

6



Métodos comportamentais I:

melhorando o humor, aumentando a energia,
concluindo tarefas e solucionando problemas

Energia baixa, capacidade diminuída de desfrutar das atividades e dificuldade de concluir tarefas ou resolver problemas são queixas comuns das pessoas com depressão. Não se envolver em atividades potencialmente prazerosas ou recompensadoras geralmente resulta em um agravamento dos sintomas. Isso pode resultar em um ciclo vicioso, no qual o menor envolvimento em atividades estimulantes ou produtivas é seguido de mais falta de interesse ou prazer, baixo humor (sentimento de tristeza e desespero), maior desamparo ou falta de valor. Tal reação, por sua vez, pode levar ao maior desligamento do indivíduo das atividades prazerosas ou recompensadoras e a uma subsequente piora dos sintomas depressivos. Por fim, uma espiral descendente pode continuar acontecendo até que o indivíduo assumir que é incapaz de sentir prazer, de concluir tarefas ou de resolver problemas. Pacientes com os níveis mais profundos de depressão podem perder a esperança e desistir de fazer qualquer tentativa de mudança.

Os métodos cognitivo-comportamentais para tratar a depressão e outros transtornos psiquiátricos incluem intervenções específicas, elaboradas para

reverter níveis diminuídos de atividade, depleção da energia, piora da anedonia e capacidade reduzida de concluir tarefas ou resolver problemas. Neste capítulo, iremos apresentar e exemplificar algumas das intervenções comportamentais mais úteis para ajudar as pessoas com essas dificuldades. Embora sejam mais frequentemente utilizadas no tratamento da depressão, as técnicas descritas aqui também podem ser aplicadas com sucesso na terapia cognitivo-comportamental (TCC) para outros quadros, como os transtornos de ansiedade, alimentares e de personalidade (ver Capítulo 10).

Ao implementar procedimentos comportamentais, é importante lembrar-se do princípio de que as mudanças comportamentais positivas provavelmente estão associadas à autoestima mais elevada ou a atitudes mais adaptativas. Do mesmo modo, as modificações nos pensamentos automáticos ou esquemas negativos podem ajudar a promover o comportamento adaptativo. Assim, os métodos comportamentais são aplicados em consonância com as técnicas cognitivas como uma estratégia global para alcançar os objetivos do tratamento. Os casos clínicos neste capítulo ilustram como as intervenções comportamentais e cognitivas frequentemente incrementam umas às outras e como os terapeutas podem mesclar essas técnicas na prática clínica.

Utilizamos o termo *ativação comportamental* para descrever qualquer método destinado a reenergizar os pacientes e ajudá-los a fazer mudanças positivas, que pode variar desde um simples *plano de ação comportamental* com um ou dois passos até a *programação de atividades e procedimentos de tarefa graduada* totalmente desenvolvidos.

PLANOS DE AÇÃO COMPORTAMENTAL

Um *plano de ação comportamental* prático e exequível pode envolver o paciente em um processo de mudança positiva e instilar um senso de esperança. O terapeuta auxilia o paciente na escolha de uma ou duas atividades específicas que poderiam levar a uma melhora no humor e, depois, o auxilia a trabalhar em um plano realista para realizar essa atividade. A ativação comportamental costuma ser usada nas primeiras sessões, antes de se poder realizar uma análise cognitivo-comportamental mais detalhada ou intervenções mais complexas (p. ex., programação de atividades, reestruturação cognitiva). Entretanto, descobrimos que essa

técnica também pode ser aplicada em outros estágios da terapia, quando se pode usar um plano de ação comportamental focado simples, com benefícios significativos. O exemplo a seguir mostra que esse método pode ser utilizado para envolver os pacientes rapidamente em atividades produtivas logo no início da terapia.



CASO CLÍNICO

Meredith é uma mulher de 30 anos de idade, em seu sexto mês de gravidez, que está com depressão. Seus sintomas são moderados em termos de severidade desde o segundo mês de gravidez, quando ela começou a apresentar esse quadro clínico. Seu único episódio depressivo anterior ocorreu quando estava na faculdade. Ela tomou sertralina e recebeu algum aconselhamento de apoio naquele momento. A medicação pareceu ajudar, mas agora ela não quer tomá-la devido à gravidez.

Meredith é atendente em um restaurante luxuoso e espera continuar trabalhando até quando for possível. Seu diploma é em tecnologia da informação, porém ela não conseguiu encontrar emprego em sua área. Atualmente, mora sozinha, e sua família mora perto de sua casa. Embora ela não tenha tido muito apoio de sua mãe, que também está deprimida, seu irmão mais velho, que está casado e tem dois filhos, lhe dá muito apoio. Também tem duas amigas muito próximas: uma de infância e outra que conheceu no trabalho. Apesar de sua gravidez não ter sido planejada, ela sempre quis ter uma família. Ela tem sentimentos positivos em relação ao bebê, mas se critica muito, pois acha que não será uma boa mãe. Também critica a si mesma por comer porcarias e não manter uma dieta saudável. Meredith quer manter a amizade com o pai de seu bebê, pelo bem da criança, mas não quer reacender o relacionamento romântico.

Ela relata não ter nenhum histórico psiquiátrico além do que foi previamente observado. Não tem ideação ou comportamento suicida. Não há doenças físicas e, a não ser por alguma dor nas costas, azia e menos energia, sua gravidez está indo bem.

No Vídeo 12, Meredith e a residente psiquiátrica, Dra. Wichmann, concentram-se em algumas maneiras de ajudar Meredith a voltar a ser mais ativa. Perto do final da segunda sessão, elas desenvolvem um plano de ação comportamental promissor (**Figura 6.1**). A pequena parte do diálogo apresentada a seguir lhe dará uma ideia de como a Dra. Wichmann moldou essa intervenção. Sugerimos que você assista ao vídeo agora para poder ver como criar um plano específico com boas chances de sucesso.

1. Ir à mercearia comprar alimentos saudáveis para a semana.
2. Marcar um horário específico, domingo às 10 horas da manhã, quando é mais provável que eu vá.
3. Dar uma recompensa a mim mesma, parando em minha padaria favorita no caminho para casa.

FIGURA 6.1 Plano de ação comportamental de Meredith.



VÍDEO 12

Plano de ação comportamental

Dra. Wichmann e Meredith (3:34)

Dra. Wichmann: Se você pudesse fazer algo esta semana que poderia ajudá-la a se sentir melhor, o que acha que poderia ser?

Meredith: Acho que quero comer de forma saudável.

Dra. Wichmann: Quando você diz que quer comer de forma saudável, o que isso quer dizer?

Meredith: Quero parar de comer sanduíches. Quero fazer minhas refeições nos horários certos e ingerir somente alimentos saudáveis.

Dra. Wichmann: Todas essas ideias são muito importantes... Só fico pensando se não é demais fazer tudo de uma vez. Você acha que haveria metas menores e mais específicas para trabalhar em direção a isso?

Meredith: Acho que, pelo menos, preciso ir à mercearia.

Dra. Wichmann: Certo. Você não tem feito isso?

Meredith: Não, ultimamente, não. Tenho apenas pegado algo para comer no trabalho ou vou a um *fast food* no caminho para casa.

Dra. Wichmann: Bem, ir à mercearia acho que é uma meta mais factível e algo com o qual esperamos que você consiga trabalhar mais facilmente do que comer somente alimentos saudáveis de repente. Quais são os possíveis obstáculos ou barreiras que poderiam dificultar sua ida à mercearia?

Como Meredith estava moderadamente deprimida e tendo dificuldades para envolver-se em qualquer atividade que lhe daria uma sensação de bem-estar ou prazer, a Dra. Wichmann, com prudência, evitou um plano de ação comportamental que fosse muito desafiador ou improvável de ser realizado. Nesse caso, Meredith escolheu algumas ações que achava que ajudariam, mas a Dra. Wichmann lhe sugeriu planejar uma atividade menos ambiciosa. Havia várias outras estratégias usadas para aumentar a probabilidade de Meredith conseguir concluir o plano de ação, as quais incluíam perguntar-lhe sobre os possíveis obstáculos ou barreiras para concluir o plano e, então, envolvê-la na resolução de problemas para abordar esses obstáculos. Além disso, a Dra. Wichmann encoraja a paciente a identificar um dia e um horário específicos para realizar essa atividade. Por fim, a doutora anotou o plano de ação comportamental em um cartão para servir de lembrete para colocar o plano em prática. Meredith e ela colaboraram bem no desenvolvimento do plano de ação comportamental. Observe que a Dra. Wichmann pediu sugestões a Meredith com base em suas experiências anteriores, em vez de simplesmente dizer-lhe o que fazer.

Quando buscam tratamento, os pacientes geralmente estão interessados em fazer mudanças. Eles querem começar a seguir por uma direção positiva e estão em busca de orientação sobre os passos que podem começar a dar. Portanto, quando o terapeuta sugere tomar uma ação comportamental imediata (mesmo sendo rudimentar) durante as sessões iniciais, essa sugestão costuma ser recebida pelos pacientes como um sinal de que eles serão capazes de trabalhar junto com o terapeuta para obter maiores ganhos e resolver problemas maiores. Os planos de ação comportamental não utilizam técnicas sofisticadas ou complicadas, mas podem ajudar os pacientes a começar a romper os padrões de distanciamento ou inatividade e mostrar-lhes que podem progredir. Esse tipo de intervenção também pode ser usado com bom efeito em estágios posteriores da terapia ou na fase de manutenção do tratamento de quadros crônicos. As sugestões apresentadas no **Quadro 6.1** podem ajudar a implementar planos de ação comportamental eficazes.

QUADRO 6.1 DICAS PARA USAR PLANOS DE AÇÃO COMPORTAMENTAL

QUADRO 6.1 DICAS PARA USAR PLANOS DE AÇÃO COMPORTAMENTAL

- 1. Desenvolva um relacionamento colaborativo antes de tentar a ativação comportamental.** Não coloque a carroça na frente dos bois. Sem uma boa colaboração entre paciente e terapeuta, as tentativas de implementar planos de ação comportamental podem fracassar. O motivo para o paciente realizar a tarefa é, em parte, que ele quer trabalhar junto com você e entender as razões para fazer mudanças.
- 2. Deixe o paciente decidir.** Embora você possa ajudar a orientar o paciente sobre as ações que podem ser úteis, sempre que possível, peça-lhe sugestões para desenvolver um plano de ação e, depois, ofereça-lhe algumas opções para implementar o plano.
- 3. Avalie se o paciente está pronto para mudar.** Antes de sugerir planos de ação comportamental, meça a motivação e a abertura do paciente para dar esse passo. Se ele não estiver interessado em fazer as coisas de maneira diferente imediatamente ou não estiver pronto para agir, adie a intervenção. Por outro lado, se ele estiver aberto para começar a seguir em uma direção positiva, aproveite o momento.
- 4. Prepare o paciente para a ativação comportamental.** Introduza a tarefa com questionamento socrático ou outras intervenções da TCC que preparem o terreno para a mudança. Tente fazer perguntas que eduquem o paciente sobre os benefícios de agir ou que acessem as motivações para fazer as coisas de maneira diferente. Uma das melhores perguntas é: “Como essa mudança faria você se sentir?”. Se a resposta for positiva e a ação tiver uma chance razoável de ser efetiva, o paciente terá maior probabilidade de completá-la.
- 5. Elabore tarefas que sejam praticáveis.** Escolha exercícios de ativação comportamental que correspondam ao nível de energia e à capacidade para mudar do paciente. Verifique os detalhes do plano comportamental para ter certeza de que ele oferece um desafio suficiente sem que sobrecarregue o paciente. Se necessário, treine-o rapidamente em como fazer o plano funcionar bem.
- 6. Facilite a implementação do plano de ação.** Peça ao paciente para identificar uma data e uma hora específicas para concluir a atividade. Identifique e aborde qualquer barreira à realização da atividade e, se houver alguma, ajude o paciente a abordar tais obstáculos. Sempre escreva a tarefa como um lembrete para realizá-la.

PROGRAMAÇÃO DE ATIVIDADES

Quando a fadiga e a anedonia evoluem a ponto de os pacientes se sentirem exaustos e acreditarem que podem obter pouco ou nenhum prazer, eles podem se beneficiar com a programação de atividades. Esse método comportamental sistemático é utilizado, com frequência, na TCC para reativar as pessoas e ajudá-las a encontrar maneiras de melhorar seu

interesse pela vida. A programação de atividades é mais frequentemente aplicada em pacientes com depressão de moderada a grave, mas também pode ter seu espaço no tratamento de outros pacientes com dificuldade para organizar seus dias ou se envolver em atividades produtivas. Essa metodologia tem foco na avaliação das atividades e no aumento da maestria e das atividades prazerosas. Esses métodos, apresentados no caso de Juliana, a seguir, são descritos mais adiante, após o relato do caso clínico.



CASO CLÍNICO

Juliana tinha depressão grave e era uma boa candidata para a programação de atividades. Era uma jovem porto-riquenha de 22 anos, solteira, que sofria pela perda de seu irmão em um acidente de carro um ano antes de ela começar o tratamento com a TCC. Após a morte de seu irmão, Juliana desistiu da faculdade para voltar para casa e confortar seus pais. Contudo, seu próprio luto era intenso e contínuo. Ela foi incapaz de voltar à faculdade no semestre seguinte. Seus pais entenderam o luto de Juliana e não a forçaram a retomar os estudos ou procurar um emprego. Seus amigos tentaram lhe dar apoio por muitos meses depois da morte de seu irmão. Todavia, quando ela passou a recusar constantemente convites para jantar fora e parou de retornar as ligações, eles acabaram por se afastar.

Juliana era bem amparada por sua família. Não tinha necessidade real de trabalhar, portanto, não eram impostas exigências a ela. Depois de cerca de um ano, seus pais pensaram que Juliana já havia superado muito de sua tristeza pela morte de seu irmão. No entanto, ainda assim, ocorrera uma mudança muito distinta em seu comportamento. Ela havia desenvolvido uma postura mais séria, uma preferência pela solidão e uma maior tendência à introspecção. Os pais de Juliana se sentiam bem em deixar Juliana em casa enquanto iam trabalhar ou viajar, pois ela parecia melhor. Entretanto, uma noite, sua mãe chegou em casa cedo do trabalho e encontrou Juliana se preparando para se enforcar em seu *closet*.

Após uma breve hospitalização e início de farmacoterapia, Juliana melhorou a ponto de poder ser encaminhada a um terapeuta cognitivo-comportamental para tratamento ambulatorial. Dada a gravidade de seus sintomas, uma das primeiras iniciativas no tratamento foi aumentar as atividades de Juliana de modo que ela pudesse obter o benefício do apoio de amigos, sentir-se melhor a respeito de sua aparência pessoal, praticar suas habilidades sociais e se sentir mais como era no passado. A intervenção começou com uma avaliação de seu grau atual de atividades, das experiências que lhe davam prazer e do quanto ela sentia que tinha habilidade para lidar com o seu mundo.

Avaliação das atividades

Como os pacientes deprimidos tendem a minimizar as experiências positivas, enfatizar as percepções negativas e se concentrar nos fracassos mais do que nos sucessos, os autorrelatos podem não ser tão confiáveis quanto um diário de atividades de um dia ou uma semana entre as sessões de terapia. A avaliação – ou monitoramento – das atividades também pode ser usada para perceber os padrões ao se envolver em atividades prazerosas ou recompensadoras e as mudanças correspondentes no humor. Os pacientes que reconhecem a associação entre tipos específicos de atividades e seu humor têm maior probabilidade de se envolver em outras ações para melhorar seu humor e diminuir a gravidade de sua depressão.

A programação de atividades apresentada na **Figura 6.2** pode ser combinada como exercício de casa, porém deve ser iniciada na sessão, a fim de garantir que o paciente entendeu a linha de raciocínio da programação de atividades e para praticar como usar o formulário. Começando pelo dia da sessão da terapia, peça ao paciente para preencher o formulário com suas atividades para cada espaço de tempo antes da sessão de tratamento. Incentive-o a escrever as atividades que realmente ocorreram, não importando se estas forem muito triviais. Por exemplo, as atividades podem incluir tomar banho, vestir-se, alimentar-se, viajar, conversar com outras pessoas pelo telefone ou pessoalmente, assistir à televisão e dormir. Se o paciente tiver expressado perda de energia ou dificuldade significativa para se concentrar, pode ser recomendável pedir que ele registre a programação de apenas um dia ou de uma parte dele. Para pacientes internados, a aplicação da programação de atividades geralmente é diária, em vez de semanal (Wright et al., 1993).

Registro semanal de atividades

Instruções: anote suas atividades para cada hora e depois as classifique em uma escala de 0 a 10 para habilidade (h), ou grau de realização, e para prazer (p), ou o quanto gostou de fazê-las. Uma classificação 0 significa que você não sentiu nenhuma habilidade ou prazer. Uma classificação 10 significa que você sentiu o máximo de habilidade ou prazer.

	Domin- go	Segunda- feira	Terça- feira	Quarta- feira	Quinta- feira	Sexta- feira	Sábado
8 <i>h</i>							
9							

h

1

0

h

1

1

h

1

2

h

1

3

h

1

4

h

1

5

h

1

6

h

1

7

h

1

8

h

1

9

h

2

0

h

2

FIGURA 6.2. Registro semanal de atividades.

Para determinar o impacto das atividades citadas em um registro semanal ou diário, peça ao paciente que classifique o grau de prazer experimentado em cada ação, bem como a percepção de habilidade ou maestria associada a ela. Pode-se usar uma escala de classificação de 0 a 5 ou de 0 a 10 (Beck et al., 1979, 1995; Wright et al., 2014). Em uma escala de 0 a 10, a classificação 0 em domínio da atividade sugere que a atividade não trouxe uma sensação de realização, ao passo que a classificação 10 indica que houve uma grande sensação de realização. Ao treinar os pacientes em como usar ambas as escalas de classificação, geralmente é útil pedir-lhes exemplos específicos de atividades que correspondam a nenhum prazer/realização, prazer/realização moderados e muito prazer/realização. Alguns pacientes darão uma classificação baixa para tarefas simples, como lavar a louça ou preparar uma xícara de café, pois não consideram essas atividades significativas. Quando isso ocorrer, ajude os pacientes a reconhecerem o valor de participar das atividades cotidianas. Outra estratégia bastante utilizada ao classificar atividades específicas é solicitar aos pacientes que classifiquem seu nível de humor usando uma escala de 0 a 10, enquanto se envolvem em cada atividade ou ao final de cada dia. Essa classificação auxilia os pacientes a se conscientizarem mais de como as atividades específicas estão associadas às mudanças em seu humor.

Os pacientes devem tentar dar-se crédito por pequenas realizações, pois o progresso, em geral, ocorre em pequenos passos, um após o outro. Algumas tarefas simples podem receber classificações altas para domínio. Por exemplo, depois de estar imobilizado pela depressão há algum tempo, preparar o café da manhã pode ser um grande feito e, portanto, poderia receber um grau 8 ou 9. O exemplo do monitoramento das atividades de Juliana é apresentado na **Figura 6.3**. Para ela, retornar ligações telefônicas foi uma realização importante, já que havia evitado fazer isso por vários meses. Portanto, quando conseguiu fazer algumas, ela se deu um grau de habilidade 8 em uma escala de 0 a 10. No passado, Juliana teria classificado seu retorno das ligações apenas com um 4 para habilidade, pois exigiria muito pouco esforço.

Programação semanal de atividades

Instruções: anote suas atividades para cada hora e depois as classifique em uma escala de 0 a 10 para domínio (**h**), ou grau de realização, e para

prazer (**p**), ou o quanto gostou de fazê-las. Uma classificação de 0 significa que você não sentiu nenhuma habilidade ou prazer. Uma classificação de 10 significa que você sentiu máxima habilidade, ou prazer.

	Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
8 h	Acordar h: 2 Vestir-me p: 0				Acordar h: 3 Vestir-me p: 1		
9 h	Igreja com pais h: 3 p: 4				Passear com cachorro h: 5 p: 7		
10 h		Acordar h: 3 Vestir-me p: 1	Acordar h: 3 Vestir-me p: 1	Acordar h: 3 Vestir-me p: 1	Terapia h: 7 p: 6		Acordar h: 2 Vestir-me p: 1
11 h		Passear com cachorro h: 4 Café da manhã p: 6	Passear com cachorro h: 4 p: 5	Passear com cachorro h: 4 p: 5		Acordar h: 3 Vestir-me p: 1	Passear com cachorro h: 4 Café da manhã p: 5
12 h	Almoço com pais h: 4 p: 2					Passear com cachorro h: 5 p: 6	Arrumar meu quarto h: 6 p: 3
13 h			Almoço h: 2 p: 2	Almoço h: 2 p: 2			Lavar roupas à mão h: 7 p: 4
1	Ler	Buscar a	Buscar a	Buscar a	Buscar a	Buscar a	

4 h	jornal h: 4 p: 2	correspon dência h: 3 p: 1	correspon dência h: 3 p: 1	correspon dência h: 3 p: 1	correspon dência h: 4 p: 2	correspon dência h: 4 p: 3	
1 5 h	Ler revista h: 4 p: 4						
1 6 h		Assistir Oprah h: 1 p: 3	Comprar comida para o jantar h: 6 p: 2				
1 7 h						Passear com cachorro h: 5 p: 7	Passear com cachorro h: 5 p: 7
1 8 h	Passear com cachorro h: 4 p: 5	Jantar com pais h: 2 p: 4	Jantar com pais h: 3 p: 4	Jantar com pais h: 3 p: 4	Jantar com pais h: 3 p: 4	Jantar sozinha h: 5 p: 3	Cozinhar e jantar sozinha h: 5 p: 4
1 9 h	Jantar com pais h: 2 p: 4	Passear com cachorro h: 4 p: 6	Passear com cachorro h: 4 p: 6	Passear com cachorro h: 4 p: 5	Passear com cachorro h: 5 p: 7		
2 0 h	TV com mãe h: 2 p: 4	Dar telefonem as h: 8 p: 5		TV com mãe h: 2 p: 5		TV sozinha h: 2 p: 2	TV sozinha h: 2 p: 3
2 1 h							

FIGURA 6.3 Programação de atividades de Juliana.

Quando os sintomas da depressão são moderados a graves, deve-se esperar baixos graus de habilidade por duas razões:

1. normalmente, há pouco envolvimento em atividades que a maioria das pessoas consideraria altamente prazerosas;
2. a capacidade de sentir alegria e prazer em geral está embotada.

Se um evento, que costumeiramente faria o paciente rir ou sorrir, evocar não mais do que a compreensão intelectual de que o estímulo foi divertido, é provável que receba uma classificação baixa para prazer. Quando esse fenômeno ocorre, pode ser benéfico desenvolver expectativas mais realistas de sentir prazer, até que a depressão melhore. Como alternativa para o sentimento de decepção com os eventos e o ímpeto de lhes dar uma classificação 0, incentive o paciente a classificar com 1 a 3, pelo menos, se tiverem sido experimentados sentimentos prazerosos ou positivos.

Ao concluir a programação de atividades, Juliana deu ao fato de jantar com seus pais uma classificação de apenas 1 para prazer. Quando questionada a respeito dos itens do jantar que mais gostou, ela falou do conforto de estar com sua mãe, o purê de batatas com manteiga e o pudim de banana – seu favorito na infância –, que comeu de sobremesa. Quando indagada sobre o porquê de três coisas prazerosas diferentes resultarem em uma classificação 1 para prazer, ela a reconsiderou e a subiu para 4. Era difícil para ela não estar consciente da ausência de seu irmão nas refeições familiares, e pensar em sua perda fazia seu humor cair. No entanto, quando pensou melhor nas partes positivas da refeição, esta pareceu mais agradável, de modo geral. Com isso em mente, Juliana reclassificou algumas das atividades em sua programação e, assim, aumentou as classificações de prazer.

As questões no **Quadro 6.2** destinam-se a ajudar os pacientes a avaliarem e a modificarem seus níveis de atividade para aumentar as atividades prazerosas ou recompensadoras e melhorar o humor. Ao revisar o formulário de programação de atividades com os pacientes, é importante assumir uma abordagem colaborativa e utilizar as questões do Quadro 6.2 para ajudá-los a chegar às suas próprias conclusões sobre o papel das atividades prazerosas e recompensadoras e para encorajá-los a fazer sugestões de mudança de seu comportamento.

QUADRO 6.2 MONITORAMENTO DE ATIVIDADES

QUADRO 6.2 MONITORAMENTO DE ATIVIDADES

- Há momentos distintos em que o paciente sente prazer? Que tipo de atividades parecem dar prazer ao paciente?
- Essas atividades prazerosas podem ser repetidas em um outro dia? Quais delas parecem dar ao paciente uma sensação de realização? Esse tipo de atividades pode ser programado para outros dias?
- Há determinados momentos do dia que parecem ser baixos em termos de habilidade ou prazer? O que pode ser feito para melhorar o padrão de atividades nesses momentos do dia?
- As classificações tendem a ser mais altas para atividades que envolvem outras pessoas? Em caso positivo, o contato social pode ser aumentado?
- Quais atividades o paciente teve no passado que foram interrompidas ou reduzidas? Há formas de reacender o interesse nelas?
- Existe algum tipo de atividade (p. ex., exercícios, música, envolvimento espiritual, arte, trabalhos manuais, leitura, trabalho voluntário, cozinhar) que o paciente está ignorando, mas que pode lhe interessar? Ele está aberto a pensar em acrescentar atividades novas ou diferentes à sua programação semanal?

O exercício de monitoramento de atividades de Juliana revelou um padrão de maior prazer quando ela se envolvia em atividades fora de casa ou quando tentava fazer contato com os amigos (p. ex., dar telefonemas). Ela deu uma das classificações mais altas para prazer à tarefa de passear com o cachorro. Por outro lado, as classificações mais baixas para prazer foram dadas a ficar em casa sozinha sem nada para fazer. Como o seu envolvimento em atividades produtivas havia caído a um grau tão baixo, suas classificações para habilidade eram geralmente mínimas. As classificações de habilidade também parecem ter sido influenciadas pela falta de objetivos para o futuro. Juliana se queixava que sua vida não tinha sentido. Ela tinha poucas responsabilidades em relação à casa, não estava mais estudando, não tinha emprego, tinha perdido o contato com seus amigos e não tinha perspectivas claras de se tornar mais envolvida com a vida. Portanto, precisava encontrar atividades ou compromissos que lhe dessem uma sensação de propósito e completude.

No Vídeo 13, Meredith e a Dra. Wichmann revisaram uma tarefa de monitoração de atividades durante sua terceira sessão. Meredith havia concluído sua ida planejada à mercearia (ver Vídeo 12) e registrou essa atividade e classificações na programação de atividades. Ao revisar o formulário durante a sessão, Meredith observou que havia tido uma sensação de maestria e prazer com essa atividade e estava surpresa por essa ação ter lhe feito sentir tão bem. Embora tenha achado meio desafiador ir à mercearia, seu humor melhorou claramente depois disso. Meredith e a Dra. Wichmann também revisaram outros padrões de engajamento em atividades prazerosas e como eles influenciavam suas classificações do humor.

Finalmente, a doutora perguntou a Meredith se ela já tinha pensado em se envolver em alguma nova atividade.



VÍDEO 13

Programação de atividades

Dra. Wichmann e Meredith (9:32)

Aumentando o domínio e o prazer

Se você e seu paciente tiverem determinado que há déficits na percepção de maestria ou prazer na vida cotidiana, você pode ajudá-lo a melhorar, auxiliando-o na programação de atividades entre as sessões que o farão se sentir bem consigo mesmo. Comece solicitando ao paciente que gere uma lista de atividades prazerosas com base em suas experiências anteriores. Ele também pode querer incluir atividades do exercício de monitoramento que tiveram as classificações mais altas para prazer. Em seguida, você pode fazer um *brainstorm* com ele para criar uma lista de algumas novas atividades que possam valer a pena tentar (ver as perguntas no Quadro 6.2).

Alguns pacientes podem ter dificuldade de identificar atividades prazerosas mesmo depois de revisar a programação de atividades ou quando são questionados sobre suas experiências anteriores. Para estes, pode ser útil revisar uma lista de atividades potencialmente prazerosas usando um questionário como o Pleasant Events Schedule (MacPhillamy e Lewinsohn, 1982; disponível em: www.healthnetsolutions.com/dsp/PleasantEventsSchedule.pdf, conteúdo em inglês.). Depois de identificar algumas dessas atividades, paciente e terapeuta determinam colaborativamente quais delas devem ser acrescentadas à rotina diária.

Em seguida, utilize o exercício de monitoramento de atividades para ajudar o paciente a determinar o tipo de atividade que parece produzir uma percepção de domínio da atividade. Por exemplo, a programação de atividades de Juliana (ver Figura 6.3) apresenta escores mais altos de habilidade quando ela era responsável por fazer seu próprio jantar e quando fazia suas próprias tarefas. Usando a descoberta guiada, você pode auxiliar o paciente a reconhecer que continuar as atividades atuais que têm altos

escores de domínio ou modificá-las pode aumentar seu valor para ele e melhorar seu humor. Se o paciente tiver completado uma lista de metas, o esforço para alcançar qualquer uma das metas estabelecidas pode ser acrescentado à programação de atividades.

Após a conclusão da programação, verifique as expectativas do paciente quanto ao sucesso em modificar seu grau de atividade e a probabilidade de envolver-se nela. Pergunte sobre qualquer barreira ou obstáculo que poderia afetar a capacidade dele de seguir a programação de atividades conforme planejada. Depois, trabalhe com ele na elaboração de uma estratégia para superar esses obstáculos. Instrumentado com essas informações, combine a nova programação para a semana seguinte e solicite que ele classifique cada evento quanto ao domínio da atividade e ao prazer. Revise o plano na próxima sessão e o modifique, se necessário. Em geral, a programação de atividades é utilizada na fase inicial da terapia e pode ser interrompida quando o paciente for capaz de realizar espontaneamente atividades com prazer e habilidade. Entretanto, às vezes, utilizamos a programação de atividades mais adiante na terapia, quando há problemas persistentes de anedonia, de organização de planos comportamentais eficazes ou de procrastinação.

Trabalhando nas dificuldades de programação de atividades



CASO CLÍNICO

Charles é um senhor de 75 anos de idade que perdeu sua esposa para o câncer quando tinha 63 anos. A vida era ótima antes de ela morrer. Eles viajavam muito, faziam cruzeiros e iam ao cinema e ao teatro. Charles teve um profundo luto quando sua esposa morreu, mas se recompôs e se jogou no trabalho como gerente de vendas de uma concessionária de carros. Ele ainda sente muita falta dela, porém conseguiu seguir em frente depois de sua morte, sem cair em depressão profunda.

Ele tem história anterior de depressão, quando tinha por volta de 40 anos e perdeu seu emprego como gerente na indústria automobilística. Naquela época, ele foi a um médico de cuidado primário e recebeu uma prescrição de um antidepressivo que foi eficaz no alívio da enfermidade. Ele, então, conseguiu um emprego como vendedor. Continuou a vender carros, mas reduziu suas horas de trabalho até os 73 anos de idade, quando se aposentou totalmente, pois estava tendo problemas para ficar em pé na

concessionária. A artrite em seus joelhos e pés estava provocando muita dor depois de uma ou duas horas de trabalho.

Depois de se aposentar, Charles começou a cair em depressão. A maioria de seus amigos eram seus colegas de trabalho na concessionária. Ele manteve contato com eles por alguns meses, mas depois sentiu que era apenas um “velho” que estava no caminho deles. Assim, parou de visitar a concessionária ou de sair com eles depois do trabalho, como costumava fazer. Sua energia caiu e ele se afastou de muitas atividades que antes lhe davam satisfação, incluindo trabalhar com marcenaria e assistir a filmes. Uma vez por mês, mais ou menos, ele costumava dirigir durante quatro horas até a casa de seu filho para passar um final de semana prolongado, porém parou de fazer isso. Outras mudanças de comportamento foram deixar de se alimentar bem ou regularmente e deixar de preparar sua comida (ele costumava cozinhar para a família e os amigos). Charles também deixou de socializar. Ele acha que dá muito trabalho, por isso, tem recusado convites.

Charles foi solicitado a fazer um exercício de casa por seu terapeuta, o Dr. Chapman. A tarefa era monitorar e registrar suas atividades durante um dia usando a programação de atividades. Eles também conversaram sobre algumas atividades positivas, como sair para jantar com um amigo ou fazer algum trabalho de marcenaria. No Vídeo 14, o Dr. Chapman revisa a programação de atividades que Charles havia registrado para um dia. Embora houvesse classificações de prazer para as atividades, não havia classificações para o domínio das atividades. Quando questionado sobre a dificuldade para completar as classificações de domínio das atividades, Charles indicou que não “via motivo” para classificar atividades como fazer uma refeição, que envolviam pouca sensação de maestria.

De modo geral, Charles parecia estar preso em seu baixo padrão de atividade e indiferente à possibilidade de que o valor da programação de atividades pudesse fazer diferença. Portanto, o Dr. Chapman introduziu um formulário de equilíbrio de decisões (**Figura 6.4**) que incluía os custos e os benefícios de se envolver em outras atividades, bem como de não se envolver em nenhuma nova atividade (ou de não mudar de comportamento). Usando a descoberta guiada, ele auxiliou Charles a preencher o formulário.

	Prós/Benefícios	Custos/Contras
Mudar	1. <i>Estar na companhia dos</i>	1. <i>Meu amigo pode estar ocupado</i>

	<p><i>amigos.</i></p> <p><i>2. Colocar a oficina em ordem.</i></p> <p><i>3. Limpar a casa.</i></p>	<p><i>ou não atender minha ligação.</i></p> <p><i>2. Ficarei mais cansado com o esforço de limpar e arrumar minha bagunça.</i></p>
Continuar igual	<p><i>1. Requer menos esforço.</i></p> <p><i>2. Não preciso ver as pessoas e ter de explicar por que me afastei.</i></p>	<p><i>1. Vou continuar deprimido e solitário.</i></p> <p><i>2. Não vou realizar nada.</i></p> <p><i>3. As pessoas vão desistir de mim se eu continuar a ignorá-las.</i></p>

FIGURA 6.4 Formulário de equilíbrio de decisões de Charles.

Depois de concluir o exercício, o Dr. Chapman perguntou a Charles quais eram suas conclusões sobre os prós e os contras de fazer mudanças em seu comportamento. Charles enxergou os benefícios de mudar seu comportamento e decidiu que entraria em contato com um amigo na próxima semana. Também concordou em preencher a programação de atividades, incluindo as classificações de domínio da atividade e prazer, por um dia, como tarefa de casa. Assistir ao próximo vídeo o auxiliará a resolver problemas no uso da programação de atividades.



VÍDEO 14

Dificuldade em preencher a programação de atividades
Dr. Chapman e Charles (8:03)

O Guia de resolução de problemas 3 inclui algumas diretrizes e sugestões para responder à falta de conclusão da tarefa de casa. Ao abordar esses problemas, é importante que o terapeuta não julgue e não culpe ou rotule o paciente por “não cumprir com o combinado”. É mais útil que o terapeuta seja solidário, compreensivo e empático quando discutir as tarefas de casa e que escolha uma abordagem colaborativa de resolução de problemas, seguindo algumas ou todas as diretrizes descritas no Guia de resolução de problemas 3.

Guia de resolução de problemas 3



Dificuldades para concluir as tarefas de casa

1. **O paciente não entende a linha de raciocínio para a tarefa de casa.** Dispense algum tempo para explicar o valor da tarefa de casa mais uma vez. Esclareça mal-entendidos. Dê exemplos de como outras pessoas a usaram em seu benefício.
2. **O paciente não acha que a tarefa de casa seja benéfica.** Verifique as reações do paciente às tarefas dadas por você. Elas são vistas como significativas e factíveis? Se você não estiver sugerindo tarefas que sejam vistas como úteis, recue e repense o seu plano de tratamento. Além disso, certifique-se de conferir a tarefa de casa de sessões anteriores em cada sessão subsequente. Se você não fizer isso, o paciente chegará à conclusão de que você não a considera muito importante.
3. **A tarefa de casa não pareceu viável para o paciente.** Tenha cuidado ao dar muita leitura, uma semana inteira de programação de atividades ou uma tarefa trabalhosa a um paciente com depressão profunda e energia limitada. Ajuste as tarefas de casa para serem realistas e consistentes com a capacidade, a motivação e os fatores situacionais do paciente.
4. **O paciente não entendeu totalmente a tarefa, esqueceu algumas partes ou teve dificuldade de se concentrar na atividade.** A tarefa é específica e foi claramente explicada? O paciente está mantendo um caderno ou outro tipo de registro? Como os pacientes com depressão podem ter problemas de concentração e compreensão, peça *feedback* sobre o que entenderam. Pergunte os principais pontos que o paciente vai levar para casa no final das sessões. Solicite que ele repita os passos que planejou dar para fazer a tarefa de casa. Use auxílios de memória, como *post-its*, lembretes no celular ou programações diárias para facilitar que o paciente se lembre e faça a tarefa de casa.
5. **A probabilidade de fazer a tarefa de casa não foi avaliada.** Se você sugerir um exercício para casa que seja improvável que o paciente faça, as chances de sucesso já começam comprometidas. Ao dar uma tarefa de casa, avalie a probabilidade de o paciente realmente fazê-la: 80%? 10%? Se ele indicar que é improvável que a faça, resolva as razões para a baixa estimativa e/ou gere uma tarefa de casa alternativa.
6. **O paciente tem pensamentos negativos sobre a tarefa de casa em geral ou a tarefa específica.** A maioria dos pacientes adultos não terá reações negativas em relação ao uso da expressão tarefa de casa. Eles entenderão que você está sugerindo exercícios práticos que podem ajudá-los a enfrentar melhor os seus problemas. Contudo, podem ser úteis termos alternativos ao tratar pacientes em idade escolar ou que tenham uma visão negativa de suas experiências escolares. Você pode chamar a tarefa de plano de ação ou de exercício

de autoajuda. Além disso, certifique-se de enfatizar a colaboração na geração de tarefas para o paciente não achar que você está dizendo a ele o que fazer. Quando ele contribui com a elaboração das tarefas de casa, é mais provável que as faça. Tarefas específicas devem ser sugeridas pelo paciente o mais frequentemente possível.

Exemplos de pensamentos desadaptativos sobre tarefas de casa incluem “eu nunca fui bom na escola... não consigo fazer isso”, “tenho que fazer a tarefa de casa perfeitamente ou prefiro não fazer”, “não consigo fazer nada direito... por que tentar?”. Quando identificar esses tipos de reações a elas, você pode trabalhar para modificar as crenças com registros de pensamentos, exame de evidências ou outros métodos da TCC.

Outra estratégia útil é normalizar a não conclusão da tarefa de casa. Fale sobre como as pessoas costumam ter esses problemas e explique que você não esperava perfeição nas tarefas. Afirme que, se forem encontradas dificuldades, você entenderá e ajudará o paciente a usar a experiência como uma oportunidade de aprendizagem.

7. **Obstáculos como agendas cheias, falta de apoio da família ou estressores situacionais repetidamente tiram o paciente dos trilhos para fazer as tarefas de casa.** Você pode precisar passar mais tempo buscando maneiras de ultrapassar os obstáculos. É possível aprimorar o foco nas metas que sejam mais realistas ou atingíveis? É possível procurar atividades que sejam menos prováveis de serem afetadas por esses obstáculos? É possível que o paciente consiga o apoio de amigos ou outras pessoas para concluir os exercícios? Se essas ações não forem de muito auxílio, lembre-se de que você pode fazer a tarefa nas sessões. Você pode usar o ensaio cognitivo-comportamental para identificar os obstáculos que poderiam ser ultrapassados e para desenvolver habilidades para concluir os exercícios.
8. **O paciente apresenta um padrão arraigado de procrastinação e dificuldade para concluir as tarefas.** Se a procrastinação for um problema crônico, você pode aplicar os métodos básicos da TCC para ajudar o paciente a se tornar mais ativo e produtivo. Por exemplo, evidenciar e tentar modificar crenças associadas ao comportamento de procrastinação (p. ex., “vou estragar tudo, então por que tentar... vai ser muito difícil... já tentei antes e não deu certo... todos os outros conseguem avançar”). Avalie os comportamentos básicos, como a organização das atividades e das programações diárias. Em seguida, auxilie o paciente a organizar planos realistas para fazer os exercícios de casa. Use esses exercícios como oportunidades de alterar os hábitos de procrastinação. Por exemplo, treine o paciente nos métodos passo a passo para as tarefas graduais discutidas na próxima seção deste capítulo.

[\[lista de guias\]](#)



Exercício 6.1

Programação de atividades

1. Complete pelo menos um dia de uma programação de atividades para sua própria vida. Revise as classificações de habilidade e prazer.
2. Desenvolva uma programação de atividades em um exercício de *role-play* com um colega.
3. Utilize a programação de atividades em sua prática clínica.

[\[lista de exercícios\]](#)

PLANEJAMENTO DE TAREFAS GRADUAIS

O *planejamento de tarefas graduais* (PTG) é um método para fazer tarefas muito grandes parecerem mais administráveis mediante a sua divisão em partes menores e, assim, serem mais facilmente realizadas. Pode ser aplicado juntamente com a programação de atividades, a fim de aumentar a percepção de habilidade, sendo especialmente útil quando os pacientes estiverem atrasados em suas atividades (p. ex., arrumação da casa ou trabalho no jardim), adiando tarefas difíceis que têm prazos (p. ex., pagar contas ou impostos), ou quando os objetivos que desejam realizar são complicados e requerem esforços continuados (p. ex., entrar em forma, receber um certificado de um curso ou o diploma da faculdade, entrar com papéis de divórcio). Se a percepção da magnitude das tarefas estiver impedindo os pacientes de agir, o planejamento de tarefas graduais pode ser a resposta.

Comece o planejamento de tarefas graduais explicitando as percepções dos pacientes sobre as tarefas que exigem atenção. Observe os pensamentos automáticos e avalie sua validade antes de dar início a esta ação. Pensamentos catastróficos e o pensamento do tipo tudo ou nada podem interferir na iniciativa. Peça aos pacientes que anotem seus pensamentos modificados e revisem essa análise cognitiva antes de iniciarem os exercícios comportamentais. Sugira que se fixem nesse registro escrito como lembrete para o caso de os pensamentos negativos voltarem. A seguir, um excerto do tratamento de Robert ilustra o valor de explicitar os pensamentos automáticos acerca de ações comportamentais.



CASO CLÍNICO

Terapeuta: Quando você pensa em fazer a declaração de imposto de renda, o que passa por sua cabeça?

Robert: Dá um branco. Não sei por onde começar.

Terapeuta: Pare um momento e imagine-se em casa e vendo um comercial da Receita Federal na televisão. O que você pensaria?

Robert: Sinto um aperto na garganta. Tenho vontade de mudar de canal.

Terapeuta: Mudar o canal por que você pensa o quê?

Robert: Eu sei que tenho que fazer meu imposto de renda. Não entreguei a declaração no ano passado e sei que a Receita Federal vem atrás de mim se eu não entregar a deste ano. Não sei como começar. Não tenho os formulários. Não posso pedir para ninguém me ajudar, pois teria de contar que não entreguei no ano passado. Isso seria muito constrangedor. Isso tudo é demais para mim neste momento.

Terapeuta: Então, quando você lembra que tem de fazer sua declaração de imposto de renda, você fica bastante aborrecido.

Robert: Exatamente.

Terapeuta: E quando você fica aborrecido, o que acontece com sua motivação para começar a trabalhar na declaração?

Robert: Não quero ter de fazê-la. Adio para outro dia.

Terapeuta: Se você achasse que teria a capacidade de lidar com o estresse de fazer a declaração de imposto de renda, você estaria disposto a começar a enfrentar o problema?

Robert: Tenho de fazer alguma coisa a esse respeito.

Terapeuta: O que aconteceria se nós pudéssemos encontrar um jeito de tornar isso mais fácil para você?

Robert: Se fosse mais fácil, acho que eu poderia ser capaz de lidar com isso. Mas não é fácil.

Terapeuta: Acho que sei um jeito de ajudar.

Robert estava se sentindo angustiado pelo pensamento de fazer a declaração de imposto de renda, em parte porque não tinha certeza sobre como começar. Ele também tinha feito uma série de pressupostos sobre as reações dos outros, caso pedisse ajuda. O terapeuta começou a trabalhar com ele na modificação da crença de que não podia pedir ajuda. Quando isso foi conseguido, eles foram capazes de dividir a tarefa em partes menores e fazer uma programação para sua execução.

O componente comportamental do PTG consiste em fazer uma lista das partes de uma tarefa e depois colocá-las em uma ordem lógica. Como normalmente existem muitas maneiras de enfrentar uma tarefa não

concluída, em geral é útil discutir várias abordagens possíveis antes de criar um plano de ação específico.

Robert achou melhor começar por encontrar alguém para ajudá-lo com a declaração de imposto de renda. Sua irmã, Celeste, achou que seria melhor que Robert organizasse seus papéis e obtivesse os formulários apropriados antes de pedir ajuda a alguém. Sua mãe, Brenda, sugeriu que ele começasse telefonando para a Receita Federal para descobrir se seria melhor enviar a declaração do ano anterior primeiro ou fazer a deste ano. Depois de discutir essas opções com o seu terapeuta, Robert decidiu seguir sua primeira tendência e pedir auxílio. Ele estava se sentindo tão angustiado com a tarefa que não achava que poderia começar as coisas por si mesmo. Assim, decidiu pedir ajuda à Celeste como seu primeiro passo.

Os passos restantes eram encontrar os papéis que tinha em casa e organizá-los; baixar os formulários apropriados do *site* da Receita na internet; marcar um horário com Celeste para começar a preenchê-los; preencher todos eles e telefonar para a Receita, para discutir os impostos do ano anterior. Como ele tinha dúvidas sobre a ordem dos passos a serem tomados e achava possível que houvesse outras coisas que precisaria fazer, Robert pediu o conselho de Celeste sobre a organização das outras tarefas e também sugestões sobre qualquer outro passo que pudesse ser necessário.

Quando os pacientes relatam seu progresso em sessões posteriores, seus esforços devem ser elogiados, e se deve perguntar como essas ações fizeram se sentirem a respeito de si mesmos. Reforce o modelo cognitivo-comportamental, explicando mais uma vez que as mudanças positivas na ação ajudarão a melhorar o humor, fortalecerão a autoestima e criarão otimismo em relação a esforços futuros. Pergunte sobre sua motivação para dar o próximo passo e explicitamente modifique pensamentos negativos, se necessário. Depois da execução dos primeiros itens do PTG, alguns pacientes podem sentir-se suficientemente capazes de completar as outras tarefas sem o auxílio do terapeuta. Outros precisarão de orientação continuada para manter o progresso. À medida que os níveis de energia e de motivação forem voltando ao normal, a tarefa gradual pode não ser mais necessária para iniciar a atividade.

Haverá ocasiões em que o PTG não terá sucesso. Um motivo comum é que os passos são complicados demais para o paciente realizar ou requerem mais energia do que ele possui. Nesses casos, as tarefas complexas têm de ser divididas em partes menores. Você terá de fazer a correspondência da complexidade ou do escopo da tarefa com o nível de energia e o tempo disponível para o paciente. Um outro motivo comum é que a pessoa está mergulhada em pensamentos automáticos que a desanimam ou interferem na tomada de ação. Quando as tarefas são difíceis, as tentativas iniciais de realizá-las podem não ser totalmente bem-sucedidas. A pessoa tendenciosa

ao pensamento do tipo tudo ou nada pode não valorizar o progresso feito em direção a uma meta. Em vez disso, o sucesso parcial é visto como um fracasso. Ao elaborar uma intervenção de PTG, deve-se tomar cuidado para manter cada passo dentro da capacidade do paciente. Quando em dúvida, é melhor planejar uma tarefa muito fácil de realizar do que uma muito difícil.

Para saber mais sobre como implementar PTGs, assista ao Vídeo 15, uma cena de engajamento do tratamento de Charles com o Dr. Chapman. Apesar das muitas tentativas e boas intenções, Charles não conseguiu voltar ao seu trabalho de marcenaria – algo que costumava lhe dar muita satisfação. Ele está atordoado com a situação da oficina e está enrolado nos esforços de fazer brinquedos para um neto, uma tarefa de casa anterior. Nesse vídeo, você verá como mesclar de maneira eficaz métodos cognitivos e comportamentais para elaborar um PTG que funcione.



VÍDEO 15

Desenvolvendo uma tarefa graduada

Dr. Chapman e Charles (7:43)

ENSAIO COMPORTAMENTAL

Qualquer plano comportamental que você queira que o paciente faça fora da terapia pode ser primeiramente ensaiado na sessão, para:

1. avaliar a compreensão do paciente da linha de raciocínio para o plano;
2. verificar a capacidade e a motivação do paciente para realizar a atividade;
3. praticar as habilidades comportamentais;
4. dar *feedback* sobre as habilidades;
5. identificar e discutir os possíveis obstáculos;
6. treinar o paciente quanto às maneiras para garantir que o plano terá um resultado positivo.

O ensaio comportamental tem muitas aplicações na TCC. Por exemplo, você pode praticar o treinamento de respiração para reduzir a ansiedade e o

de exposição para superar o pânico e a evitação ou estratégias para cessar rituais compulsivos (ver Capítulo 7). Comportamentos que possam aumentar a adesão medicamentosa (p. ex., utilizar comunicação eficaz com o médico que prescreve, organizar um esquema complexo de tomadas de medicações, implementar um sistema de lembretes) também podem ser ensaiados em uma sessão. Outras formas de aplicar o ensaio comportamental podem incluir o *role-play* de um plano elaborado em um exercício de resolução de problemas (ver Exercício 6.2) ou praticar habilidades para controlar a ansiedade social (p. ex., como estabelecer um bate-papo).



Exercício 6.2

Conclusão de tarefas

1. Em um exercício de *role-play* com um colega, objetive uma tarefa desafiadora ou difícil.
2. Primeiro, pratique o método de planejamento de tarefa gradual, a fim de elaborar um plano para concluir a tarefa.
3. Depois, aplique o ensaio comportamental para desenvolver habilidades ou identificar possíveis problemas ao realizar o plano.
4. Faça um *role-play* de outro exercício de ensaio comportamental.

[\[lista de exercícios\]](#)

SOLUÇÃO DE PROBLEMAS

Quando as pessoas têm dificuldades em resolver seus problemas, isso pode dever-se parcialmente a um déficit de *desempenho* ou de *habilidade*. Aqueles com déficits de desempenho possuem habilidades adequadas de resolução de problemas, porém – devido à depressão, à ansiedade, ao estresse extremo ou a sentimentos de desamparo – têm dificuldade de acessá-las e utilizá-las. Por outro lado, pessoas com déficits de habilidade podem ser incapazes de analisar a natureza de um problema e parecem não conseguir chegar a boas ideias para resolvê-lo. Indivíduos com déficits de habilidade frequentemente têm problemas para resolver problemas em muitas áreas específicas de suas vidas ou repetidamente escolhem soluções que não funcionam ou que pioram as coisas. Pessoas com déficits de

desempenho podem ser auxiliadas por meio da identificação e da modificação, sempre que possível, dos fatores que impedem que utilizem suas habilidades existentes. No entanto, aquelas com déficits de habilidade podem precisar de treinamento básico em métodos de resolução de problemas.

Trabalhando com os déficits de desempenho na resolução de problemas

Alguns dos fatores mais comuns que interferem na solução eficaz de problemas estão listados no **Quadro 6.3**. Essa lista inclui obstáculos que podem estar associados aos sintomas de uma doença mental ou física. Por exemplo, a depressão frequentemente compromete a concentração e interfere no funcionamento cognitivo necessário para resolver problemas. Outras barreiras ocorrem quando os pacientes não têm recursos para abordar seus problemas de maneira apropriada (p. ex., limitações financeiras, intelectuais ou físicas) ou buscam soluções ideais ou perfeitas quando tais padrões não são atingíveis.

QUADRO 6.3 OBSTÁCULOS À EFETIVA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS	
Comprometimento cognitivo	Baixa concentração, pensamento lento, tomada de decisão comprometida
Sobrecarga emocional	Sentir-se sobrecarregado, disfórico, ansioso
Distorções cognitivas	Pensamentos automáticos negativos, erros cognitivos (p. ex., catastrofização, pensamento do tipo tudo ou nada, maximização), desesperança, autocrítica
Evitação	Procrastinação, esquecimento
Fatores sociais	Conselhos contraditórios dos outros, críticas, falta de apoio
Problemas práticos	Tempo insuficiente, recursos limitados, o problema está além do controle
Fatores estratégicos	Tentar encontrar a solução perfeita, buscar uma solução geral que resolva vários problemas relacionados

Comprometimento cognitivo

Quando o grau de atenção reduzido e a concentração comprometida impedem que uma pessoa seja capaz de se focar em um problema, podem ser necessárias medidas de controle de estímulos. Esses procedimentos envolvem organizar o ambiente físico de modo que os estímulos que poderiam interferir na realização de uma tarefa sejam limitados ou evitados, ao passo que os fatores ambientais que podem facilitar a realização da tarefa sejam identificados e melhorados. Se a concentração for um problema, um ambiente barulhento e confuso pode distrair a pessoa de uma tarefa, ao passo que a paz e o silêncio podem facilitar sua conclusão.



CASO CLÍNICO

Jonathan estava tão preocupado, pensando se seria possível pagar todas as suas contas que não conseguia dormir, estava distraído no trabalho por inquietar-se com as finanças e sentia dores de cabeça frequentes. Ele precisava resolver o problema, examinando quais contas precisavam ser pagas, quais delas podiam ser deixadas para depois, quando elas venceriam e qual a quantia total que devia. Ele sentou para trabalhar nisso à mesa da cozinha depois do jantar, mas não conseguiu se concentrar o suficiente para fazer o trabalho. Quando seu terapeuta perguntou o que acontecia à sua volta enquanto ele tentava organizar as contas, Jonathan descreveu uma sala de jantar barulhenta, com sua esposa tirando os pratos da mesa. A televisão estava ligada e seus filhos estavam assistindo a uma comédia e rindo histericamente. Embora desejasse que eles ficassem quietos, ele sabia que eram apenas crianças e que o som de suas risadas lhe fazia bem. Sua filha mais velha normalmente estava na cozinha ao telefone. Ele nunca ficava ouvindo suas conversas, mas se preocupava que ela pudesse estar falando com um rapaz mais velho que lhe dava carona de vez em quando. O terapeuta concluiu que o ambiente de Jonathan não era propício para a concentração e a resolução de problemas.

Jonathan precisava de um lugar para trabalhar que estivesse livre de estímulos visuais e auditivos externos. Ele precisava de um espaço físico de tamanho suficiente para examinar suas contas, de materiais para realizar a tarefa (como papel, lápis e uma calculadora) e tempo e energia suficientes para concluí-la. Essas condições eram difíceis de se obter durante a semana, pois sua casa era pequena, não havia um lugar silencioso para trabalhar e ele estava sempre cansado no fim do dia. Quando não estava deprimido, Jonathan conseguia se desligar de todos e fazer o trabalho. Contudo, agora, sua concentração estava baixa, e ele não percebia que seu ambiente era parte do problema. Depois de o terapeuta ter explicado os princípios do controle de estímulos, Jonathan concluiu que precisava separar um tempo no sábado logo cedo para organizar suas contas. Ele escolheu um horário antes de as crianças acordarem e antes de sua esposa começar a preparar o café da manhã.

Sobrecarga emocional

Os esforços para minimizar a intensidade da emoção também podem facilitar a resolução de problemas. Os métodos de reestruturação cognitiva descritos a seguir, no item “Distorções cognitivas”, estão entre as principais técnicas de resolução de problemas utilizadas para reduzir emoções dolorosas ou sobrecarregadas. Várias outras ideias podem ser tentadas, como exercícios de relaxamento, rezar, ouvir música, exercícios físicos, massagem, yoga ou cuidados consigo mesmo que induzam a sensação temporária de bem-estar. Pode-se incluir também dar um passeio, tomar um banho quente, comer sua comida favorita ou sentar em um jardim. O objetivo é reduzir a tensão – e não incentivar a se esquivar da tarefa. Quando a pessoa se sentir mais tranquila, ela pode começar a enfrentar o problema. Se se sentir sobrecarregada novamente, deve fazer um breve intervalo para reduzir a tensão.

Distorções cognitivas

A chave para utilizar os métodos de reestruturação cognitiva (ver Capítulo 5) para a resolução de problemas é ensinar aos pacientes como levar os aprendizados da terapia para as situações da vida real. Depois de aprender no tratamento como reconhecer os pensamentos automáticos negativos e como corrigir as distorções cognitivas, eles podem começar a aplicar esse conhecimento para conceitualizar e enfrentar os problemas ao seu redor. Uma boa ilustração da utilidade da reestruturação cognitiva é a aplicação de métodos para identificar e corrigir erros cognitivos. Pacientes com depressão podem exagerar a seriedade dos problemas, minimizar seus recursos ou vigos para enfrentar a dificuldade, assumir culpa excessiva pela situação (i.e., personalização) e generalizar um problema quando este pode ter relevância circunscrita. Se conseguir reconhecer e revisar esses erros cognitivos, a pessoa será capaz de desenvolver um quadro mais claro dos desafios a enfrentar e visualizar formas de resolver o problema.

Evitação

As técnicas descritas neste capítulo (ver “Programação de atividades” e “Planejamento de tarefas graduais”, anteriormente) podem ser utilizadas de

maneira eficaz para ajudar as pessoas a superar a evitação. No Capítulo 7, discutimos outros métodos comportamentais que podem ajudar os pacientes a enfrentar os problemas de evitação associados aos transtornos de ansiedade. Todos esses métodos comportamentais envolvem a organização de um plano sistemático que supere a sensação de desamparo ou o medo paralisante e a utilização de métodos graduais ou em passos para agir.

Fatores sociais

Quando pedem conselhos a entes queridos, as pessoas podem receber uma série de sugestões com potencial para serem úteis. No entanto, os conselhos podem ser conflituosos, ineficazes ou prejudiciais. Para ajudar o paciente a discernir os conselhos recebidos, pode-se recomendar que ele analise os prós e os contras de cada sugestão dada pelos outros, bem como quaisquer ideias que ele mesmo possa ter. Elabore uma solução que apresente o maior número de vantagens e o menor de desvantagens. A possibilidade de decepcionar os outros por não seguir seus conselhos pode criar um novo problema para o paciente indeciso com baixa autoestima. Assim, pode ser preciso treiná-lo em habilidades para comunicar-se de maneira eficaz com essas pessoas.

Algumas das barreiras mais difíceis para resolver problemas são:

1. falta de apoio social;
2. críticas e depreciação por parte de familiares, amigos ou outras pessoas;
3. esforço ativo de outras pessoas para bloquear a resolução de problemas.

Exemplos desse último item acontecem quando o cônjuge, em um caso de divórcio, recusa a mediação e parece determinado a provocar a maior angústia possível ao paciente; um filho que continua a usar drogas ilícitas, apesar dos intensos esforços feitos pelo paciente para ajudá-lo a se tratar, ou um chefe que é extremamente crítico e que não está disposto a dar ao paciente nenhuma ideia construtiva de como satisfazer suas expectativas. Alguns desses problemas não podem ser facilmente resolvidos, se é que podem o ser. Portanto, a estratégia deve incluir uma avaliação realista das chances de ocorrer alguma mudança, dos recursos que o paciente dispõe para resolver o problema e de ideias alternativas que talvez ainda não

tenham sido tentadas. Pode ser necessário o aconselhamento de um especialista. O paciente também pode obter ajuda lendo livros, assistindo a fitas de vídeo, participando de grupos de apoio, consultando um assistente social em um programa de assistência ao trabalhador ou utilizando outros recursos para ter ideias sobre como lidar com a situação.

Problemas práticos

Quando o funcionamento declina durante um longo episódio de depressão, não é raro descobrir que o paciente desenvolveu problemas práticos significativos, principalmente quando os sintomas foram graves o suficiente para interferir em sua capacidade de manter seu emprego. Dificuldades financeiras podem rapidamente se acumular. Problemas de saúde podem ser negligenciados, devido à falta de convênio médico. A moradia pode estar em risco em virtude de uma incapacidade de continuar a fazer os pagamentos de aluguel ou de parcelas do financiamento. O desespero dos pacientes nessas situações pode ser desalentador para os terapeutas. Se suas cognições começarem a refletir a desesperança do paciente, você pode começar a perder a capacidade de ser objetivo e criativo na resolução de problemas. Portanto, ao se defrontar com um paciente com recursos limitados para resolver seus problemas, é importante processar seus próprios pensamentos automáticos negativos quanto à dificuldade da situação.

Se conseguir manter um grau razoável de otimismo de que é possível encontrar soluções, será mais provável que você consiga ajudar o paciente a ser perseverante. Ajude-o a pensar em ideias para enfrentar o problema. Se as ideias não vierem de forma fácil, pergunte ao paciente o que ele teria feito em relação ao mesmo problema em um momento de sua vida em que não estava deprimido. Ou pergunte qual seria o conselho que alguém atencioso e solidário lhe daria. Não permita que o paciente descarte soluções tão rapidamente quanto são geradas. Mantenha uma lista contínua de ideias e espere até que o *brainstorm* tenha terminado para avaliar o potencial de cada uma.

Quando estão deprimidas, as pessoas frequentemente se sentem sozinhas em seu sofrimento e esquecem que há pessoas em seu mundo que poderiam auxiliá-las, se soubessem que têm uma necessidade. A maioria dos pacientes concordaria em ajudar outras pessoas em situações semelhantes. Se as soluções consideradas pelo paciente não incluírem solicitar o apoio da

família, de amigos, de comunidades religiosas ou de agências de serviço social, incentive-o a pensar nessas possibilidades. O constrangimento e o orgulho podem impedir que peçam ajuda. Todavia, em momentos difíceis, o paciente pode precisar abrir mão temporariamente de um estilo independente de resolver problemas.

Fatores estratégicos

Quando deprimidas ou ansiosas, algumas pessoas descartam as soluções óbvias, por parecerem simples demais. Ou procuram soluções que sejam perfeitamente pensadas ou garantam o sucesso. Às vezes, procuram pela solução mágica que resolverá várias questões simultaneamente.



CASO CLÍNICO

Olívia havia perdido seu emprego e estava procurando uma recolocação. Ela tinha dois filhos na escola primária. Os três viviam com sua avó, que tinha desenvolvido recentemente alguns problemas de saúde. Olívia precisava ganhar dinheiro suficiente para sustentar seus filhos, mas também precisava de um emprego que fosse perto da escola, de modo a poder chegar logo, no caso de uma emergência. Precisava de um chefe compreensivo, que lhe permitisse mais tempo de almoço para ver se estava tudo bem com sua avó. Ela não queria contratar uma enfermeira para cuidar da avó e preferia colocar seus filhos em uma creche a contratar uma babá. Um emprego perto da escola possibilitaria que ela buscasse seus filhos quando a creche fechasse. O pai das crianças saía do trabalho mais cedo, porém Olívia não confiava nele para buscá-las a tempo. Ela era bem qualificada profissionalmente e poderia conseguir um emprego melhor mais longe de sua casa. Poderia pedir para sua irmã ajudar com a avó, em vez de assumir toda a responsabilidade por seu cuidado, mas sentia-se obrigada a fazer isso sozinha, visto que sua avó a tinha ajudado muito quando ela precisou. Pensar em como juntar todas as peças deixou Olívia exausta. Como consequência, ela desistiu de ler os classificados e mergulhou nas tarefas domésticas.

A resposta para um dilema como o de Olívia é ajudar a mudar as estratégias de resolução de problemas. Em vez de tentar encontrar uma solução abrangente, trabalhe com o paciente para selecionar os problemas e encontrar uma solução que cubra o maior número possível de áreas. Destaque suas habilidades de resolução de problemas, identifique os

principais recursos e apoios e o treine em maneiras de simplificar o plano ou de dar um passo de cada vez.

Trabalhando com déficits nas habilidades de resolução de problemas

As habilidades de resolução de problemas em geral são aprendidas durante a infância e aprimoradas durante o início da idade adulta, quando se está batalhando com as transições da vida e os estressores psicossociais. Se tiver tido bons exemplos, é provável que a pessoa tenha aprendido vendo os outros lidando sistematicamente com problemas e gerando soluções. Além disso, se o paciente teve experiências iniciais nas quais foi capaz de resolver problemas de maneira eficaz, ele pode ter desenvolvido a autoconfiança e a competência necessárias para enfrentar dificuldades futuras. Infelizmente, os pacientes podem não ter adquirido habilidades eficazes de resolução de problemas – talvez porque não tiveram exemplos eficazes, foram protegidos pelos pais, que resolviam os problemas por eles, ou estavam deprimidos demais quando estavam crescendo para desenvolver essas habilidades. Quando o paciente teve experiências limitadas de conceitualizar e lidar com os problemas de maneira eficaz, a TCC pode ser usada para ensinar habilidades básicas para a resolução de problemas.

Uma forma útil de ajudar os pacientes a adquirir essas habilidades é mostrar o modelo de estratégias de resolução de problemas nas sessões. Por exemplo, as etapas listadas no **Quadro 6.4** podem servir para auxiliar os pacientes a organizar um plano para enfrentar uma das dificuldades em sua lista de problemas. A estrutura sugerida facilita para os pacientes organizarem seus pensamentos, abordarem o problema de modo objetivo e levarem o processo até o fim.

QUADRO 6.4 ETAPAS PARA A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

QUADRO 6.4 ETAPAS PARA A RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

1. Acalme-se e tente discernir.
2. Escolha um alvo.
3. Defina o problema de modo preciso.
4. Gere soluções.
5. Selecione a solução mais razoável.
6. Implemente o plano.
7. Avalie o resultado e repita as etapas, se necessário.

1. Acalme-se e tente entender. Quando descrevem suas dificuldades psicossociais nas sessões, os pacientes podem pular de um tópico a outro. Enquanto abordam acerca de um problema, outro lhes vem à mente. Sem perceber isso, apresentam uma lista desconexa de questões, todas podendo parecer igualmente estressantes e angustiantes. Podem ver ligações entre os problemas e os graus de complexidade presentes na situação, as pessoas envolvidas, os significados mais profundos por trás de tudo e as implicações para o futuro. Quando os problemas são relatados desse modo, a solução dessas dificuldades pode parecer distante ou impossível.

A primeira coisa a fazer é desacelerar o processo, definindo o número e a amplitude dos problemas e a urgência de resolvê-los. Você pode solicitar ao paciente que faça uma lista escrita dos problemas em seu caderno de terapia. Depois que ele terminar de listá-los, peça que faça um resumo, lendo novamente a lista. Seja empático, pois deve ser angustiante enfrentar tantos desafios ao mesmo tempo. Em seguida, siga as próximas etapas no processo de resolução de problemas.

2. Escolha um alvo. Ensine o paciente a organizar a lista com priorização dos problemas. Por exemplo, solicite que risque da lista qualquer problema que já tenha sido resolvido ou que esteja atualmente latente. Depois, peça que elimine itens sobre os quais ele não tem controle ou problemas que pertencem a outras pessoas e que não podem ser resolvidos por ele. Ajude-o a separar o restante dos itens em problemas que precisam ser abordados no futuro próximo e aqueles cuja solução pode ser adiada por algum tempo. Em seguida, peça que considere os problemas mais imediatos e os coloque em ordem de prioridade, com base em sua importância ou urgência. A parte final desta etapa é

selecionar um item entre os dois ou três primeiros como alvo inicial para a terapia.

3. Defina o problema claramente. Se os problemas puderem ser expressos em termos claros, é mais provável que os pacientes gerem soluções específicas. Você pode auxiliá-los a definir os problemas de forma precisa, ensinando-os os princípios de estabelecimento de metas e de agenda descritos no Capítulo 4. Também pode ser útil fazer perguntas que facilitem com que os pacientes melhorem suas definições. Exemplos desse tipo de perguntas seriam: “Como você poderia definir esse problema de modo a saber se está fazendo progressos em resolvê-lo?”, “Como você poderia expressar esse problema em poucas palavras, de modo que outras pessoas soubessem exatamente o que você está passando?” ou “Parece que há muitas questões diferentes envolvidas nesse problema... como você poderia defini-lo de modo a chegar na questão central?”.

4. Gere possíveis soluções. Em geral, há muitas formas diferentes de resolver qualquer problema. As pessoas, às vezes, se fixam na primeira solução que vem à mente e se convencem de que esse é o único modo de enfrentamento. No entanto, a solução escolhida pode não ser prática, eficaz ou possível de implementar. Achando difícil mudar de direção, os pacientes podem vacilar ou desistir totalmente de tentar resolver o problema. Tente ajudá-los a aprender a ser criativos ao buscar soluções. Por exemplo, utilize as técnicas de *brainstorm* ou de questionamento socrático, que estimulam a criatividade. Eles podem considerar ideias como:

- a. utilizar a ajuda de outros;
- b. pesquisar em livros ou na internet ou buscar recursos da comunidade;
- c. adiar a implementação do plano;
- d. considerar não resolver o problema e aprender a viver com ele.

Também pode ser útil acrescentar suas próprias sugestões à lista, mas apenas depois de o paciente ter chegado à conclusão de várias possibilidades.

5. Selecione a solução mais razoável. Auxilie o paciente a eliminar da lista qualquer solução que ele conclua ser irrealista, de pouca utilidade,

que não possa ser facilmente implementada no presente ou que poderia causar mais problemas do que resolução. Solicite ao paciente que escolha a solução que acredita ser a mais provável de ser bem-sucedida e que esteja disposto a implementar. Às vezes, os pacientes fazem escolhas que, ao seu ver, falharão. Em vez de desestimulá-lo dizendo sua opinião, ajude-o a escolher uma ou duas possibilidades e depois avalie as vantagens e desvantagens de cada uma. À medida que as soluções são comparadas, a melhor opção normalmente se torna evidente. Guarde a lista original de opções para o caso de ela ser necessária no futuro.

- 6. Implemente o plano.** Uma vez selecionada uma solução, aumente as chances de sucesso solicitando ao paciente que selecione um dia e hora para testar seu plano. Podem ser usados métodos de *role-play* ou de ensaio para o treinamento nas habilidades de resolução de problemas. Elimine obstáculos perguntando sobre as circunstâncias que poderiam interferir no sucesso e desenvolva um plano de enfrentamento para o caso de esses problemas ocorrerem.
- 7. Avalie o resultado e repita as etapas, se necessário.** Apesar do planejamento, as soluções às vezes falham. Podem haver circunstâncias imprevistas ou elementos do problema que não foram completamente considerados. Quando surgirem dificuldades para pôr em prática um plano, ajude os pacientes a avaliar os pensamentos automáticos sobre seus esforços para resolver o problema e auxilie-os a corrigir qualquer distorção. Além disso, reveja a maneira pela qual a solução foi implementada, a fim de determinar se seria necessário maior treinamento de habilidades. Revise o plano, se necessário, e tente novamente.

Às vezes, alguns terapeutas podem auxiliar os pacientes usando, eles próprios, a resolução de problemas durante a sessão. Embora isso geralmente leve a uma solução efetiva ou razoável para o problema em questão, é ineficaz para ensinar ou treiná-los a usar as habilidades de resolução de problemas por si mesmos. O terapeuta deve promover o aprendizado e a aplicação de habilidades eficazes de resolução de problemas para que os pacientes possam aplicar tais habilidades no futuro, e não apenas para resolver o problema atual.

RESUMO

Quando os pacientes têm problemas de baixo humor ou falta de interesse associada a uma redução das atividades, baixa energia e conclusão precária de tarefas, os métodos comportamentais podem ajudar a restaurar o funcionamento saudável. A técnica mais fácil de ser implementada é a ativação comportamental – um exercício simples, no qual terapeuta e paciente escolhem uma ou duas ações concretas que parecem ser possíveis de se empreender imediatamente e que é provável que proporcione a melhora do humor ou da autoestima. A programação de atividades, um método mais sistemático de registrar e moldar o comportamento, costuma ser muito útil quando os pacientes estão passando por reduções moderadas a graves na energia e no interesse. Outra técnica comportamental, o planejamento de tarefa gradual, pode ajudar os pacientes a organizar um plano passo a passo para lidar com tarefas difíceis ou desafiadoras ou para reverter padrões de procrastinação e evitação.

O ensaio comportamental costuma ser usado na TCC para ajudar os pacientes a desenvolver planos de ação, fortalecer habilidades e identificar antecipadamente possíveis obstáculos. Essa técnica envolve a prática de métodos comportamentais nas sessões e, depois, a realização do plano como exercício de casa. A resolução de problemas é outro método comportamental básico para ajudar os pacientes a enfrentar seus estressores. Embora alguns deles tenham boas habilidades básicas de resolução de problemas e precisem de ajuda apenas para superar obstáculos para aplicar seus pontos fortes, outros podem precisar que lhes sejam ensinados os princípios da solução eficaz de problemas. Os métodos comportamentais descritos neste capítulo podem ter um impacto positivo no nível de atividade, no humor, na efetividade ao lidar com desafios e na esperança para o futuro do paciente.

REFERÊNCIAS

- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, et al: Cognitive Therapy of Depression. New York, Guilford, 1979
- Beck AT, Greenberg RL, Beck J: Coping With Depression. Bala Cynwyd, PA, Beck Institute for Cognitive Therapy and Research, 1995
- MacPhillamy DJ, Lewinsohn PM: The Pleasant Events Schedule: studies on reliability, validity, and scale intercorrelations. *J Consult Clin Psychol* 50:363–380, 1982

Wright JH, Thase ME, Beck AT, et al (eds): Cognitive Therapy With Inpatients: Developing a Cognitive Milieu. New York, Guilford, 1993

Wright JH, Thase ME, Beck AT: Cognitive-behavior therapy, in The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry, 6th Edition. Edited by Hales RE, Yudofsky SC, Roberts L. Washington, DC, American Psychiatric Publishing, 2014, pp 1119–1160