

Bernard Rangé
& COLABORADORES

2ª edição

Psicoterapias cognitivo-comportamentais

um diálogo com a psiquiatria





P974 **Psicoterapias cognitivo-comportamentais [recurso eletrônico] :
um diálogo com a psiquiatria / Bernard Rangé ...[et al.]. – 2.
ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2011.**

**Editado também como livro impresso em 2011.
ISBN 978-85-363-2656-6**

- 1. Terapia cognitivo-comportamental – Psicoterapia.**
- 2. Psiquiatria. I. Rangé, Bernard.**

CDU 616.89

Catálogo na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052

Técnicas cognitivas e comportamentais

Suely Sales Guimarães



A prática da terapia clínica comportamental evoluiu por três importantes movimentos, reconhecidos como três gerações. Esses movimentos aconteceram em resposta aos resultados obtidos em estudos empíricos controlados na prática clínica. As três gerações de psicoterapia comportamental focaram, cada uma a seu tempo, o comportamento, a cognição, a emoção e a conscientização como eixos em torno dos quais os procedimentos interventivos foram desenvolvidos.

A primeira geração evoluiu na década de 1960, quando predominavam as terapias baseadas na teoria da aprendizagem e nas contingências de reforço. A segunda geração evoluiu na década de 1970, com o crescimento da psicoterapia cognitiva e a integração das suas práticas com as da terapia comportamental. Na década de 1980, o foco recaiu sobre o processo emocional presente na aprendizagem e na adaptação, culminando com a consolidação do modelo cognitivo-comportamental já no final do século. Esse modelo integrou as técnicas comportamentais e cognitivas, apontando a relevância e a interdependência de comportamentos, cognições e emoções no processo terapêutico (Arndorfer, Allen e Aljazeera, 1999; Clark, 1999; Craighead, Craighead, Kazdin e Mahoney, 1994; Harvey e Bryant, 1998; Penava, Otto, Maki e Pollack, 1998; Well e Papageorgiou, 1999). A terceira geração evoluiu dos estudos de pesquisadores das abordagens comportamentais e cognitivas durante as décadas de 1980 e 1990, até sua consolidação na década de 2000, com o

significativo aumento das publicações e da divulgação dos trabalhos em eventos internacionais. As novas técnicas são fundamentadas em um referencial teórico que enfoca o contextualismo e enfatiza o papel da conscientização plena, da aceitação, da linguagem e da defusão cognitiva (Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006). Essas três gerações de psicoterapias serão discutidas em termos de pressupostos teóricos, técnicas e utilização clínica.

AS TRÊS GERAÇÕES DE TERAPIAS COMPORTAMENTAIS

A teoria comportamentalista ganhou espaço na década de 1930 e, a partir de trabalhos clássicos como os de Pavlov, Thorndike, Hull e Skinner, contribuiu para que a psicologia fosse compreendida sob o enfoque científico e definida como a ciência do comportamento, ao invés de ciência da mente ou da consciência (Craighead, Craighead, Kazdin e Mahoney, 1994). Terapia Comportamental e Modificação de Comportamento são os termos mais utilizados em intervenções clínicas realizadas sob o enfoque do modelo comportamental. Tradicionalmente, essa prática tem sido identificada com a metodologia científica, a avaliação objetiva e as aplicações desenvolvidas a partir dos princípios básicos da teoria da aprendizagem e da análise experimental do comportamento. Desde 1950 a terapia comportamental foi reconhecida como uma abordagem sistemática de intervenção

em saúde mental, desenvolvida em oposição à psicanálise e influenciada pelo empirismo crescente à época. Nos anos seguintes, a metodologia e os procedimentos utilizados na terapia comportamental receberam múltiplas contribuições advindas de estudos controlados conduzidos por diferentes grupos; isso resultou na sua ampliação e diversificação (Thorpe e Olson, 1997).

A intervenção foca o comportamento a ser modificado e o ambiente no qual ele ocorre, ao invés de analisar variáveis inferidas ou associadas à personalidade. Uma proposta de intervenção é construída a partir de avaliação acurada do comportamento-alvo e das unidades funcionais do ambiente onde esse comportamento é mais provável de ocorrer. A avaliação do comportamento inclui especificação de suas topografia, dimensões e funções, história de reforçamento, frequência de ocorrência, definição e quantificação das mudanças desejadas. A avaliação do ambiente inclui a especificação dos estímulos antecedentes e consequentes ao comportamento, suas características e distribuição no tempo e no espaço (Guimarães, 1993). A descrição e a quantificação dessas variáveis mostram a extensão do problema ou da queixa e a validade social da intervenção. A análise objetiva dessas medidas permite a escolha da técnica de intervenção mais apropriada às necessidades e características do paciente e de sua realidade. A intervenção visa o controle das contingências para obter a modificação do comportamento para minimização ou remoção dos problemas.

A Terapia Cognitiva emergiu na década de 1960, com os trabalhos de Aaron Beck, Richard Lazarus, Magda Arnold e Albert Ellis. Ao estudar pacientes deprimidos, Beck observou que, em geral, eles apresentavam um padrão de processamento cognitivo negativo e, desses achados, desenvolveu o modelo cognitivo da depressão e a proposta de testar a validade dos pensamentos ou das cognições negativas (Beck, 1976). Na mesma época, Arnold e Lazarus ressaltavam o papel primário da cognição na mudança emocional e comportamental, e Ellis desenvolvia a Terapia Racional Emotiva, que

propõe a modificação de crenças irracionais (Freeman e Dattilio, 1998).

De acordo com o pressuposto teórico cognitivo, as pessoas desenvolvem e mantêm crenças básicas a partir das quais formam a visão de si próprias, do mundo e do futuro. Sob esse enfoque, terapeuta e paciente trabalham juntos para identificar distorções cognitivas, que são pensamentos, pressupostos e crenças disfuncionais presentes nos transtornos psicológicos. A terapia foca a modificação desses pensamentos e do sistema de crenças, o que resulta na melhora do humor e do comportamento da pessoa (Beck, 1976; Beck, 1997).

A prática da terapia cognitiva, também sustentada por evidências empíricas, tem sido utilizada no tratamento de diferentes transtornos, como ansiedade generalizada, pânico, fobias, transtornos alimentares e problemas familiares. Os procedimentos utilizam técnicas comportamentais e seguem passos que podem ser assim resumidos (Beck, 1976):

1. Identificação de pensamentos ou das cognições disfuncionais responsáveis por sentimentos negativos e comportamentos maladaptativos.
2. Automonitoração de pensamentos negativos.
3. Identificação da relação entre pensamentos e crenças e os sentimentos a eles subjacentes.
4. Identificação e aprendizado de padrões de pensamentos funcionais e adaptativos em alternativa aos disfuncionais.
5. Teste de realidade dos pressupostos básicos mantidos pela pessoa sobre si mesma, o mundo e o futuro.

A modificação de cognições negativas requer treinamento do paciente no uso de métodos específicos de avaliação e questionamento de suas crenças e estilos atributivos, que incluem (Craighead et al., 1994):

1. Distanciamento - reavaliação das crenças e dos critérios de julgamento, tomando-os explícitos e testando sua validade.

2. Descentralização - busca de evidências de que a pessoa não é o foco de todas as atenções.
3. Reatribuição - mudança no estilo atributivo, fazendo uma relação causal mais objetiva das interpretações sobre eventos desencadeadores.
4. Descatastrofização - ampliação dos limites da informação e do tempo utilizados nas avaliações para considerar que a maioria dos eventos, em princípio catastróficos, pode ser tolerada e é temporária.

As terapias da terceira geração incluem, dentre outras, a Terapia de Aceitação e Compromisso (Acceptance and Commitment Therapy - ACT) (Hayes, Strosahl e Wilson, 1999) a Terapia Dialética Comportamental (Dialectical Behavior Therapy - DBT) (Linehan, 1993) e a Terapia Cognitiva Baseada na Conscientização (Mindfulness-Based Cognitive Therapy - MBCT) (Segal, Williams e Teasdale, 2001). Dentre elas, a ACT parece ter alcançado substancial impacto entre terapeutas e pesquisadores, a julgar pelo número de trabalhos publicados, pela diversidade de situações clínicas nas quais os estudos são conduzidos e pelos resultados positivos relatados sobre uso e eficácia clínica de suas técnicas (Bond e Bunce, 2003; Brown, Lejuez, Kahle e Strong, 2002; McCracken e Eccleston, 2003; Twohig et al., 2010). Essa proposta surgiu dos estudos de Hayes e colaboradores (Zettle e Hayes, 1986) e se fundamenta na também nova Teoria do Quadro Relacional (Relational Frame Theory - RFT) (Hayes, Barnes-Holmes e Roche, 2001). A abordagem é empírica, sensível ao contexto e às funções do fenômeno psicológico - não apenas à sua forma - e enfatiza estratégias de mudanças experienciais e contextuais (Hayes, 2004).

Sob o enfoque da ACT, a psicopatologia e a infelicidade decorrem, principalmente, do modo como a linguagem e a cognição interagem com as circunstâncias da vida, tomando a pessoa inapta para persistir ou para fazer mudanças que sustentam valores antigos. Essa inflexibilidade psicológica acontece quando a pessoa usa as ferramen-

tas da linguagem em situações em que elas são inúteis ou quando são adequadas, mas o uso é feito de modo ineficaz (Hayes, Strosahl, Buting, Towhig e Wilson, 2004). A principal diferença da ACT é que, diferentemente das abordagens tradicionais, ela não tem o objetivo de modificar diretamente comportamento, cognições ou pensamentos problemáticos. O objetivo é trazer a linguagem e o pensamento para um controle contextual apropriado, modificando a função desses eventos e a relação do paciente com eles, por meio de estratégias como conscientização plena, aceitação e defusão cognitiva (Hayes, Luoma, Bond, Masuda e Lillis, 2006).

De acordo com o pressuposto teórico, para não vivenciar o sofrimento, as pessoas fazem uso da esquiva experiencial, conceituada como a tentativa de controlar ou alterar forma, frequência ou sensibilidade situacional de experiências internas. Essa esquiva é um entrelaçamento de linguagem e cognição que emerge naturalmente das habilidades humanas de avaliar, prever e evitar eventos (Hayes et al., 2006). Tentativas diretas de evitar ou alterar experiências negativas podem ter efeitos paradoxais. Por exemplo, se alguém deseja não experimentar algum pensamento, a tentativa de não pensar "naquilo" envolve a regra verbal "não pensar naquilo". Para isso, naturalmente, é preciso pensar "naquilo". Se alguém não deve pensar em fogão, a imagem de fogão é evocada. Isso acontece porque o evento verbal é relacionado ao evento real. Tentar controlar a ansiedade, da mesma forma, envolve pensar sobre a ansiedade, o que tende a evocar ansiedade. Parte disso se deve a razões verbais, subjacentes a esses esforços de controle: as pessoas evitam a ansiedade por causa da avaliação que fazem de suas consequências indesejáveis, como "não vou suportar", "vou perder o controle" (Hayes et al., 2006).

Comportamentos governados por algumas regras verbais são rígidos e inflexíveis e tentar mudar essas regras, ou pensamentos, é improdutivo, porque o evento verbalmente interpretado é o resultado do evento em si mais a interpretação feita. Sob o ponto

de vista da ACT/RFT, o problema não é o pensamento ou a regra em si, mas o modo como as pessoas se relacionam com eles. O problema é assumir o pensamento como se realidade fosse. Isso é a fusão entre o pensamento e a realidade, em que as construções verbais e cognitivas substituem o contato direto com eventos e as pessoas interagem com pensamentos em vez de interagir com o mundo real. O ato de pensar e o mundo sobre o qual se pensa não são a mesma coisa (Hayes, Bames-Holmes e Roche, 2001).

A ACT busca a flexibilidade psicológica, conceituada como habilidade para contactar o momento presente de forma plena e consciente, e mudar ou persistir em um determinado pensamento conforme sua funcionalidade para atender objetivos finais valorizados pela pessoa. Na busca dessa flexibilidade, a linguagem é ativamente utilizada, de forma não linear e centrada na função dos comportamentos clinicamente problemáticos (a que serve essa emoção, esse impulso, esse comportamento?), não apenas na forma desses comportamentos (esse pensamento é lógico? Com que frequência ocorre?) (Luoma, Hayes e Walser, 2007). Nesse processo são utilizados paradoxo, metáforas, histórias, exercícios, tarefas comportamentais e processos experienciais. Instruções diretas e análises lógicas também são utilizadas, mas de modo conservador. As mudanças comportamentais desejadas acontecem de forma rápida porque, em geral, é modificada a função das redes relacionais da linguagem e não a sua forma. Assim, não é necessário remover respostas condicionadas de longa data, porque o paciente aprende a conviver com elas (Hayes et al., 1999).

A terapia é entendida como uma comunidade verba/social na qual as contingências que sustentam a fusão cognitiva e a esquiva experiencial são removidas em favor de outras contingências que sustentam comportamentos relevantes para a ACT. E a relação terapêutica tem importância central, competindo ao terapeuta praticar, modelar e reforçar aquilo que ensina ao paciente (Hayes et al., 2006). A prática clínica utiliza

os processos de aceitação e conscientização, que favorecem a obtenção da flexibilidade psicológica. Os recursos para alcançar esses objetivos vêm das terapias comportamental tradicional, cognitivo-comportamental, experiencial, gestalt e de outras tradições fora do paradigma da saúde mental, como conscientização e Zen budismo (Hayes et al., 2006).

As possibilidades de aplicação da ACT abrangem múltiplas situações em psicologia clínica e da saúde. Cada protocolo de intervenção passível de ser desenvolvido consiste em uma ampla variedade de técnicas nos domínios dos seis processos centrais da ACT que são: aceitação, defusão, estabelecimento do *self* como contexto transcendente, contato com o momento presente e consciente, valores escolhidos e crescente construção de ações comprometidas ligadas a esses valores. Esses processos são sobrepostos e inter-relacionados como uma unidade, se autossustentam e visam a flexibilidade psicológica (Hayes et al., 2004). A seguir, uma definição sumária desses processos:

1. Aceitação - Acolhimento de pensamentos, sentimentos e sensações corporais à medida que ocorrem, com tomada de consciência acerca da experiência presente, de forma plena e sem julgamento. O paciente é exposto de modo experiencial aos efeitos paradoxais da tentativa de controlar pensamentos e sentimentos, com ênfase na diferença entre os resultados inúteis que ele alcança nessa situação e o resultado positivo alcançado quando usa esse mesmo repertório em outras áreas da vida. A aceitação é treinada no contexto de eventos privados difíceis, quando o paciente aprende que é possível vivenciar sentimentos ou sensações corporais intensos sem que danos reais aconteçam. O paciente aprende também, por meio de pequenos passos, metáforas e exercícios, a diferenciar a aceitação ativa e consciente da tolerância e da resignação.
2. Defusão cognitiva (separação) - A defusão quebra a fusão entre pensamento e mundo real como se formassem uma coisa única.

São reveladas as propriedades escondidas da linguagem e o modo arbitrário pelo qual as pessoas tentam dar sentido a eventos internos e construir uma coerência entre eles, fundindo pensamentos e realidade. Por meio da defusão, os contextos que sustentam as funções decorrentes da aprendizagem relacionai, e nos quais pensamentos ocorrem, são modificados de modo a reduzir o impacto e a importância de eventos privados aversivos (ver Hayes, Bames-Holmes e Roche, 2001). Os exercícios interventivos quebram o significado literal da linguagem, quando o paciente aprende a observar o significado experiencial ao aceitar o pensamento, observar o paradoxo inerente e usar técnicas de conscientização plena. O pensamento passa a ser reconhecido como pensamento, as memórias como memórias e as sensações físicas como sensações físicas. O paciente reconhece também que nenhum evento privado é deletério ao bem-estar humano quando experienciado como aquilo que realmente é. A nocividade percebida deriva de vê-los como experiências más que parecem ser e que precisam ser controladas e eliminadas.

3. *Self* como contexto - Eventos privados como pensamentos, sentimentos, memórias e sensações acontecem no contexto do *self*. De acordo com a RFT, o conceito de "eu" emerge de um conjunto de relações contextuais, no qual o significado de uma palavra é contextualmente vinculado e depende de outro, como eu e você, lá e cá, dentro e fora (Hayes, 1984; Hayes et al., 2001). Assim, o sentido de "self" é um contexto ou uma perspectiva para o conhecimento verbal - não o conteúdo desse conhecimento em si - e seus limites não são conscientemente percebidos. Se o paciente aprende a reconhecer o *self* como o contexto no qual essas relações acontecem, ele pode estar consciente do fluxo de suas experiências sem se apegar a essas experiências ou a uma delas em particular. Nesse contexto, o conteúdo da conscientização não é ameaçador e isso favorece a defusão e a aceitação. A intervenção usa procedimentos que incluem conscientização/meditação, exercícios experienciais e metáforas.
4. Estar presente - É o contato efetivo, pleno e não defensivo com o momento presente. O paciente é treinado a (a) observar e notar o que ocorre no ambiente externo e na experiência privada e (b) nomear e descrever esses eventos, sem julgamento ou avaliação excessiva. Ele aprende a entender o *self* como um processo contínuo de conscientização de eventos e experiências (por exemplo, agora eu estou sentindo isso; agora eu estou pensando aquilo). São removidas a fusão e a esquiva emocional, que interferem com o "estar presente", e o paciente entra em contato com eventos reais, no aqui e agora, ao invés de contatar o mundo estruturado pelos produtos do pensamento. Nesse processo, acontecem aceitação, defusão, *self* como contexto e contato com o momento presente.
5. Valores - O paciente aprende a diferenciar as escolhas e os julgamentos racionais e a escolher valores selecionados por ele próprio. Ele define o que deseja para si nos diferentes aspectos da vida, como família, carreira, amizades, saúde e espiritualidade; e age diretamente na construção de uma vida mais ativa e plena de propósitos. Os valores escolhidos funcionam como guia na construção dos padrões de vida; e as barreiras para alcançar esses valores, em geral psicológicas, podem ser administradas por aceitação, defusão e o estar presente.
6. Ação comprometida - A partir de objetivos definidos em áreas específicas e compatíveis com os valores pessoais, o paciente assume o compromisso e a responsabilidade de criar novos padrões de ações para alcançar seus objetivos. As barreiras psicológicas são antecipadas e administradas. Os processos de defusão, aceitação, valores e ação comprometida auxiliam o paciente a aceitar a responsabilidade pelas mudanças necessárias. As áreas (ou as respostas) entendidas como mutáveis são o foco para mudança (por exemplo, comportamento explícito) e as áreas (ou

respostas) nas quais a mudança não é útil ou possível, são o foco para aceitação/conscientização (por exemplo, obsessão pura). As intervenções comportamentais em geral incluem psicoeducação, solução de problemas, tarefas comportamentais, construção de habilidades, exposição e outras intervenções desenvolvidas na primeira e na segunda geração de terapias comportamentais.

A flexibilidade psicológica, alcançada por meio desses seis processos, pode ser assim resumida:

- a) dada a distinção entre você como ser humano consciente e o conteúdo psicológico que está sendo combatido (seZ/ como contexto);
- b) você deseja experienciar aquele conteúdo em sua totalidade, sem defesa ou julgamento (aceitação);
- c) como ele é e não como é dito que ele seja (defusão) e
- d) fazer aquilo que te leva em direção (ação comprometida) a
- e) seus valores escolhidos
- f) agora e nessa situação (contato com o momento presente).

AS PRIMEIRAS APLICAÇÕES CLÍNICAS

Wolpe, nos anos de 1940, foi precursor do uso de técnicas interventivas em terapia comportamental que incluíam Relaxamento Muscular, Dessensibilização Sistemática, Treinamento da Assertividade e Parada do Pensamento (Lazarus, 1997). Essas técnicas, estudadas e aprimoradas em laboratórios e em diferentes contextos desde seu início, são utilizados, em combinação ou isoladamente, no tratamento de diferentes transtornos psicológicos e psiquiátricos, em especial os transtornos da ansiedade.

Ansiedade é uma resposta reconhecida pelos sintomas e de conceitualização complexa. Basicamente, é uma resposta de proteção iniciada quando o organismo detecta uma real ou potencial ameaça e acio-

na o Sistema Nervoso Autônomo Simpático (SNAS), que estimula a liberação de adrenalina e noradrenalina. Essas catecolaminas promovem alterações fisiológicas que viabilizam as respostas de luta e fuga do organismo, como o aumento da taxa cardíaca, a constrição de vasos da pele, a redução da atividade gastrointestinal, o aumento da taxa respiratória, a estimulação das glândulas sudoríparas e a dilatação das pupilas. Ao circular pelo organismo, as catecolaminas funcionam como informantes ao SNAS de que o perigo persiste e, assim, sua produção não apenas persiste como aumenta até que o ciclo seja interrompido. A interrupção ocorre quando as catecolaminas são destruídas por outras substâncias químicas presentes no organismo ou por interferência das atividades do Sistema Nervoso Autônomo Parassimpático (SNAP) que, quando ativado, atua em oposição ao SNAS, promovendo o equilíbrio do organismo. Depois de terminado o estímulo gerador da ansiedade, uma sensação de inquietude e desconforto generalizado ainda pode ser percebida, até que as catecolaminas liberadas sejam metabolizadas e eliminadas. Esse processo acontece naturalmente, depois de certo tempo de atividade simpática, quando o organismo aciona a atividade parassimpática, impedindo que a ansiedade aumente de modo descontrolado. As técnicas de relaxamento e redução de ansiedade induzem a atuação do SNAP e levam o organismo a um estado de conforto e bem-estar (Taylor, 1995).

Técnicas de relaxamento

O relaxamento é um processo psicofisiológico que envolve respostas somáticas e autônomas, informes verbais de tranquilidade e bem-estar e estado de aquiescência motora. É um processo de aprendizagem que inclui o controle da respiração em situações estressantes e o reconhecimento e posterior relaxamento da tensão muscular.

O treino de respiração é utilizado como etapa preliminar ao treino em relaxamento ou como prática única. O paciente

aprende padrões de baixas taxas de respiração; inspiração e expiração profundas e amplas e respiração diafragmática. Esse padrão estimula o controle parassimpático sobre o funcionamento cardiovascular, alterando o ritmo cardíaco associado à fase inspiratória e expiratória de cada ciclo respiratório (Vera e Vila, 1996). Essa técnica é especialmente útil no tratamento dos transtornos da ansiedade devido à frequente alteração respiratória observada nos portadores desses transtornos. No ataque de pânico, por exemplo, ocorrem mudanças respiratórias que provocam medo devido a suas próprias características ou aumentam o medo já desencadeado por algum outro estímulo fóbico (Pfaltz, Michael, Grossman, Blechert e Wilhelm, 2009; Craske, Rowe, Lewin e Noriega-Dimitri, 1997). O treino respiratório distrai e dá ao paciente um senso de controle sobre o próprio organismo.

A técnica de relaxamento mais utilizada na clínica comportamental, como técnica única ou associada, é o relaxamento muscular progressivo desenvolvido por Jacobson em 1924, adaptado e integrado aos procedimentos e técnicas psicológicas por Wolpe (Wolpe, 1980). O relaxamento progressivo consiste em tensionar e relaxar diferentes grupos musculares, de modo a alcançar um estado de conforto e bem-estar. O terapeuta guia o paciente durante os exercícios para ele aprenda os movimentos, o ritmo e a sequência. Depois ele é orientado a fazer o exercício em casa, utilizando um roteiro escrito ou gravado em áudio, e manter a prática do relaxamento como rotina do processo terapêutico.

A apresentação da técnica de relaxamento ao paciente deve ser feita no contexto da psicoeducação, quando o terapeuta explica

- a) a fisiologia do relaxamento e sua relação com a queixa clínica do paciente e com os objetivos da terapia;
- b) o procedimento em si e a
- c) relevância do treino em casa para domínio maior da técnica e consequente obtenção de maior benefício (Vera e Vila, 1996). É

importante que o paciente compreenda a relação de suas queixas com o estresse e a ansiedade, o processo fisiológico da ansiedade e a relação entre os estados de relaxamento e o SNAE? descritos neste capítulo.

O relaxamento é utilizado na técnica de dessensibilização sistemática como inibidor da ansiedade (Wolpe, 1980) e também em outros contextos clínicos, como no tratamento de casos psicóticos (Bauml, Frobose, Kraemer, Rentrop e Pitschel-Walz, 2006).

Aplicações em psicologia da saúde incluem o manejo comportamental da dor, preparação do paciente para procedimentos médicos invasivos, tratamento da hipertensão arterial, manejo do estresse e treino de diabéticos para automonitoração e aplicação de insulina (Brannon e Feist, 2009).

Considerando que altos níveis de estresse psicológico entre portadores de HIV é associado com altos níveis de anticorpos circulantes do vírus da herpes (HSV-2), Cruess e colaboradores (2000) utilizaram técnicas de relaxamento durante 10 semanas para manejo da ansiedade e estresse entre homens infectados por HIV e com altos níveis de HSV-2. Foi alcançada significativa redução dos níveis de ansiedade e de HSV, comparados com pacientes de uma lista de espera.

Embora a maioria dos pacientes aprenda rápido o uso da técnica, relate alto grau de relaxamento e diferentes estudos controlados atestem sua eficácia (ver Brannon e Feist, 2009), algumas pessoas mostram-se resistentes ou não gostam de fazer o exercício. Nesses casos, é preferível usar outra técnica, pois a compreensão da relevância, a boa resposta e a aceitação são partes essenciais do processo. Além disso, é papel do terapeuta acolher o paciente em suas peculiaridades, incluindo as dificuldades em aceitar algumas técnicas.

Há diferentes versões de técnicas de relaxamento progressivo adaptadas do trabalho de Jacobson e ainda outras como o relaxamento autôgeno de Shultz e técnicas de meditação e de auto-hipnose (Davis, Eshelman e McKay, 1996; Horn, 1986;

Sandor, 1982). A seguir, será descrito um procedimento adaptado do Relaxamento Muscular Progressivo de Jacobson (Jacobson, 1993), possível de ser realizado durante uma sessão de uma hora.

Relaxamento muscular progressivo de Jacobson

O ambiente sugerido para a prática do relaxamento deve ser tranquilo, apenas com

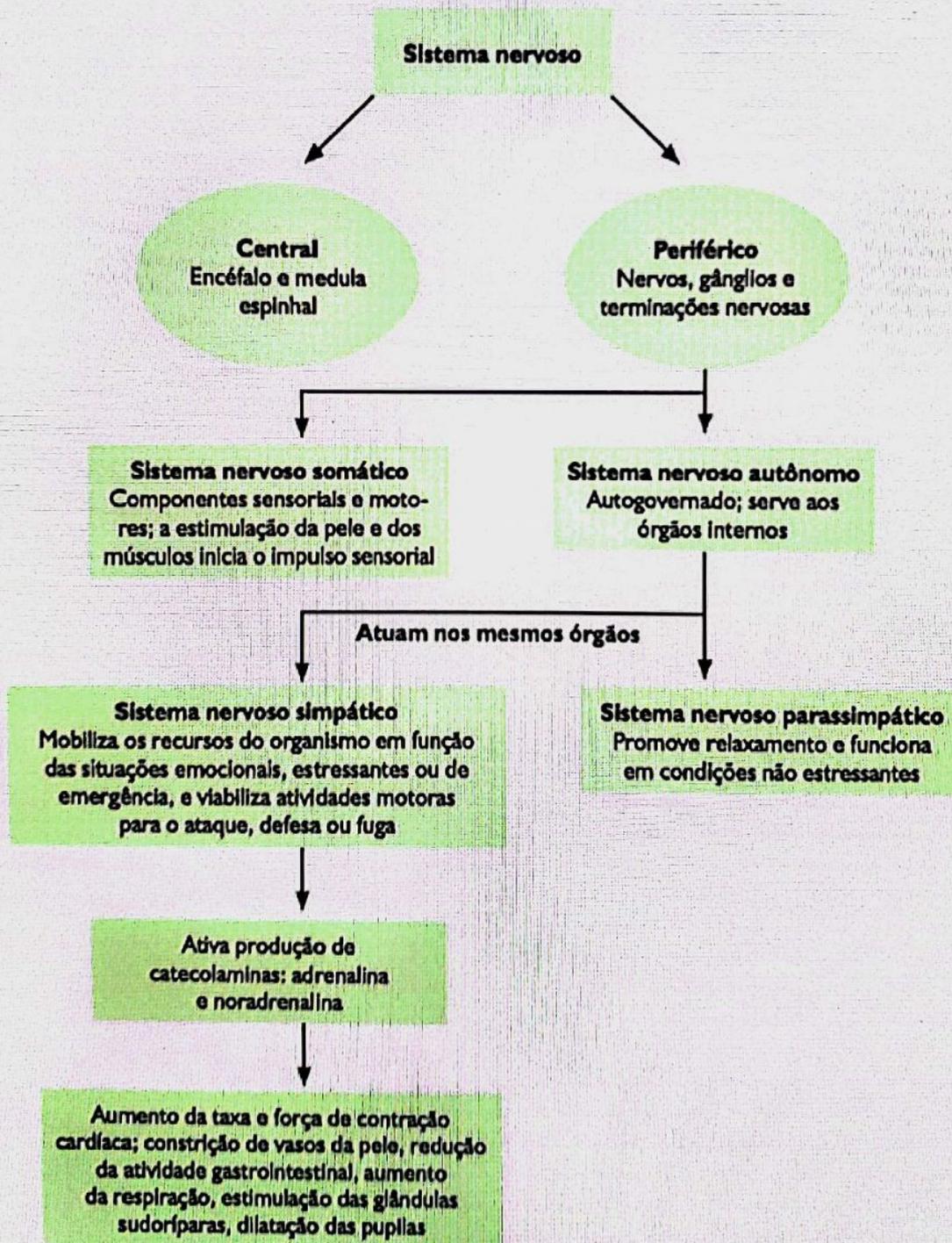


FIGURA 13.1

Sistema nervoso e a complexa fisiologia do estresse.

ruidos típicos de um consultório ou de um quarto de dormir, temperatura em torno dos 24 graus, com iluminação suave e indireta. O paciente deve ser posicionado em uma poltrona ou divã confortável, com apoio para pés e para a cabeça, e deve estar usando roupas e sapatos confortáveis. O terapeuta deve sugerir ao paciente que fique a vontade para retirar ou afrouxar gravata, blazer, cinto, sapatos, óculos ou qualquer peça incômoda. A voz do terapeuta deve apresentar tom e intensidade mais baixos e pausados que o usual, adequados ao procedimento de contração e descontração muscular. Quando o objetivo é obter um estado de relaxamento profundo, ou estado hipnótico, a voz do terapeuta faz-se gradualmente mais lenta e baixa.

O terapeuta apresenta a técnica, usando as explicações fisiológicas, justifica o uso e o benefício esperado para o paciente e esclarece possíveis dúvidas. Começa o processo explicando a importância da respiração diafragmática e mostra a diferença entre a respiração peitoral curta e superficial, típica de pessoas tensas, ansiosas e cansadas e a respiração lenta e profunda, chamada diafragmática. Colocando a mão sobre o próprio estômago, o terapeuta demonstra ao paciente os movimentos realizados na respiração diafragmática e na respiração peitoral, de modo que o paciente possa ver, nos dois casos, o movimento do abdome e do peito durante a respiração. Após a explicação, começam as instruções do exercício propriamente dito: "Feche os olhos e vamos começar pela respiração. Preste atenção no ar entrando e saindo de seu corpo. Respire lenta e profundamente, concentrando em seu diafragma. Imagine que há um balão em seu abdome e um canudinho no nariz que irá conduzir o ar para encher suavemente o balão enquanto você inspira, e esvaziá-lo ainda mais suavemente enquanto você expira. Preste atenção apenas em seu corpo e em sua respiração, cada vez mais lenta e profunda".

"Agora, vamos iniciar o relaxamento dos grupos musculares. Associe a respiração aos movimentos: ao contrair, inspire;

ao relaxar, expire; e ao expirar elimine todo resíduo de ar antes de inspirar novamente. Esteja atento agora à diferença entre o estado de tensão e de relaxamento de seus músculos. A cada relaxamento, imagine seus músculos lânguidos, lisos e mornos. Faça isso acompanhando sempre o comando da minha voz. [Cada movimento será repetido duas vezes ou mais, se for observada evidência de tensão no grupo muscular trabalhado.] Vamos começar:

1. Estenda os dois braços com os cotovelos voltados para baixo e as mãos fechadas voltadas para fora; contraia fortemente os músculos dos braços e mãos. A seguir, libere a tensão lentamente, prestando atenção nos músculos, e volte os braços e mãos à posição inicial de repouso. Atente para a sensação de relaxamento, libere toda tensão de seus músculos. Sinta os braços e mãos soltos, sinta o contato deles com a superfície da poltrona; sinta o peso dos seus braços e mãos. [As duas últimas frases serão incluídas ao final de cada passo, substituindo "braços" e "mãos" pela parte do corpo trabalhada, até o passo 6.]
2. Flexione os dois braços com os cotovelos para baixo, os pulsos cerrados voltados para cima e puxe em direção ao peito, como se estivesse puxando uma barra pesada. Sinta a contração dos músculos e a seguir retome lentamente à posição original.
3. Estenda as duas pernas o máximo possível, com os pés estendidos apontando para frente e dedos voltados para cima. Relaxe lentamente.
4. Flexione os joelhos e traga as pernas em direção ao estômago. Dobre tanto quanto puder e volte lentamente à posição original.
5. Pressione as panturrilhas para baixo, sinta a pressão até os músculos das nádegas, e volte lentamente.
6. Contraia as nádegas. Relaxe lentamente.
7. Levante os ombros em direção às orelhas, tão alto quanto possível. Relaxe. [Repita

- o exercício realizando movimento dos ombros para trás, e para frente.]
8. Gire o pescoço para a direita, o máximo que puder. [Repita o exercício realizando movimento do pescoço para a esquerda, para trás contraindo a nuca e para frente, com o queixo em direção ao peito.]
 9. Empurre as sobrancelhas em direção à raiz dos cabelos o máximo possível. Relaxe lentamente e imagine sua testa lisa, o rosto plácido.
 10. Contraria as pálpebras ao máximo e contraia o nariz, como fazendo uma careta. Relaxe lentamente e imagine suas pálpebras lisas, o nariz liso, o rosto plácido.
 11. Contraia a mandíbula. Relaxe. Empurre a raiz superior interna dos dentes com a ponta da língua. Relaxe. Faça o mesmo com os dentes inferiores. Pressione os lábios um contra o outro. Relaxe, sinta o rosto todo liso e sereno.
 12. Sinta o contato de seu corpo contra a superfície onde está sentado; sinta o peso do corpo. Sinta que está em total estado de repouso. Solte totalmente o corpo nesta posição... Sinta o peso do seu corpo momo, sereno, repousado e confortável.
 13. Imagine uma cena confortável e aconchegante [com frequência, o terapeuta opta por um guia de imagens, a partir do qual ele descreve a cena para que o paciente visualize].
 14. Volte sua atenção ao corpo, sinta o contato do corpo com a área da poltrona. Movimente suas mãos... movimente os pés... movimente o pescoço... e abra os olhos."

Um trabalho de Penava e colaboradores (1998) ilustra o uso do relaxamento no tratamento de portadores de síndrome do pânico em 12 sessões de intervenção. Foram associados o treinamento em respiração diafragmática e relaxamento com exposição interoceptiva, reestruturação cognitiva e exposição ao vivo. Os resultados mostraram significativa redução dos sintomas desde as

quatro primeiras sessões, quando haviam sido introduzidas as quatro primeiras técnicas. No controle da dor, Syrjala, Donaldson, Davis, Kippes e Carr (1995) compararam a eficácia de quatro tipos de intervenção para manejo da dor em pacientes de câncer submetidos a transplante de medula óssea:

- a) tratamento tradicional;
- b) suporte terapêutico;
- c) relaxamento e guia de imagens;
- d) relaxamento, guia de imagens e treinamento em habilidades de enfrentamento.

Os resultados mostraram que os dois grupos que receberam treino em relaxamento relataram menos dor do que os outros dois. Esses dois estudos apontaram a redução da ansiedade e do medo como variáveis relevantes no sucesso das intervenções.

Dessensibilização sistemática

A dessensibilização sistemática foi desenvolvida experimentalmente para tratar respostas de ansiedade (Wolpe, 1980) e evoluiu com grande aceitação nas décadas de 1970 e 1980. O processo subjacente à dessensibilização é a inibição recíproca da ansiedade, que acontece quando se estabelece no organismo uma resposta incompatível com ela, que é o relaxamento. A remoção ou o enfraquecimento da ansiedade pelo processo de inibição recíproca é a supressão condicionada, que acontece quando dois estímulos competitivos entre si estão presentes na mesma situação. Quando uma resposta antagônica à ansiedade é estabelecida na presença do estímulo que evoca a ansiedade, fazendo com que essa resposta seja acompanhada da supressão parcial ou total da ansiedade, o elo entre o estímulo desencadeador e a ansiedade é enfraquecido (Raich, 1996; Thorpe e Olson, 1997; Wolpe, 1980).

Ao iniciar a dessensibilização sistemática, o paciente é levado a um bom grau de relaxamento, quando então será exposto, por visualização ou ao vivo, aos estímulos ou às situações temidas. Wolpe (1980)

aponta três passos para treinamento básico do paciente antes de iniciar a dessensibilização sistemática:

- a) treino em técnicas de relaxamento;
- b) treino no uso da escala de ansiedade Escala de Unidades Subjetivas de Desconforto - USDs;
- c) construção da hierarquia de medos, do estímulo que elicia maior medo e ansiedade para o estímulo que elicia menos medo e ansiedade, segundo a USDs.

A técnica de relaxamento utilizada deve ser aquela que se mostrar eficaz para o paciente. A técnica mais utilizada e sugerida por Wolpe (1982) é o relaxamento muscular progressivo de Jacobson (1993) em uma de suas adaptações. O nível de ansiedade é estimado com o uso da USDs, uma escala verbal graduada de 0-100, que permite quantificar os níveis de ansiedade percebidos pelo paciente diante de diferentes situações ou estímulos endógenos (tonteira, náusea) ou exógenos (uma barata na sala). O treinamento do paciente no uso dessa escala consiste em solicitar a ele que identifique a mais ansiogênica dentre as situações temidas, à qual será atribuído grau 100. As demais situações serão igualmente avaliadas até a menos ansiogênica. A tabela abaixo oferece um referencial de valores para graduar a ansiedade na USDs:

- 00 = nenhuma ansiedade
- 25 = ansiedade discreta
- 50 = ansiedade moderada
(baixa concentração percebida)
- 75 = ansiedade alta
(pensamentos de fuga)
- 100 = pior ansiedade experimentada
ou imaginada

Após a graduação de todas as situações temidas, terapeuta e paciente constroem juntos a hierarquia da ansiedade, conforme o nível de desconforto desencadeado por cada situação, segundo a ordem e a lógica estabelecidas pelo paciente. Ainda em comum acordo, terapeuta e paciente decidem

se iniciam o programa pela situação mais ou menos temida. Essa escolha requer análise das características e expectativas do paciente, da queixa e do contexto no qual ele está inserido. Em geral, inicia-se por situações menos ou medianamente temidas e, ao serem bem-sucedidas nelas, o paciente *tem feedback* positivo para enfrentar situações mais difíceis. O paciente guia a construção da hierarquia, pois a lógica e a sequência descritas por ele nem sempre são aquelas esperadas ou imaginadas pelo terapeuta.

A dessensibilização propriamente dita começa com o exercício de relaxamento, para levar o paciente a um nível muito baixo ou nulo de ansiedade (zero a 2, em uma escala de 0-10, por exemplo). Nesse ponto, o terapeuta introduz a primeira cena ansiogênica, descrita em detalhes. O paciente é orientado a sinalizar com um dedo quando experimentar qualquer ansiedade durante a visualização da cena. Diante do sinal, o terapeuta interrompe a imagem, pede ao paciente para estimar o grau de ansiedade percebido e retoma aos comandos de relaxamento. O terapeuta observa a respiração e as respostas corporais do paciente e, ao reconhecer que está novamente relaxado, pergunta o quanto de ansiedade está experimentando. Se ainda houver ansiedade, continua com o relaxamento; se a ansiedade for zero ou muito baixa, o terapeuta reintroduz a cena no ponto onde interrompeu e segue nesse procedimento até que o paciente possa visualizar a cena completa, sem ansiedade. Assim, a cena não será visualizada enquanto o paciente estiver em estado de medo ou ansiedade. Ao final do processo, deverá ter ocorrido o contracondicionamento, ou seja, o organismo estará dessensibilizado para o estímulo inicialmente aversivo, que não terá mais controle sobre a resposta de ansiedade. Se houver dificuldade para o relaxamento, se a hierarquia estiver inadequadamente construída ou se as imagens forem pouco claras ou mal descritas, a dessensibilização pode não acontecer.

Estudos e relatos clínicos sobre o uso da dessensibilização sistemática foram substancialmente reduzidos na literatura com-

portamental a partir dos anos de 1980, embora as publicações até então mostrassem os benefícios do uso da técnica. Interessados em investigar a queda de publicação sobre o tema, McGlynn, Smitherman e Gothard (2004) revisaram a literatura e conduziram um estudo junto a comportamentalistas clínicos. Os resultados mostraram que possivelmente (a) problemas metodológicos encontrados nos trabalhos submetidos para publicação em revistas especializadas somados ao (b) surgimento de técnicas novas com objetivos equivalentes, em especial as técnicas cognitivo-comportamentais, tenham minado o uso e divulgação da técnica naqueles anos. Entretanto, a dessensibilização sistemática continua em uso, embora muitas vezes seja preterida em favor da exposição clássica, descrita adiante. Nossa prática mostra que alguns pacientes ou algumas queixas evoluem melhor com o uso dessa técnica do que com qualquer das outras opções, em especial quando o nível de ansiedade é muito alto ou a rejeição ao estímulo temido é extrema.

Treino de assertividade

O treinamento do comportamento assertivo tem o objetivo de ensinar formas socialmente adequadas para expressão verbal e motora de emoções. A prática assertiva inclui a expressão de afetos e opiniões de modo direto e a conquista de um tratamento justo, igualitário e livre de demandas abusivas. O princípio teórico pressupõe que o medo inibe respostas sociais espontâneas e naturais, e faz com que a pessoa deixe de expressar suas emoções, evite contatos visuais diretos e tema apresentar suas opiniões ao outro. A expressão das emoções, especialmente da raiva, reduz a ansiedade pelo processo da inibição recíproca, de modo que a emissão de respostas mais assertivas nas relações sociais implicam gradual extinção de respostas de ansiedade (Thorpe e Olson, 1997).

No treinamento assertivo, o paciente é orientado a emitir respostas adequadas em

situações específicas, ou é treinado por meio de ensaio comportamental que inclui:

1. Psicoeducação sobre o conceito de comportamento assertivo e treino no reconhecimento de respostas assertivas, agressivas e passivas.
2. Identificação de situações nas quais o paciente inibe respostas positivas de autoexpressão, mostrando submissão inadequada ou agressividade.
3. Treino de respostas adequadas em procedimento de ensaio comportamental (*role-playing*), reproduzindo situações da vida real que geram desconforto. O paciente assume o papel de um agente social diante do qual ele costuma emitir respostas não assertivas, enquanto o terapeuta assume o papel do paciente e emite exemplos de respostas adequadas e assertivas. Após o exemplo oferecido pelo terapeuta, os papéis são invertidos para que o paciente tenha a oportunidade de ensaiar ouvindo a própria voz emitindo expressão direta e apropriada das suas emoções. Dentre os pontos relevantes destacados pelo terapeuta, Dow (1996) aponta como os mais importantes:
 - a) Emitir demandas adequadas à situação, ao nível de intimidade e ao tipo da relação com o interlocutor;
 - b) Usar tom de voz apropriado, claro e calmo, para evitar respostas defensivas do interlocutor, eliciadas por um tom agressivo ou impróprio. O tom apropriado favorece a resposta de aceitação do outro e a disposição para o diálogo;
 - c) Expressar os próprios sentimentos na situação, ao invés de apontar comportamentos inadequados dos outros. Por exemplo, dizer "eu me sinto constrangido ao ouvir esse tipo de comentário sobre minha pessoa", ao invés de dizer "você está sendo inadequado ao me dizer isso";
 - d) Descrever claramente o que deseja da outra pessoa, ao invés de apenas sugerir sua vontade. Dizer, por exemplo, "eu gostaria que, quando precisasse

de auxílio em seu trabalho, você me perguntasse se posso ajudá-lo antes de passar suas tarefas para mim”, ao invés de dizer “estou com serviço demais esses dias, ando tão cansado...”;

- e) Evitar suposições sobre possíveis motivos que outros teriam para tratá-lo de uma ou de outra maneira; a suposição assume que motivo do outro é conhecido e isso leva a enganos, impede o diálogo e o esclarecimento.
4. *Feedback* de respostas verbais e expressivas. As possíveis consequências do comportamento assertivo do paciente são antecipadas, de modo que ele se assegure de que saberá fazer a melhor opção no manejo e o melhor uso dos resultados de seu comportamento. O uso de filmagem é especialmente útil neste treino porque permite ao paciente observar a expressão de seu rosto, o tom e a altura da voz, a direção do olhar e suas reações diante da postura do interlocutor. Na ausência do vídeo, a gravação em áudio é uma alternativa que permite ao paciente ouvir a entonação da voz, tendo um *feedback* da firmeza, da fluência, das pausas e da respiração utilizadas.
5. Experimentação programada no ambiente natural em que as situações indesejáveis ocorrem.
6. Apresentação de *feedback* ao paciente, para determinação da eficácia do procedimento, com análise dos antecedentes, características da resposta emitida e seus consequentes.

O treinamento assertivo, associado ao relaxamento, costuma ser utilizado em composição com outras técnicas no tratamento da fobia e da ansiedade social.

Parada do pensamento

A presença de pensamentos irracionais ou improdutivos muitas vezes demanda comportamentos compulsivos ou de esquiva e dificulta a realização de tarefas desejáveis. O paciente em geral queixa-se de “não con-

seguir parar de pensar”. Esses pensamentos podem ser *flashbacks*, como observado no transtorno do estresse pós-traumático; preocupações excessivas e desgastantes sobre eventos ameaçadores, como a segurança de filhos que estejam em viagem; ou outros pensamentos intrusivos, típicos do transtorno obsessivo-compulsivo.

A técnica, iniciada nos anos de 1920 por Bain, foi atualizada e aprimorada por Wolpe para o treino do autocontrole (Raich, 1996). O procedimento consiste em formular o pensamento indesejável em detalhes e pedir ao paciente que se engaje atentamente nesse pensamento e que sinalize que ele está em curso. O terapeuta então ordena repentinamente em tom de voz alto e firme: “Pare!”, enquanto bate palmas ou bate as mãos em uma mesa. O objetivo é surpreender o paciente com o tom alto da voz ou o barulho da mesa e competir com o curso do pensamento. O terapeuta então pergunta ao paciente se ele continua com o mesmo pensamento. Provavelmente ele dirá que não, porque o comando o surpreendeu e o distraiu. O terapeuta pede que ele retome o mesmo pensamento e que informe com que facilidade conseguiu fazê-lo. Em geral o paciente verbaliza que é difícil voltar a pensar da mesma forma após o episódio. O procedimento é repetido diversas vezes e, após o treino, o terapeuta solicita ao paciente que ele próprio tente o comando, inicialmente em voz alta como fez o terapeuta e, depois, subvocalmente. Na sequência, o comando de “Pare” deve ser emitido tão logo o pensamento surja, de modo a impedir sua evolução (Calhoun e Resick, 1993; Wolpe, 1980). Uma variação dessa técnica consiste em estabelecer uma sequência de três passos a ser seguido pelo paciente:

- a) emitir o comando “Pare”;
- b) fazer a respiração diafragmática, lenta e profunda para relaxamento;
- c) criar uma imagem prazerosa (Raich, 1996).

Essa sequência associa o reforçamento positivo obtido pelo relaxamento e pela

visualização, com o reforçamento negativo obtido pela remoção do pensamento.

Aplicações cognitivo-comportamentais

O aprimoramento dos estudos empíricos favoreceu o desenvolvimento de novas técnicas e adaptações de outras já conhecidas, que formam o acervo da terapia cognitivo-comportamental. Essas técnicas incluem o Treino de Autoinstrução e o Treino de Inoculação de Stress iniciados a partir dos estudos de Donald Meichenbaum na década de 1970; Treino na Solução de Problemas e Treino em Habilidades Sociais; Exposição; Exposição e Prevenção de Respostas; e Exposição Interoceptiva iniciadas por Meyer na década de 1960 (Thorpe e Olson, 1997).

Autoinstrução

O Treino de Autoinstrução é uma versão experimental da Terapia Racional-Emotiva de Ellis, na qual o paciente é treinado a desenvolver pensamentos adequados à situação vivenciada e realísticos quanto às possíveis consequências do comportamento emitido (Thorpe e Olson, 1997). Por exemplo, um paciente com ansiedade social que teme perguntar o preço de um produto em um estabelecimento comercial, temeroso de incomodar o vendedor, seria treinado na seguinte autoinstrução: "Se eu perguntar o preço, independente de comprar, estarei exercendo meu papel de consumidor e o vendedor, seu papel de comerciante. O mais provável é que ele me responda com naturalidade, pois é isso o que ele faz o dia todo, todos os dias. Se ele estiver mal-humorado e demonstrar desagrado, posso simplesmente sair da loja. O que mais poderia acontecer? Que consequência poderia eu de fato temer? Que evidência há de que algo muito ruim pode ocorrer nessa situação?"

Hagopian e Ollendick (1993) apresentam cinco passos básicos para o tratamento

de fobia simples em crianças, usando a autoinstrução combinada com outras técnicas:

1. Modelação cognitiva - Diante do estímulo temido, ou visualizando o estímulo temido, o terapeuta fala a si próprio e em voz alta sobre como enfrentar o estímulo;
2. Reprodução do modelo - A criança, que assistiu a cena, reproduz o mesmo comportamento verbal sob a orientação do terapeuta;
3. Treino em autoinstrução - A criança desempenha o mesmo comportamento enquanto orienta a si própria em voz alta;
4. Esvanecimento - A criança repete o passo anterior apenas sussurrando para si própria a orientação que deve seguir;
5. Autoinstrução - A criança desempenha o comportamento usando apenas autoinstrução silenciosa.

A autoinstrução é utilizada em combinação com vários procedimentos delineados para alterar percepções, pensamentos, imagens e crenças, através da manipulação e da reestruturação de cognições não adaptativas. Partindo do pressuposto teórico de que cognições não adaptativas levam a comportamentos também não adaptativos, modificações nas cognições devem levar, por consequência, a modificações comportamentais.

Dentre as principais aplicações da técnica estão o tratamento da ansiedade para falar, da impulsividade e da hiperatividade infantil, a modificação de comportamentos inadequados de portadores de esquizofrenia e de fobias. Hagopian e Ollendick (1993) trataram um menino de 9 anos com fobia de cachorro desenvolvida após o ataque de um cão enquanto ele andava de bicicleta seis meses antes, quando sofreu várias mordidas e arranhões. Depois disso, ele se recusou a se aproximar do local do ataque, andar de bicicleta e ter contato com cachorros. Os autores combinaram as técnicas de dessensibilização sistemática com exposição ao vivo, treino em relaxamento e treino em autoinstrução. Seguindo a hierarquia de medo (SUDs), a criança inicialmente era acompa-

nhada dos pais para caminhar a uma quadra de distância do local do ataque. Depois, realizando relaxamento e autoinstrução, a criança foi introduzida nos outros passos da hierarquia, ainda acompanhada dos pais que apresentavam reforço positivo pelo sucesso progressivo. Ao final de 10 sessões, a criança já pedalava e caminhava sozinha pelo local onde sofrerá o ataque e acariciava um cachorro na presença dos pais. Embora ainda referisse medo de cães, ele não mostrava sintomas fóbicos e mantinha os ganhos seis meses após o tratamento, quando foi realizado o *follow-up*.

Inoculação do estresse

O estresse é uma relação entre a pessoa e o ambiente, que ela avalia como exigente ou excedente a seus recursos pessoais de enfrentamento e ameaçador de seu bem-estar (Lazarus e Folkman, 1984). Variáveis cognitivas influenciam a interpretação dada ao evento, que é mais relevante do que o evento propriamente dito. A percepção da ameaça contida na situação, a vulnerabilidade da pessoa e sua habilidade de enfrentamento definem a ocorrência e o nível do estresse. A técnica de inoculação de estresse consiste no treinamento do paciente para vivenciar antecipadamente uma situação estressante, de modo que ele desenvolva recursos pessoais de enfrentamento a ser utilizado durante uma situação real temida. O treinamento é programado conforme a queixa, as características e as necessidades de cada paciente, e realizado em três etapas (Thorpe e Olson, 1997):

1. Preparação - Psicoeducação sobre conceito e etiologia da ansiedade e do medo. Treino em identificação e compreensão das respostas físicas, comportamentais e cognitivas da ansiedade, bem como da interação entre essas respostas. Discussão do papel dos padrões de pensamento na produção e na manutenção de emoções desprazerosas e comportamentos disfuncionais.
2. Treino em habilidades básicas - Primeiro, o paciente antecipa a situação e descreve o evento estressante. Aprende e ensaia respostas adequadas de autoinstrução para enfrentamento dessas situações e sobre a maneira mais adequada de conduzir a sequência de fatos previsíveis. Depois, antecipa o aumento de estresse até o nível considerado máximo; e segue com autoinstrução sobre a forma adequada de manejar essa situação até conseguir administrá-la. O treinamento de habilidades para manejo do estresse e da ansiedade é realizado em três áreas:
 - a) física, com treino de controle da respiração e de relaxamento;
 - b) comportamental, com modelação e *role-playing*;
 - c) cognitiva, com treino de parada do pensamento e autoinstrução.
3. Confronto do paciente com situações reais, reconhecidas como estressantes, nas quais ele aplicará suas novas habilidades. Iniciando com situações de dificuldade média, o paciente confronta cada situação e analisa suas respostas de enfrentamento.

A inoculação do estresse tem sido utilizada no tratamento de queixas como pânico, fobias específicas, transtorno do estresse pós-traumático, ansiedade generalizada, alcoolismo, controle da dor, conflitos familiares e relações de trabalho (Thorpe e Olson, 1997).

Treino em habilidades sociais

Habilidade social é a capacidade de emitir respostas eficazes e adequadas a situações sociais específicas. A definição ampla é complexa porque envolve um conjunto de respostas situacionais, variável conforme o contexto sempre em transformação e conforme o meio cultural no qual a situação acontece. O comportamento social adequado em uma situação pode ser inadequado em outra ou na mesma situação em momentos diferentes; e dois comportamentos diferentes podem ser

igualmente adequados a uma mesma situação. Assim, o comportamento socialmente habilidoso é conceituado em termos de sua efetividade em uma situação e em um momento específicos e não em termos de sua topografia (Caballo, 1996).

O treinamento em habilidades sociais surgiu sob influência dos trabalhos de Wolpe e Lazarus sobre Treinamento Assertivo e inclui diferentes técnicas como Instrução, Modelação, Ensaio Comportamental, Reforço Social Positivo, *Prompts* e *Feedback*. As respostas mais encontradas na literatura como metas do treinamento em habilidades sociais para diferentes tipos de pacientes, inclusive portadores de esquizofrenia, são resumidas por Caballo (1996) e pela revisão apresentada por Thorpe e Olson (1997):

1. Iniciar e manter conversações
2. Falar em público
3. Expressar amor, agrado e afeto
4. Defender os próprios direitos
5. Pedir e receber favores
6. Recusar pedidos
7. Aceitar e fazer elogios
8. Desculpar-se e aceitar críticas
9. Sorrir e fazer contato visual
10. Fazer entrevistas de emprego
11. Solicitar mudança de comportamento do outro
12. Expressar opiniões pessoais e desagradados

Os modelos explicativos para as dificuldades sociais, de modo geral, se resumem nas variáveis descritas a seguir. Para a dificuldade diagnosticada em avaliação específica, é utilizado um conjunto de técnicas adequadas à limitação reconhecida, com o objetivo de minimizar as variáveis pessoais limitadoras e ensinar habilidades mais funcionais:

1. Ausência ou inadequação da habilidade social - O paciente não sabe o quê ou como fazer ou falar socialmente. Ou, ele sabe o que fazer ou falar, mas não é capaz de emitir a resposta. Pode haver interferência de outras variáveis que inibem ou

pioram as limitações já existentes, como atenção seletiva a eventos negativos da situação e falta de interesse nas pessoas. São úteis os exercícios de autoinstrução, ensaio comportamental, *feedback*, modelação e treino em situações reais.

2. Ansiedade condicionada - O paciente tem habilidades sociais, ao menos para algumas situações, que são inibidas pela ansiedade. Respostas fisiológicas simultâneas, como taquicardia, sudorese e tremores, inibem ainda mais a interação social pelo medo da exposição e pelo constrangimento causado. São úteis a dessensibilização sistemática e o ensaio comportamental.
3. Avaliação cognitiva inadequada - Pensamentos disfuncionais impedem o comportamento adequado. O paciente sabe o quê, porque e como falar, mas tem pensamentos de inadequação que impedem a resposta. Há pensamentos como "ele pode ficar ofendido; pode achar estou falando besteira". É útil a reestruturação cognitiva, com identificação e remoção de pensamentos disfuncionais.
4. Discriminação imprópria - O paciente tem o repertório adequado, mas não sabe selecionar a resposta. É recomendado o treino em respostas adequadas através de ensaio comportamental, com *feedback* para cada tipo de resposta emitida.

O Treino em Habilidades Sociais é utilizado para diferentes grupos, incluindo portadores de transtorno da personalidade evitativa, com ênfase na identificação de situações que causam ansiedade e no treino da tolerância ao desconforto; e tratamento de portadores de esquizofrenia, com ênfase no treino de solução de problemas e de habilidades sociais para lidar com o contexto de alta e complexa demanda social existente na comunidade (Thorpe e Olson, 1997). O trabalho em grupo tem sido bem-sucedido e tem as vantagens extras de permitir a aprendizagem vicariante, mostrar outras pessoas com as mesmas dificuldades fazendo uma comunicação em público e trabalhar com vários parceiros durante o ensaio comportamental.

Solução de problemas

A técnica de solução de problemas treina o paciente em respostas possíveis para o manejo eficaz de uma situação problemática, de forma semelhante à técnica de autoinstrução e à inoculação de estresse. O paciente aprende a reconhecer respostas eficazes e a escolher aquela que parece mais adequada para cada tipo de situação, tomar decisões em situações difíceis e lidar com a ansiedade, ao invés de ser protegido contra ela. A técnica inclui sete passos (D'Zurilla e Nezu, 2010):

- a) psicoeducação;
- b) identificação, definição e detalhamento do problema-alvo;
- c) definição de objetivos alcançáveis;
- d) busca de soluções;
- e) avaliação e escolha das soluções exequíveis;
- f) implementação da solução escolhida;
- g) avaliação do resultado.

O treinamento é feito por modelagem de habilidades para resolver situações da vida real trazidas pelo paciente e situações típicas simuladas durante as sessões. As aplicações da técnica são múltiplas e incluem terapia conjugal (Waltz e Jacobson, 1994), tratamento para problemas de saúde (Akechi et al., 2008), tratamento da depressão e dificuldades de relações interpessoais (Siu e Shek, 2010), desamparo e ideação suicida (Bannan, 2010).

Akechi e colaboradores (2008) usaram a solução de problemas para tratar quatro sobreviventes de câncer de mama, encaminhadas para tratamento de estresse psicológico depois da cirurgia. O câncer de mama em geral causa grande estresse psicológico, com importante incidência de depressão e ansiedade. Três das pacientes receberam seis sessões de terapia, e a outra recebeu três. A primeira sessão durou cerca de 90 minutos e as demais duraram cerca de 40 a 45 minutos. Ao final, houve uma sessão extra na qual as pacientes foram auxiliadas a escolher e a se engajar com maior frequência em atividades prazerosas, que poderiam favore-

cer o alívio do estresse psicológico. Todas as pacientes tiveram os escores de depressão e de ansiedade reduzidos. Os autores argumentam que, embora a terapia cognitivo-comportamental seja a mais referida na literatura para pacientes oncológicos, seus pacientes em geral não apresentam distorções cognitivas maiores que justifiquem essa abordagem, e que a técnica de solução de problemas vem alcançando resultados satisfatórios.

Exposição

A técnica de exposição a estímulos temidos foi desenvolvida por Meyer nos anos de 1960 e superou as técnicas de dessensibilização e de relaxamento para o tratamento da ansiedade fóbica e de rituais compulsivos (Salkovskis, 1999). A técnica consiste em expor diretamente o paciente a estímulos ou situações desencadeadores de ansiedade. A exposição é feita repetidamente, de forma abrupta ou gradual, ao vivo ou imaginativa, conforme mais indicado pela avaliação feita (Thorpe e Olson, 1997). O tempo de exposição deve ser longo o bastante para permitir o aumento crescente da ansiedade até o máximo percebido, e depois sua redução, na sequência natural (Foa e Kozac, 1986; Marshall, 1985), viabilizando os processos de habituação e de extinção. Se o paciente for afastado da situação ou se o estímulo for removido durante o período de aumento ou de pico da ansiedade, ocorre o reforçamento do comportamento de fuga devido à consequente terminação do evento aversivo e obtenção do alívio da tensão.

A exposição abrupta pode ocorrer por implosão ou inundação, através de imagens ou ao vivo. O paciente é exposto diretamente ao estímulo em intensidade máxima, ao vivo ou por imaginação, para provocar a ansiedade mais intensa e sem interrupção, até que ela diminua. Após um tempo de exposição no qual a ansiedade aumenta devido a presença do estímulo, ela começa a decrescer devido aos processos de extinção e de habituação.

Na exposição gradual os estímulos aversivos são apresentados ao paciente de forma gradual, por imaginação ou ao vivo, seguindo a avaliação da USDs. A exposição feita por imagens pode ser transferida posteriormente para as mesmas situações ao vivo. O tempo de exposição também deve ser suficiente para que a ansiedade baixe antes que o paciente seja removido da situação ou que o estímulo ansiogênico seja terminado. Essa técnica é bastante eficaz para tratamento de fobias cujos estímulos temidos são externos.

Anderson e colaboradores (2006) compararam as técnicas de exposição a realidade virtual (VRE) e exposição padrão para tratar 115 pessoas com medo de voar, antes de acontecer o ataque de 11 de setembro nos Estados Unidos. Os pacientes foram randomicamente designados aos dois grupos terapêuticos e receberam oito sessões de 45 minutos cada, realizadas em seis semanas. Nas primeiras quatro sessões foi realizado treino de controle da ansiedade com reestruturação cognitiva e treino em respiração. Nas sessões seguintes foram feitas a exposição real no aeroporto ou VRE no consultório. Na exposição ao vivo, os pacientes foram expostos aos estímulos antecedentes ao embarque, como *check-in*, entrar e sentar em uma aeronave no solo. Na VRE os pacientes usaram um dispositivo com fone de ouvido e áudio que simulava o espaço dos passageiros no interior de uma aeronave e o terapeuta comunicava-se com eles o tempo todo por um alto-falante. Na sequência, foi programado um voo comercial regular, em grupos de 5 ou 6 pacientes mais o terapeuta e outros passageiros. Os ganhos foram semelhantes nos dois grupos e se mantiveram mesmo dois anos após o tratamento e após o ataque aéreo de 11 de setembro. Esse dado de *follow-up* é importante porque é reconhecido que pacientes tratados por medo de voar, mesmo bem-sucedidos, voltam a apresentar medo e esquiva de voar depois que algum acidente aéreo é divulgado. Nesse estudo, os pacientes continuaram a voar em uma frequência semelhante à que voavam depois do tratamento e antes do episódio do 11 de

setembro, por pelo menos seis meses após o ataque, quando aconteceu o *follow-up*. Esses dados mostram que a ansiedade decresceu mesmo após o fim do procedimento, como esperado no uso dessa técnica.

Exposição e prevenção de resposta

Exposição e prevenção de resposta inclui a técnica de exposição mais o bloqueio da resposta utilizada para remover a ansiedade (Salkovskis, 1999). A técnica é especialmente usada no tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo, quando o paciente é exposto ao estímulo ansiogênico e é instruído a não emitir a resposta compulsiva. A ansiedade é provocada intencionalmente por meio da confrontação direta do paciente com o estímulo desencadeador da obsessão e a resposta compulsiva ou ritualística é re-freada.

Os resultados obtidos com a exposição controlada pelo terapeuta, em geral, é similar aos resultados obtidos quando o próprio paciente faz o controle (Emmelkamp e Kraanen, 1977). Ao ser inicialmente exposto ao estímulo ansiogênico, o paciente tem evidências de que a ansiedade gerada diminui naturalmente sem que nenhuma consequência aversiva diferente da ansiedade aconteça. O efeito reforçador dessa evidência costuma ser suficiente para assegurar novas respostas de exposição e prevenção da compulsão. A transição do controle deve ser gradual, com o terapeuta assumindo essa tarefa, para modelar a resposta do paciente até que o processo evolua o suficiente para que ele reconheça sua competência no enfrentamento e no manejo da ansiedade quando a resposta é prevenida (Guimarães, 2001).

A prevenção da resposta pode ser total desde o início, ou gradual, conforme as características do paciente e da obsessão. Um paciente com obsessão de verificação, por exemplo, que volta da calçada para conferir a porta de casa mais de 10 vezes cada vez que sai, pode ser orientado a sair de casa várias vezes ao dia e conferir a porta apenas duas vezes cada vez que sair, durante uma

semana. Sendo bem-sucedido, o número de verificações permitido passa para uma e depois zero nas sessões seguintes. É possível que, mesmo durante essa primeira semana, o próprio paciente tome a iniciativa de fazer prevenção total da resposta. Se orientado a não conferir nenhuma vez desde o início, é maior a probabilidade de que ele ceda à urgência da compulsão, sob o argumento de que a tarefa é "muito difícil" ou "impossível" de ser realizada. Em nossa experiência, a exposição gradual tem resultado em boa adesão do paciente e sucesso na intervenção (Guimarães, 2002a).

As mesmas técnicas individuais têm obtido resultados positivos quando aplicadas a grupos de até oito participantes, em 16 sessões, com duas horas de duração cada uma, incluindo

- a) psicoeducação sobre o TOC,
- b) treino em técnicas de relaxamento e ocupação com outras atividades cognitivas,
- c) hierarquização de estímulos temidos e evitados
- d) estabelecimento da exposição gradual através de pequenos passos em aproximações sucessivas do tempo de exposição e da prevenção da resposta e
- e) treino no registro de um protocolo de progresso que inclua o contexto e o tempo de exposição, ansiedade no início e depois da exposição e consequências da exposição (Guimarães, 2002b).

Exposição Interoceptiva

Especialmente útil no tratamento do transtorno do pânico, a exposição interoceptiva é sustentada pelo mesmo princípio da exposição já descrito, com o objetivo de romper ou enfraquecer a associação entre indicadores fisiológicos e respostas de pânico. A diferença está em que o estímulo temido, nesse caso, é o conjunto de sensações orgânicas e as respostas fisiológicas específicas, e não eventos externos ou cognições como nos outros casos descritos.

Os estímulos ansiogênicos são provocados por meio de recursos externos, como exercício cardiovascular, inalação de dióxido de carbono, rodar sobre o próprio corpo e hiperventilar (Craske e Barlow, 1993). Quando a resposta fisiológica acontece, o paciente refere tonteira, tensão muscular, "cabeça vazia", taquicardia e sufocação, que são geralmente as respostas temidas e presentes no ataque de pânico ou nos picos de ansiedade. O paciente então é treinado em técnicas de respiração diafragmática e relaxamento para obter a cessação dessa cadeia de respostas e recobrar o equilíbrio homeostático do organismo. Em nossa prática, tratamos uma paciente de 34 anos, com 17 anos de história de pânico com agorafobia, oito anos de psicanálise, um ano de uso de medicação antidepressiva (Paroxetina) e ansiolítica (Benzodiazepínico), sem remissão de sintomas. O programa seguiu os passos:

1. Psicoeducação sobre ansiedade, hiperventilação e ataque de pânico.
2. Treino em relaxamento, dessensibilização sistemática e exposição por imagens a situações temidas, como viajar de avião e comer em restaurantes cheios.
3. Exposição interoceptiva. Provocação das respostas de suor, aumento da taxa cardíaca, respiração ofegante e tonteira, seguida de respiração natural, sentada em uma poltrona, observando o que acontecia no organismo.
4. Exposição interoceptiva e manejo dos sintomas. O passo anterior era alternado com sessões nas quais a paciente provocava os sintomas e, ao sentar-se na poltrona, usava respiração diafragmática e uma técnica de relaxamento.

Após o treino em relaxamento a paciente foi orientada, com o acordo do médico psiquiatra, a suspender o uso do ansiolítico em todas as situações. Foram realizadas 44 sessões semanais, ao final das quais a medicação antidepressiva havia sido retirada e a paciente estava funcional em todas as áreas de suas atividades. Seis meses depois ela referiu dois ou três episódios de ansie-

dade súbita em situações naturais, que foi manejada com o uso das técnicas de relaxamento aprendidas. Nenhuma situação era evitada.

CONCLUSÃO

As técnicas utilizadas na Terapia Cognitivo-Comportamental têm especial projeção na intervenção clínica, tratando transtornos psicológicos e psiquiátricos. Neste capítulo, foram revisadas algumas das técnicas mais conhecidas ou de maior impacto na literatura especializada. Não foi a intenção realizar aqui uma ampla revisão, mas sim oferecer ao leitor subsídios para entender os princípios relevantes dessas técnicas e introduzir indicadores que mostrem o alcance desses recursos. Assim, o leitor poderá selecionar, dentre as múltiplas possibilidades, aquelas que melhor atendam às necessidades e peculiaridades de seus pacientes e das queixas referidas.

As técnicas comportamentais clássicas visam a modificação do comportamento observável por meio da manipulação de contingências, com base nos princípios da teoria da aprendizagem. As técnicas cognitivo-comportamentais surgiram respondendo a um entendimento generalizado de que eventos privados não eram apropriadamente trabalhados na abordagem comportamentalista e têm especial relevância no desenvolvimento e na manutenção dos problemas psicológicos. O alvo da intervenção nessa abordagem é a modificação de pensamentos e crenças irracionais em vez de modificação de comportamentos, como proposto pela primeira geração de terapias comportamentais. A atenção aos pensamentos e aos processos cognitivos e os testes de realidade foram adicionados às técnicas originais.

Estudos e discussões ao longo das três últimas décadas trazem agora nova inquietação, sob o argumento de que muitos dos resultados alcançados pelas técnicas cognitivo-comportamentais parecem ocorrer antes que os processamentos cognitivos da intervenção aconteçam (Hayes, 2006). Por

isso, eles seriam inócuos e desnecessários. Nesse contexto, mas ainda entendendo que eventos privados são cruciais no processo do sofrimento mental e da psicopatologia, surgiu a terceira abordagem interventiva, de técnicas focadas na função dessas respostas. Também com base empírica, a terapia de aceitação e compromisso é proposta embasada no contextualismo fundamental, que busca a aceitação dos pensamentos e das sensações desprazerosas, considerando que são comportamentos verbais privados que devem ser dissociados da realidade e experienciados como aquilo que de fato são.

As técnicas assim evoluem, recebendo críticas, contribuições e modificações ao longo dos anos. Com frequência, encontramos opiniões divergentes entre os estudiosos e mesmo mudanças de opinião que evoluem seus próprios conceitos em prol de novas evidências resultantes de estudos, pesquisas, revisões e dados empíricos. É assim em uma ciência não exata, mas substancialmente comprometida com valores e metodologias científicas, como é a psicologia.

Clinicamente, a melhor e mais adequada técnica é aquela que atende aos objetivos terapêuticos. É aquela que o terapeuta sabe utilizar e que alcança resultados capazes de minimizar ou remover o sofrimento do seu paciente. Por isso, essa escolha deve ser guiada pela criteriosa avaliação da queixa, das características pessoais, familiares e sociais do paciente, e dos recursos pessoais e da segurança do próprio terapeuta para utilizar a técnica. Um dos problemas já apontados na literatura sobre manuais e textos sobre técnicas terapêuticas é o modelo de "receita" típico dessa literatura. Primeiro, porque pode sugerir o uso indiscriminado de determinada técnica se o paciente apresenta o sintoma exemplificado; segundo, porque pode sugerir a utilização de técnicas impróprias que ainda não foram avaliadas empiricamente e, terceiro, porque pode ser aplicado um conjunto de técnicas desnecessárias, que oneram o processo em termos de tempo e desgaste do paciente e do terapeuta, sem que o próprio profissional entenda o motivo do procedimento.

Os exemplos e as combinações de técnicas referidas nesse capítulo demonstram as possibilidades de uso, mas requerem do terapeuta habilidade para replicar, modificar, introduzir ou retirar procedimentos conforme as respostas do paciente e suas condições contextuais para seguir o programa proposto. Nem sempre a evolução acontece como o esperado e há algumas possibilidades importantes a serem consideradas quando uma técnica é escolhida. Primeiro, a adaptação do paciente a essa técnica pode não acontecer como previsto pelo terapeuta, que deve estar apto a refazer a programação. Não raro, encontramos portadores de uma mesma queixa que respondem de formas diferentes à tentativa de usar uma mesma técnica. Isso é natural, considerando que a resposta do paciente depende de todas aquelas variáveis já referidas e o resultado muitas vezes é organismo-dependente. Segundo, o terapeuta pode ter dificuldades no uso ou na adaptação de uma técnica selecionada, sendo necessário encontrar outra opção que atenda as necessidades do paciente e que o profissional use com segurança. Terceiro, o terapeuta pode constatar a ineficácia de uma técnica, mesmo que pareça adequada ao caso. É quando se diz que o "paciente não é responsivo". Talvez a técnica escolhida, muito eficaz em outro contexto, é que está inviabilizada por alguma variável concorrente não identificada ou pelo procedimento utilizado. Ou podemos não ter ainda recursos técnicos para aquela situação, que tenham sido empiricamente estudados. O fato é que, independente da dificuldade técnica, o paciente traz queixas e sofrimento; compete a nós buscar as intervenções compatíveis. Se não for possível a escolha ou o ajuste dos recursos disponíveis, talvez o profissional deva considerar a conveniência técnica e ética de encaminhar o paciente a um colega.

Pesquisadores clínicos conceituados argumentam que é importante entender os princípios das mudanças ou o que faz com que uma técnica interventiva funcione (Hayes, 2004; Rosen e Davison, 2003; Tryon, 2005) para dado organismo. É im-

portante que sejam avaliadas a relevância de cada elemento incluído na proposta, e não apenas a técnica como um pacote fechado. Como bem exemplificado por Rosen e Davison, se obtivermos sucesso ao tratar um paciente com fobia, usando a técnica de exposição ao vivo e um chapéu lilás na cabeça do paciente, o chapéu lilás inserido como parte do procedimento será considerado um elemento curativo da técnica, quando de fato o sucesso teria sido igualmente alcançado sem o chapéu. Com as novas propostas, esperamos também a evolução dos estudos longitudinais, controlados e empíricos que nos tragam mais respostas e o contínuo crescimento da área.

REFERÊNCIAS

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Akechi, X., Hirai, K., Motooka, H., Shiozaki, M., Chen, J., Momino, K., et al. (2008). Problem-solving therapy for psychological distress in Japanese cancer patients: preliminary clinical experience from psychiatric consultations. *Japanese Journal of Clinical Oncology*, 38, 867-870.
- Anderson, E., Jacobs, C. H., Lindner, G. K., Edwards, S., Zimand, E., Hodges, L., et al. (2006). Cognitive behavior therapy for fear of flying: sustainability of treatment gains after September 11. *Behavior Therapy*, 37, 91-97.
- Arndorfer, R. E., Allen, K. D., & Aljazeera, L. (1999). Behavioral health needs in pediatric medicine and the acceptability of behavioral solutions: Implications for behavioral psychologists. *Behaviour Therapy*, 30, 137-148.
- Bannan, N. (2010). Group-based problem-solving therapy in self-poisoning females: A pilot study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 10(3), 201-213.
- Barrera, M., & Schulte, F. (2009). A group social skills intervention program for survivors of childhood brain tumors. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(10), 1108-1118.
- Bauml, J., Frobose, X., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006). Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with

- schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(suppl 1), S1-S9.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2003). The role of acceptance and job control in mental health, job satisfaction, and work performance. *Journal of Applied Psychology*, 88(6), 1057-1067.
- Brannon, L., & Feist, J. (2009). *Health psychology: an introduction to psychology and health* (7. ed.) (cap. 7). Belmont, CA: Wadsworth.
- Brown, R. A., Lejuez, C. W., Kahler, C. W., & Strong, D. R. (2002). Distress tolerance and duration of past smoking cessation attempts. *Journal of Abnormal Psychology*, 122(1), 180-185.
- Caballo, V (1996). O treinamento em habilidades sociais. In: Caballo, V E. *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento*. São Paulo: Santos.
- Calhoun, K. S., & Resick, P A. (1993). Post-traumatic stress disorder. In: Barlow, D. H. (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford.
- Ciarrochi, J. V, & Bailey, A. (2008). *A CBT-Practitioner's Guide to ACT: How to Bridge the Gap Between Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance & Commitment Therapy*. New Oakland, CA: Harbinger.
- Clark, D. M. (1999). Anxiety disorders: why they persist and how to treat them. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S5-S27.
- Cooper, H. C., Booth, K., & Gill, G. (2003). Patients' perspectives on diabetes health care education. *Health Education Research: Theory & Practice*, 18(2), 191-206
- Craighead, L. W., Craighead, W. E., Kazdin, A., E., & Mahoney, M. J. (1994). Preface. In: Craighead, L. W., Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M. J. (Ed.). *Cognitive and behavioral interventions: an empirical approach to mental health problems*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1993). Panic disorder and agoraphobia. In: Barlow, D. H. (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford.
- Craske, M. G., Rowe, M., Lewin, M., & Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36(1), 85-99.
- Cruess, S., Antoni, M., Cruess, D., Fletcher, M. A., Ironson, G., Kumar, M., et al. (2000). Reductions in herpes simplex virus type 2 antibody titers after cognitive behavioral stress management and relationships with neuroendocrine function, relaxation skills, and social support in hiv-positive men. *Psychosomatic Medicine*, 62, 828-837
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-126.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (1996). *Manual de Relaxamento e Redução do Estresse*. São Paulo: Summus.
- Dow, M. G. (1996). Social inadequacy and social skill. In: Craighead, L. W., Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M. J. (Ed.). *Cognitive and behavioral interventions: an empirical approach to mental health problems*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Emmelkamp, R M. G., & Kraanen, J. (1977). Therapist-controlled exposure in vivo versus self-controlled exposure in vivo: a comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 491-495.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (2010). *Terapia de solução de problemas: uma abordagem positiva à intervenção clínica*. São Paulo: Roca.
- Foa, E. B., & Kozak, M. S. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Himer, R. M., & Latimer, E R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 15, 450-472.
- Freeman, A. & Dattilio, F. M. (1998). Introdução à terapia cognitiva. In: Dattilio, F. M. & Freeman, A. (Ed.). *Compreendendo a terapia cognitiva*. Campinas, SP: Psy.
- Guimarães, S. S. (1993). Obtaining information on child's developmental level: a comparison of direct professional observation and parent interviews. Tese de doutorado não-publicada. The University of Kansas.
- Guimarães, S. S. (2001). Exposição e prevenção de respostas no tratamento do transtorno obsessivo compulsivo. In: Marinho, M. L., & Caballo, V (Org.). *Psicologia clínica e da saúde* (p. 177-196). Londrina, PR: Ed. da Universidade Estadual de Londrina
- Guimarães, S. S. (2002a). Uso gradual da exposição e prevenção de respostas para portadores de transtorno obsessivo compulsivo resistentes à

- medicação. In: Guilhardi, H., Madi, M., Piazzon, P., & Scoz, M. (Org.). *Sobre comportamento e cognição* (v. 10, p. 349-355). Santo André, SP: Esetec.
- Guimarães, S. S. (2002b). Implantação de um programa de pesquisa e tratamento do transtorno obsessivo-compulsivo em grupo. In: Guilhardi, H., Madi, M., Piazzon, E., & Scoz, M. (Org.). *Sobre comportamento e cognição* (v. 9, p. 373-380). Santo André, SP: Esetec.
- Hagopian, L. R., & Ollendick, T. H. (1993). Simple phobia in children. In: Ammerman, R. T., & Hersen, M. (Ed.). *Handbook of behavior therapy with children and adults*.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The role of valence in attempted thought suppression. *Behavior Research and Therapy*, 36, 757-763.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy. *Behavior Therapy*, 35, 639-665.
- Hayes, S. C., Bames-Holmes, D., & Roche, B. (Ed.) (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., Buting, K., Twohig, M., & Wilson, K. G. (2004). What is Acceptance and Commitment Therapy?. In: Hayes, S. C., & Strosahl, K. D. (Ed.). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science.
- Hoberman, H. M., & Clarke, G. N. (1993). Major depression in adults. In: Ammerman, R. X., & Hersen, M. (Ed.). *Handbook of behavior therapy with children and adults*.
- Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1993). Social phobia and social anxiety. In: Barlow, D. H. (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual*. New York: Guilford.
- Horn, S. (1986). *Técnicas modernas de relaxamento*. São Paulo: Cultrix.
- Jacobson, E. (1993). *Relax: como vencer as tensões*. São Paulo: Cultrix.
- Juarascio, A. S., Forman, E. M., & Herbert, J. D. (2010). Acceptance and Commitment Therapy versus cognitive therapy for the treatment of comorbid eating pathology. *Behavior Modification*, 34(2), 175-190.
- Kazdin, A. E. (1993). Treatment of conduct disorder: progress and directions in psychotherapy research. *Development and Psychopathology*, 5, 277-310.
- Lazarus, A. A. (1997). Disenchantment and hope: Will we ever occupy center stage? A personal odyssey. *Behavior Therapy*, 28, 363-370.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Linehan, M. M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser, R. D. (2007). *Learning ACT: an acceptance & commitment therapy: skills-training manual for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Marshall, W. L. (1985). The effects of variable exposure in flooding therapy. *Behavior Therapy*, 16, 117-135.
- McCracken, L. M., & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain*, 105, 197-204.
- McGlynn, F. D., Smitherman, T. A., & Gothard, K. D. (2004). Comment on the Status of Systematic Desensitization. *Behavior Modification*, 28(2), 194-205.
- O'Sullivan, G., & Marks, I. (1991). Follow-up studies of behavioral treatment of phobic and obsessive compulsive neuroses. *Psychiatric Annals*, 21, 368-373.
- Penava, S. J., Otto, M. W., Maki, K. M., & Pollack, M. H. (1998). Rate of improvement during cognitive-behavioral group treatment for panic disorder. *Behaviour Research and Treatment*, 36, 665-673.
- Pfaltz, M. C., Michael, X., Grossman, R., Blechert, J., & Wilhelm, F. H. (2009). Respiratory pathophysiology of panic disorder: an ambulatory monitoring study. *Psychosomatic Medicine*, 71, 869-876.
- Raich, R. M. (1996). O condicionamento encoberto. In: Caballo, V. E. (Ed.). *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento*. São Paulo: Santos.
- Rosen, G. M., & Davison, G. C. (2003). Psychology should list empirically supported principles of change (ESPs) and not credential trademarked therapies or other treatment packages. *Behavior Modification*, 27, 300-312.

- Salkovskis, R. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Sandor, E. (1982). *Técnicas de relaxamento*. São Paulo: Vetor.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. T. (2001). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford.
- Siu, A. M. H., & Shek, D. T. L. (2010). Social problem solving as a predictor of well-being in adolescents and young adults. *Social Indicator Research*, 95, 393-406.
- Syrjala, K. L., Donaldson, G. W., Davis, M. W., Kippes, M. E., & Carr, J. E. (1995). Relaxation and imagery and cognitive-behavioral training reduce pain during cancer treatment: a controlled trial. *Pain*, 63, 189-198.
- Taylor, S. E. (1995). *Health psychology* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Thorpe, G. L., & Olson, S. L. (1997). *Behavior therapy: concepts, procedures, and applications*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Tryon, W. W. (2005). Possible mechanisms for why desensitization and exposure therapy work. *Clinical Psychology Review*, 25, 67-95.
- Himer, R. M. (1996). A dessensibilização sistemática. In: Caballo, V E. (Ed.). *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento*. São Paulo: Santos.
- Twohig, M. E., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., et al. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716.
- Vera, M. N., & Vila, J. (1996). Técnicas de relaxamento. In: Caballo, V E. (Ed.). *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento*. São Paulo: Santos.
- Waltz, J., & Jacobson, N. S. (1994). Behavioral couples therapy. In: Craighead, L. W., Craighead, W. E., Kazdin, A. E., & Mahoney, M. J. (Ed.). *Cognitive and behavioral interventions: an empirical approach to mental health problems*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Wells, A., & Papageorgiou, C. (1999). The observer perspective: Biased imagery in social phobia, agoraphobia, and blood/injury phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 653-658.
- Wolpe, J. (1980). *Prática da terapia comportamental* (3. ed.). São Paulo: Brasiliense.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (1986). Dysfunctional control by client verbal behavior: The context of reason giving. *The Analysis of Verbal Behavior*, 4, 30-38.