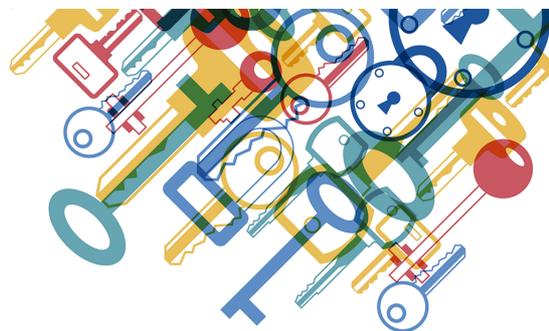


2



A relação terapêutica:

empirismo colaborativo em ação

Uma das características atraentes da terapia cognitivo-comportamental (TCC) é o emprego de um estilo de relação terapêutica colaborativa, simples e voltada para a ação. Embora a relação entre terapeuta e paciente não seja considerada o mecanismo principal para a mudança, como em algumas outras formas de psicoterapia, uma boa aliança de trabalho é uma parte essencialmente importante do tratamento (Beck et al., 1979). Assim como terapeutas de outras escolas importantes de psicoterapia, os terapeutas cognitivo-comportamentais buscam propiciar um ambiente de tratamento com um alto grau de autenticidade, afeto, consideração positiva e empatia – qualidades em comum em todas as terapias eficazes (Beck et al., 1979; Keijsers et al., 2000; Rogers, 1957). Além dessas características inespecíficas da relação terapêutica, a TCC caracteriza-se por um tipo específico de aliança de trabalho, o *empirismo colaborativo*, que é direcionado para a promoção da mudança cognitiva e comportamental.

As pesquisas sobre a relação terapêutica em vários tipos de psicoterapia têm mostrado repetidamente uma poderosa associação entre o resultado do tratamento e a força do vínculo entre terapeuta e paciente (Beitman et al., 1989; Klein et al., 2003; Wright e Davis, 1994). Uma revisão das pesquisas da relação terapêutica na TCC também revelou que a qualidade da aliança terapêutica cognitivo-comportamental influencia os resultados do tratamento (Keijsers et al., 2000). Assim, há fortes evidências de pesquisa de que os esforços para construir boas relações terapêuticas na TCC têm um forte impacto no curso de tratamento.

Aprender a construir relações mais eficazes entre terapeuta e paciente é um desafio para toda a vida profissional. Todos os terapeutas começam o processo com os blocos de construção básicos de suas experiências em relações anteriores. Entre as razões mais comuns para as pessoas escolherem a terapia como profissão é que elas têm a capacidade inata de entender os outros e de discutir tópicos emocionalmente carregados com sensibilidade, gentileza e serenidade consideráveis. Entretanto, aprender a maximizar esses talentos geralmente requer grande experiência clínica, juntamente com a supervisão clínica e a introspecção pessoal. Como uma introdução à relação terapêutica na TCC, discutimos brevemente as características inespecíficas de tratamento e, depois, voltamos para o foco principal deste capítulo: a aliança de trabalho empírico-colaborativa.

EMPATIA, AFETO E AUTENTICIDADE

Do ponto de vista cognitivo-comportamental, a empatia envolve a capacidade de colocar-se no lugar do paciente de modo a ser capaz de intuir o que ele está sentindo e pensando e, ao mesmo tempo, manter a objetividade para discernir possíveis distorções, raciocínio ilógico ou comportamento desadaptativo que possam estar contribuindo para o problema. Beck e colaboradores (1979) enfatizaram que é crucial regular adequadamente a quantidade de empatia e o afeto pessoal associado. Se o terapeuta é visto como sendo distante, frio e despreocupado, as perspectivas de um bom resultado do tratamento diminuirão, porém um esforço exagerado para ser afetuoso e empático também pode ser contraproducente. Uma pessoa com baixa autoestima ou falta de confiança básica por muito tempo, por exemplo, poderia compreender as tentativas do terapeuta excessivamente zeloso sob uma ótica negativa (p. ex., “Por que ela se importaria com um fracassado como eu? Se a terapeuta está se esforçando tanto para me conhecer, ela própria deve ser uma solitária. O que a terapeuta quer de mim?”).

O momento oportuno para fazer comentários empáticos também é muito importante. Um erro comum é dar muito peso às tentativas de empatia antes de o paciente sentir que você entendeu adequadamente sua difícil situação. Todavia, se uma demonstração importante de dor emocional for ignorada, mesmo nas primeiras fases da terapia, corre-se o risco de ser visto como não conectado ou não responsivo. A seguir, estão algumas boas perguntas para

fazer a si mesmo ao se pensar em fazer comentários empáticos: “Estou entendendo bem as circunstâncias de vida e o estilo de pensamento dessa pessoa?”, “Esta é uma boa hora para mostrar empatia?”, “Quanta empatia devo demonstrar agora?”, “Existe algum risco em ser empático neste momento com este paciente?”.

Embora os comentários empáticos bem colocados normalmente ajudem a fortalecer a relação e a aliviar a tensão emocional, há momentos em que as tentativas de ser compreensivo podem reforçar cognições negativamente distorcidas. Se, por exemplo, forem feitas continuamente afirmações como “consigo entender como você se sente” a pacientes que acreditam que fracassaram ou que sua vida é impossível de administrar, pode-se inadvertidamente validar suas atitudes de autocondenação e desesperança. Se você estiver ouvindo ativamente e balançar a cabeça afirmativamente repetidas vezes enquanto a paciente expressa uma ladainha de cognições desadaptativas, ela pode pensar que você concorda com suas conclusões. Ou, ainda, se você tiver um paciente com agorafobia e sentir muita empatia pela dor emocional do transtorno, pode esquecer de usar os métodos comportamentais para romper padrões de esquiva, e a eficácia da terapia pode ficar comprometida.

Uma das chaves mais importantes para mostrar empatia é a autenticidade. Terapeutas que exibem autenticidade são capazes de se comunicar verbal ou não verbalmente de uma maneira honesta, natural e emocionalmente conectada para mostrar aos pacientes que verdadeiramente entendem a situação. O terapeuta autêntico é diplomático ao dar *feedback* construtivo aos pacientes, mas não tenta esconder a verdade. Os eventos e resultados negativos reais são reconhecidos como tal, mas o terapeuta está sempre tentando encontrar nos pacientes os pontos fortes que os ajudarão a enfrentar melhor as vicissitudes da vida. Assim, uma das características pessoais desejáveis de terapeutas cognitivo-comportamentais é um autêntico senso de otimismo, com crença na resiliência e no potencial de crescimento dos pacientes.

A completa expressão de empatia na TCC inclui uma vigorosa busca por soluções. Não basta demonstrar preocupação, o terapeuta precisa convertê-la em ações que reduzam o sofrimento e ajudem o paciente a lidar com os problemas da vida. Portanto, ele deve mesclar comentários empáticos apropriados com questões socráticas e outros métodos de TCC que incentivem o pensamento racional e o desenvolvimento de comportamentos de enfrentamento saudáveis. Muitas vezes, a forma empática mais eficaz é fazer perguntas que ajudem o paciente a enxergar novas perspectivas, em vez de simplesmente seguir o fluxo disfuncional de pensamento.

EMPIRISMO COLABORATIVO

O termo mais usado para descrever a relação terapêutica na TCC é *empirismo colaborativo*. Essas duas palavras captam bem a essência da aliança de trabalho. O terapeuta envolve o paciente em um processo altamente colaborativo, no qual existe uma responsabilidade compartilhada pelo estabelecimento de metas e agendas, por dar e receber *feedback* e por colocar em prática os métodos de TCC na vida cotidiana. Juntos, focam pensamentos e comportamentos problemáticos, que são, então, explorados empiricamente quanto à sua validade ou utilidade. Quando são detectados defeitos ou déficits reais, são planejadas e praticadas estratégias de enfrentamento para essas dificuldades. No entanto, a principal função da relação terapêutica é enxergar as distorções cognitivas e os padrões comportamentais improdutivos por meio de uma lente empírica que pode revelar oportunidades para o desenvolvimento de mais racionalidade, alívio dos sintomas e melhor eficácia pessoal.

O estilo empírico-colaborativo na relação durante o tratamento é ilustrado ao longo deste livro por meio de uma série de vídeos curtos que demonstram os métodos centrais da TCC. Sugerimos assistir agora a duas dessas vinhetas que mostram o tratamento de Kate, uma mulher com transtorno de ansiedade, com o Dr. Wright. O primeiro exemplo é de uma das primeiras sessões, na qual o Dr. Wright está ajudando Kate a entender como a TCC pode ajudá-la a reverter um padrão de pensamentos de medo, emoções ansiosas e esquiva dos ativadores da ansiedade. Terapeuta e paciente estão desenvolvendo uma relação sólida, que lhes permitirá progredir em direção à redução dos sintomas. No segundo exemplo, Kate está sendo incentivada a abordar de forma empírica a modificação de um conjunto de cognições desadaptativas. Uma boa aliança terapêutica é um requisito essencial para realizar esse tipo de trabalho terapêutico.

Antes de você assistir ao primeiro vídeo, queremos fazer algumas sugestões sobre como extrair o máximo dessas demonstrações. Como observado no Prefácio, nosso objetivo, ao produzir o vídeo, foi oferecer exemplos de como os terapeutas poderiam implementar a TCC em sessões reais. Os vídeos não são roteirizados ou elaborados para serem perfeitas ilustrações da única maneira possível de tratar cada situação. Embora tenhamos pedido aos terapeutas que dessem o melhor de si na intervenção e acreditemos que os vídeos representem, de modo geral, intervenções genuínas de TCC, você pode pensar em métodos alternativos ou variações no estilo de terapia que podem funcionar melhor.

Quando apresentamos vídeos em nossas aulas, mesmo quando são sessões conduzidas por mestres como Aaron T. Beck, comumente encontramos tanto pontos fortes quanto oportunidades para fazer as coisas de modo diferente. Portanto, recomendamos que faça a si mesmo esses tipos de perguntas ao assistir as demonstrações em vídeo neste livro: “De que modo essa vinheta demonstra os princípios-chave da TCC?”; “O que me agrada no estilo do terapeuta?”; “Caso fizesse algo diferente, como seria?”. Também pode ser útil assistir aos vídeos com um colega ou supervisor, para comparar anotações e gerar outras ideias para intervenções em terapia. Finalmente, queremos lembrar-lhe de que os vídeos foram elaborados para serem assistidos em sequência, a partir do ponto do livro em que você estiver lendo sobre o método específico demonstrado no vídeo.



VÍDEO 1

Dando início – A TCC em ação

Dr. Wright e Kate (12:17)

VÍDEO 2

Modificando os pensamentos automáticos

Dr. Wright e Kate (8:48)

Grau de atividade do terapeuta na TCC

Além das qualidades inespecíficas da relação que são comuns a todos os terapeutas eficazes, os terapeutas cognitivo-comportamentais precisam se tornar hábeis em demonstrar alto grau de atividade nas sessões de tratamento. Estes normalmente trabalham com a intenção de estruturar a terapia, dar compasso às sessões, para aproveitar ao máximo o tempo disponível, desenvolver uma formulação de caso sempre em evolução e implementar os métodos da TCC.

O grau de atividade dos terapeutas normalmente é maior nas primeiras fases do tratamento, quando os pacientes estão mais sintomáticos e estão se familiarizando com o modelo cognitivo-comportamental. Durante esse período, o terapeuta normalmente assume a maior parte da responsabilidade, por direcionar o fluxo das sessões, e passa um tempo considerável explicando e ilustrando os conceitos básicos da TCC (ver Capítulo 4). Ele também pode precisar aplicar energia, animação e um senso de esperança na terapia, sobretudo quando o paciente está severamente deprimido e exibindo forte anedonia ou lentidão psicomotora. A vinheta do caso clínico a seguir, do tratamento de um homem deprimido, demonstra como o terapeuta pode, às vezes, precisar ser bastante ativo para ajudar o paciente a assimilar e utilizar os métodos da TCC.



CASO CLÍNICO

Foi pedido a Matt que fizesse um registro de pensamentos como tarefa após a sua segunda sessão, porém ele teve problemas para concluir a tarefa.

Terapeuta: Dissemos que passaríamos algum tempo revisando sua tarefa da semana passada. Como foi?

Matt: Não sei. Eu tentei, mas estava muito cansado quando chegava em casa à noite. Parecia que eu nunca tinha tempo para trabalhar nisso. (*Abre seu caderno de terapia e tira a tarefa.*)

Terapeuta: Podemos dar uma olhada no que você escreveu no papel?

Matt: Claro, mas acho que não fiz um bom trabalho.

O terapeuta e Matt examinam o registro de pensamentos deste. A primeira coluna tem uma situação (“Minha esposa me disse que eu não era mais divertido”), a segunda coluna (Pensamentos) está em branco, e a terceira coluna inclui uma classificação de seus sentimentos (“Triste, 100%”).

Terapeuta: Matt, acho que você está se menosprezando em relação à sua tarefa. Às vezes, quando as pessoas estão deprimidas, é difícil fazer esse tipo de coisa. Mas você fez uma boa tentativa, e realmente identificou uma situação que mexeu com muitos sentimentos. Se você não se importar, podemos trabalhar para completar as outras colunas aqui.

Matt (parecendo aliviado): Fiquei com medo de fazer errado e você achar que eu não estava tentando.

Terapeuta: Não, não vou julgá-lo. Só quero ajudá-lo a usar esse tipo de exercício para melhorar. Você está pronto para falar sobre o que aconteceu, quando sua esposa fez essa observação?

Matt: Sim.

Terapeuta: Notei que você escreveu a situação e os sentimentos de tristeza que ocorreram. Mas você não colocou nada na coluna de pensamentos. Você pode lembrar quando sua esposa disse que você não era mais divertido, e tentar lembrar o que pode ter passado por sua cabeça?

Matt: Foi um banho de água fria. Tinha sido um dia difícil no trabalho. Então, quando cheguei em casa, me joguei na cadeira e comecei a ler o jornal. Então, ela realmente pegou no meu pé. Acho que isso me aborreceu tanto que não quis escrever o que estava pensando.

Terapeuta: É compreensível. Dá para ver que isso realmente aborreceu você. Mas se pudermos descobrir o que você estava pensando, talvez pudéssemos encontrar algumas pistas para combater sua depressão.

Matt: Posso falar sobre isso agora.

Terapeuta: Vamos usar esse registro para escrever alguns dos pensamentos que você teve naquele momento. (*Pega o registro de pensamentos e se posiciona para escrever.*)

Matt: Bom, acho que o primeiro pensamento foi “ela está cansada de mim”. Depois, comecei a ver todas as coisas importantes em minha vida escorrerem pelos meus dedos.

Terapeuta: O que você achava que iria perder?

Matt: Estava pensando: “Ela está prestes a me deixar. Vou perder minha família e meus filhos. Toda a minha família vai desmoronar”.

Terapeuta: Estes são pensamentos angustiados. Você acha que são totalmente precisos? Será que a depressão pode estar influenciando seu modo de pensar?

O terapeuta, então, explicou a natureza dos pensamentos automáticos e ajudou Matt a examinar as evidências para esse fluxo de cognições negativas. Em consequência da intervenção, Matt concluiu que era altamente provável que sua esposa estivesse determinada a manter o relacionamento, mas estava cada vez mais frustrada com a depressão dele. O grau de tristeza e tensão de Matt reduziu-se assim que o caráter absolutista de suas cognições atenuou, e um plano comportamental foi desenvolvido para atender às preocupações de sua esposa. Esse exemplo demonstra como o terapeuta pode precisar assumir um papel muito ativo ao explicar conceitos, demonstrar princípios centrais da TCC e auxiliar os pacientes a se envolverem completamente no processo de tratamento.

Você deve ter observado que o terapeuta falou mais do que Matt durante boa parte dessa conversa. Embora haja uma grande variabilidade de paciente para paciente e de sessão para sessão a respeito do quanto o terapeuta precisará falar na TCC, as primeiras sessões podem ser marcadas por segmentos com um grau relativamente alto de atividade verbal por parte do terapeuta. Geralmente, à medida que a terapia progride e os pacientes aprendem a usar os conceitos da TCC, o terapeuta é capaz de só observar, demonstrar empatia e seguir adiante com a terapia com menos palavras e menos esforço.

O terapeuta como professor- *coach*

Você gosta de ensinar? Já teve experiência de orientar pessoas ou ser orientado? Em virtude da importância significativa da aprendizagem na TCC, a relação no tratamento tem mais uma qualidade de professor e aluno do que na maioria das outras terapias. Bons professores- *coaches* na TCC transmitem conhecimento de uma maneira altamente colaborativa, utilizando o método socrático para incentivar o paciente a se envolver completamente no processo de aprendizagem. Os seguintes atributos da relação terapêutica podem promover o ensino e o treinamento efetivos:

- **Amigável.** Os pacientes normalmente percebem os bons terapeutas-professores como pessoas amigáveis e simpáticas que não intimidam, reprovam ou admoestam excessivamente. Eles transmitem informações de uma maneira positiva e construtiva.
- **Engajado.** Para ser especialmente eficaz no papel de professor na TCC, é preciso criar um ambiente de aprendizagem estimulante. Engajar o paciente com questionamento socrático e exercícios de aprendizagem que proporcionem energia à terapia, sem sobrecarregá-lo com mais material ou complexidade do que pode lidar. Enfatizar o trabalho em equipe e o processo colaborativo na aprendizagem.
- **Criativo.** Como os pacientes geralmente vêm para a terapia com um estilo monoclar fixo de pensamento, os terapeutas podem precisar de modelos e de modos mais criativos de enxergar a situação e buscar soluções. Tente utilizar métodos de aprendizagem que suscitem a própria criatividade do paciente e coloque esses pontos fortes para trabalhar no enfrentamento dos problemas.
- **Capacitante.** O bom ensino normalmente envolve oferecer aos pacientes ideias e ferramentas que lhes permitam operar mudanças significativas em suas vidas. O caráter de capacitação da TCC depende muito da natureza educativa da relação terapêutica.
- **Orientado para a ação.** A aprendizagem na TCC não é um processo passivo, do tipo “sentado na poltrona”. Terapeuta e paciente trabalham juntos para adquirir conhecimento, que é posto em ação em situações da vida real.

O uso do humor na TCC

Por que se deve levar em consideração o uso do humor na TCC? Afinal de contas, a maioria de nossos pacientes está enfrentando sérios problemas, como a morte de um ente querido, o casamento desfeito, doenças médicas e as devastações de doenças mentais. Será que as tentativas de inserir humor podem ser mal interpretadas, como se você estivesse tentando banalizar, negar ou ignorar a gravidade dos problemas do paciente? Será que ele perceberá seu esforço em demonstrar humor como uma desvalorização? Será que pensará que você está rindo *dele*, em vez de *com* ele?

Obviamente, utilizar o humor na terapia traz riscos. É preciso ter muito cuidado para reconhecer as armadilhas e medir a capacidade do paciente de se beneficiar com uma injeção de humor na relação. Contudo, ele pode ter muitos efeitos positivos na capacidade do paciente de reconhecer suas distorções cognitivas, expressar emoções saudáveis e sentir prazer. Para muitas pessoas, o humor é uma estratégia de enfrentamento altamente adaptativa. Ele traz

liberação emocional, risadas e divertimento para suas vidas (Kuhn, 2002). Contudo, quando vêm para a terapia, os pacientes geralmente já perderam, pelo menos em grande parte, seu senso de humor.

Há três razões principais para se utilizar o humor na TCC. Primeiro, o humor pode normalizar e humanizar a aliança terapêutica. Por ser uma parte tão importante da vida, e sendo ele geralmente um componente dos bons relacionamentos, comentários adequados e bem colocados podem ajudar a promover o caráter amigável e colaborativo da TCC. A segunda razão para utilizá-lo é auxiliar os pacientes a romper padrões rígidos de pensamento e comportamento. Se o terapeuta e o paciente conseguirem rir juntos das falhas dos modos extremos de enxergar as situações, será mais provável que o paciente pondere e adote mudanças cognitivas. A terceira razão é a possibilidade de que as habilidades para o humor sejam reveladas, fortalecidas e intensificadas como um importante recurso para combater os sintomas e para lidar com o estresse.

O humor na TCC raramente envolve terapeuta e paciente contando piadas. Um cenário muito mais provável envolve o uso de hipérbole na descrição do impacto de manter crenças desadaptativas ou de persistir em um padrão comportamental rígido e ineficaz. Os elementos-chave característicos desse tipo de humor são:

1. espontâneo e genuíno;
2. construtivo;
3. focado em um problema externo ou em um modo de pensamento incongruente, em vez de em uma fraqueza pessoal.

O humor que segue essas diretrizes pode aliviar o peso de um conjunto rígido e disfuncional de crenças e comportamentos. O Vídeo 2 inclui vários modelos de uso terapêutico do humor na TCC. O Dr. Wright e Kate conseguiram rir juntos à medida que progrediam no uso do modelo da TCC para atacar os sintomas de ansiedade da paciente.

Alguns terapeutas são naturalmente adeptos do uso delicado do humor nas sessões, ao passo que outros acham esse aspecto da terapia constrangedor ou difícil. O humor é, sem dúvida, uma parte essencial da TCC. Portanto, se você não gosta de empregá-lo ou não tem essas habilidades, pode tirar a ênfase desse aspecto da terapia e se concentrar em outros elementos da relação empírico-colaborativa. Contudo, ainda assim recomendamos que pergunte aos pacientes se o senso de humor é um de seus pontos fortes e os ajude a utilizá-lo como uma estratégia positiva de enfrentamento.

Flexibilidade e sensibilidade

Os pacientes vêm para a terapia com uma grande variedade de expectativas, experiências de vida, sintomas e traços de personalidade, por isso os terapeutas precisam estar em sintonia com as diferenças individuais, à medida que tentam desenvolver relações de trabalho eficazes. Deve-se evitar um tipo de relação terapêutica monolítica, que se encaixa a qualquer situação, em favor de um estilo flexível e personalizado, que seja sensível às características únicas de cada paciente. Sugerimos considerar as influências de três domínios principais de interesse clínico ao personalizar alianças terapêuticas:

1. questões situacionais;
2. histórico sociocultural;
3. diagnóstico e sintomas (Wright e Davis, 1994).

Questões situacionais

Tensões atuais da vida, como luto após a morte de um ente querido, separação ou divórcio, perda de emprego, problemas financeiros ou enfermidades, podem exigir ajustes na relação terapêutica. Um exemplo de nossa prática clínica é o tratamento de uma mulher deprimida que vivenciara recentemente a morte de seu filho adolescente por suicídio. Devido ao profundo luto da paciente, o terapeuta precisava concentrar esforços para ser empático, compreensivo e dar apoio. Intervenções cognitivo-comportamentais típicas, como o registro de pensamentos e o exame das evidências, não foram aplicadas na parte inicial desse tratamento, pois o terapeuta podia corresponder melhor às dores da paciente empregando empatia e calor humano, ouvindo e usando intervenções comportamentais para ajudá-la a recuperar seu funcionamento no dia a dia.

Influências ambientais ou estressores podem, às vezes, levar os pacientes a fazerem solicitações especiais. Um paciente que está tendo problemas no relacionamento conjugal pode pedir para que os pagamentos pela terapia não sejam enviados para a sua casa, para que sua esposa não saiba que ele está fazendo terapia. Uma pessoa que teve uma complicação cirúrgica e está pensando em processar seu médico pode estipular que o cirurgião não seja contatado para fornecer os prontuários médicos. Uma mulher que esteja envolvida em um embate judicial pela custódia de um filho pode pedir ao terapeuta para servir de testemunha de defesa no tribunal. Nossa regra geral para lidar com tais solicitações logo no início da terapia é aceitá-las como se apresentam e tentar atender às expectativas do paciente, a menos que haja um conflito ético ou limites profissionais a se considerar. No entanto, alguns pacientes podem ter expectativas irreais ou potencialmente danosas. Solicitações, sejam diretas ou implícitas, de maior amizade ou intimidade física, precisam ser reconhecidas e manejadas por meio de diretrizes firmes e eticamente responsáveis (Gutheil e Gabbard, 1993; Wright e Davis, 1994). Algumas solicitações – tais como sessões mais longas para além

do tempo normal ou uma abundância de ligações telefônicas do paciente – podem ter um impacto negativo na aliança. Ainda que os pacientes possam, às vezes, citar questões situacionais extraordinárias para justificar essas demandas, o terapeuta experiente estará ciente dos perigos de ultrapassar os limites ao conceder favores especiais.

Questões socioculturais

A sensibilidade às questões socioculturais é um componente essencial na formação de alianças de trabalho autênticas e altamente funcionais. Entre outras variáveis pessoais, o sexo, a etnia, a idade, a situação socioeconômica, a religião, a orientação sexual, as deficiências físicas e o grau de escolaridade podem influenciar tanto o terapeuta como o paciente à medida que tentam construir uma relação terapêutica. Embora os terapeutas costumem buscar ser imparciais e respeitosos em relação às diferentes histórias de vida, às crenças e ao comportamento, podemos ter pontos-cegos ou falta de conhecimento capazes de interferir no vínculo de tratamento ou mesmo de fazer com que fiquemos completamente perdidos em nossos esforços para nos relacionarmos com o paciente. Além disso, os vieses dos pacientes podem comprometer a sua capacidade de se beneficiar com o trabalho dos terapeutas, cujas características pessoais não combinam com as expectativas do paciente.

Existem várias estratégias úteis para se sintonizar com o impacto das influências socioculturais na aliança terapêutica. Nossa primeira recomendação é ser reflexivo em seu trabalho com pacientes com diversas histórias de vida. Não presume que você seja totalmente sensível e tolerante com a diversidade de seus pacientes. Preste muita atenção a reações negativas aos pacientes ou às evidências de que fatores socioculturais estão limitando seu trabalho terapêutico. Você está tendo dificuldades para expressar empatia com um determinado paciente? Você se sente “duro” e artificial nas sessões de tratamento? Está temendo o atendimento com esse paciente? Essas reações podem estar relacionadas as suas tendências e atitudes pessoais? Se você perceber tais reações, faça um plano para modificar suas percepções negativas, a fim de ser mais compreensivo e aceitar o paciente.

A segunda estratégia é fazer um esforço orquestrado para melhorar seu conhecimento sobre as diferenças socioculturais que podem influenciar a relação terapêutica. Por exemplo, um terapeuta heterossexual com treinamento limitado sobre a cultura LGBT (*gays*, lésbicas, bissexuais e transexuais) e que esteja percebendo uma aversão por trabalhar com pacientes de orientação LGBT poderia ler livros sobre a experiência LGBT, participar de *workshops* destinados a melhorar a sensibilidade e assistir a filmes que visem aumentar a compreensão de questões relacionadas com a orientação sexual (Austin e Craig, 2015; Graham et al., 2013; Safren e Rogers, 2001; Wright e Davis, 1994). Além disso, é possível formar alianças mais eficazes se o terapeuta estudar uma ampla gama de tradições religiosas e filosofias de vida. Apesar de uma quantidade limitada de pesquisas ter demonstrado que os pacientes com certas crenças religiosas terão afinidade com terapeutas com históricos espirituais semelhantes (Propst et al., 1992), nossas experiências com o uso da TCC com pacientes de várias religiões (ou sem uma inclinação religiosa específica) sugerem que a compreensão, a tolerância e o respeito pelas diferentes estruturas religiosas costumam promover boas alianças terapêuticas.

Os terapeutas também devem ter bom conhecimento das questões étnicas e de gênero que possam influenciar o processo de tratamento (Graham et al., 2013; Wright e Davis, 1994). Além das leituras e do treinamento da sensibilidade, sugerimos que tais questões sejam discutidas com especialistas em diversidade cultural e com colegas e amigos, a fim de adquirir uma ampla perspectiva dessas influências em potencial na relação terapêutica. Temos valorizado especialmente as informações vindas de colegas e amigos que fazem comentários sobre nossas atitudes. Eles têm nos ajudado a aprofundar nossa consciência de como a etnia, o sexo e outros fatores socioculturais podem afetar o processo terapêutico.

À medida que for aprendendo mais sobre as influências socioculturais na relação terapêutica, também recomendamos que você dispense algum tempo para examinar o seu ambiente no consultório quanto a possíveis influências que possam deixar os pacientes desconfortáveis. A sala de espera é planejada para acomodar pessoas com deficiências físicas ou muito acima do peso? As revistas na sala de espera transmitem algum tipo de preconceito? Os funcionários que trabalham no consultório tratam todos os pacientes com o mesmo respeito e atenção? A decoração do consultório transmite algum significado não intencional que possa humilhar as pessoas de certas etnias ou culturas? Se você reconhecer qualquer característica de seu consultório que possa ter um impacto negativo nas alianças terapêuticas, trabalhe para corrigir e melhorar o ambiente de tratamento.

Diagnóstico e sintomas

A doença, o tipo de personalidade e o conjunto de sintomas de cada paciente podem ter uma influência substancial na relação terapêutica. Um paciente maníaco pode ser intrusivo e irritante ou pode ser extremamente charmoso e sedutor. Pacientes com transtornos por uso de substâncias geralmente apresentam padrões cognitivos e comportamentais que os estimulam a enganar o terapeuta e a si mesmos. Uma pessoa com um transtorno alimentar pode fazer um grande esforço para convencer o terapeuta da validade de suas atitudes desadaptativas.

Transtornos e traços de personalidade também podem ter um efeito altamente significativo na função do terapeuta de estabelecer uma aliança de trabalho eficaz. O paciente dependente pode querer criar dependência no terapeuta. Uma pessoa com transtorno de personalidade obsessivo-compulsivo pode ter dificuldades para expressar emoção na inter-relação terapêutica. Um paciente esquizoide pode ser muito defensivo e ter problemas para confiar no terapeuta. E, claro, uma pessoa com transtorno de personalidade *borderline* provavelmente haverá passado por relacionamentos caóticos e instáveis, o que pode ser levado para o cenário terapêutico.

Modificações nos métodos da TCC para quadros clínicos específicos, inclusive transtornos de personalidade, são detalhadas no Capítulo 10. Aqui, relacionamos três estratégias gerais para lidar com o impacto da doença e da estrutura de personalidade do paciente na aliança terapêutica:

- 1. Identificar problemas em potencial.** Esteja atento para as possíveis influências de sintomas e diferentes aspectos da personalidade, e esteja pronto para adaptar o seu plano de tratamento para lidar com essas diferenças. Por exemplo, pode ser necessário prestar atenção especial no desenvolvimento da confiança com uma pessoa traumatizada e que esteja passando por um transtorno de estresse pós-traumático. Ou talvez seja recomendável amenizar a tensão, utilizar o humor e tentar abordagens criativas para romper a rigidez de uma pessoa com traços obsessivo-compulsivos. Se estiver tratando uma mulher com um transtorno alimentar que você suspeita não estar sendo totalmente honesta com você sobre a extensão de seu comportamento não saudável (p. ex., está comendo compulsivamente, purgando, abusando de laxantes, exercitando-se demasiadamente), pode ser necessário discutir abertamente sobre suas preocupações.
- 2. Não rotule o paciente.** O rótulo ocorre quando o terapeuta acaba usando termos diagnósticos como *borderline*, *alcoólatra* ou *dependente* de uma maneira pejorativa. Atitudes negativas em relação a esses comportamentos podem ser sutis, subliminares ou abertas. Uma vez que tenha ocorrido a rotulação, a relação torna-se mais distante ou tensa, o terapeuta pode se esforçar menos para trabalhar com os sintomas e é provável que a qualidade da terapia se deteriore.
- 3. Empenhe-se pela serenidade.** Tente ficar calmo no olho do furacão. Seja objetivo e dê uma direção firme para a terapia, mesmo quando estiver lidando com situações emocionalmente carregadas ou sendo desafiado por um paciente exigente. Trabalhe para desenvolver a capacidade de lidar com uma ampla variedade de situações clínicas e tipos de personalidade, ao mesmo tempo evitando reações exageradas, comportamento raivoso ou respostas defensivas. Seu temperamento já pode conter uma dose saudável de serenidade, no entanto, esse atributo pode ser praticado e fortalecido. Uma das maneiras mais valiosas de aumentar a sua capacidade de serenidade é desenvolver habilidades para reconhecer e lidar com as reações de transferência e contratransferência, como discutido a seguir.

A TRANSFERÊNCIA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O conceito de transferência é derivado da psicanálise e da psicoterapia psicodinâmica, mas é substancialmente revisado na TCC para ser consistente com as teorias e métodos cognitivo-comportamentais (Beck et al., 1979; Sanders e Wills, 1999; Wright e Davis, 1994). Como em outras terapias, os fenômenos de transferência são vistos como uma reedição, na relação terapêutica, de elementos-chave de relacionamentos prévios importantes (p. ex., pais, avós, professores, chefes, amigos). Entretanto, na TCC, o foco não está nos componentes inconscientes da transferência ou nos mecanismos de defesa, e sim nas maneiras habituais de pensar e agir que são repetidas no ambiente terapêutico. Por exemplo, se um homem tem uma crença nuclear profunda de que “deve estar no controle” e padrões de comportamento arraigados de controlar os outros, ele pode reproduzir essas mesmas cognições e comportamentos na relação terapêutica.

Como a TCC é geralmente um tratamento de curto prazo, com uma aliança entre paciente e terapeuta altamente colaborativa e direta, a intensidade da transferência normalmente é muito mais baixa do que na psicoterapia de orientação psicodinâmica de longo prazo. Além disso, a transferência não é vista como um mecanismo necessário ou primordial para a aprendizagem ou a mudança. No entanto, estar ciente da presença de transferência nos pacientes e ser capaz de usar esse conhecimento para melhorar a relação terapêutica e modificar os padrões disfuncionais de pensamento são questões importantes da TCC.

Ao avaliar a transferência na TCC, o terapeuta observa os esquemas e os padrões associados de comportamento que provavelmente foram desenvolvidos no contexto de relacionamentos importantes do passado. Essa avaliação serve a duas funções primordiais. A primeira é a capacidade do terapeuta de analisar a relação terapêutica para identificar as crenças nucleares do paciente e examinar *in vivo* os efeitos dessas cognições no comportamento do paciente em relacionamentos importantes. A segunda é a possibilidade de o terapeuta planejar intervenções para reduzir os efeitos negativos da transferência no vínculo terapêutico ou no resultado da terapia.

Se houver evidências de que uma crença nuclear está influenciando a relação entre terapeuta e paciente, o terapeuta precisa levar em consideração as seguintes perguntas:

- 1. A transferência é um fenômeno saudável ou produtivo?** Em caso positivo, o terapeuta pode escolher omitir qualquer comentário sobre a transferência e permitir que ela continue como está.
- 2. Você acha que há potencial para efeitos negativos da transferência?** Talvez a situação atual da transferência seja neutra ou benigna, mas haja uma perspectiva de complicações na relação terapêutica. Quando você identificar reações de transferência, tente pensar no que pode acontecer se a terapia continuar e a relação se intensificar. Ações preventivas (p. ex., estabelecer limites mais restritos, detalhar diretrizes apropriadas para a aliança terapêutica) podem ajudar a evitar problemas futuros.
- 3. Há uma reação transferencial que exige atenção agora?** Quando houver uma reação transferencial interferindo na colaboração, bloqueando o progresso ou tendo um efeito destrutivo na terapia, o terapeuta precisa tomar medidas imediatas para abordar o problema. As intervenções podem incluir psicoeducação sobre

o fenômeno da transferência, o uso de técnicas-padrão de TCC para modificar pensamentos automáticos e esquemas envolvidos na transferência, ensaios comportamentais (a prática de comportamentos alternativos mais saudáveis nas sessões de terapia) e o comprometimento em limitar ou eliminar certos comportamentos.



CASO CLÍNICO

O tratamento de Carla, uma mulher de 25 anos de idade com depressão severa, com uma terapeuta de meia-idade incluiu o trabalho de trazer à luz uma reação transferencial e usá-la para ajudar a paciente a mudar. As crenças nucleares da paciente (p. ex., “nunca vou conseguir ser uma pessoa competente”; “nunca vou conseguir agradar meus pais”; “sou um fracasso”) estavam afetando negativamente a relação, uma vez que a paciente se comparava com a terapeuta, uma profissional bem-sucedida. Carla também tinha pensamentos automáticos de que a terapeuta a estava julgando e pensando que ela era preguiçosa ou burra, pois ela nem sempre conseguia mostrar sucesso na implementação de métodos de autoajuda da TCC. Como consequência, Carla sentia-se distante da terapeuta e a via como uma pessoa exigente que não gostava muito dela.

A terapeuta reconheceu que as experiências de Carla com os pais extremamente críticos e o fato de sempre acreditar ser inferior aos outros levou-a a ter uma relação terapêutica tensa. Portanto, a terapeuta discutiu abertamente a reação transferencial e, depois, utilizou métodos para corrigir distorções que estavam prejudicando o vínculo colaborativo.

Algumas das cognições específicas acerca da terapeuta que foram objeto de mudança eram as seguintes: “Ela tem tudo – eu não tenho nada” (um pensamento automático com um erro cognitivo: maximizar os pontos positivos dos outros e minimizar seus próprios pontos fortes); “se realmente me conhecer, ela vai perceber que sou uma farsa” (um esquema desadaptativo que estava levantando uma barreira entre a paciente e a terapeuta) e “nunca poderia chegar a seus pés” (uma transferência de crenças sobre os pais para a terapeuta).

Depois de explicitar essas cognições, a terapeuta explicou como os pensamentos automáticos, as crenças nucleares e os comportamentos observados em outros relacionamentos podem ser reproduzidos na terapia e em outras situações interpessoais atuais. Ela, então, reafirmou a Carla que a entendia e a respeitava, mas queria ajudá-la a desenvolver sua autoestima. Elas concordaram que uma maneira de melhorar a autoimagem de Carla seria conversar regularmente sobre a aliança terapêutica e testar seus pressupostos sobre as atitudes e expectativas da terapeuta. Conforme o tratamento foi progredindo, a relação terapêutica tornou-se um mecanismo saudável para Carla ver-se de maneira precisa e desenvolver atitudes mais funcionais e realistas.

A CONTRATRANSFERÊNCIA

Outra responsabilidade dos terapeutas cognitivo-comportamentais é buscar possíveis reações de contratransferência que possam estar interferindo no desenvolvimento de relações terapêuticas colaborativas. Ela ocorre na TCC quando a relação com o paciente ativa no terapeuta pensamentos automáticos e esquemas, e essas cognições têm o potencial de influenciar o processo de terapia. Como os pensamentos automáticos e os esquemas podem operar fora de sua plena consciência, uma boa maneira de identificar possíveis reações de contratransferência é reconhecer emoções, sensações físicas ou respostas comportamentais que possam ser estimuladas por suas cognições. Os indicadores comuns de que pode estar ocorrendo contratransferência são: ficar com raiva, tenso ou frustrado com o paciente; sentir-se entediado no atendimento; aliviado quando o paciente se atrasa ou cancela a sessão; repetidamente encontrar dificuldades para trabalhar com um determinado tipo de doença, conjunto de sintomas ou dimensão de personalidade, ou começa a se sentir especialmente atraído ou inclinado por um determinado paciente.

Ao suspeitar de que pode estar se desenvolvendo contratransferência, pode-se aplicar as teorias e os métodos da TCC descritos ao longo de todo este livro para entender melhor e lidar com a reação. Comece por tentar identificar os seus pensamentos automáticos e esquemas. Depois, se for clinicamente indicado e viável, você pode trabalhar na modificação das cognições. Por exemplo, se você tiver pensamentos automáticos como “este paciente não tem motivação... tudo o que ele faz é se lamentar durante toda a sessão... essa terapia não está indo a lugar algum”, pode tentar identificar os seus próprios erros cognitivos (p. ex., pensamento do tipo tudo ou nada, ignorar as evidências, tirar conclusões apressadas) e mudar o seu modo de pensar para refletir uma visão mais equilibrada dos esforços e do potencial do paciente.

RESUMO

Uma aliança eficaz entre terapeuta e paciente é uma condição essencial para a implementação dos métodos específicos da TCC. À medida que envolve o paciente no processo da TCC, o terapeuta precisa demonstrar compreensão, empatia e afeto pessoal adequados e flexibilidade ao reagir às características singulares dos sintomas, das crenças e das influências socioculturais de cada pessoa. A boa relação terapêutica na TCC caracteriza-se por um alto grau de colaboração e um estilo empírico de questionamento e aprendizagem. A aliança de tratamento colaborativa empírica une terapeuta e paciente em um esforço conjunto para definir problemas e buscar soluções.

REFERÊNCIAS

- Austin A, Craig SL: Transgender affirmative cognitive behavioral therapy: clinical considerations and applications. *Prof Psychol Res Pr* 46(1):21–29, 2015
- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al: *Cognitive Therapy of Depression*. New York, Guilford, 1979
- Beitman BD, Goldfried MR, Norcross JC: The movement toward integrating the psychotherapies: an overview. *Am J Psychiatry* 146(2):138–147, 1989 2643360
- Graham JR, Sorenson S, Hayes-Skelton SA: Enhancing the Cultural Sensitivity of Cognitive Behavioral Interventions for Anxiety in Diverse Populations. *Behav Ther (N Y N Y)* 36(5):101–108, 2013 25392598
- Gutheil TG, Gabbard GO: The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk-management dimensions. *Am J Psychiatry* 150(2):188–196, 1993 8422069
- Keijsers GP, Schaap CP, Hoogduin CAL: The impact of interpersonal patient and therapist behavior on outcome in cognitive-behavior therapy: a review of empirical studies. *Behav Modif* 24(2):264–297, 2000 10804683
- Klein DN, Schwartz JE, Santiago NJ, et al: Therapeutic alliance in depression treatment: controlling for prior change and patient characteristics. *J Consult Clin Psychol* 71(6):997–1006, 2003 14622075
- Kuhn C: *The Fun Factor: Unleashing the Power of Humor at Home and on the Job*. Louisville, KY, Minerva Books, 2002
- Propst LR, Ostrom R, Watkins P, et al: Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *J Consult Clin Psychol* 60(1):94–103, 1992 1556292
- Rogers CR: The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol* 21(2):95–103, 1957 13416422
- Safren SA, Rogers T: Cognitive-behavioral therapy with gay, lesbian, and bisexual clients. *J Clin Psychol* 57(5):629–643, 2001 11304703
- Sanders D, Wills F: The therapeutic relationship in cognitive therapy, in *Understanding the Counselling Relationship: Professional Skills for Counsellors*. Editado por Feltham C. Thousand Oaks, CA, Sage, 1999, pp. 120–138
- Wright JH, Davis D: The therapeutic relationship in cognitive-behavioral therapy: patient perceptions and therapist responses. *Cogn Behav Pract* 1:25–45, 1994