitas em ordem planejada. Depois da opção, o cliente implementa a estratégia como tarefa de casa. Ao fazê-lo, ele tenta garantir que o desempenho esteja de acordo com a expectativa e que ele monitore o seu próprio uso da estratégia, apresente uma avaliação contínua de si mesmo como agente de mudança e dê a si mesmo créditos pelos esforços feitos. Deve-se reconhecer que muito embora o cliente possa estar fazendo um ótimo trabalho, a estratégia pode não mudar o problema, de modo que o reforço esteja no esforço e não nos resultados. Os clientes podem ser incentivados a incluir seus próprios esforços e tentativas de resolução de problemas como parte importante do resultado.

No quinto passo, o cliente e o terapeuta avaliam o resultado do esforço de resolução de problemas. Se o problema foi resolvido, então eles podem trabalhar na próxima questão e construir uma nova realidade a partir do sucesso atual. Se o problema não foi resolvido, ou resolvido parcialmente, ou mudou de alguma forma durante o exercício de resolução de problemas, o terapeuta e o cliente voltam ao começo do processo e reavaliam o problema e as estratégias que podem ser tentadas. Esse passo é em geral mais fácil, pois as outras soluções geradas na fase de *brainstorming* podem ser reintroduzidas como estratégias a serem consideradas. O cliente também aprendeu com seus esforços e pode ter gerado novas ideias. De acordo com nossa experiência, não é incomum que uma estratégia “subótima” seja escolhida na primeira vez. Por isso, pode ser apropriado em tais casos discutir a necessidade de tentar uma alternativa mais difícil, mas potencialmente mais eficaz com o cliente.

Como foi observado anteriormente, o modelo de resolução de problemas é uma

metáfora para a terapia cognitivo-comportamental, e os terapeutas são estimulados para também abordar os problemas dos clientes a partir de uma orientação de resolução de problemas. Quando trabalhar com um cliente individual, contudo, poderemos ou não ser explícitos sobre o modelo em si. Nossa impressão é a de que o processo de percorrer os passos é fundamental para resolver problemas para muitos clientes, e que nomear os princípios para a geração de problemas alternativos, por exemplo, não é necessário para que eles usem o método. Para outros clientes, contudo, em especial se eles são um pouco desorganizados ou se suas estratégias de enfrentamento são fracas, pode valer a pena delinear um modelo genérico de resolução de problemas e depois trabalhar de uma maneira mais explícita o modo como o modelo poderá ser aplicado às situações individualizadas.

Joshua, cliente de Thomas, veio para a sessão com uma questão muito clara a discutir. Quando tal questão foi abordada, Joshua disse que tinha um grande problema com sua sogra, Penny, que ele não sabia como abordar. Sua sogra estava cuidando da filha mais moça de Joshua, Chloe, porque ele e sua mulher, Samantha, estavam trabalhando fora de casa. O casal precisava e apreciava a atenção que a avó dispensava à menina, mas não podia pagar pelo serviço.

O problema foi que Penny não era tão cuidadosa quanto Joshua e Samantha gostariam que fosse. Dois dias antes da sessão, Joshua, ao chegar em casa, encontrou a porta de segurança do porão da casa totalmente aberta, e Chloe perambulava junto ao degrau mais alto da escadaria que levava ao porão, quase pronta para cair. Joshua e Samantha já haviam encontrado as gavetas da cozinha abertas ou visto objetos com que a menina poderia cortar-se soltos em cima da mesa. A consequência é que Joshua veio para a sessão preocupado com sua filha, um pouco irritado com sua sogra e incerto sobre o modo correto de abordar a questão com sua mulher.

Thomas e Joshua produziram as seguintes soluções possíveis para a situação:

1. “Despedir” a sogra e contratar alguém para cuidar da criança.
2. Livrar-se de tudo que representava insegurança e trancar as portas de segurança.
3. Postar uma lista de regras para a casa, a que todos teriam de obedecer.
4. Fazer com que Samantha confrontasse sua mãe, ficando Joshua de fora.
5. Fazer uma reunião com a sogra para expressar preocupação.
6. Tentar fazer com que a sogra entendesse que seu comportamento era perigoso.

Tanto quanto possível, Thomas usou perguntas para ajudar Joshua a produzir a lista de possíveis soluções para problemas. Thomas mantinha em mente a ideia relativa à capacidade de Joshua realizar essa tarefa e também sabia que as emoções dele pareciam às vezes obscurecer seu discernimento.

Tendo produzido a lista, eles analisaram cada uma das estratégias e verificaram suas possíveis vantagens e desvantagens e facilidade de implementação. Ao final, concordaram que a melhor estratégia a tentar era a de Joshua primeiramente conversar com Samantha, para certificarem-se de que ambos concordavam quanto ao problema e sua possível solução. Então, juntos, os dois falariam com Penny, para tentar fazer com que ela considerasse o perigo a que estivera expondo Chloe, fazendo também com que Penny, se possível, apresentasse sugestões que pudessem mudar sua aparente falta de cuidado. Eles concordaram que Joshua discutiria a ideia primeiramente com Samantha. O casal poderia ou implementá-la imediatamente, se houvesse acordo, ou Joshua e Thomas poderiam discuti-la na sessão da próxima semana, se a discussão com Samantha provasse ser problemática.

Para concluir essa discussão, Thomas levou alguns minutos para expli-

car a Joshua o processo de resolução de problemas que eles haviam acabado de finalizar. Ele sugeriu que essa estratégia geral poderia ser usada em uma série de situações e que ele estaria atento a outras situações potenciais em que Joshua pudesse praticar essa ideia. Joshua concordou também em ficar atento a situações similares, e passaram ao item seguinte da agenda.

Outra observação importante é que o modelo de resolução de problemas não prescreve quais estratégias precisam ser usadas. Qualquer estratégia que melhore ou resolva um problema é aceitável neste quadro. Em geral, as estratégias tendem a focar problemas externos, tais como as relações ou estressores da vida real, ou problemas internos, tais como sintomas ou interesses emocionais, e alguns métodos estão mais propensos a ser usados para cada classe de fatores externos *versus* internos (ver o Quadro 5.4). Ao final do dia, dependerá realmente de você e de seu cliente desenvolver, selecionar e criar estratégias relativas ao método para resolver os problemas, de modo que ele esteja altamente individualizado. Finalmente, observe que nem todas as estratégias selecionadas precisam necessariamente ser monitoradas por você, como terapeuta. Por exemplo, se o maior problema do cliente for de ordem financeira, consultar um planejador financeiro pode ser muito mais eficiente do que sessões contínuas com o terapeuta.

Agora que revisamos as habilidades cognitivo-comportamentais básicas, e também as estratégias gerais de resolução de problemas, voltaremos os Capítulos 6, 7 e 8 deste livro às estratégias comportamentais e cognitivas de tratamento. Você provavelmente também voltará às habilidades básicas em circunstâncias em que seus clientes não fazem sua tarefa de casa, quando eles exigem uma psicoeducação sobre um novo problema, ou quando a aliança terapêutica parece extenuada. Embora a sequência deste texto esteja de acordo com um modelo lógico, ela pretende ser flexível, e é importante sempre ter em mente as necessidades particulares do cliente.

QUADRO 5.4 Estratégias comuns de resolução de problemas

Habilidades de enfrentamento centradas no problema	Habilidades de enfrentamento centradas nas emoções
♦ Treinamento de habilidades de comunicação ♦ Habilidades relativas a encontrar trabalho e para entrevistas ♦ Paternidade ou gerenciamento dos filhos ♦ Educação ou treinamento financeiros ♦ Atualização educacional ♦ Habilidades de resolução de conflitos ♦ Desenvolvimento de apoio social ♦ Obtenção de autoajuda ♦ Habilidades de relações interpessoais	♦ Reestruturação cognitiva ♦ Métodos de relaxamento (relaxamento muscular progressivo, respiração, meditação) ♦ Rotina estruturada ♦ Imaginário mental positivo ♦ Estratégias de autocontrole comportamental ♦ Distração dos problemas ♦ Exercícios físicos ♦ Afirmações (declarações) pessoais positivas e de enfrentamento ♦ Higiene do sono ♦ Distanciamento emocional ou tomada de perspectiva

O CASO DE ANNA C. (CONTINUAÇÃO DO CAPÍTULO 3)

Depois da avaliação, Anna C. recebeu informações verbais relativas a seus diagnósticos de transtorno de ansiedade generalizada e de transtorno depressivo maior, em remissão parcial. A lógica dos diagnósticos e dos critérios foi discutida. Muitos clientes ficam ansiosos quando recebem *feedback* e podem não se lembrar dos detalhes da discussão; consequentemente, apresentaram-se informações escritas, usando panfletos do *site* da Academy of Cognitive Therapy, seção dos consumidores. A formulação clínica do caso foi também examinada com Anna, juntamente com os tratamentos usuais para tais problemas. Anna foi respeitosa durante essa discussão; contudo, foi incentivada a fazer perguntas, e buscaram-se suas opiniões relativas à precisão da formulação. As metas gerais para o tratamento foram examinadas, bem como os passos para a criação de metas específicas. Como tarefa de casa para depois do tratamento, pediu-se a ela que lesse os panfletos. Solicitou-se que Anna comprasse uma pasta para colocar os textos recebidos na terapia. Embora as metas gerais do tratamento tenham sido discutidas durante o tratamento, as orientações para o estabelecimento de metas foram discutidas, incluindo um texto sobre o estabelecimento das metas SMART (ver Capítulo 4 deste livro). Anna observou que alguns dos seus principais interesses eram as preocupações contínuas, a fadiga e a falta de comunicação com seu marido.

Durante esta sessão e na subsequente, Anna recebeu orientações relativas ao modelo cognitivo-comportamental, que foi uma das primeiras metas de tratamento. Ela foi descrita como uma terapia ativa para ajudá-la a resolver os problemas de sua vida, e como um tratamento em que o terapeuta e ela trabalhariam. Anna reagiu positivamente a essa informação e fez várias perguntas. O terapeuta estabeleceu a agenda para a primeira sessão, que incluía a provisão de *feedback* sobre a avaliação, discussão da formulação e metas para o tratamento. O tratamento cognitivo-comportamental foi descrito, e Anna recebeu um texto sobre essa abordagem, retirado do *site* da Academy of Cognitive Therapy. Enquanto Anna comentava sobre sua fadiga, recebeu informações básicas sobre a higiene do sono para examinar como tarefa de casa.

Anna relatou que havia lido todo o material na semana seguinte e que havia testado algumas das recomendações relativas ao sono. Anna ficou surpresa pelo fato de sentir-se melhor, e observou que se sentia um pouco mais esperançosa.