

# 1

## Introdução à terapia cognitivo-comportamental

Abe<sup>[NT]</sup> é um homem divorciado, 55 anos, de origem europeia que ficou severamente deprimido dois anos atrás, depois de dificuldades importantes no trabalho e em seu casamento. Na época em que comecei a tratá-lo, ele estava muito isolado e inativo, passando a maior parte do tempo em seu apartamento, assistindo à televisão, navegando na internet e ocasionalmente jogando *videogame*.

Abe e eu nos encontramos por um total de 18 sessões durante oito meses, usando uma conceitualização da terapia cognitivo-comportamental (TCC) tradicional e uma terapia cognitiva orientada para a recuperação (CT-R) e suas intervenções correspondentes. Você vai ler mais sobre orientação para a recuperação neste capítulo e ao longo do livro. Primeiramente, realizei uma avaliação diagnóstica. Na sessão seguinte, nossa primeira sessão de tratamento, dei informações a Abe sobre seu diagnóstico, a teoria da TCC, o processo de terapia e meu plano de tratamento proposto. Indaguei sobre suas aspirações (como ele queria que fosse sua vida) e valores (o que era realmente importante para ele) e então definimos objetivos. Abe queria ter uma vida melhor, ser produtivo e útil aos outros e ser otimista, resiliente e sentir-se no controle. Mais especificamente, para ele era importante administrar melhor seu tempo em casa, encontrar um emprego, melhorar as relações com sua ex-mulher e filhos, reconectar-se com os amigos, começar a ir à igreja de novo e

entrar em forma. Discutimos como ele poderia ser mais ativo na semana seguinte e combinamos um Plano de Ação (“tarefa de casa” da terapia). Então solicitei o *feedback* de Abe à sessão.

A parte principal da sessão seguinte focou em auxiliar Abe a identificar seus objetivos para a sessão, decidir quais passos ele queria dar na semana seguinte, criar soluções para obstáculos potenciais, reduzir o humor negativo e aumentar o humor positivo. Com frequência trabalhamos solução de problemas e desenvolvimento de habilidades, especialmente habilidades relacionadas a modificar seu pensamento e comportamento deprimidos. Utilizei várias intervenções com Abe e também ensinei como ele mesmo poderia usar essas habilidades, como desenvolver resiliência e prevenir recaída. A estrutura e técnicas que usamos foram essenciais, bem como o desenvolvimento de uma boa relação terapêutica. Você saberá muito mais sobre Abe e seu tratamento ao longo deste livro.

Você também irá acompanhar Maria<sup>[NT]</sup> no decorrer deste livro. Maria, 37 anos, tem depressão severa recorrente e traços do transtorno da personalidade *borderline*. Seu tratamento foi bem mais complexo e durou muito mais tempo. Maria se via como desamparada, inferior, com um sentimento de não ser amada e emocionalmente vulnerável. Ela via os outros como indivíduos potencialmente críticos, desinteressados e com grandes chances de magoá-la. Essas crenças eram frequentemente desencadeadas durante nossas sessões. De início, ela se mostrou muito desconfiada para comigo, mantendo-se alerta para que eu não a magoasse de alguma maneira. Foi muito mais difícil estabelecer uma relação terapêutica forte com Maria. Sua intensa desesperança e ansiedade sobre a terapia e sobre mim interferiram por um bom tempo no seu engajamento pleno. Enquanto o tratamento de Abe exemplifica uma abordagem-padrão, para Maria tive que adaptar o tratamento consideravelmente.

Neste capítulo, você encontrará respostas para as seguintes perguntas:

**O que é TCC?**

**Qual é a teoria por trás da TCC?**

**O que as pesquisas nos dizem sobre sua eficácia?**

**Como ela foi desenvolvida?**

**O que é CT-R?**

**Como é uma intervenção cognitiva típica?**

**Como você pode se tornar um terapeuta cognitivo-comportamental eficaz?**

**Qual é a melhor maneira de usar este livro?**

# O QUE É TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia nas décadas de 1960 e 1970, a qual denominou originalmente “terapia cognitiva”, um termo que muitas vezes é usado como sinônimo de “terapia cognitivo-comportamental” (TCC) por muitos da nossa área. Beck concebeu uma psicoterapia para depressão estruturada, de curta duração e voltada para o presente (Beck, 1964). Desde aquela época, ele e outros autores no mundo inteiro tiveram sucesso na adaptação dessa terapia a populações surpreendentemente diversas e com uma ampla abrangência de transtornos e problemas, em muitos contextos e formatos. Essas adaptações alteraram o foco, as técnicas e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes.

Em todas as formas de TCC derivadas do modelo de Beck, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva: as crenças mal-adaptativas, as estratégias comportamentais e a manutenção dos fatores que caracterizam um transtorno específico (Alford & Beck, 1997). Você também irá basear o tratamento na sua conceitualização, ou compreensão, de cada cliente e de suas crenças subjacentes específicas e padrões de comportamento. Uma das crenças subjacentes negativas de Abe era “Eu sou um fracasso”, e ele se engajava em evitação emocional para que sua incompetência (percebida), ou falha, não ficasse aparente. Mas sua evitação ironicamente reforçava sua crença de fracasso.

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

mencionados. O panorama histórico da área apresenta uma descrição rica de como se originaram e se desenvolveram as diferentes correntes da TCC (Arnkoff & Glass, 1992; Beck, 2005; Dobson & Dozois, 2009; Thoma et al., 2015).

Algumas formas de TCC compartilham características da terapia de Beck, mas suas formulações e ênfases no tratamento variam um tanto. Elas incluem a terapia racional-emotiva comportamental (Ellis, 1962), a terapia comportamental dialética (Linehan, 1993), a terapia de solução de problemas (D’Zurilla & Nezu, 2006), a terapia de aceitação e compromisso (Hayes et al., 1999), a terapia de exposição (Foa & Rothbaum, 1998), a terapia de processamento cognitivo (Resick & Schnicke, 1993), o sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental (McCullough, 1999), a ativação comportamental (Lewinsohn et al., 1980; Martell et al., 2001), a modificação cognitivo-comportamental (Meichenbaum, 1977) e outras. A forma de TCC derivada do modelo de Beck frequentemente incorpora técnicas de todas essas e outras psicoterapias baseadas em evidências, dentro de uma estrutura cognitiva. Com o tempo, será útil que você aprenda mais sobre outras intervenções baseadas em evidências, mas seria uma sobrecarga fazer isso em profundidade enquanto ainda está aprendendo TCC. Sugiro que primeiro você domine os aspectos básicos da TCC e depois aprenda técnicas adicionais para implantar na estrutura de uma conceitualização cognitiva.

A TCC tem sido adaptada a clientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada. É usada atualmente em hospitais e clínicas, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros contextos. É utilizada nos formatos de grupo, casal e família. Embora o tratamento descrito neste livro esteja focado nas sessões individuais de 45 a 50 minutos com clientes ambulatoriais, as interações terapêuticas podem ser mais curtas. Sessões completas são inapropriadas para alguns clientes, como os que estão hospitalizados para tratamento de esquizofrenia grave. E muitos profissionais da saúde e associados usam técnicas de TCC sem

realizar sessões terapêuticas completas, seja durante consultas clínicas breves ou de reabilitação ou em revisões da medicação. Paraprofissionais e seus pares especialistas também utilizam técnicas de TCC adaptadas apropriadamente.

# O MODELO TEÓRICO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Em poucas palavras, o *modelo cognitivo* propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o comportamento do cliente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas experimentam um decréscimo na emoção negativa e no comportamento mal-adaptativo. Por exemplo, se você estivesse muito deprimido e tivesse dificuldade para se concentrar e para pagar suas contas, poderia ter um *pensamento automático*, uma ideia (em palavras ou imagens) que simplesmente apareceria em sua mente: “Eu não faço nada direito”. Esse pensamento poderia, então, conduzir a uma reação específica: você se sentiria triste (emoção) e se refugiaria na cama (comportamento).

Na TCC tradicional, seu terapeuta provavelmente o ajudaria a examinar a *validade* desse pensamento e você poderia concluir que fez uma generalização e que, na verdade, você faz muitas coisas bem, apesar da sua depressão. Encarar a sua experiência a partir dessa nova perspectiva seguramente faria você se sentir melhor e levaria a um comportamento mais funcional (começar a pagar as contas). Em uma abordagem orientada para a recuperação, seu terapeuta o ajudaria a avaliar seus pensamentos automáticos. Mas o foco seria menos nas cognições que já vieram à tona e mais em cognições que provavelmente irão surgir na semana seguinte e que poderiam interferir nos passos que você daria para atingir um objetivo específico.

As cognições (tanto as adaptativas quanto as mal-adaptativas) ocorrem em três níveis. Os pensamentos automáticos (p. ex., “Estou muito cansado para fazer qualquer coisa”) estão no nível mais superficial. Você também tem crenças intermediárias, como os pressupostos subjacentes (p. ex., “Se eu tentar começar relacionamentos, vou ser rejeitado”). No nível mais profundo, encontram-se suas crenças nucleares sobre si mesmo, sobre as

outras pessoas e sobre o mundo (p. ex., “Estou desamparado”; “Outras pessoas vão me magoar”; “O mundo é perigoso”). Para que haja melhora duradoura no humor e no comportamento dos clientes, você vai trabalhar em todos os três níveis. A modificação dos pensamentos automáticos e das crenças disfuncionais subjacentes produz mudança duradoura.

Por exemplo, se você continuamente subestima suas habilidades, pode ser que tenha uma crença nuclear de incompetência. A modificação dessa crença geral (i.e., ver a si mesmo de forma mais realista) pode alterar a sua percepção de situações específicas com que se defronta todos os dias. Você não terá mais tantos pensamentos com o tema da incompetência. Em vez disso, em situações específicas em que cometer erros, provavelmente pensará: “Eu não sou bom nisto [tarefa específica]”. Além disso, é importante em uma orientação para a recuperação cultivar realisticamente pensamentos automáticos positivos (p. ex., “Eu posso fazer bem muitas coisas”) e crenças intermediárias e nucleares positivas (p. ex., “Se eu perseverar, seguramente vou aprender o que preciso” e “Eu tenho pontos fortes e fracos como todas as pessoas”).

# **PESQUISAS DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

A TCC tem sido amplamente testada desde que foram publicados os primeiros estudos científicos em 1977 (Rush et al., 1977). Até o momento, mais de 2.000 estudos científicos demonstraram a eficácia da TCC para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos. Muitos estudos também mostraram que a TCC ajuda a prevenir ou reduzir a severidade de episódios futuros. Um estudo de von Brachel e colaboradores (2019), por exemplo, mostrou que clientes ambulatoriais com uma gama de transtornos psiquiátricos que foram tratados com TCC em cuidados de rotina continuaram a melhorar entre 5 e 20 anos após o encerramento da terapia, mais do que aqueles que receberam tratamento médico. (Para metanálises e revisões da TCC, ver Butler et al., 2006; Carpenter et al., 2018; Chambless & Ollendick, 2001; Dobson et al., 2008; Dutra et al., 2008; Fairburn et al., 2015; Hanrahan et al., 2013; Hofmann et al., 2012; Hollon et al., 2014; Linardon et al., 2017; Magill & Ray, 2009; Matusiewicz et al., 2010; Mayo-Wilson et al., 2014; Öst et al., 2015; e Wuthrich & Rapee, 2013. Para listas de condições para as quais a TCC se mostrou efetiva, ver [www.div12.org/psychological-treatments/treatments](http://www.div12.org/psychological-treatments/treatments) e [www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines](http://www.nice.org.uk/about/what-we-do/our-programmes/nice-guidance/nice-guidelines). Para pesquisas em CT-R, ver Beck et al., no prelo; Grant et al., 2012, 2017.)

# O DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE BECK

No fim da década de 1950, o Dr. Beck era um psicanalista certificado; seus clientes faziam associações livres em um divã enquanto ele as interpretava. Beck identificou que os conceitos da psicanálise precisavam ser validados experimentalmente para que esta escola de psicoterapia pudesse ser levada a sério pelos cientistas. No começo da década de 1960, Beck decidiu testar o conceito psicanalítico de que a depressão é resultante da hostilidade voltada contra si mesmo.

Ele investigou os sonhos dos clientes deprimidos, os quais, segundo sua previsão, manifestariam mais temas de hostilidade do que os sonhos de clientes psiquiátricos sem depressão. Para sua surpresa, acabou descobrindo que os sonhos dos clientes deprimidos continham *menos* temas de hostilidade e muito mais temas relacionados a fracasso, privação e perda. Ele identificou que esses temas eram semelhantes ao pensamento dos clientes quando estavam acordados. Os resultados de outros estudos conduzidos por Beck levaram-no a acreditar que uma ideia psicanalítica relacionada – a de que os clientes deprimidos têm necessidade de sofrer – poderia ser incorreta (Beck, 1967). Naquele ponto, era quase como se uma imensa fileira de dominós começasse a tombar. Se esses conceitos psicanalíticos não fossem válidos, como é que a depressão poderia ser entendida, então?

Enquanto o Dr. Beck ouvia seus clientes no divã, percebia que eles ocasionalmente relatavam dois tipos de pensamento: uma vertente de livre associação e outra de pensamentos rápidos de qualificações sobre si mesmos. Uma mulher, por exemplo, detalhava suas façanhas sexuais. No final da sessão, ela espontaneamente relatou que se sentia ansiosa. O Dr. Beck fez uma interpretação: “Você achou que eu estava lhe criticando”. A

cliente discordou: “Não, eu estava com medo de estar *chateando* você”. Ao questionar seus outros clientes deprimidos, o Dr. Beck percebeu que todos eles tinham pensamentos “automáticos” negativos que estavam intimamente ligados às suas emoções. Começou, então, a ajudar seus clientes a identificarem, avaliarem e responderem ao seu pensamento irrealista e mal-adaptativo. Quando fez isso, eles melhoraram rapidamente.

O Dr. Beck começou, então, a ensinar seus residentes de psiquiatria na University of Pennsylvania a usarem essa forma de tratamento. Eles também descobriram que seus clientes respondiam bem. O residente-chefe, médico psiquiatra A. John Rush, atualmente grande autoridade no campo da depressão, discutiu a possibilidade de conduzir uma pesquisa científica com o Dr. Beck. Eles concordaram que tal estudo era necessário para demonstrar a eficácia da terapia cognitiva. Seu ensaio clínico controlado randomizado com clientes deprimidos, publicado em 1977, constatou que a terapia cognitiva era tão efetiva quanto a imipramina, um antidepressivo comum. Este foi um estudo surpreendente. Foi uma das primeiras vezes em que uma terapia da palavra havia sido comparada com uma medicação. Em um estudo de seguimento, a terapia cognitiva se revelou muito mais efetiva do que a imipramina na prevenção de recaída. Beck e colaboradores (1979) publicaram o primeiro manual de tratamento com terapia cognitiva dois anos depois.

No fim da década de 1970, o Dr. Beck e seus colegas de pós-doutorado na University of Pennsylvania começaram a estudar ansiedade, abuso de substâncias, transtornos da personalidade, problemas de casais, hostilidade, transtorno bipolar e outros problemas usando o mesmo processo. Primeiro, fizeram observações clínicas sobre o transtorno; descreveram os fatores de manutenção e as principais cognições (pensamentos e crenças subjacentes, emoções e comportamentos). Depois disso, testaram suas teorias, adaptaram o tratamento e realizaram ensaios clínicos controlados randomizados. Avançando várias décadas, Dr. Beck, eu e pesquisadores por todo o mundo continuamos a estudar, teorizar, adaptar e testar tratamentos para clientes que sofrem de

uma lista crescente de problemas. A TCC é ensinada agora na maioria das escolas de graduação nos Estados Unidos e em muitos outros países. É a terapia mais amplamente praticada no mundo (David et al., 2018; Knapp et al., 2015).

# TERAPIA COGNITIVA ORIENTADA PARA A RECUPERAÇÃO

Nas últimas décadas, ocorreu uma inovação na área da saúde mental: o movimento da recuperação, que foi iniciado como uma abordagem alternativa ao modelo médico para indivíduos diagnosticados com uma condição de saúde mental grave. Aaron Beck, nossos colegas no Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy e eu estamos agora aprimorando a terapia cognitiva orientada para a recuperação (CT-R) para indivíduos diagnosticados com uma ampla gama de condições. A CT-R, uma adaptação da TCC tradicional, mantém os fundamentos teóricos do modelo cognitivo na conceitualização dos indivíduos e no planejamento e realização do tratamento. Porém, ela acrescenta uma ênfase na formulação cognitiva das crenças *adaptativas* e estratégias comportamentais dos clientes, bem como nos fatores que mantêm um humor positivo. Em vez de enfatizar os sintomas e a psicopatologia, a CT-R enfatiza os pontos fortes, as qualidades pessoais, as habilidades e os recursos dos clientes.

Adotando uma orientação para a recuperação, investiguei e conceitualizei as aspirações e os valores de Abe para planejar o tratamento. A família, por exemplo, era muito importante para ele, e, apesar da sua profunda depressão, ele estava disposto a se esforçar para aumentar sua interação com eles. Definimos muitas atividades potencialmente gratificantes para Abe realizar entre as sessões e o *ajudamos a tirar conclusões positivas sobre essas experiências*. Cultivamos cognições e memórias positivas e usamos a relação terapêutica e uma variedade de técnicas para fortalecer uma crença nuclear adaptativa sobre si mesmo e experimentar emoção positiva dentro e fora da sessão.

Uma diferença entre a TCC tradicional e a CT-R é a orientação no tempo. Na TCC tradicional, tendemos a falar sobre problemas que surgiram no passado e usamos técnicas da TCC para abordá-los. Na CT-R, focamos mais nas aspirações dos clientes para o

futuro e nos passos que eles podem dar a cada semana em direção aos seus objetivos. As técnicas habituais da TCC são usadas na superação de desafios ou obstáculos que os clientes enfrentarão ao dar esses passos.

# UMA INTERVENÇÃO COGNITIVA TÍPICA

A seguir, apresentamos um trecho de uma sessão terapêutica com Abe, que dá uma ideia de como é uma intervenção típica da TCC. Primeiro, combinamos de falar sobre um objetivo no qual Abe deseja trabalhar. Discutimos os passos que ele pode dar e os obstáculos que podem se colocar no caminho.

JUDITH: OK, você queria começar falando sobre seu objetivo de conseguir um emprego?

ABE: Sim, eu realmente preciso de dinheiro.

JUDITH: Qual é o passo que você gostaria de dar na próxima semana?

ABE: (*Suspira.*) Acho que eu deveria atualizar meu currículo.

JUDITH: Isso é importante. [começando a solução de problemas] Como você vai proceder para fazer isso?

ABE: Não sei. Não o reviso há anos.

JUDITH: Você sabe onde ele está?

ABE: Sim, mas não tenho certeza do que colocar nele.

JUDITH: De que maneira poderia descobrir isso?

ABE: Acho que eu poderia fazer uma consulta na internet. Mas a minha concentração não anda muito boa ultimamente.

JUDITH: Não seria melhor conversar com alguém que sabe mais sobre currículos do que você?

ABE: Sim. (*Pensa.*) Eu poderia falar com o meu filho.

JUDITH: O que acha de ligar para ele hoje? Alguma coisa poderia atrapalhar?

ABE: Não sei. Eu deveria ser capaz de descobrir por mim mesmo o que fazer, sem incomodá-lo.

JUDITH: Esta é uma ideia interessante – a de que você deveria ser capaz de descobrir. Você já teve muitas experiências de

examinar o currículo de outras pessoas?

ABE: Não, não sei se alguma vez já vi o currículo de outra pessoa.

JUDITH: O quanto você acha que isso seria incômodo para seu filho?

ABE: Não muito, eu acho.

JUDITH: Então, o que seria bom que você lembrasse antes de ligar para ele?

ABE: Que ele tem muito mais experiência recente com currículos do que eu já tive. Que ele provavelmente não teria problemas em me ajudar.

JUDITH: (*Elogiando Abe.*) Excelente! Você poderia ligar para ele hoje?

ABE: Hoje à noite seria melhor.

Abe teve facilidade em identificar e responder a um pensamento inútil que poderia constituir um obstáculo para os passos em direção a um objetivo valorizado. Pedi-lhe que imaginasse que, com a ajuda do seu filho, ele tivesse revisado seu currículo com sucesso. Depois perguntei como ele se sentia emocionalmente na imagem e o ajudei a experimentar parte do sentimento positivo ali na nossa sessão. (Alguns clientes que enfrentam um problema semelhante podem precisar de um maior esforço terapêutico antes de serem capazes de prosseguir comportamentalmente.)

# **TORNANDO-SE UM TERAPEUTA EFETIVO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Espero que você tenha a aspiração de se tornar um excelente terapeuta e ajude centenas ou milhares de indivíduos na sua carreira. Ter essa aspiração em mente pode ajudá-lo a perseverar se você ficar ansioso durante a leitura deste livro. Caso realmente se sinta nervoso, lembre-se de que o modelo cognitivo propõe que você teve alguns pensamentos negativos. Você aprenderá ferramentas ao longo do livro para abordar esses tipos de pensamentos inúteis. Enquanto isso, será útil pensar sobre um objetivo de leitura específico a cada semana e os obstáculos que você pode enfrentar ao dar os passos necessários. E certifique-se de que suas expectativas em relação a si mesmo são razoáveis.

Gostaria que você soubesse que eu não era uma terapeuta muito boa quando comecei a aplicar a TCC. Como poderia ser diferente? Eu nunca havia feito terapia antes. Portanto, dê uma chance a si mesmo se você estiver apenas começando ou se for relativamente novo na TCC. Você está em boa companhia. Reconheça e dê o crédito a si mesmo a cada capítulo que ler. Além disso, receba também os créditos por responder às perguntas para reflexão e realizar os exercícios práticos que encontrará no final de cada capítulo. Compare-se com seus pares, e não com terapeutas especialistas em TCC.

Com frequência usamos analogias e metáforas em TCC (Stott et al., 2010). Esta é uma metáfora comum que usamos com os clientes e que você poderá achar útil:

“Você se lembra de quando aprendeu a dirigir ou a tocar um instrumento musical? Você se sentiu meio estranho no início? Teve que prestar muita atenção a pequenos detalhes e movimentos que agora acontecem de forma tranquila e automática? Alguma vez se sentiu desencorajado? Enquanto

progredia, o processo foi fazendo sentido cada vez mais e parecendo gradativamente mais confortável? Você por fim dominou a tarefa até o ponto de ser capaz de realizá-la com relativa facilidade e confiança? A maioria das pessoas já teve uma experiência como essa de aprender uma habilidade em que agora são proficientes.”

O processo de aprendizagem é o mesmo para o terapeuta iniciante em TCC. Mantenha seus objetivos pequenos, bem definidos e realistas. Compare seu progresso com seu nível de habilidade antes de ter começado a ler este livro ou à época em que você começou a aprender sobre TCC. Tenha cuidado para não arruinar sua confiança comparando seu nível de habilidade atual com seu objetivo final.

Caso você se sinta ansioso quanto a começar a utilizar a TCC com os clientes, faça para si mesmo um “cartão de enfrentamento”, um cartão físico ou virtual no qual estejam escritas afirmações importantes de serem lembradas. Você irá usar cartões de enfrentamento ou seus equivalentes com seus clientes (porque garantimos que tudo o que queremos que os clientes se lembrem esteja anotado). Meus residentes de psiquiatria com frequência têm pensamentos inúteis antes de atenderem seus primeiros clientes. Depois de uma discussão, eles criam um cartão que aborde esses pensamentos. O cartão é individualizado, mas de modo geral diz algo como:

Meu objetivo não é curar este cliente hoje. Ninguém espera que eu faça isso.  
Meu objetivo é estabelecer uma boa relação, inspirar esperança, identificar  
o que é realmente importante para o cliente e talvez descobrir um passo  
que ele possa dar esta semana em direção aos seus objetivos.

A leitura de um cartão como este pode ajudá-lo a reduzir sua ansiedade para que você consiga focar em seus clientes e ser mais eficaz.

Para o observador não treinado, a TCC algumas vezes dá a falsa impressão de ser muito simples. O *modelo cognitivo* – a proposição de que nossos pensamentos influenciam nossas emoções e comportamentos (e algumas vezes a fisiologia) – é muito simples. No entanto, terapeutas experientes em TCC realizam muitas tarefas ao mesmo tempo: desenvolvem o *rapport*, familiarizam e orientam o cliente, coletam dados, conceitualizam o caso, trabalham na direção dos objetivos dos clientes e superam obstáculos, ensinam habilidades, fazem resumos periódicos e obtêm *feedback*. Enquanto estão realizando essas tarefas, eles parecem quase coloquiais.

Se você é iniciante na área, precisará ser mais cuidadoso e estruturado, concentrando-se em menos elementos por vez. Embora o objetivo final seja entrelaçar esses elementos e conduzir a terapia da forma mais efetiva e eficiente possível, você precisa primeiro aprender a habilidade de desenvolvimento de uma relação terapêutica e de conceitualização dos clientes. Você também

aprenderá as técnicas da TCC (e outras modalidades); todas elas são mais bem realizadas se feitas gradualmente.

O desenvolvimento de *expertise* como terapeuta cognitivo-comportamental pode ser visto em quatro estágios. (Estas descrições presumem que você já seja proficiente em habilidades terapêuticas básicas: escuta, empatia, preocupação, respeito e autenticidade, bem como compreensão adequada, reflexão e capacidade de resumir.) No Estágio 1, você aprende as habilidades básicas de conceitualização de caso em termos cognitivos com base na avaliação inicial e em dados coletados na sessão. Aprende a desenvolver uma forte relação terapêutica, aprende a estruturar a sessão e usar sua conceitualização do cliente e o bom senso para planejar o tratamento, considerando os valores, as aspirações e os objetivos dos seus clientes. Você ajuda os clientes a desenvolverem soluções para os obstáculos com que se deparam e a encararem seus pensamentos disfuncionais de forma diferente. Aprende a usar técnicas cognitivas e comportamentais básicas e a ensinar seus clientes a utilizá-las.

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

No Estágio 3, você integra mais automaticamente os dados novos à conceitualização. Aperfeiçoa sua habilidade de formulação de hipóteses para confirmar ou corrigir sua visão do cliente. Quando necessário, você varia a estrutura e as técnicas da TCC básica, particularmente no caso de clientes com transtornos da personalidade e outros transtornos e problemas difíceis. Você se torna mais hábil na prevenção e também no reparo de rupturas na aliança terapêutica.

No Estágio 4, você continua a aprender TCC pelo resto da sua vida profissional. Eu continuo aprendendo com cada cliente que trato, participo de discussões de caso semanais, busco assessoria sobre assuntos clínicos com colegas e supervisionados e me mantenho atualizada com a pesquisa e prática em TCC lendo livros e artigos, além de participar regularmente de congressos. Sou uma terapeuta muito melhor hoje do que era cinco anos atrás. E espero ser uma terapeuta melhor daqui a cinco anos. Espero que você adote uma atitude semelhante em relação à importância da aprendizagem permanente.

Se você já pratica outra modalidade psicoterápica, mas é novo em TCC, provavelmente será mais efetivo se começar a aplicá-la com clientes novos. Se decidir aplicá-la a clientes atuais, será importante que faça isso de forma colaborativa. Você deve descrever o que gostaria de fazer de maneira diferente, apresentar uma justificativa para isso e buscar a concordância do cliente. A maioria concorda com essas alterações quando elas são expressas de modo positivo, para o bem do cliente. Quando os clientes hesitam, você pode sugerir uma alteração (como, por exemplo, definir uma pauta) como um “experimento”, em vez de um compromisso, para motivá-los a tentar.

TERAPEUTA: Eu estava lendo um livro importante sobre como deixar a terapia mais efetiva e pensei em você.

CLIENTE: Mesmo?

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

CLIENTE: OK.

TERAPEUTA: Uma coisa que li se chamava “definindo a pauta”. Isso significa que no início das sessões eu gostaria de lhe perguntar em que objetivos ou problemas você quer trabalhar na sessão. Por exemplo, você pode dizer que gostaria de trabalhar mais na socialização ou em fazer mais coisas em

casa. Isso nos ajudará a descobrir como usar melhor nosso tempo na sessão. (*pausa*) O que lhe parece?

# COMO USAR ESTE LIVRO

Este livro destina-se a estudantes e profissionais em qualquer estágio de experiência e desenvolvimento de habilidades que estejam precisando dominar os fundamentos da conceitualização e do tratamento cognitivo – ou que desejam aprender a incorporar os princípios da CT-R ao tratamento. É essencial ter domínio dos elementos básicos da TCC (e da CT-R) para compreender como e quando variar o tratamento-padrão para clientes específicos.

Os capítulos deste livro são planejados para ser lidos na ordem apresentada. Você pode estar impaciente, querendo pular os capítulos introdutórios e passar diretamente para os capítulos que explicam os procedimentos. No entanto, o essencial da TCC não é meramente a utilização de técnicas cognitivas e comportamentais. Entre outros atributos, ela envolve a seleção hábil e a utilização efetiva de muitos tipos diferentes de intervenções baseadas na conceitualização do cliente. Em [beckinstitute.org/CBTresources](http://beckinstitute.org/CBTresources), você pode encontrar vídeos do tratamento de Abe e folhas de exercícios em versão para *download* (em inglês). Você encontrará uma lista de recursos adicionais em TCC no Apêndice A.

Uma observação sobre as folhas de exercícios: você precisará imprimir algumas delas, como o Registro de Pensamentos e Testando seus Pensamentos (do Cap. 15, faça *download* das versões em português no Material complementar disponível no *link* do livro em [loja.grupoa.com.br](http://loja.grupoa.com.br)), pois elas contêm uma grande quantidade de informações. E poderá ter de imprimir folhas de exercícios adicionais quando estiver começando a utilizar a TCC. Mas depois que se familiarizar com o material, geralmente é preferível usar folhas de exercícios feitas a mão quando você entrar em sessão com um cliente. Isso permite que você as individualize quando necessário, com maiores chances de evitar uma reação negativa dos clientes que não gostam das folhas de exercícios formais.

Seu crescimento como terapeuta cognitivo-comportamental será aprimorado se começar a aplicar em si mesmo o que aprender.

Certifique-se de realizar todos os exercícios práticos. Por exemplo, no exercício prático no final deste capítulo, você será direcionado a identificar seus pensamentos automáticos enquanto lê este livro. Você pode observá-los e voltar o foco para a sua leitura. Ou, depois de identificá-los, pode usar as perguntas na página seguinte para criar um cartão de enfrentamento para si mesmo. Ao colocar o foco em seu próprio pensamento, você pode reforçar suas habilidades em TCC, modificar seus pensamentos disfuncionais e influenciar positivamente seu humor (e comportamento), tornando-se mais receptivo à aprendizagem.

Outros exercícios práticos pedem que você dramatize com um colega, um amigo ou um membro da família. Se não conseguir encontrar um parceiro para a dramatização, você pode escrever a transcrição de um diálogo com um cliente imaginário. Ou pode fazer as duas coisas. Quanto mais praticar o vocabulário e os conceitos da TCC, melhor será seu tratamento.

Ensinar as habilidades básicas da TCC usando a si mesmo como sujeito irá aprimorar sua capacidade de ensinar as mesmas habilidades aos seus clientes. Como um bônus adicional, quando utilizar habilidades que são úteis, você poderá fazer uma autoexposição relevante – que poderá encorajá-los a também praticar a habilidade. Um curso *on-line* também lhe oferece muitas oportunidades de praticar o uso das habilidades da TCC em si mesmo; essa é uma das melhores maneiras de realmente entender e praticar este tipo de terapia.

Também é importante que você saiba o que este livro não abrange. Seu foco é a depressão, e variações importantes são necessárias para tratar outros transtornos. Ele não inclui como adaptar o tratamento a jovens ou idosos. E não aborda os importantes tópicos de automutilação, uso de substâncias, suicidalidade ou homicidalidade. Você precisará complementar sua aprendizagem para ser efetivo com indivíduos que diferem substancialmente do seu principal exemplo de cliente, Abe.

# RESUMO

A TCC foi desenvolvida pelo Dr. Aaron Beck nas décadas de 1960 e 1970 e desde então tem se mostrado efetiva em mais de 2.000 pesquisas publicadas. Atualmente, ela é considerada o “padrão-ouro” de psicoterapia (David et al., 2018). Está baseada na teoria de que o pensamento das pessoas influencia suas emoções e comportamento. Ao ajudar seus clientes a avaliarem e mudarem um pensamento disfuncional ou inútil, os terapeutas cognitivo-comportamentais podem provocar mudanças duradouras no humor e no comportamento. Os terapeutas cognitivo-comportamentais empregam técnicas de muitas modalidades psicoterápicas diferentes, aplicadas dentro do contexto do modelo cognitivo e de conceitualizações individualizadas dos seus clientes. Recentemente, acrescentou-se à TCC tradicional um foco na orientação para a recuperação, enfatizando os valores e aspirações, tirando conclusões positivas das atividades cotidianas e experimentando emoção positiva dentro e fora da sessão.

## PERGUNTAS PARA REFLEXÃO

Que novas ideias você aprendeu sobre TCC ou CT-R neste capítulo? Como as técnicas da TCC podem ajudá-lo? Que pensamentos os leitores podem ter que os impeçam de aplicar as habilidades de TCC neles mesmos? Que respostas seriam boas para esses pensamentos?

---

## EXERCÍCIO PRÁTICO

A partir de agora, comece a observar quando

- seu humor mudou ou se intensificou em uma direção negativa;
- você está tendo sensações corporais associadas a uma emoção negativa (como, por exemplo, seu coração

- batendo rápido quando você fica ansioso); e/ou
- você está se engajando em comportamento inútil ou evitando se engajar em comportamento útil.

Pergunte-se que emoção você está experimentando, bem como a pergunta fundamental da terapia cognitiva:

“O que estava passando pela minha mente?”

É assim que você vai ensinar a si mesmo a identificar seus próprios pensamentos automáticos. Preste especial atenção aos pensamentos automáticos que impedem que você atinja seus objetivos, especialmente aqueles que interferem na leitura deste livro e na experimentação de técnicas com os clientes. Você pode reconhecer pensamentos como estes:

“Isso é muito difícil.”

“Eu não vou conseguir dar conta disso.”

“Eu não me sinto confortável com isso.”

“O que vai acontecer se eu tentar e isso não ajudar meu cliente?”

Terapeutas experientes, cuja orientação primária não é a TCC, devem estar atentos a um conjunto de pensamentos automáticos diferentes:

“Isso não vai funcionar.”

“O cliente não vai gostar disso.”

“Isso é muito superficial / estruturado / pouco empático / simples.”

---

**[Abe]** Alterei seu nome e algumas características que poderiam identificá-lo.

**[Maria]** Alterei seu nome e algumas características que poderiam identificá-la.