2

O caldeirão da conceitualização de caso

Um novo modelo

Sei que deveria conceitualizar com os meus clientes,
mas tenho medo de tender a agir só pelo instinto.

Terapeuta

Embora a maioria dos terapeutas ache que existem benefícios na conceitualização de caso, muitos não a incorporam com cuidado à sua prática terapêutica. Outros questionam a necessidade da conceitualização de caso: "Se existem manuais de TCC baseados em evidências, por que precisamos da conceitualização de caso? Um diagnóstico não é suficiente?". Mesmo quando os terapeutas desenvolvem uma conceitualização de caso, frequentemente ela é aplicada de formas que limitam a sua utilidade. Como supervisores e consultores, observamos o seguinte:

- A conceitualização de caso meramente copia a teoria da TCC, com aspectos da apresentação do cliente agregadas às seções do modelo da TCC. Os aspectos cruciais do caso são "cortados fora": a abordagem procrusteana.
- A conceitualização de caso integra pouca ou nenhuma teoria da TCC; em vez disso, ela meramente descreve a experiência da pessoa.
- O terapeuta produz diversas conceitualizações diferentes para cada condição comórbida. Estas são difíceis de serem ligadas e seriam incoerentes e devastadoras se compartilhadas com os clientes.
- A conceitualização é tão elaborada e complexa que se parece com uma caixa de circuitos elétricos.
- O nível de conceitualização usado não está adequado à fase da terapia. Por exemplo, o terapeuta desenvolve uma conceitualização exces-

sivamente elaborada em um momento muito precoce da terapia, antes mesmo de formular uma simples conceitualização descritiva.

Além disso, quando observamos gravações em áudio e vídeo de sessões de terapia com TCC como parte de uma supervisão ou consulta, frequentemente observamos:

- Os terapeutas conceitualizam unilateralmente, não colaborativamente.
- O conteúdo das sessões de TCC parece não ter relação com a conceitualização do caso.
- O terapeuta pressupõe que entende tudo, mas não faz uma pausa para verificar se o seu ponto de vista é compartilhado pelo cliente.
- O cliente parece estar trabalhando a partir de uma compreensão diferente da do terapeuta. O terapeuta ou não detecta isto ou não procura uma concordância esclarecedora da conceitualização.

Todos esses erros comuns na conceitualização de caso são fáceis de ser cometidos pelos terapeutas de TCC na prática diária, mas a nossa nova abordagem pode ajudá-los a evitar tais erros. O modelo de conceitualização de caso que propomos surgiu (1) da nossa experiência clínica como terapeutas, supervisores, consultores e instrutores de TCC e (2) da nossa resposta a achados importantes na pesquisa empírica em conceitualização de caso em TCC resumidos no capítulo anterior.

PRINCÍPIOS ORIENTADORES PARA A CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO EM TCC

Conforme apresentado resumidamente no Capítulo 1, utilizamos a metáfora de um caldeirão para descrever o processo de conceitualização de caso. O caldeirão é onde a teoria, a pesquisa e as experiências do cliente são integradas para formar uma nova descrição e entendimento das dificuldades do cliente. Embora fundamentada em teoria baseada em evidências e na pesquisa, a conceitualização formada no caldeirão é original e única para o cliente e revela os caminhos para uma mudança duradoura. Existem várias características que consideramos como os princípios definidores fundamentais da conceitualização em TCC. Os três princípios orientadores são (1) níveis de conceitualização, (2) empirismo colaborativo e (3) incorporação dos pontos fortes do cliente (veja o Quadro 2.1). Estes princípios possibilitam uma abordagem à conceitualização que é flexível, mas sistemática.

O processo de conceitualização se desenvolve ao longo do curso da TCC. O vapor que emana do caldeirão na Figura 1.1 representa os diferentes níveis de conceitualizações descritivas e explanatórias.

Quadro 2.1 Princípios para orientar a conceitualização de caso na TCC

1. Níveis de conceitualização	A conceitualização se desenvolve a partir da descrição das dificuldades atuais de um cliente em termos de TCC, de forma a prover estruturas explanatórias que vinculam os desencadeantes, ciclos de manutenção e/ou fatores predisponentes e protetores;
2. Empirismo colaborativo	Terapeuta e cliente trabalham *juntos*, integrando a experiência do cliente com teoria e pesquisa apropriadas em um processo esclarecedor de formulação e testagem de hipóteses.
3. Foco nos pontos fortes	A conceitualização identifica e incorpora ativamente os pontos fortes do cliente com o objetivo de aplicar os recursos existentes no cliente às suas dificuldades atuais e para fortalecer a sua consciência e utilizar seus pontos fortes ao longo do tempo (ou seja, desenvolvendo a resiliência).

Princípio 1: Níveis de conceitualização

A conceitualização de caso em TCC começa pela *descrição* das dificuldades atuais em termos cognitivos e comportamentais. Enquanto os clientes relatam o que os trouxe à terapia, o terapeuta os ajuda a descrever as dificuldades atuais em termos de pensamentos, sentimentos e comportamentos. Geralmente, este nível de conceitualização ocorre durante o início da fase de avaliação. Tipicamente, este é o primeiro produto do caldeirão.

Depois disso, cliente e terapeuta começam a *explicar* como as dificuldades atuais são desencadeadas e mantidas, usando a teoria da TCC. Tipicamente, esse é o segundo produto do caldeirão. Finalmente, um terceiro nível de conceitualização pode ser desenvolvido para *explicar* como se originaram as dificuldades atuais. Este nível descreve os fatores históricos predisponentes e os fatores protetores em termos cognitivo-comportamentais. Em geral, este terceiro produto é uma conceitualização longitudinal que proporciona um contexto histórico para o entendimento dos problemas apresentados. Em suma, a TCC começa com níveis descritivos de conceitualização, encaminha-se para as explicações dos desencadeantes e para fatores de manutenção e então, quando necessário, considera os fatores que predispõem as pessoas e as protegem das preocupações atuais. Nem todos os casos requerem este terceiro nível. A conceitualização tipicamente progride através desses três níveis inferenciais crescentes de explicação, quando necessário, para atingir os objetivos do cliente na terapia. Para alguns clientes, o primeiro nível descritivo será suficiente. Mais frequentemente, são suficientes as conceitualizações descritivas seguidas por conceitualizações explanatórias dos desencadeantes e da manutenção. Para alguns clientes, especialmente aqueles com dificuldades crônicas, todos os três níveis podem ser necessários.

Princípio 2: Empirismo colaborativo

Em um caldeirão, o calor age como um catalisador para a reação química. No caso da conceitualização, o empirismo colaborativo é o catalisador que integra a teoria da TCC, a pesquisa e a experiência do cliente. As mãos na Figura 1.1 representam o terapeuta e o cliente trabalhando juntos, usando o empirismo colaborativo. Por razões elaboradas abaixo, o nosso processo de conceitualização de caso somente será efetivo se for desenvolvido pelo terapeuta e o cliente; o cliente deve estar integral e explicitamente envolvido em todos os estágios do processo de conceitualização. Cada um dos dois, terapeuta e cliente, colabora com alguma coisa importante e diferente para o processo: os terapeutas de TCC lançam mão das teorias e das pesquisas mais relevantes para descrever e explicar as preocupações dos clientes, enquanto que os clientes fornecem observações essenciais e *feedback* que mantêm a conceitualização dentro do caminho esperado. O empirismo é empregado em todo o processo de conceitualização como um controle metodológico e como equilíbrio entre as ideias alternativas e para encorajar o uso das melhores evidências disponíveis. Colaboração e empirismo trabalham em consonância. Assim sendo, chamamos nosso segundo princípio de "empirismo colaborativo". Consideramos o empirismo colaborativo essencial para que a conceitualização de caso desempenhe as suas funções (Quadro 1.1).

Princípio 3: Incorporação dos pontos fortes do cliente

As abordagens mais atuais da TCC preocupam-se exclusiva ou principalmente com os problemas, vulnerabilidades e história de adversidades de um cliente. Defendemos que os terapeutas identifiquem e trabalhem com os pontos fortes do cliente em cada estágio da conceitualização. Um foco nos pontos fortes é frequentemente mais motivador para o engajamento dos clientes e oferece a vantagem de aproveitar essa força no processo de mudança para preparar o caminho para uma recuperação duradoura. No interior do caldeirão da conceitualização de caso, a experiência do cliente inclui os seus pontos fortes. As teorias da resiliência em TCC (Snyder e Lopez, 2005) são destacadas e elaboradas durante o processo de conceitualização juntamente às teorias da TCC que são relevantes para os problemas.

Por que usar uma abordagem à conceitualização orientada pelos princípios?

Quando os tópicos são complexos, uma tomada de decisão que seja hábil envolve tipicamente múltiplos pontos de escolha (Garb, 1998). Em cada pon-

to de escolha durante a conceitualização, os terapeutas precisam incorporar diferentes tipos de informações (cliente, teoria, pesquisa) que são sobrepostas e complexas. As informações podem ser descritivas (p. ex., o relato de um cliente sobre o seu medo de cães), incorporar detalhes sobre como as dificuldades atuais variam nas diferentes situações (p. ex., o medo é maior em alguns contextos do que em outros) e incluir uma perspectiva histórica (p. ex., como se originou o medo e como ele foi se modificando com o passar do tempo). Além do mais, as conceitualizações são dinâmicas, desenvolvendo-se durante o curso da terapia. Assim sendo, os terapeutas provavelmente serão ajudados se tiverem princípios-chave a serem seguidos. Da mesma forma que um marinheiro na maior parte das áreas do mundo pode usar uma bússola para seguir um curso e acompanhar as condições meteorológicas, um terapeuta pode usar princípios para se manter no curso quando se defronta com complexidades e mudanças consideráveis.

As próximas seções oferecem justificativas teóricas e empíricas para a nossa escolha dos níveis de conceitualização, empirismo colaborativo e inclusão dos pontos fortes do cliente como os três princípios primários que orientam a conceitualização de caso.

NÍVEIS DE CONCEITUALIZAÇÃO

Por que encarar as conceitualizações como níveis em desenvolvimento?

A conceitualização de caso desenvolve-se progressivamente durante o curso da terapia como aspectos da experiência do cliente que são apresentados. Uma determinada conceitualização de caso pode apenas ser tão boa quanto as informações atuais disponíveis ao cliente e ao terapeuta. Novas informações estão continuamente sendo acrescentadas por meio da observação, de entrevistas e de experimentos. Assim, as conceitualizações de caso se desenvolvem com o tempo para fornecer a "melhor adequação" atual. Um cliente descreveu da seguinte forma: "Eu não acho que algum dia terei uma compreensão completa... estou sempre encontrando coisas que se vinculam a como eu estou me sentindo agora." Um terapeuta coloca desta forma: "O que você faz é mudar a conceitualização para adequar às informações que o cliente dá, em vez de mudar as informações para que elas se tornem adequadas. A vida do cliente irá apoiar ou rejeitar a conceitualização, e se ela rejeitar a conceitualização, a conceitualização estará errada." A maioria das revisões é incrementada à medida que nos movemos da descrição para níveis mais altos de explanação – observações são acrescentadas, fatores particulares são enfatizados ou eliminados e são descobertas novas conexões entre as diferentes partes da experiência do cliente.

Conforme o diagrama na Figura 2.1, nossa abordagem constrói progressivamente uma conceitualização de caso a partir de uma descrição inicial das dificuldades atuais até a identificação dos desencadeantes e dos fatores que mantêm as dificuldades atuais. Com o passar do tempo, podemos construir uma conceitualização longitudinal em que as dificuldades atuais do cliente podem ser entendidas em termos da história do seu desenvolvimento. Quando se tornam conhecidos, os fatores predisponentes são incorporados à conceitualização do caso juntamente aos fatores protetores que ajudam o cliente a lidar com as dificuldades.

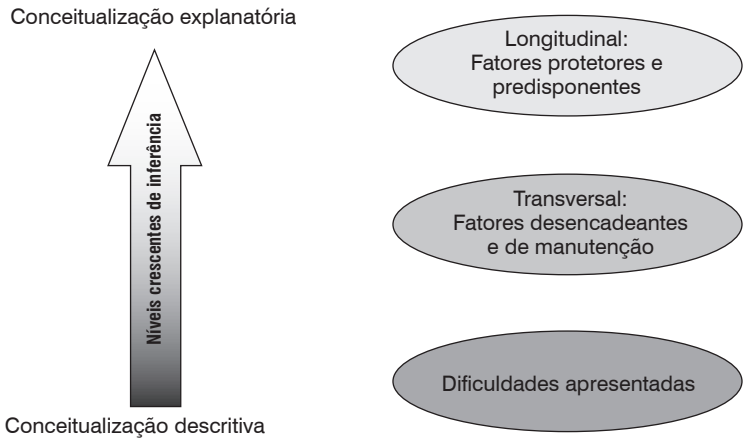

Figura 2.1 Níveis de conceitualização

À medida que a terapia progride, o terapeuta está em contínua avaliação de qual teoria da TCC se adequará melhor à experiência do cliente. Inicialmente, um modelo simples específico para um transtorno pode parecer adequar-se bem, mas, à medida que a terapia progride, novas informações trazidas pelo cliente podem sugerir a necessidade de um modelo diferente específico para o transtorno ou o uso do modelo genérico da TCC. Por exemplo, quando se trabalha com clientes com depressão unipolar recorrente não é raro que surjam evidências de hipomania, sugerindo a necessidade de que os terapeutas considerem modelos de TCC para o transtorno bipolar (Newman et al., 2002). Ou então o foco da terapia pode evoluir de modo que um modelo específico para um transtorno já não seja tão adequado às dificuldades apresentadas pelo cliente. Por exemplo, um cliente pode inicialmente pedir ajuda devido a ansiedade social, um problema para o qual existe um modelo específico do transtorno, e posteriormente pedir a ajuda do terapeuta para fazer uma opção na vida que não está relacionada com qualquer diagnóstico particular.

Encaramos a conceitualização de caso como uma atividade contínua, em camadas. Isto sugere uma explicação para que a pesquisa em conceitualização na TCC tenha produzido esses resultados decepcionantes. Até o momento, a pesquisa falhou em reconhecer que o nível de conceitualização vai se desenvolvendo à medida que a terapia evolui. Os estudos de pesquisas pedem que os terapeutas realizem a conceitualização de caso unilateralmente, imediatamente após a exposição às informações do cliente e sem a oportunidade de testar a hipótese. Sob tais circunstâncias, esperaríamos que os terapeutas conseguissem descrever os problemas com fidedignidade, mas sem concordarem quanto aos mecanismos subjacentes. Este é exatamente o padrão dos achados na pesquisa. A pesquisa também sugere que a incorporação de níveis mais inferenciais em uma conceitualização de caso é uma habilidade mais sofisticada (Eells et al., 2005; Kendjelic e Eells, 2007; Kuyken, Forthergill et al., 2005).

Em capítulos posteriores deste livro, mostramos em detalhes aos terapeutas como desenvolver relatos descritivos e explanatórios dos problemas apresentados pelos clientes durante a fase inicial, intermediária e posterior da terapia, usando modelos relevantes da TCC. Neste ponto, descrevemos brevemente e ilustramos os três níveis.

Nível 1: Conceitualizações descritivas

Durante as sessões iniciais, as dificuldades atuais do paciente são descritas em termos cognitivos e comportamentais fazendo uso da teoria e da pesquisa pertinentes da TCC. Essas primeiras conceitualizações conectam as experiências individuais do cliente à linguagem descritiva da teoria da TCC. Para este estágio de conceitualização, estão disponíveis todos os esquemas descritivos da TCC (Quadro 1.3). Argumentamos que qualquer modelo baseado em evidências será adequado, contanto que ele realize a tarefa do primeiro nível de conceitualização. Esta tarefa é unir a teoria com a experiência do cliente para *descrever* os problemas apresentados pelo cliente em termos cognitivos e comportamentais.

Ahmed: um exemplo de caso

Ahmed chegou à terapia relatando sintomas de depressão, ansiedade generalizada e dificuldades no trabalho. Ao final da entrevista inicial, o terapeuta ajudou Ahmed a formar uma conceitualização descritiva (veja a Figura 2.2 das suas preocupações usando o modelo de cinco partes (Padesky e Mooney, 1990):

TERAPEUTA: Obrigado por responder pacientemente a todas essas minhas perguntas, Ahmed. Dentro do tempo que nos resta hoje, eu gostaria de ver se podemos fazer algumas conexões entre os problemas que você descreveu para mim. Essas cone-

xões podem nos indicar uma direção útil para que você possa começar a se sentir melhor. Está bem assim para você?

AHMED: Eu não sei o que o senhor quer dizer.

TERAPEUTA: Deixe que eu lhe mostre (*pegando um bloco e uma caneta*). Vamos escrever neste papel alguns dos tópicos principais que discutimos hoje. Por exemplo, você começou me contando sobre as suas dificuldades no trabalho. Seu chefe lhe chamou a atenção, dizendo que você teria que ter um desempenho melhor ou então vai perder o emprego. (*Escreve no topo da página: "Meu chefe diz que eu preciso ter um desempenho melhor, ou então vou perder o emprego."*)

AHMED: Sim, isso me preocupa muito.

TERAPEUTA: OK. Vamos escrever "Preocupações" aqui. Você me falou dos tipos de preocupações que você tem: você está preocupado com o seu emprego, preocupado com dinheiro... Havia mais alguma coisa?

AHMED: Sim. Eu me preocupo com o meu futuro.

TERAPEUTA: (*Escreve "emprego, dinheiro, futuro" abaixo de "Preocupações"*). O seu emprego é a coisa principal na sua vida que faz com que você se preocupe com seu futuro?

AHMED: Eu me preocupo porque sou muçulmano e muitas pessoas odeiam os muçulmanos.

TERAPEUTA: Que experiências você já teve que lhe preocupam?

AHMED: Ouvi falar de ódio em programas de entrevistas no rádio. As pessoas no *shopping* me olham de um jeito estranho, às vezes. No trabalho, eu percebo que as pessoas param de falar em política quando eu entro na sala.

TERAPEUTA: Então parece que as pessoas podem ter algum preconceito contra você como muçulmano. Isto o preocupa porque tem medo de que alguém machuque você ou a sua família?

AHMED: Com certeza. E também rezo muito por isso, pedindo a Alá que me dê forças e misericórdia por essas pessoas que não me conhecem.

TERAPEUTA: Então a sua fé em Alá lhe dá força, mas também pode colocá-lo em risco com algumas pessoas.

AHMED: É isso mesmo.

TERAPEUTA: Vamos colocar isso no papel abaixo de "Minha Vida" – como a sua fé é ao mesmo tempo uma fonte de força e de risco. E vamos acrescentar aqui as suas preocupações sobre o preconceito das outras pessoas.

AHMED: OK.

TERAPEUTA: Você me contou que as suas preocupações o deixam acordado durante a noite.

AHMED: Sim, elas deixam.

TERAPEUTA: Vou escrever isso aqui, abaixo de "Reações físicas". Você consegue pensar em alguma outra reação física que você teve ultimamente?

AHMED: Eu estou muito cansado.

TERAPEUTA: (*Escreve: "Cansado"*).

AHMED: E também me sinto agitado.

TERAPEUTA: (*Escreve: "Sente-se agitado"*). Quando você está deitado à noite, sem conseguir dormir, e depois se sente agitado e cansado durante o dia, que tipo de humor você vivencia?

AHMED: Nervoso… e meio triste.

TERAPEUTA: E quando você está nervoso e triste e tendo todas essas preocupações e se sentindo cansado, que mudanças você observa no seu comportamento?

AHMED: Adio as coisas porque eu não tenho a confiança que tinha antes. Às vezes eu simplesmente fico olhando para a parede. E não me importa se o meu chefe está incomodado. Eu não sirvo para nada.

TERAPEUTA: Vou escrever isso aqui, abaixo de "Comportamento": "Adio as coisas. Olho para a parede." E vou colocar esta ideia, "Eu não sirvo para nada", aqui abaixo de "Pensamentos". Você acha que estas listas captam as coisas mais importantes que você me contou hoje?

AHMED: Sim.

TERAPEUTA: O motivo por que eu listei as coisas nestas categorias (*apontando para cada uma*) é que cada uma dessas áreas é importante para a compreensão das suas dificuldades. A sua vida (*apontando para o grande círculo*) rodeia e afeta estas quatro partes da sua experiência – seus pensamentos, reações físicas, humores e comportamento.

AHMED: Ã-hã.

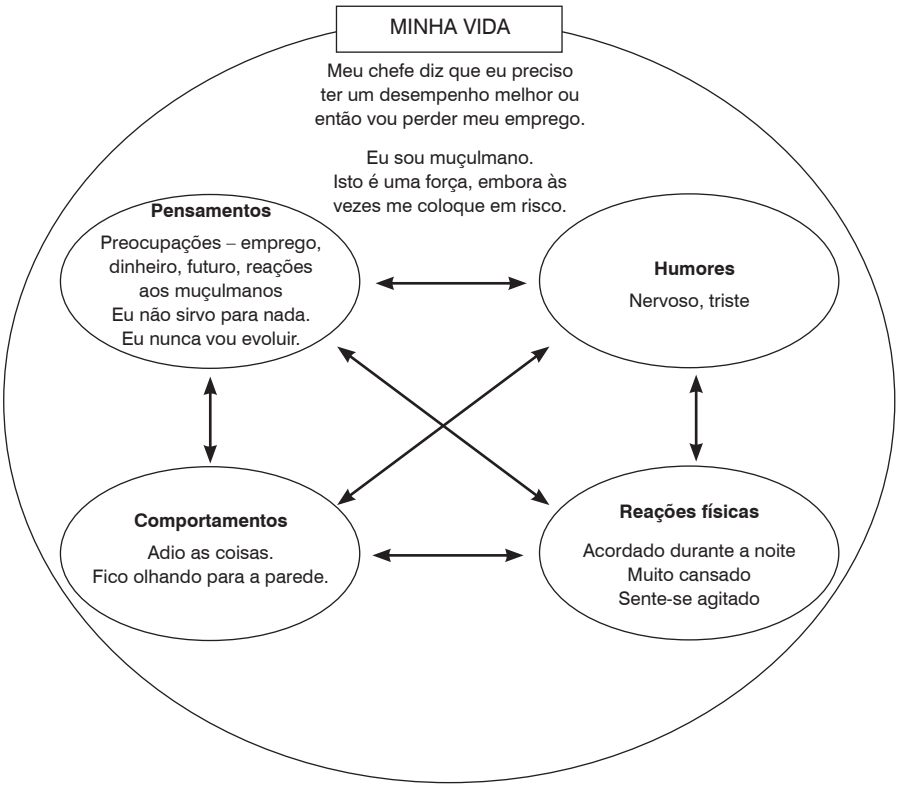

Figura 2.2 Conceitualização descritiva de Ahmed.

TERAPEUTA: Vou desenhar umas setas entre essas quatro partes. Por que você acha que vou fazer isso?
AHMED: Talvez para mostrar que elas afetam umas às outras?
TERAPEUTA: Sim, geralmente é assim. Você consegue pensar em algum momento nesta semana em que uma destas quatro partes afetou outra parte?
AHMED: (*pensando*) Bem, quando eu fico acordado à noite me preocupo.
TERAPEUTA: OK (*traçando uma seta de "Reações físicas" até "Pensamentos"*). Quando fica acordado, você se preocupa. E depois, quando você se preocupa, isto se conecta com algum destes humores aqui? *Traçando uma seta entre "Pensamentos" e "Humores"*.)
AHMED: Sim, eu me sinto nervoso. E às vezes triste porque eu acho que nunca vou evoluir.
TERAPEUTA: Boa observação! Então quando você está triste (*traçando uma seta de "Humores" até "Pensamentos"*), isso também conduz a outro pensamento: "Eu nunca vou evoluir". Vamos escrever esse pensamento abaixo de "Pensamentos". (*Acrescenta estas palavras ao modelo*.)

Após alguma discussão adicional sobre as conexões entre as cinco partes diferentes do modelo, o terapeuta apresenta o seguinte resumo e sugestão do plano de tratamento:

TERAPEUTA: Como mostram essas setas que desenhamos, cada uma das cinco partes afeta as outras. Isso ajuda a explicar como você entrou nessa situação difícil, Ahmed. As pequenas mudanças negativas na sua vida podem ir se acumulando porque cada negativa pode levar a negativas nas outras quatro áreas. (*Aponta para as cinco partes relacionadas do modelo de cinco partes durante as afirmações seguintes.*) Você está preocupado e não consegue dormir. Quando você não dorme, fica cansado. Quando você está cansado, não tem vontade de fazer nada. Quando você não faz nada, começa a pensar: "Eu não sirvo para nada". E assim fica dando voltas. Depois de algum tempo, você entra em um grande buraco, e as coisas podem começar a parecer ainda piores, sem esperança.
AHMED: Sim, é assim que as coisas parecem para mim atualmente.
TERAPEUTA: Felizmente, existe uma boa notícia neste quadro.
AHMED: Existe? Eu realmente não consigo vê-la.
TERAPEUTA: Bem, a boa notícia é que pequenas mudanças em uma área podem levar a pequenas mudanças nas outras áreas. Assim como as pequenas mudanças negativas podem acabar lhe colocando dentro de um grande buraco, as pequenas mudanças positivas em uma área podem levar a pequenas mudanças positivas nas outras áreas, e, por fim, elas podem ajudá-lo a sair de dentro do buraco em que você se encontra. Considero que o meu trabalho é ajudá-lo a pensar nas pequenas mudanças que você pode fazer em alguma dessas áreas para chegar à maior evolução possível em todo o quadro. O que lhe parece?
AHMED: Bem, seria ótimo se isso funcionasse.
TERAPEUTA: Vamos olhar juntos para esta figura, Ahmed. Se você tivesse que escolher uma destas áreas na qual faria uma pequena mudança, por onde você acha que começaria? Qual a pequena mudança que poderia ajudar uma ou mais dessas áreas também?

AHMED: (*Olha para a Figura 2.2 por um minuto, em silêncio*.) Bem, acho que se eu não adiasse as coisas, poderia me sentir melhor, e isso também ajudaria no meu emprego.

TERAPEUTA: Esta é uma ideia interessante, Ahmed. Você poderia me contar sobre alguma pequena coisa que você adiou e que você poderia fazer nesta semana como um experimento para ver se você está certo?

Conforme mostra este diálogo, entre Ahmed e seu terapeuta, o modelo descritivo de cinco partes auxilia os clientes a começarem a fazer conexões entre pensamentos, humores, comportamento, reações físicas e eventos da vida. Além disso, o modelo de cinco partes oferece um mapa visual para mostrar como pequenas mudanças podem conduzir a grandes resultados. Esta noção é muito útil nos estágios iniciais da terapia, quando o esforço que o cliente precisa fazer parece muito grande em relação à percepção que ele tem da sua capacidade de mudança. Assim sendo, o modelo de cinco partes fornece um bom ponto de partida para a conceitualização de caso porque ele oferece uma descrição clara das dificuldades atuais, demonstra as ligações entre as experiências do cliente e frequentemente gera esperança.

Ao longo deste livro, ilustraremos como usar os modelos da TCC para descrever as dificuldades atuais dos clientes. O modelo de TCC escolhido para descrever as dificuldades do cliente não é tão importante quanto o princípio de descrever a experiência do cliente com um modelo adequado de TCC a serviço da descrição das suas dificuldades atuais em termos cognitivos e comportamentais.

Nível 2: Conceitualização transversal – entendendo os desencadeantes e os fatores de manutenção

As conceitualizações explanatórias transversais vinculam a teoria da TCC e a experiência clínica em um nível mais elevado ao identificarem os mecanismos-chave cognitivos e comportamentais que sustentam as dificuldades apresentadas pelos clientes. A TCC é "orientada para o objetivo" e "inicialmente enfatiza o presente" (J. S. Beck, 1995, p. 6). Neste nível de conceitualização, o foco dos terapeutas está no corte transversal da vida de um cliente que captura as dificuldades atuais. Em que situações as dificuldades atuais do cliente são desencadeadas e mantidas? A tarefa nesta fase de conceitualização é usar os modelos da TCC para explicar o que desencadeia e mantém as dificuldades apresentadas pelo cliente. Qualquer um dos inúmeros modelos pode ser usado aqui como, por exemplo, a análise funcional (Hayes e Follette, 1992; Kohlenberg e Tsai, 1991), o uso de sequências situação-pensamento-emoção-comportamento (Padesky e Greenberger, 1995), a aplicação de modelos da TCC específicos para um transtorno (veja o Quadro 1.3) ou o

uso do modelo genérico da TCC dos transtornos emocionais resumido no Capítulo 1. Esses métodos ajudam a desenvolver conceitualizações que ajudam a compreender os padrões de comportamento do cliente e a sua reatividade emocional.

Sarah: um exemplo de caso

Sarah apresentava diversos problemas interpessoais. No início da sessão número 3, ela pediu ajuda para um problema que estava tendo com uma amiga. Sarah tinha ido ao funeral do pai da sua amiga, mas a estava evitando desde então e sentia-se envergonhada por isso. Ela não estava certa do porquê de se sentir envergonhada e por que vinha evitando a amiga desde o funeral. O terapeuta trabalhou com Sarah de modo a explorar as ligações entre o funeral, seu comportamento posterior e os sentimentos de vergonha. Como o terapeuta pode ajudar Sarah a entender seus sentimentos e seu comportamento?

TERAPEUTA: Sarah, o que você pensou sobre a sua amiga não ter falado com você no funeral?

SARAH: (*Faz uma pausa para pensar*.) Que eu a ofendi de alguma forma.

TERAPEUTA: Eu estou confuso, como você poderia tê-la ofendido?

SARAH: Bem, foi solicitado que todos levassem um girassol ao funeral para colocar sobre o caixão no final do serviço fúnebre. Eu tinha acabado de deixar meus filhos na escola e o florista que havia perto da igreja tinha vendido tudo, e assim eu cheguei sem o girassol. Ela pareceu notar isto.

TERAPEUTA: Interessante. Então você teve o pensamento: "Ela notou que eu não trouxe um girassol"? (*Sarah balança a cabeça afirmativamente*.) O que você supõe que isso significou para ela?

SARAH: (*Reflete por um momento*.) Que eu não me importo o suficiente com ela para me lembrar de trazer uma flor. Eu senti que ela me desaprovou por estar lá sem uma flor.

TERAPEUTA: OK, então vamos escrever isso neste Registro de Pensamentos. Escreva o que realmente aconteceu na coluna "Situação". (*Sarah escreve.*) Na coluna dos "Pensamentos Automáticos" escreva os pensamentos que você identificou: "Ela acha que eu não me importo o suficiente com ela para me lembrar de trazer uma flor" (*Sarah escreve*) e "Ela me desaprovou por estar lá sem uma flor." (*Faz uma pausa enquanto Sarah escreve.*) E qual foi o sentimento?

SARAH: Eu me senti envergonhada. (*Escreve "Envergonhada" na coluna "Humores".*)

TERAPEUTA: Então o que você está tentando fazer aqui é entender melhor o que levou a esses sentimentos e a esse comportamento...

SARAH: (*interrompendo*) É interessante porque, no calor da situação, os meus sentimentos de vergonha surgiram muito rapidamente, eu realmente não tinha percebido o pensamento de desaprovação dela. (*Após uma pausa.*) Funerais geralmente são lugares muito comoventes.

REGISTRO DE PENSAMENTOS

1. Situação	**2. Humores** Proporção (0-100%)	**3. Pensamentos Automáticos** (Imagens)	**4. Comportamento** O que você fez nesta situação para ajudar a manejar os seus sentimentos?
No funeral do pai da minha amiga, eu não levei um girassol. *Ela não falou comigo no funeral, nem depois.*	*Envergonhada (80%)*	*Ela acha que eu não me importo com ela o suficiente para levar uma flor.* *Ela me desaprovou por ter ido lá sem uma flor.*	*Evitei a minha amiga.*

Figura 2.3 Utilização de um Registro de Pensamentos para desenvolver um modelo cognitivo dos pensamentos automáticos de Sarah em uma situação interpessoal.

Esse exemplo ilustra como um modelo cognitivo-comportamental é usado para ajudar um cliente a entender o que desencadeia as dificuldades atuais em uma determinada situação (Figura 2.3). Para Sarah, a intenção que ela interpretou em relação ao afastamento da amiga no funeral influenciou suas emoções e o comportamento posterior. Se o exame de outras situações puder demonstrar a Sarah que os significados que ela atribui aos acontecimentos afetam seus comportamentos e sentimentos, ela e seu terapeuta terão começado a formar um trabalho de conceitualização explanatória dos humores e dos comportamentos que de outra forma deixariam Sarah perplexa.

TERAPEUTA: Parece que você conseguiu entender por que está evitando a sua amiga. (*Sarah balança a cabeça afirmativamente.*) Algumas vezes pode ser útil começar a procurar algum padrão no que aciona os seus humores de modo que possamos começar a usar esses padrões para ajudá-la a lidar melhor com os seus relacionamentos no futuro.

SARAH: Sim, isso ajudaria. Parece que eu estou no meio de uma confusão, sempre brigando com as pessoas. Sabe, depois do funeral do meu marido, John [que morreu há vários anos], houve várias pessoas com quem eu briguei.

TERAPEUTA: Vamos usar o Registro de Pensamentos novamente para ver se podemos entender o que aconteceu a algumas das pessoas das suas relações após o funeral de John.

SARAH: OK. Eu me sinto muito envergonhada em relação aos pais de John. Eu não os visito mais; nós trocamos cartões de Natal, mas é só isso.

Sarah e seu terapeuta elaboram outro Registro de Pensamentos (veja a Figura 2.4). Depois de preencherem o Registro de Pensamentos, eles refletem sobre o objetivo da terapia de Sarah de administrar melhor os conflitos com as pessoas, portanto nem sempre ela "briga" com as pessoas.

REGISTRO DE PENSAMENTOS

1. Situação	**2. Humores** Proporção (0-100%)	**3. Pensamentos Automáticos** (Imagens)	**4. Comportamento** O que você fez nesta situação para ajudar a manejar os seus sentimentos?
No funeral de John, organizado pelos pais dele.	*Envergonhada (90%)*	*Eles não acham que eu seja capaz de organizar o funeral.* *Eles acham que eu não fui uma esposa muito boa para John.*	*Evitei os pais de John.*

Figura 2.4 Utilização de um segundo Registro de Pensamentos para desenvolver um modelo cognitivo dos pensamentos automáticos de Sarah em uma situação interpessoal.

TERAPEUTA: Você observa alguma coisa em relação a estes dois Registros de Pensamentos que sugira o que pode desencadear que você "brigue" com as pessoas?
SARAH: Além do fato de ambos envolverem funerais? (*O terapeuta concorda com a cabeça. Após uma pausa, Sarah continua*.) Bem, em ambos os casos eu me senti realmente desaprovada e depois me senti envergonhada. Eu odeio esse sentimento!
TERAPEUTA: OK, e como você lidou com esse sentimento?
SARAH: Evitando-os... e me afastando.

A conceitualização explanatória que deriva do diálogo acima é genérica (p.ex., pensamentos influenciam emoções e comportamentos). Especificamente, Sarah observa que a desaprovação que percebe nos outros desencadeia sentimentos de vergonha, um sentimento que ela administra evitando as pessoas que ela acha que a desaprovam.

À medida que a TCC evolui, as conceitualizações geralmente começam a incorporar os fatores que mantêm as dificuldades do cliente. Muitos terapeutas em TCC consideram a identificação dos fatores desencadeantes e de manutenção como a "sala de máquinas" da conceitualização porque ela informa a terapia dentro de muitos modelos específicos de transtornos. Os ciclos de manutenção especificam como as reações emocionais, físicas e comportamentais aos desencadeantes situacionais ajudam a manter as dificuldades do cliente. Eles ajudam os clientes a entenderem por que seus problemas não melhoram espontaneamente. Uma compreensão dos ciclos de manutenção também proporciona pontos de escolha para a intervenção. Quando os clientes saem desses ciclos e tentam estratégias cognitivas e comportamentais alternativas, eles conseguem avaliar o impacto dessas mudanças no problema.

No caso de Sarah, ela e seu terapeuta descobriram que ela frequentemente evitava as pessoas quando achava que a desaprovavam. Eles começaram a formular a hipótese de que a esquiva de Sarah dos conflitos na verdade exacerbava e mantinha muitas das suas dificuldades interpessoais. No caso de Ahmed, as setas na Figura 2.2 sugeriam vários fatores explanatórios da manutenção possíveis. Por exemplo, o terapeuta de Ahmed observou o pensamento "Eu não sirvo para nada" e se perguntou se esse pensamento fortalecia o comportamento de adiar as coisas. Os terapeutas geralmente formam hipóteses referentes a níveis mais elevados de conceitualização quando trabalham com os clientes em níveis mais simples de conceitualização. Estas hipóteses são compartilhadas com os clientes somente quando o terapeuta acredita que o cliente está pronto para testá-las e incorporar as ideias resultantes à terapia.

Nível 3: Conceitualização longitudinal – entendendo os fatores predisponentes e protetores

O nível seguinte de conceitualização faz uso da história desenvolvimental do cliente para melhor entender as suas dificuldades presentes. Geralmente, existem motivos para que pessoas em particular sejam vulneráveis a problemas específicos. Os fatores predisponentes descrevem um elemento que faz com que uma pessoa tenha maior probabilidade de responder de uma forma particular a uma circunstância da vida. As pesquisas mostram que uma gama de fatores, como temperamento e experiências significativas de adversidade, predispõem as pessoas a problemas de saúde mental (Rutter, 1999).

Por outro lado, os pontos fortes do cliente e experiências positivas, como paternidade suficientemente boa e boa relação adolescente com os iguais, servem como fatores protetores. Mais do que isso, Rutter destaca o ponto importante de que os fatores protetores interagem com os fatores predisponentes de forma complexa para afetar a vulnerabilidade e a resiliência (Figura 2.5; Rutter, 1999). Para ilustrar esse ponto, ele apresenta um exemplo de crianças expostas a privação precoce extrema que são capazes de se recuperarem completamente nos ambientes onde posteriormente são criadas. Ele também descreve como as pessoas em grande risco têm "momentos decisivos" nas suas vidas. Rutter (1999) apresenta um exemplo de como um homem jovem em risco por atividade criminosa alistou-se no exército e mudou a trajetória da sua vida de maneira positiva.

Embora os fatores predisponentes e protetores sejam identificados e incorporados aos modelos em desenvolvimento durante o processo de conceitualização, eles são especialmente enfatizados em estágios posteriores da terapia quando os clientes se preparam para manejá-los de forma independente. A conceitualização habilidosa dos fatores protetores e predisponentes pode estimular a percepção e o uso dos pontos fortes e do modo de lidar com as

dificuldades. Posteriormente na terapia, Sarah e seu terapeuta revisaram as origens prováveis dos seus problemas pessoais. O casamento de Sarah com John tinha sido infeliz. Ele era possessivo, ciumento e a criticava continuamente pelas suas falhas, o que durante vários anos foi minando sua autoconfiança. Especificamente, ele a censurava por não ser suficientemente atenciosa com ele, acusando-a de dar mais atenção à sua família, colegas e amigos. O refrão típico dele era: "Você é tão insensível; você realmente não se importa com os outros. Você é egoísta."

Figura 2.5 Conceitualização longitudinal de vulnerabilidade e resiliência, incorporando fatores predisponentes e protetores.

Durante esse relacionamento, Sarah desenvolveu o pressuposto subjacente: "Se constantemente eu não atendo às necessidades dos outros, significa que eu sou egoísta." Esse pressuposto era particularmente perturbador para Sarah porque o dever era enfatizado como um valor importante em sua família de origem. Seus pais frequentemente diziam que era importante "cumprir com o seu dever". Quando John morreu de leucemia aos 45 anos, os pais dele organizaram o funeral. Os elogios fúnebres retratavam John como uma pessoa muito diferente daquela que Sarah conhecia, uma discrepância que ela resolveu culpando-se por não ter correspondido às expectativas de John. O início da conceitualização longitudinal se desenvolveu com Sarah usando um modelo genérico da TCC (J. S. Beck, 1995) que é apresentado na Figu-

ra 2.6. A partir dessa conceitualização, podemos entender como o funeral da sua amiga acionou o pressuposto subjacente "Se constantemente eu não atendo às necessidades dos outros, significa que eu sou egoísta", que ela aprendeu durante seu casamento infeliz com John.

A conceitualização longitudinal é o nível mais elevado de inferência e é usado somente quando necessário para ajudar o trabalho em direção aos objetivos do cliente. Com Sarah foi necessário o encaminhamento para esse nível de conceitualização porque seus problemas interpessoais eram mantidos por uma crença central sobre si mesma ("Eu sou egoísta") e um pressuposto subjacente sobre as outras pessoas ("Se constantemente eu não atendo às necessidades dos outros, significa que eu sou egoísta") que podiam ser mais bem entendidos no contexto histórico. Ilustraremos integralmente o processo de conceitualização longitudinal no Capítulo 7.

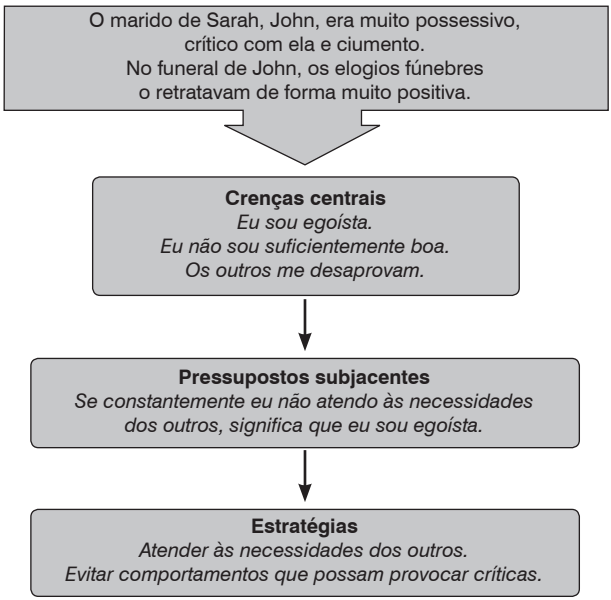

Figura 2.6 Conceitualização longitudinal dos problemas apresentados por Sarah.

Flexibilidade no nível de conceitualização

A utilização do nível de conceitualização adequado é uma orientação útil para os terapeutas. Um marinheiro que se dirige para noroeste usa uma bússola para seguir o curso, embora existam vários pontos de escolha quando as faixas de terra, as marés e as condições climáticas indicam uma necessidade

de mudar o curso para alcançar o destino desejado. Trabalhar sequencialmente através dos níveis de conceitualização em TCC é como seguir o curso com uma bússola. Essas fases de conceitualização são as formas pelas quais a terapia *normalmente* se desenvolve. No entanto, às vezes o processo de conceitualização é influenciado pela natureza da apresentação do cliente, pela força de um modelo adequado baseado em evidências e pelos objetivos do cliente. Por exemplo, se uma apresentação do cliente parece adequar-se exatamente a um modelo cognitivo explanatório existente que inclui desencadeantes, fatores de manutenção e fatores de predisposição, o terapeuta e o cliente podem explorar esse modelo nas primeiras sessões da terapia sem gastar muito tempo desenvolvendo um modelo puramente descritivo das dificuldades apresentadas. Igualmente, se, no começo da terapia, um cliente apresenta uma questão que requer um ciclo de manutenção, um terapeuta de TCC pode se movimentar mais rapidamente para descrevê-lo. Nessas circunstâncias, o terapeuta muda o curso para chegar ao mesmo destino de aliviar o sofrimento do paciente e de desenvolver a resiliência. Um terapeuta descreveu essa escolha como: "Conceitualizo de uma maneira que seja sensível ao que é mais adequado ao cliente naquele momento".

A Figura 2.7 mostra alguns dos modelos de conceitualização comumente usados em TCC. Muitos desses modelos podem ser usados em cada um desses três níveis de conceitualização, dependendo se o conteúdo do cliente que é explorado é específico daquela situação, transversal ou longitudinal.

Todos esses modelos de conceitualização estão ilustrados neste texto. Chamamos atenção para que os leitores tenham em mente que os modelos que um terapeuta opta por utilizar dependem de quais modelos são mais adequados às dificuldades apresentadas pelos clientes. Isso frequentemente se altera durante o curso da terapia. Todas essas abordagens usam a melhor teoria à disposição para entender como pensamentos, crenças e comportamentos podem descrever e explicar as dificuldades atuais dos clientes. Contudo, esses elementos são combinados de formas um pouco diferentes em cada nível de conceitualização do caso. As conceitualizações descritivas demonstram as ligações entre os pensamentos, os humores e os comportamentos sem necessariamente pesarem a importância de cada um. As conceitualizações explanatórias procuram por padrões nessas ligações dos elementos nas diversas situações e, por vezes, nas dificuldades atuais. As conceitualizações explanatórias geralmente formulam hipóteses sobre a importância relativa de elementos particulares que se imagina funcionarem como fatores desencadeantes ou de manutenção. As conceitualizações longitudinais de nível mais elevado expandem esse foco transituacional para buscar padrões em longos períodos de tempo, até mesmo em toda a vida, para procurar as origens das principais crenças, estratégias e determinantes situacionais das dificuldades atuais.

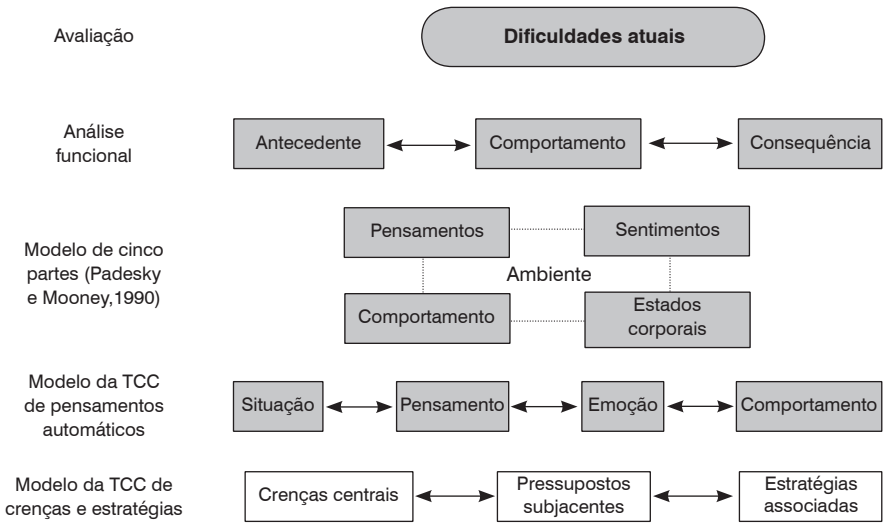

Figura 2.7 Modelos usados em cada nível de conceitualização.

Passam a ser necessárias uma maior flexibilidade e habilidade à medida que o terapeuta se encaminha para níveis mais elevados de inferência requeridos para construir modelos de TCC que expliquem os desencadeantes, os ciclos de manutenção e as origens desenvolvimentais das dificuldades atuais. À medida que a conceitualização avança para níveis mais elevados de inferência, os terapeutas são guiados pela teoria apropriada da TCC e pelo *feedback* do cliente. A vergonha de Sarah foi acionada pelas suas percepções do comportamento das outras pessoas. Essas percepções foram moldadas pelas crenças centrais de Sarah e seus pressupostos subjacentes. Para clientes com TEPT, uma indicação visual pode ser um desencadeante de *flashbacks* traumáticos. Uma ansiedade excessiva com a saúde pode ser desencadeada por experiências somáticas e também pela leitura de informações médicas na internet. Às vezes terapeutas e clientes irão se questionar se uma experiência particular é um fator desencadeante ou de manutenção. Ao longo deste livro, exploramos a flexibilidade e a habilidade necessárias para aplicar os modelos de TCC para entender os desencadeantes, os ciclos de manutenção e as origens desenvolvimentais. É importante que se avalie regularmente como a terapia está evoluindo em direção aos objetivos e se as melhoras estão ocorrendo como seria o esperado. Tipicamente, em TCC, existe alguma forma de avaliação durante cada sessão, com os pontos para revisão mais detalhada sendo agendados durante a terapia (p. ex., J. S. Beck, 1995). Se os progressos não estiverem ocorrendo em um ritmo comparável ao documentado em estudos dos resultados com clientes e problemas similares, uma reavaliação da(s) conceitualização(ões) pode ser decisiva para que se entenda por que o progresso está

sendo lento. Às vezes uma mudança no nível de conceitualização fará com que a terapia retome o seu caminho.

O primeiro princípio, níveis de conceitualização, será elaborado com mais detalhes do Capítulo 5 até 7, os quais acompanham um cliente específico, Mark, enquanto ele e seu terapeuta avançam pelos três níveis de conceitualização de caso, da conceitualização descritiva (Capítulo 5), até a percepção transversal dos fatores desencadeantes e de manutenção (Capítulo 6) e, finalmente, até a identificação longitudinal dos fatores predisponentes e protetores (Capítulo 7).

POR QUE EMPIRISMO COLABORATIVO?

Nosso segundo princípio recomenda que os terapeutas abordem a conceitualização de caso em colaboração com seus clientes, usando uma abordagem empírica. Esta seção descreve o empirismo colaborativo em mais detalhes e apresenta as justificativas para que ele seja um princípio que oriente a conceitualização de caso.

Desde o seu começo, a terapia cognitiva defendeu a ideia de um processo que fosse tanto colaborativo quanto empírico (Beck et al., 1979). Os terapeutas que incorporam um espírito de colaboração favorecem os métodos da terapia, os quais convidam e incentivam a participação ativa do cliente. Uma estrutura empírica valoriza a observação direta e a coleta de dados para avaliar as crenças, comportamentos e as respostas psicológicas e emocionais. Em consonância com esses processos gerais dentro das sessões de terapia, os terapeutas cognitivos motivam os clientes a continuarem esses processos fora da sessão por meio de exercícios de observação, por escrito e comportamentais. Assim, a incorporação da colaboração e do empirismo à conceitualização de caso será uma extensão natural desses processos que estão impregnados em tantas intervenções de TCC.

Empirismo e protocolos de terapia apoiados empiricamente

O empirismo possui uma série de elementos. O primeiro implica que os terapeutas façam o melhor uso possível da teoria, da pesquisa e dos protocolos de terapia que estão disponíveis. Embora este seja um livro sobre conceitualização de caso em TCC, os estudos revisados no Capítulo 1 que comparam as abordagens individualizadas e as orientadas por protocolos são modestos. Levando em consideração as pesquisas até o momento, sugerimos que os terapeutas sigam os protocolos apoiados por evidências sempre que possível, adotem orientações relevantes para a prática e utilizem a melhor teoria e pesquisa disponíveis (Quadro 1.3). Por exemplo, quando um cliente se apresenta com pânico como a principal dificuldade atual, nossa abordagem defende que nos voltemos para modelos e protocolos de tratamento já estabelecidos para pânico como um primeiro ponto a receber atenção (p. ex., Clark, 1986; Craske e Barlow, 2001).

Propomos que a conceitualização de caso aumenta os protocolos da TCC guiada pela teoria. A conceitualização fica em primeiro plano quando as apresentações dos clientes são comórbidas, especialmente complexas ou não se enquadram em nenhuma abordagem baseada em evidências. Nesses momentos, a TCC oferece modelos transdiagnósticos como o modelo genérico da TCC descrito no Capítulo 1. Ao longo deste livro, esperamos ilustrar como um modelo empírico colaborativo da conceitualização de caso possibilita que os terapeutas de TCC "enxerguem mais além".

Uma abordagem empírica à conceitualização de caso

Uma abordagem empírica à conceitualização de caso também significa que os terapeutas e os clientes avaliam ativamente as conceitualizações obtidas na terapia. Os exemplos de caso no Capítulo 3 ilustram testes colaborativos da utilidade e da exatidão das conceitualizações de caso. Outras ilustrações de caso naquele capítulo demonstram como as conceitualizações são usadas para gerar hipóteses explícitas provisórias que podem ser testadas por meio de experimentos comportamentais realizados durante e entre as sessões de terapia. Quando as observações desses experimentos não são adequadas à experiência do cliente, a conceitualização é modificada mesmo que originalmente ela seja proveniente de uma teoria de TCC apoiada empiricamente.

O empirismo como uma compensação para erros comuns na tomada de decisão

A conceitualização de caso é um processo complexo em que os terapeutas interagem com grande quantidade de informações e se ajustam às novas informações à medida que elas vão surgindo. Para lidar com essa tarefa complexa, os clínicos usam uma heurística que possibilite atalhos na tomada de decisão baseados em situações ditadas pela experiência (veja, p. ex., Kahneman, 2003). Por exemplo, durante a conceitualização de caso, os terapeutas buscam informações que se encaixem em uma teoria pertinente, ou eles encobrem as dificuldades atuais de um cliente com modelos mentais derivados das observações dos clientes que são intuídos como similares.

Os processos de tomada de decisão foram mapeados e pesquisados por muitas disciplinas e em vários contextos (veja, p. ex., Kahneman, 2003). Na maior parte do tempo, a heurística da tomada de decisão (atalhos) oferece vantagens sobre as soluções que usam exaustivamente todos os dados disponíveis porque as pessoas não possuem os recursos ou o tempo para gerar soluções ótimas. Além do mais, as soluções ótimas nem sempre são muito melhores do que as soluções suficientemente boas. Garb (1998) apresenta um

excelente resumo da tomada de decisão clínica em psicoterapia e assinala que, embora a heurística apresente vantagens, ela é propensa a erros significativos. Alguns dos erros mais comuns são descritos aqui porque a consciência que o terapeuta tem desses erros heurísticos pode apoiar o comprometimento com uma abordagem empírica de conceitualização de caso.

Erros comuns dos terapeutas na conceitualização

Uma heurística problemática é a tendência a exagerar o quanto uma determinada pessoa é representativa de um transtorno, de um esquema teórico ou de um padrão demonstrado por clientes aparentemente parecidos. Esta é a abordagem procrusteana que já descrevemos no Capítulo 1, em que a experiência do cliente é reduzida para se adequar à teoria. O diálogo a seguir entre a terapeuta de Alan e um terapeuta consultor ilustra esse ponto.

TERAPEUTA: A minha expectativa é de que Alan irá abordar a tarefa de casa da terapia de forma obsessiva, perdendo de vista o porquê de termos combinado uma tarefa particular.
CONSULTOR: Esta é uma hipótese interessante. O que faz você pensar assim? Isso já aconteceu?
TERAPEUTA: Não, ainda não. Mas Alan me faz lembrar clientes que eu já atendi antes com TPOC [transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva] e a tarefa de casa passou a ser parte do problema deles.
CONSULTOR: Qual é a evidência disso com Alan? Como ele se saiu com as tarefas de casa até agora?
TERAPEUTA: Bem, muito bem, na verdade. Ele diz que isso afrouxou parte do seu comportamento compulsivo que é guiado pelo perfeccionismo. (*Ri*) Realmente, eu não tenho nenhuma evidência. Acho que eu preciso rever o meu pensamento negativo!
CONSULTOR: Talvez. (*Sorri*) A nossa experiência com clientes parecidos é realmente importante, mas também precisamos comparar as nossas hipóteses com as evidências.

Outro erro cognitivo comum que pode afetar a conceitualização é a tendência a superestimar a importância das informações que estão disponíveis mais de imediato. As informações podem ser superestimadas devido à sua frequência, atualidade, intensidade e aparente relevância. O cliente Ahmed (acima e na Figura 2.2) estava particularmente propenso a conversar sobre as dificuldades no trabalho, o que cegou seu terapeuta para a importância de outros aspectos da sua vida. O seguinte diálogo de supervisão que se seguiu à sessão de avaliação ilustra esse ponto:

TERAPEUTA: O trabalho de Ahmed está claramente no centro dos seus problemas, e eu me pergunto se ele tem algum pressuposto subjacente e crenças centrais sobre o trabalho que eu precise descobrir.
SUPERVISOR: Isto parece ser uma boa hipótese inicial a ser levada adiante. Também vamos ter em mente que o que Ahmed não está falando também pode ser importante

para a compreensão das suas dificuldades. Ao mesmo tempo em que você testa a sua hipótese sobre as crenças de Ahmed no trabalho, existem outras áreas da vida dele que podem ser importantes, mas que por alguma razão não estão tendo muito espaço?

Como todas as pessoas, os terapeutas tendem a ancorar as informações em torno de um determinado ponto, como uma hipótese favorecida. Isto pode conduzir a outros erros na conceitualização de caso. Por exemplo, Ahmed e seu terapeuta podem formar uma conceitualização no início da terapia e depois ancorar as informações posteriores em torno dessa conceitualização sem ficarem abertos à possibilidade de que ela esteja incompleta ou até mesmo errada. Antes de uma sessão de revisão na metade da terapia, terapeuta e supervisor devem fazer uma pausa para reflexão:

TERAPEUTA: Ahmed e eu estamos prestes a ter uma sessão de revisão na próxima semana e, francamente, ainda não fizemos o progresso que eu esperava.

SUPERVISOR: Vamos dar outra olhada na conceitualização e ver se ela se encaixa no que você sabe sobre Ahmed e também se existe algo importante que você está perdendo. Talvez isso ajude você e Ahmed a entenderem na sessão de revisão por que vocês não fizeram muito progresso até agora.

O supervisor incentivou o terapeuta a rever colaborativamente com Ahmed o trabalho de conceitualização. Enquanto fazia isto, Ahmed articulou o pressuposto subjacente, "Para ser um bom pai de família, tenho que prover a minha família financeiramente", conectado com uma predição preocupante: "A minha família vai acabar na miséria". Ficou claro que o pensamento provocado enquanto era desenvolvido o modelo de cinco partes (Figura 2.2), "Eu não presto para nada", teve ressonância nos pressupostos subjacentes de Ahmed sobre a vida da sua família. Para explorar estes pressupostos subjacentes sobre a importância central da sua contribuição financeira para a família, Ahmed concordou em convidar sua esposa para vir à terapia. Ela expressou seu desejo de passar mais tempo com Ahmed e a preocupação de que o excesso de trabalho estava não só comprometendo a saúde dele como também a alegria que ele costumava ter no relacionamento do casal. Ahmed ficou surpreso em saber que uma atmosfera mais relaxada em casa era mais importante para a esposa do que o sucesso financeiro.

Sistemas intuitivo e racional

O que orienta a tomada de decisão dos terapeutas nestes tipos de situações? Daniel Kahneman, um psicólogo ganhador do prêmio Nobel, desenvolveu um modelo de decisão heurística que é útil para o entendimento de como os terapeutas conceitualizam (Kahneman, 2003). Kahneman sugere que dois sistemas cognitivos relativamente independentes parecem apoiar a tomada de decisão: os sistemas intuitivo e racional. O sistema intuitivo tende a ser rápido, automático e é

frequentemente carregado emocionalmente. O sistema racional é mais lento, mais deliberado e monitorado de forma intencional (veja a Figura 2.8). Devido à sua rapidez, os processos cognitivos são geralmente os primeiros em operação durante a conceitualização de caso. O sistema racional é ativado um pouco mais tarde como um controle e um equilíbrio para o sistema intuitivo ou quando o sistema intuitivo não consegue oferecer hipóteses.

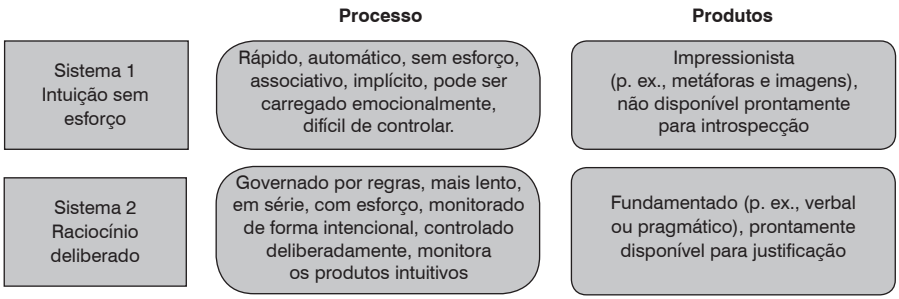

Figura 2.8 Tomada de decisão clínica (heurística): Processo e produtos em dois sistemas. Segundo Kahneman (2003).

Assim um cliente pode inicialmente causar ao terapeuta a impressão "dependente" porque as frequentes solicitações de ajuda na sessão acionam intuitivamente este rótulo. Mais tarde, ao refletir sobre a sessão enquanto faz suas anotações sobre a terapia, o terapeuta pode formular uma hipótese alternativa de que o cliente não tem a capacidade de fazer o que o terapeuta está lhe solicitando. Há evidências de que a função que coordena o sistema racional é reforçada pela inteligência e pelo treinamento e prejudicado pela pressão de tempo, por solicitações que competem e pelos estados de humor ativados (veja Kahneman, 2003). Estas observações se enquadram no conceito de perícia do terapeuta (Eells et al., 2005) e, principalmente, no achado de que o treinamento em conceitualização de caso conduz a conceitualizações de caso mais elaboradas, abrangentes, complexas e precisas (Kendjelic e Eells, 2007). A perícia do terapeuta é o processo de enxergar padrões maiores dentro do material complexo do caso, padrões voltado para a compreensão e o planejamento do tratamento. É provável que terapeutas com maior conhecimento se baseiem mais nos processos "intuitivos" informados pela experiência prévia, com o sistema racional testando e fornecendo equilíbrio.

Comprometimento do terapeuta com o empirismo

Tais sistemas de tomada de decisão, assim como seus erros de pensamento inerentes, são familiares para os terapeutas em TCC. Infelizmente, a familiaridade não impede erros clínicos. Os erros heurísticos na tomada de decisão podem ser uma razão para que os terapeutas não produzam concei-

tualizações de caso fidedignas. Sabemos que os terapeutas estão sujeitos a erros na conceitualização, particularmente quando as informações são complexas e ambíguas ou quando os terapeutas tentam inferir hipóteses sem as informações adequadas, trabalham de forma não colaborativa, são menos experientes, estão sob considerável pressão de tempo ou têm muitas demandas competindo por atenção. Sustentamos que, se a conceitualização for conduzida de formas que contrabalancem esses erros heurísticos, a conceitualização de caso em TCC pode ser tornar fidedigna e alcançar padrões de validade baseados em evidências. Nas próximas seções, fornecemos orientações de como o uso de empirismo e de colaboração podem salvaguardar a conceitualização dos erros na tomada de decisão. Ao longo do livro, também enfatizamos a importância dessas atividades com quadros com textos chamados "Na Cabeça do Terapeuta". Essas seções destacam as formas como um terapeuta pode utilizar o empirismo colaborativo para avaliar as dificuldades atuais do paciente, para planejar as intervenções terapêuticas e para revisar o processo de terapia.

Orientações para acompanhar os princípios empíricos na conceitualização

A seguir e no Quadro 2.2, identificamos uma série de orientações para a prática consistente de uma conceitualização de caso "suficientemente boa" com uma abordagem empírica.

Quadro 2.2 Orientações Baseadas em evidências para a geração de conceitualizações de caso "suficientemente boas" em TCC

1. Conceitualizar usando a melhor teoria e pesquisa em TCC disponíveis.
2. Usar uma abordagem de teste das hipóteses.
3. Realizar testes adequados das conceitualizações.
4. Contrabalançar os erros na tomada de decisões.
5. Tornar explícitas as conceitualizações.

- *Usar a melhor teoria e pesquisa em TCC disponíveis.* A aplicação da teoria e da pesquisa pertinente para ajudar a descrever e a explicar as dificuldades atuais dos pacientes é o aspecto central do empirismo. O Quadro 1.3 fez referência a alguns dos principais conjuntos de conhecimentos teóricos e de pesquisa que os terapeutas podem usar. Os terapeutas de TCC que têm um conhecimento articulado dessa teoria e dessa pesquisa pertinente terão melhores condições de aplicar esse conhecimento ao processo de conceitualização.
- *Usar o teste das hipóteses.* O compromisso com o empirismo também significa usar uma abordagem de teste das hipóteses. À medida que se

desenvolve a conceitualização, o cliente e o terapeuta trabalham juntos para formular continuamente hipóteses que ajudem a entender os problemas atuais. Durante esse processo, é importante que os terapeutas tenham em mente hipóteses alternativas para evitar um compromisso prematuro com um único esquema conceitual. Dessa forma, se uma hipótese não for apoiada, uma hipótese alternativa pode ser desenvolvida e testada com mais facilidade. O trecho da consulta descrita anteriormente com a terapeuta de Alan é um bom exemplo da necessidade da terapeuta ter duas hipóteses em mente: ou os traços obsessivos de Alan se manifestam em todas as situações (incluindo as tarefas de casa), ou então os seus traços obsessivos se manifestam apenas em determinados papéis. Quando a terapeuta ficou curiosa sobre por que Alan não era obsessivo com a tarefa de casa, ela entendeu que os traços obsessivos do paciente estavam baseados nos relacionamentos. Ele tinha um pressuposto subjacente, "Se eu causar problemas a outras pessoas, então elas vão me considerar um irresponsável". Este pressuposto subjacente estava ligado a uma crença central, "Eu sou irresponsável".

- *Realizar testes adequados.* O teste das hipóteses envolve necessariamente a realização de testes adequados de cada hipótese. Existem muitas formas de testar hipóteses em TCC (J. S. Beck, 1995). Os experimentos comportamentais geralmente são escolhidos durantes a conceitualização de caso porque eles oferecem uma abordagem clássica para o desenvolvimento e o teste das hipóteses (Bennett-Levy et al., 2004). Outras "ferramentas" da TCC para o teste das hipóteses incluem o processo do questionamento socrático (Padesky e Greenberger, 1995), formulários como o Registro de Pensamentos Disfuncionais (veja Beck et al., 1979) ou Registro de Pensamentos Automáticos (Greenberger e Padesky, 1995), medidas padronizadas como a Escala de Atitudes Disfuncionais (Beck, Brown, Steer e Weissman, 1991; Weissman e Beck, 1978) e a corroboração feita por outras pessoas importantes na rede do cliente (p. ex., um companheiro).

Conforme descrito anteriormente, a companheira de Alan foi convidada a participar de uma sessão de revisão. A presença dela possibilitou que Ahmed visse mais claramente a importância de um pressuposto subjacente central ("Para ser um bom chefe de família, tenho que prover financeiramente a minha família") e uma predição terrível ("A minha família vai acabar na miséria") que mantinham essas dificuldades. Ahmed havia escapado da fome em um país da África ao se mudar para a Europa. Essa sessão possibilitou que a sua companheira e seu terapeuta entendessem muito mais as realidades existentes por trás do medo da fome e da pobreza que é comum às pessoas da terra natal de Ahmed. Um terapeuta que busca múltiplas fontes de informação a partir de perspectivas diferentes para

formar uma conceitualização tem maior probabilidade de ver não só os aspectos importantes, mas também os detalhes importantes dentro do quadro que, de outra forma, acabariam esquecidos.

- *Contrabalançar os erros nas tomadas de decisões.* Conforme discutido anteriormente, os erros heurísticos que afetam a decisão clínica podem conduzir a conceitualizações errôneas. Essa probabilidade aumenta quando os problemas são particularmente complexos, os terapeutas são inexperientes e existem demandas competindo (Garb, 1998). A prática reflexiva na terapia e na supervisão pode aumentar a consciência desses fatores e ajudar a evitar problemas. Por exemplo, os terapeutas se beneficiam ao desenvolverem explicitamente conceitualizações de caso por escrito e compartilhando estas com os clientes e supervisores/consultores, um processo que envolve, necessariamente, o sistema racional de tomada de decisão, que cumpre a função de contrabalançar a tomada de decisão intuitiva (Figura 2.8; Kahneman, 2003). Considerando-se a evidência preliminar de que a experiência possibilita uma conceitualização de caso de maior qualidade, os terapeutas novatos podem esperar um trabalho árduo para desenvolverem as habilidades para a conceitualização de caso. Treinamento e supervisão são aspectos centrais para esse processo de aprendizado (veja o Capítulo 8).
- *Tornar explícitas as conceitualizações.* Anotar as conceitualizações de caso na sessão, nos registros sobre o caso e com o objetivo de consulta incentiva o terapeuta a tornar explícito o processo intuitivo. O processo de escrever por extenso a conceitualização geralmente direciona o foco para as lacunas na compreensão ou para as inconsistências no pensamento. Como já foi dito, isso é especialmente importante se a terapia não estiver evoluindo conforme o planejado ou esperado. Nesses momentos, reservar um tempo para desenvolver a formulação pode realmente melhorar os resultados (veja Lambert et al., 2003).

Em resumo, empirismo envolve fazer uso integral da base de evidências em TCC para informar a conceitualização de caso. Além disso, o terapeuta adota uma atitude empírica durante a terapia, em que as hipóteses conceituais são desenvolvidas e testadas por meio das observações clínicas e os experimentos. A heurística é parte essencial da tomada de decisão clínica, embora seja importante identificar e remediar heurísticas problemáticas para aumentar a fidedignidade e a validade da conceitualização de caso. As orientações propostas para o empirismo na conceitualização de caso estão resumidas no Quadro 2.2.

Colaboração: duas cabeças pensam melhor do que uma

A conceitualização de caso é frequentemente descrita como uma atividade que acontece na cabeça do terapeuta durante ou entre as sessões de terapia. Muitos textos de terapia cognitiva descrevem a conceitualização de caso como uma formulação de problemas, fatores precipitantes e fatores de manutenção apresentada ao cliente pelo terapeuta depois que são reunidas e organizadas as informações clínicas (p. ex., Persons, 1989; J. S. Beck, 1995). A maior parte das pesquisas revisadas neste capítulo pressupõe que as conceitualizações de caso são construídas principalmente pelos terapeutas. Em alguns estudos, a conceitualização de caso é apresentada aos clientes de uma forma bastante compreensível em um momento particular da terapia (p. ex., Chadwick et al., 2003; Evans e Parry, 1996). As pesquisas sugerem que, quando são apresentadas aos clientes as conceitualizações de caso derivadas do clínico, o impacto que causam nos clientes pode ser neutro e por vezes negativo (cf. Chadwick et al,., 2003; Evans e Parry, 1996).

O nosso modelo de conceitualização de caso advoga que terapeuta e cliente desenvolvam *colaborativamente* cada nível de conceitualização. Essa abordagem transforma como pensamos a fidedignidade e a validade de uma conceitualização de caso. A fidedignidade da conceitualização de caso pode ser pensada como acompanhando o diálogo entre terapeuta e cliente e perguntando: "O terapeuta e o cliente concordaram no trabalho de conceitualização?". O terapeuta e o cliente criam em conjunto e verificam continuamente um com o outro o desenvolvimento da sua conceitualização, de modo que não existe uma conceitualização unilateral do terapeuta ou uma compreensão do cliente que seja diferente da do terapeuta. Nas fases iniciais da terapia, o terapeuta pode estruturar esta interação e, à medida que a terapia progride, o cliente vai tomando a iniciativa. Uma cliente descreveu a sua experiência nesse processo:

> "Quando a terapeuta estava resumindo alguma coisa, ela parou perto do ponto crucial e eu tomei aquilo como um sinal para que eu pulasse para dentro e dissesse ah-ah" (*rindo*), mas eu também achei que aquilo era muito inteligente. E então ela reforçou pedindo que eu repetisse."

A validade da conceitualização de caso é considerada em termos do seu papel dentro do curso de uma terapia, não em termos absolutos. Por exemplo, a conceitualização de caso prediz corretamente os resultados de experimentos? Os métodos de tratamento sugeridos pela conceitualização levam até o resultado esperado? As conceitualizações originadas dentro da hora de terapia e baseadas na participação ativa dos clientes provavelmente oferecem valida-de de face para o cliente. Esta validade de face será melhorada se a dupla terapeuta-cliente tiver a disposição de ir corrigindo a conceitualização ao longo do tempo para levar em conta as experiências do

cliente dentro e fora da terapia. Quando cliente e terapeuta trabalham juntos para formular e testar hipóteses, os dados observacionais ou as medidas independentes podem indicar que uma conceitualização particular também possui validade preditiva ou de constructo. Sob essas circunstâncias, podemos perguntar se a conceitualização de caso condiz com a experiência do cliente, com medidas padronizadas, as impressões clínicas do terapeuta e as impressões de um supervisor ou consultor clínico. Essas questões em grande parte não são examinadas na pesquisa. Para estudar essa perspectiva sobre a validade da conceitualização de caso, as visões das conceitualizações do cliente e do terapeuta precisam ser avaliadas e comparadas. Até o momento, os estudos sobre conceitualização de caso pediram aos avaliadores que classificassem as conceitualizações formuladas pelo terapeuta sem avaliar a perspectiva do cliente.

A colaboração entre terapeuta e cliente diminui a probabilidade de que os erros cognitivos borrem o quadro da conceitualização. Embora o cliente esteja sujeito aos mesmos processos cognitivos e parcialidades que o terapeuta, a colaboração aumenta a probabilidade do *feedback* corretivo porque terapeuta e cliente inevitavelmente abordam a conceitualização a partir de perspectivas diferentes. Cada um deles acrescenta diferentes informações relevantes ao caldeirão da conceitualização. O cliente contribui com informações históricas, observações atuais sobre acontecimentos declarados e secretos e os objetivos da terapia, enquanto o terapeuta mescla ideias baseadas na pesquisa empírica, modelos psicológicos e com a experiência passada com dificuldades similares de outros clientes.

No entanto, a confluência de todas essas informações não é uma garantia de que irá surgir uma conceitualização significativa. A abordagem colaborativa entre terapeuta e cliente será essencial caso seja formulada uma conceitualização significativa.

PETE: Eu realmente não sei por que eu adio tanto as coisas.

TERAPEUTA: Algumas pesquisas vinculam o adiamento ao perfeccionismo. Enquanto a pessoa não terminar alguma coisa, ela não terá que lidar com a ansiedade em relação a erros ou críticas. Se ela deixar para fazer no último minuto, então qualquer crítica que receber não causará tanta aflição porque ela pensa que poderia ter feito melhor se tivesse feito com mais tempo. Existe alguma possibilidade de que alguma coisa relacionada a esta ideia esteja acontecendo com você?

PETE: (*longa pausa*) Não sei. Acho que é mais a questão de que eu não gosto de me esforçar para enfrentar grandes projetos.

TERAPEUTA: Porque se você se esforçar para enfrentar grandes projetos, então...?

PETE: Então eu nunca vou conseguir fazer alguma coisa divertida na minha vida. (*Parece pensativo.*) Eu vou ficar em função disso o dia inteiro sem uma chance de relaxar. Isso é uma coisa esquisita de se dizer?

TERAPEUTA: Alguma imagem ou lembrança vem à sua mente quando você diz isso?

PETE: Sim. Eu vejo meu pai quando eu tinha uns 8 anos. Se eu começava alguma

coisa, ele dizia que eu precisava terminá-la antes de poder fazer alguma outra coisa. Ele tinha uma regra rígida quanto a terminar qualquer coisa que você tivesse começado. Uma vez eu comecei a construir uma casa de brinquedo, e quando eu me cansei e quis ir brincar com os meus amigos, ele disse que eu precisava continuar trabalhando nela com ele até que estivesse terminada.

Neste caso, o terapeuta inicia com um modelo conceitual de que a procrastinação é estimulada pelo perfeccionismo e pelo medo de crítica. Ao apresentar explicitamente esse modelo ao cliente e pedir *feedback*, o terapeuta dá ao cliente uma oportunidade de confirmar ou de corrigir a sua hipótese antes que a terapia continue por esse caminho. Além disso, eles podem combinar uma tarefa para fazer em casa para verificar estas ideias no contexto da experiência rotineira de Pete. O terapeuta sinaliza a verdadeira colaboração ao abandonar o modelo do perfeccionismo para explorar o relato do cliente de pensamentos e imagens relevantes.

As hipóteses do terapeuta não são necessariamente compartilhadas integralmente com o cliente em cada ponto do caminho. Imagine que o cliente está dirigindo um carro e o terapeuta está lendo um mapa. Compartilhar todo o mapa em um ponto particular da jornada provavelmente não irá ajudar o motorista. É mais útil compartilhar as informações moderadamente em pontos-chave (p. ex., Motorista: "Estamos chegando a um cruzamento, o que eu faço lá?" Leitor do mapa: "Você precisa dobrar à direita"). Da mesma forma, um terapeuta pode não compartilhar hipóteses de conceitualização que estão afastadas da "estrada" da terapia quando uma concordância conceitual mais básica ainda não foi alcançada. Por exemplo, uma cliente que encara a sua depressão como "completamente biológica" provavelmente irá se beneficiar com o exame de hipóteses referentes a pressupostos subjacentes que a predispõem à depressão. É muito mais provável que seja útil examinar a hipótese de que comportamentos e pensamentos podem às vezes contribuir para o seu humor.

Em resumo, consideramos o empirismo colaborativo como essencial se a conceitualização servir às funções para conceitualização de caso apresentadas no Capítulo 1 (Quadro 1.1). Também acreditamos que uma abordagem colaborativa da conceitualização de caso resolve muitos dos desafios apresentados pelos estudos de pesquisas.

POR QUE INCORPORAR OS PONTOS FORTES DO CLIENTE?

Por fim, defendemos uma abordagem focada nos pontos fortes do paciente na conceitualização de caso. Uma conceitualização que inclui "tudo o que está certo com uma pessoa" baseia-se nos recursos existentes e amplia o campo das intervenções possíveis (Mooney e Padesky, 2002; Padesky e Mooney, 2006; Mooney, 2006). Quando são identificados os pontos fortes, os

clientes frequentemente são capazes de transferir as habilidades das áreas fortes para ajudarem a manejar as áreas de dificuldade com uma maior facilidade. Um propósito primário da conceitualização de caso é desenvolver a resiliência. A incorporação dos pontos fortes em conceitualização de caso revela áreas mais abrangentes para intervenção que podem desenvolver a resiliência do paciente.

Resiliência é um conceito abrangente que se refere a como as pessoas negociam com a adversidade. Ela descreve os processos de adaptação psicológica através da qual as pessoas utilizam seus pontos fortes para se adaptarem aos desafios para que consigam manter seu bem-estar. Mais uma vez, o caldeirão é uma metáfora adequada para que compreendamos como conceitualizar a resiliência de um indivíduo (Figura 1.1). A teoria pertinente pode ser integrada às particularidades de um caso individual usando o "aquecimento" do empirismo colaborativo. Como a resiliência é um conceito amplo e multidimensional, os terapeutas podem adaptar as teorias existentes dos transtornos psicológicos (veja o Quadro 1.3) ou então buscá-las em um amplo leque de ideias teóricas da psicologia positiva (veja, p. ex., Snyder e Lopez, 2005).

A nossa ênfase no desenvolvimento da resiliência como um objetivo da terapia não é nova em TCC. O primeiro manual de tratamento com TCC escrito por Aaaron T. Beck e colaboradores diz:

> O paciente precisa adquirir um conhecimento especializado, experiência e habilidade para lidar com determinados tipos de problemas; a terapia é um período de treinamento em que o paciente irá aprender formas mais efetivas de lidar com esses problemas. Não se pede ao paciente, nem se espera dele que adquira domínio ou habilidades integrais na terapia: *Em vez disso, a ênfase está colocada no crescimento e no desenvolvimento*. O paciente terá muito tempo após a terapia para se desenvolver nessas habilidades cognitivas e comportamentais para lidar com as dificuldades. (Beck et al., 1979, PP. 317-318; grifo nosso.)

A TCC sempre enfatizou a importância de trabalhar com os clientes para que eles se tornem seus próprios terapeutas, capazes de aplicar as habilidades cognitivas e comportamentais quando for necessário. Esses processos descritos nos textos originais de TCC (Beck, 1976; Beck et al., 1979, 1985) podem ser ainda mais efetivos quando os pontos fortes do cliente estiverem especificamente vinculados à resiliência. Em anos recentes, começaram a surgir modelos de TCC que integram a identificação dos pontos fortes e a resiliência do cliente na prática corrente da TCC (p. ex., Mooney e Padesky, 2002; Padesky, 2005; Padesky e Mooney, 2006).

Possivelmente, a pesquisa que examina o impacto da conceitualização no processo e no resultado psicoterápico poderia ser mais conclusiva se a conceitualização incluísse mais de um foco nos pontos fortes do cliente. Por exemplo, propomos que os clientes têm menos probabilidade de achar a conceitualização pesada e angustiante quando ela estiver relacionada com

o que está indo bem com eles do que com o que os levou a procurar ajuda. Além do mais, os pontos fortes do cliente oferecem caminhos naturais para se alcançar os seus objetivos. Os processos cognitivos e comportamentais que se mostraram úteis aos clientes no passado têm boas chances de se mostrarem úteis novamente.

A identificação e o trabalho com os pontos fortes dos clientes iniciam na avaliação e continuam em cada nível de conceitualização. Quando os clientes articulam as dificuldades atuais, os terapeutas podem indagar sobre as vezes em que os clientes conseguiram lidar com elas com sucesso. O Capítulo 5 demonstra como prestar atenção aos recursos pessoais e sociais dos clientes durante uma avaliação psicossocial mais abrangente. A conceitualização dos fatores desencadeantes e de manutenção inclui os recursos do cliente que impediram que as dificuldades piorassem (Capítulo 6). Quando a conceitualização se torna mais longitudinal, os fatores que predispuseram *e protegeram* o cliente são identificados (Capítulo 7). Durante a terapia, defendemos que os terapeutas identifiquem os valores do cliente, seus objetivos de longo prazo e as qualidades positivas que podem servir como base para desenvolver uma recuperação duradoura e uma participação integral na vida (Capítulo 4).

Embora a literatura sobre TCC tenha incluído os pontos fortes apenas de forma esparsa nos modelos cognitivos, vários inovadores em TCC começaram a fazê-lo (veja, p. ex., Seligman e Csiksentmihalyi, 2000; Snyder e Lopez, 2005), e, no Capítulo 4, fazemos uma revisão de como a literatura pode informar a conceitualização de caso na TCC. Ao demonstrarmos ao longo de todo este livro como os pontos fortes podem ser avaliados e incorporados às conceitualizações de caso, esperamos estar apoiando tais desenvolvimentos.

EM DIREÇÃO A UMA CONCEITUALIZAÇÃO DE CASO MAIS EFETIVA

A nossa revisão sobre a teoria pertinente da TCC e suas evidências oferece uma oportunidade, mas também impõe um desafio. A oportunidade é de que os terapeutas de TCC façam máximo uso da extensa teoria e pesquisa cognitivo-comportamental para individualizar a terapia para uma variedade de transtornos emocionais. O desafio é que as abordagens atuais à conceitualização de caso não estão percebendo essa oportunidade. Por que os terapeutas parecem não conseguir concordar quanto aos aspectos explanatórios da conceitualização do cliente? Por que a conceitualização parece não afetar o processo e o resultado da TCC?

Uma história clássica de Sufi do "tolo esperto" Nasruddin oferece uma resposta metafórica a esse desafio. Na história, Nasruddin é visto certa noite pelo seu vizinho sob a luz de um poste de rua procurando alguma coisa. O

vizinho sai para falar com Nasruddin:
VIZINHO: Boa noite, Nasruddin. O que você está procurando sob a luz do poste?
NASRUDDIN: Minhas chaves, eu perdi as minhas chaves.
(*Eles procuram juntos por algum tempo, inutilmente. Então ocorre ao vizinho perguntar:)*
VIZINHO: Nasruddin, onde você perdeu as suas chaves?
NASRUDDIN: Lá, perto da casa.
VIZINHO: (*confuso*) Então por que você está procurando perto do poste?
NASRUDDIN: Por que aqui tem luz!

Assim como a constatação do vizinho no final da história, argumentamos que as abordagens atuais de conceitualização de caso focam a sua busca nos lugares errados (porque há luz). Para que a conceitualização de caso cumpra a sua promessa, acreditamos que ela deve ser praticada e pesquisada no contexto da colaboração ativa entre terapeuta e cliente, utilizando métodos empíricos. A pesquisa sobre conceitualização de caso deve levar em conta que as conceitualizações se desenvolvem ao longo do tempo e frequentemente evoluem do nível descritivo de entendimento para o explanatório. Além do mais, sugerimos que as melhores conceitualizações provavelmente incorporam os pontos fortes do cliente. A identificação dos recursos positivos do cliente ajuda a formar uma compreensão holística das suas preocupações e pode fornecer uma base para desenvolver resiliência e mudanças duradouras. Embora atualmente exista menos luz direcionada para essas questões do que seria o ideal, argumentamos que os três princípios de conceitualização de caso descritos neste capítulo podem ser a chave que estamos procurando.

Figura 2.9 Nasruddin procurando suas chaves.

Resumo do Capítulo 2

Este capítulo apresenta um novo modelo de conceitualização que responde aos desafios da pesquisa e da prática do terapeuta. Usamos a metáfora de um caldeirão para descrever as características principais:

- A experiência do cliente, a teoria e a pesquisa são sintetizadas para produzir uma descrição e uma explanação única das dificuldades apresentadas pelo cliente.
- O caldeirão é aquecido por meio do empirismo colaborativo, essencial para formar uma descrição e uma explanação únicas com validade de face para cliente e terapeuta.
- A conceitualização se desenvolve do nível descritivo para o explanatório durante o curso da terapia.
- Os pontos fortes do cliente são incorporados em cada nível de conceitualização com o objetivo de revelar caminhos positivos para mudar e para desenvolver resiliência.