



## **PARTE I**

# **Iniziando a terapia cognitiva**



## CAPÍTULO 1

# Introdução

Esta segunda edição de *Técnicas de terapia cognitiva* oferece ao clínico uma ampla gama de intervenções cognitivas e comportamentais que podem ser usadas para abordar depressão, ansiedade, problemas de relacionamento e de controle da raiva, e muitas outras formas de psicopatologia. Embora a orientação seja preponderantemente cognitiva, na medida em que foca no conteúdo, na função e na forma do pensamento, também inclui técnicas que refletem contribuições das terapias metacognitiva, de aceitação, comportamental dialética, de ativação comportamental e focada na compaixão.

O modelo cognitivo se ampliou muito desde a sua formulação inicial por Beck e Ellis. No modelo cognitivo inicial, a ênfase era colocada no conteúdo específico do pensamento, como as categorias típicas de distorções de pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes e esquemas ou crenças centrais. O modelo cognitivo enfatiza a necessidade de determinar como os esquemas afetam a atenção e a memória e como mantêm as crenças problemáticas. Assim sendo, o modelo cognitivo identificaria o papel do viés de confirmação e o processamento esquemático na manutenção das crenças negativas do indivíduo deprimido, mesmo na

presença de informações positivas que possam contradizê-las.

Essa estrutura cognitiva encontra-se preservada na formulação atual, além de ter sido ampliada para incluir um reconhecimento de que os transtornos da personalidade são caracterizados por esquemas persistentes sobre o *self* e os outros e por estilos de compensação, evitação ou manutenção dos esquemas. Além disso, o conceito de modos introduz padrões sistêmicos e coordenados que organizam a cognição, o comportamento motivacional, o funcionamento interpessoal e as respostas emocionais em torno de sistemas consistentes e autossustentáveis, como raiva, mania ou depressão (Beck & Haigh, 2014). O modo é um construto superior que representa a coordenação desses vários componentes e serve para manter-se e expandir-se para novas áreas da vida.

Embora reconhecendo a contribuição significativa do modelo cognitivo, outros modelos contribuíram para a ampla gama de formulações, estratégias e técnicas disponíveis para o terapeuta. Em particular, esta nova edição reconhece as contribuições importantes do modelo metacognitivo, desenvolvido por Wells (2007, 2008, 2011); do modelo de ativação comportamental, desenvolvido por Martell, Dimidjian e

Herman-Dunn (2010); da terapia de aceitação e compromisso (ACT), desenvolvida por Hayes, Strosahl e Wilson (2003); da terapia comportamental dialética (DBT), desenvolvida por Linehan (2015); da terapia focada na compaixão (Gilbert, 2009); e de outras abordagens. Além disso, também inclui ideias da ciência cognitiva sobre tomada de decisão (Kahneman, 2011), *mindfulness* (Teasdale et al., 2012) e meu trabalho sobre esquemas emocionais (Leahy, 2015).

Como ficará claro nos próximos capítulos, o modelo cognitivo propõe que depressão, ansiedade, raiva e outros problemas são mantidos, ativados ou exacerbados por vieses no pensamento. Em particular, no centro desses vieses encontram-se os esquemas, que são padrões consistentes de organização da informação em torno de um conceito preexistente. O conceito de esquema é antigo na psicologia, remontando a Barlett e Piaget. Na década de 1970, os campos da ciência cognitiva e cognição social deram muita ênfase ao papel dos esquemas na determinação da atenção seletiva, da memória e da interpretação da informação. Assim, o modelo cognitivo é em parte derivado da revolução do processamento da informação na psicologia dessa era. Embora tanto o modelo de Beck quanto o modelo de esquemas de Young enfatizem o desenvolvimento precoce desses esquemas na infância, a pesquisa sobre o processamento esquemático indica que eles podem ser formados em qualquer época da vida e que sua formação está fora da consciência imediata (Bargh & Morsella, 2008; Andersen, Saribay, & Przybylinski, 2012; Fiske & Macrae, 2012). Embora esses esquemas operem com automaticidade, o modelo cognitivo propõe que eles podem ser acessados na percepção consciente por meio de uma variedade de técnicas. Assim sendo, o objetivo, em parte, é tornar explícito o que está implícito.

O modelo cognitivo de terapia coloca ênfase na psicoeducação do paciente em relação aos seus pressupostos fundamentais e na abordagem a ser utilizada na terapia. Assim, o profissional pode assinalar na primeira sessão de

terapia que eles irão se concentrar naquilo que o paciente está pensando de forma consciente e fazendo atualmente, como ele pode encarar as coisas de modo diferente e se comportar de forma diversa e como as tarefas de casa permitirão generalizar os ganhos obtidos na sessão. Além disso, a biblioterapia é um componente frequente da terapia cognitiva, com os terapeutas fornecendo material informativo sobre vários problemas ou recomendando livros para ajudar a guiar o paciente ao longo do processo.

A abordagem cognitiva salienta a importância de testar a construção que o paciente faz da realidade na comparação com os fatos à medida que estes se tornam disponíveis. Assim sendo, a terapia procura desvendar, por meio de questionamentos e experimentos comportamentais, o que o paciente acredita ser verdade e os padrões habituais de pensamento subjacentes aos seus problemas. Por exemplo, o indivíduo deprimido com frequência revela uma visão negativa do *self*, da vida em geral e do futuro, e, em consequência, pode relutar em tentar um novo comportamento que poderia fracassar e levar a maior desmoralização e pesar. A terapia procura estimular maior consciência dos pensamentos que podem estar moldando e estimulando essa negatividade e introduzir dúvidas fundamentais acerca da infalibilidade dessa forma de pensar. O terapeuta encoraja o ceticismo em relação a pensamentos que fragilizam o paciente e ressalta que os pensamentos têm consequências e precisam ser avaliados para identificar se são pragmáticos e se estão de acordo com os fatos. Em suma, trata-se de uma abordagem empírica da realidade: “Quais são as consequências de pensar assim?”, “Qual seria a consequência de uma visão alternativa?” ou “Vamos testar seu pensamento em comparação à realidade”.

Além do mais, o terapeuta examina o significado, ou a falta dele, nos conceitos com os quais os indivíduos deprimidos ou ansiosos criticam a si mesmos. Esses podem incluir conceitos que não têm referência correlata e empírica, como, por exemplo, “pessoa sem valor” ou “perdedor”. Achei imensamente útil

incentivar os pacientes a evitar rótulos gerais de qualidades fixas (p. ex., “*Eu sou um fracasso*”) e a considerar descrições comportamentais mais específicas (p. ex., “*Eu não atingi meu objetivo nesta tarefa neste momento*”). Ao especificar e limitar as descrições a comportamentos, situações e tempo, terapeuta e paciente podem introduzir o entendimento de que o desempenho varia dependendo do contexto, das crenças mantidas, da motivação para se engajar e do comportamento executado. Essa perspectiva com mais nuances permite que o paciente passe de um pensamento fixo para um flexível e considere uma abordagem experimental para testar seus pensamentos negativos – por exemplo, eu poderia dizer: “*Vamos tentar uma forma diferente de abordar isso e ver o que acontece*”. Comportamentos podem ser mudados, mas os traços nos dão a ilusão de permanência e a subsequente crença na impossibilidade da mudança.

No modelo cognitivo, a “realidade” é um *sistema aberto*. Assim sendo, o modelo cognitivo é construtivista na medida em que o “conhecedor” – aqui, o terapeuta e o paciente – nunca terá todos os fatos. Não existe nenhum teste completo das informações. As decisões no mundo real são tomadas com informações incompletas, em tempo real, sempre em condições de incerteza. Essa visão de um sistema aberto é um reconhecimento importante no processo de tomada de decisão, o que será discutido em alguns detalhes no Capítulo 6. *Conhecer* no mundo empírico é mais uma questão de probabilidades do que de certezas. As previsões estão baseadas em informações incompletas – sempre. O reconhecimento de que o pensamento inferencial é sempre incompleto, indeterminado e probabilístico é um componente essencial da perspectiva do terapeuta cognitivo. Assim, quando o paciente exige certeza – “*Sim, mas eu poderia ser aquele cujo avião cai!*” – o terapeuta cognitivo deve reconhecer que possibilidades existenciais de fato são reais e não podem ser eliminadas. A verdadeira pergunta para o paciente que exige certeza é: “*Por que é tão difícil aceitar a incerteza?*”.

Esse tipo de questionamento conduz a uma nova abordagem da “necessidade de conhecimento” do paciente: ou seja, a necessidade de prever com certeza. Geralmente, o exame dessa necessidade revela que o indivíduo encara a “certeza” como parte de um desejo de controle absoluto – sem o qual acontecerá algum desastre. Veremos como o treinamento da incerteza é um antídoto importante para a preocupação e a ruminação, em que o “pensador” tenta esgotar todas as possibilidades de desfechos e soluções em uma tentativa de obter certeza. Os pacientes precisam reconhecer que todos nós tomamos decisões em um mundo incerto e que não existe certeza em um mundo assim. A vida acontece em tempo real, sob condições de informação e controle limitados.

A terapia cognitiva não oferta o poder do pensamento positivo. O terapeuta não é um líder de torcida pelo otimismo. Ele pede que o paciente examine as evidências a favor e contra suas crenças e pense nas implicações pragmáticas das várias formas de encarar as coisas. É importante reconhecer que um único exame de determinado pensamento não é um veredito final. Novas informações estão sempre sendo disponibilizadas. A realidade é um sistema fluido. Essa perspectiva permite que o paciente reconheça que as crenças podem ser revistas, o comportamento pode ser modificado, novas decisões podem ser tomadas, novas estratégias podem ser consideradas. Assim, a busca por soluções é orgânica, em constante evolução por meio de um sistema dinâmico contínuo de *feedback* mútuo – isto é, *feedback* entre pensamentos, comportamentos e desfechos. Na verdade, se tivéssemos de imaginar um antídoto epistemológico para o desamparo e a desesperança, seria esse sistema orgânico, aberto e dinâmico de considerar pensamentos, comportamentos e novas estratégias. Sempre há outra possibilidade, outra maneira de olhar para as coisas e alguma coisa nova a ser experimentada.

A terapia cognitiva necessariamente envolve técnicas comportamentais, como o planejamento de atividades, a prática da exposição, o

fornecimento de autorrecompensas, a construção de cardápios de recompensas, a prática da assertividade e outras técnicas valiosas. Essas técnicas comportamentais são então avaliadas, fazendo-se previsões iniciais (“O que você prevê que irá acontecer se fizer esta exposição? Quanto tempo irá durar sua ansiedade? Quão intensa será? O que você não conseguirá fazer se sentir ansiedade?”), reunindo-se evidências (“Exatamente o que aconteceu?”) e comparando-se essas informações com as previsões iniciais. Um componente importante das técnicas comportamentais é modificar as crenças e, assim, as expectativas futuras e a disposição para se engajar em estratégias comportamentais. O comportamento afeta a cognição, e esta afeta a disposição para se engajar no comportamento, bem como o que é aprendido com os experimentos comportamentais. Gostamos de considerá-los experimentos comportamentais porque eles não só aprimoram o repertório do indivíduo, como modificam as crenças que mantiveram o problema por tanto tempo. O terapeuta pode convidar o paciente a testar a crença de que as consequências de não obter aprovação serão desastrosas. Esse teste envolveria experimentos comportamentais, como exercícios de assertividade, por meio dos quais o paciente aprende que experimentar desaprovção (ou desaprovejar) frequentemente não resulta em nenhuma mudança na vida real. Ao modificar as crenças associadas à inatividade, o terapeuta pode auxiliar o cliente no desenvolvimento de uma nova perspectiva sobre a ação a ser realizada. Esses testes comportamentais também são importantes no tratamento do transtorno de pânico; o terapeuta incentiva o paciente a intencionalmente induzir as sensações temidas para ver o que acontece e, na exposição, induzir os pensamentos temidos por meio de inundação. O ponto-chave aqui é articular o que foi aprendido. O comportamento é seguido pela reflexão.

Embora o modelo cognitivo tradicional enfatize o conteúdo do pensamento (p. ex., “Eu sou um perdedor”), modelos mais recentes da terapia cognitivo-comportamental (TCC) pro-

põem que é a resposta do paciente ao pensamento que pode ser mais significativa. Neste livro estão incluídas técnicas como *mindfulness*, terapia metacognitiva, modelos de aceitação e um modelo cognitivo integrativo que reconhece que os pacientes frequentemente respondem aos pensamentos intrusivos com ruminação e preocupação. Os indivíduos com frequência são “sequestrados” pelo pensamento e encaram sua ocorrência como uma experiência mental inaceitável. As várias abordagens descritas anteriormente ajudam o terapeuta a apresentar o seguinte: a interpretação do pensamento como perigoso, pessoalmente significativo e fora de controle; a habilidade de “descentralizar” ou ganhar distância do pensamento; a disposição para agir apesar do ruído de fundo da ocorrência do pensamento; e a colocação do pensamento no contexto de outras experiências mentais transitórias. Discute-se uma ampla gama de técnicas que o terapeuta pode usar para tratar essas preocupações.

A terapia frequentemente envolve desconforto. De fato, esse pode ser um importante componente no uso de ACT, *mindfulness*, DBT e terapia do esquema emocional. Surgem assuntos que podem ser desagradáveis, são ativas lembranças que provocam tristeza e ansiedade, é realizado um novo comportamento que provoca uma escalada do desconforto. O desconforto pode ser desagradável, mas também pode ser inevitável, e quando é experimentado na busca da ação valorizada, ele pode ser uma experiência útil. O paciente pode aprender que consegue tolerá-lo se valer a pena executar a tarefa. Nesta edição, reviso uma ampla variedade de abordagens relevantes para a regulação emocional – e para tolerar sentimentos difíceis. Por exemplo, a terapia do esquema emocional por mim desenvolvida pode ajudar os pacientes a reconhecer e modificar suas crenças de que as emoções irão durar um período indefinido de tempo, irão aumentar e precisam ser suprimidas ou controladas. Essas crenças problemáticas sobre a emoção levarão a mais evitação e passividade. A pergunta a ser feita é: “Essas crenças sobre suas emoções são válidas?”.

Assim, o terapeuta pode usar uma ampla gama de técnicas de diferentes abordagens para tratar essas crenças problemáticas sobre a emoção a fim de facilitar não somente a mudança comportamental, mas também aprofundar a terapia e reforçar seu significado. Se se deseja evitar que a terapia seja superficial, ela algumas vezes será desagradável, até mesmo dolorosa.

O uso de técnicas deve também incluir a conceitualização de caso. Mas não existe conceitualização de caso única, e terapeutas de diferentes orientações terão diferentes formas de abordá-la. O terapeuta cognitivo frequentemente colocará maior ênfase nos níveis de cognição – pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes e esquemas sobre o *self* e os outros – e na relação desses esquemas e estratégias de enfrentamento com experiências da infância, eventos significativos na vida (atuais e passados) e o desfecho dessas estratégias. Compreendi que a conceitualização de caso se desenvolve durante o curso da terapia, à medida que o terapeuta aprende mais a respeito das estratégias metacognitivas problemáticas do paciente (p. ex., preocupação e ruminação) e suas tendências a evitação comportamental, inércia, padrões disfuncionais de tomada de decisão, má escolha de parceiros ou amigos e outros componentes importantes que podem manter um longo padrão de problemas. O terapeuta pode aprofundar o significado e a importância do que é desvendado na terapia perguntando periodicamente: “Como isso se encaixa em outras coisas que já sabemos?”. Assim sendo, as técnicas podem ajudar o paciente a superar os obstáculos e a mudar o pensamento, mas a conceitualização de caso em desenvolvimento pode ampliar o quadro e ajudar o indivíduo a reconhecer futuras vulnerabilidades não só quanto ao que desencadeia os problemas, mas também sobre quais pensamentos, comportamentos e escolhas tornam tudo mais difícil. Na verdade, o objetivo da terapia não deve ser simplesmente “sentir-se melhor”; ela deve ajudar a desenvolver uma ampla gama de técnicas efetivas que possam habilitar o paciente a enfrentar problemas fu-

turos. Assim, técnicas associadas à conceitualização capacitam o indivíduo.

O terapeuta cognitivo reconhece que a análise racional e as descrições dos processos de pensamento podem não ser suficientes para efetuar a mudança. A evocação da emoção, o desenvolvimento da motivação e as técnicas experienciais que ativam novas experiências fenomenológicas e sentimentos também podem ser essenciais. O paciente pode ter de confrontar a realidade com novos pensamentos e comportamentos para experimentar, em um nível emocional, a importância existencial de uma resposta “racional” ou simplesmente um novo modo de pensar. Os terapeutas cognitivos ajudam os clientes a colocar em ação os pensamentos, engajando-se em experimentos comportamentais que traduzem *insight* em prática.

Alguns críticos da terapia cognitiva argumentam que ela é excessivamente racional e muito simplista, mais um exercício de palavras do que um exercício de emoção. Incluí um capítulo sobre as técnicas experienciais da terapia focada nas emoções, além de outros modelos, incluindo parte do meu trabalho sobre processamento emocional. É essencial equilibrar as técnicas da terapia cognitiva com empatia, validação e entrevista motivacional – estilos de condução da terapia que ajudam o paciente a ver as intervenções cognitivas como emocionalmente relevantes. No entanto, muitas vezes me pergunto como esses críticos explicam as extraordinárias mudanças nas emoções que a terapia cognitiva facilita em indivíduos deprimidos e ansiosos. Afinal de contas, se a terapia cognitiva ajuda as pessoas a ficar menos deprimidas e ansiosas, ela *está* lidando com a emoção da maneira mais importante – modificando os sentimentos negativos.

Em geral, os terapeutas que praticam a terapia cognitiva parecem ter suas “técnicas favoritas”. Alguns se baseiam muito na organização de atividades, no exame das evidências e em registros diários de pensamentos disfuncionais, enquanto outros preferem utilizar técnicas de dramatização racional, duplo padrão e testagem das previsões. O problema com esse

repertório circunscrito é que diferentes técnicas funcionam melhor para diferentes clientes e problemas. Algumas pessoas respondem bem à reestruturação cognitiva, outras à ativação comportamental, outras a técnicas metacognitivas e outras à aceitação. O clínico não deve se sentir limitado a uma escola terapêutica específica. Afinal de contas, os pacientes vêm até nós na expectativa de que utilizemos as melhores ferramentas que temos e, assim como na farmacoterapia, não existe uma abordagem que funcione para todos. É importante adequar o tratamento ao paciente, não o paciente ao tratamento.

Recordo quando um terapeuta em formação me perguntou muitos anos atrás: “Mas como você sabe que pergunta fazer?”. Presumi que ele estava fazendo referência a “qual técnica” usar. Inicialmente achei que aquela não era uma pergunta muito boa – provavelmente porque eu não tinha uma resposta pronta –, mas então percebi que era excelente (e lamentei que não tivesse sido formulada por mim). Anos depois, ainda não tenho a resposta, mas tenho inúmeras técnicas. Os leitores interessados podem encontrar aqui numerosas técnicas que ainda não utilizaram (ou das quais nem mesmo ouviram falar). Porém, mais provavelmente, acharão este compêndio de técnicas um valioso “lembrete” – isto é, algo que irá estimular sua memória e ajudar a reconhecer que a essas, digamos, cinco técnicas que estão utilizando atualmente com seu paciente podem ser somadas outras 50 que não foram usadas nos últimos meses (ou anos). Ao fazer uso deste livro, imagino que os clínicos irão consultá-lo regularmente – sobretudo no planejamento das sessões, mas também quando se defrontarem com os entraves que inevitavelmente surgirão. A flexibilidade de perguntar a si mesmo “O que mais posso experimentar?” pode levar a mudanças significativas.

A presente edição descreve uma ampla gama de técnicas que podem ser utilizadas para quase todos os transtornos psiquiátricos. Nesse sentido, ela é *transdiagnóstica*. Por exemplo, embora esquizofrenia e ansiedade generali-

zada tenham diferenças consideráveis, ambas envolvem pensamentos intrusivos e estratégias e interpretações problemáticas que podem ser modificados.

Embora este livro não seja uma abordagem passo a passo da TCC, é essencial que o terapeuta ajude o paciente no entendimento da natureza da terapia. A obtenção desse entendimento é um processo contínuo, obviamente, com o profissional introduzindo a ideia de que os pensamentos e os sentimentos que o indivíduo tem a respeito de alguma coisa e a realidade dessa coisa podem ser muito diferentes, e que um dos objetivos da terapia é examinar como hábitos de pensamento afetam negativamente a vida do paciente. Muitos indivíduos chegam à terapia com pressupostos que podem não ser úteis – por exemplo, que a terapia envolve simples ventilação de ideias, que examinar o passado é a questão essencial ou que todos os problemas psicológicos podem ser reduzidos a causas biológicas e tratados com medicação. Embora essas ideias tenham alguma validade, a abordagem cognitivo-comportamental é orientada para a ação, focada nos problemas atuais, envolve autoajuda e engaja o paciente em uma relação colaborativa com o terapeuta.

Por exemplo, na primeira sessão com uma paciente com história de tentativas de suicídio e um plano sério recente que quase foi executado, perguntei o que ela esperava obter com a terapia. Ela disse: “Quero entender por que eu sou tão negativa”.

Respondi: “Entender pode ser interessante e até mesmo útil, mas esta terapia tem a ver com *mudança*. Portanto, estou interessado no que você quer mudar. Seu pensamento, seu comportamento, sua passividade, sua forma de se relacionar, sua tendência a ruminar e sua falta de esperança – essas são coisas que podemos tentar mudar. Entender vai nos fornecer uma teoria que pode até ser intrigante, mas acredito que poderíamos ir muito mais longe se focássemos na mudança”.

Ela retornou à sessão seguinte dizendo: “Eu faço terapia há muitos anos, e esta é a pri-

meira vez que pensei sobre isso dessa maneira – ‘O que eu quero mudar?’”.

A ênfase na identificação de formas problemáticas de pensamento e enfrentamento e a subsequente sugestão de que deve haver uma alternativa é o princípio central de todas as abordagens em TCC. Tem a ver com mudança. Portanto, se fôssemos pensar na “primeira técnica”, aquela mais inicial, seria: “O que você pode mudar?”. Geralmente introduzo esta ideia, que passei a chamar de “a técnica da varinha de condão”: “Se eu tivesse uma varinha de condão – que na verdade não tenho – e pudesse usá-la, o que teria de mudar para que você se sentisse melhor?”. Enfatizar a mudança – engajar o paciente na busca de alternativas – é o antídoto principal para o desamparo e a falta de esperança.

Os quatro primeiros capítulos – “Evocação de pensamentos”, “Avaliação e teste de pensamentos”, “Avaliação de pressupostos e regras” e “Exame do processamento de informações e erros de lógica” – apresentam uma visão geral das técnicas básicas usadas na terapia cognitiva. Esses capítulos devem ser lidos em sequência. O Capítulo 2 examina várias técnicas que ajudam o paciente a entender a diferença entre pensamentos, sentimentos e realidade e como reconhecer pensamentos automáticos que podem determinar seu humor e comportamento. Por exemplo, um pensamento pode ser uma descrição da realidade, e a descrição pode ser consistente ou inconsistente com os fatos da realidade. Esses pensamentos ou interpretações da realidade levam a sentimentos específicos. O objetivo, na terapia, é avaliar a correspondência entre os pensamentos e a realidade à qual se referem. O Capítulo 3 apresenta uma variedade de técnicas para avaliar e testar esses pensamentos, comparando-os com os fatos, e desenvolve formas mais adaptativas e flexíveis de interpretar a experiência. O Capítulo 4 trata das regras condicionais (afirmações do tipo “deveria”, “se... então” e “regras sobre o que você precisa fazer”) que com frequência levam a inferências errôneas, enfrentamento problemático e manutenção de esquemas negativos.

O Capítulo 5 examina o processamento da informação e erros lógicos típicos que levam ao viés de confirmação e à manutenção de crenças negativas mais gerais. O reconhecimento desses erros e sua correção é um componente essencial da terapia cognitiva. O Capítulo 6, “Mudança na tomada de decisão”, examina inúmeras questões que estão subjacentes às abordagens problemáticas nas tomadas de decisão e fornece ao terapeuta conceitos, estratégias e técnicas para melhorá-las. Muitas pessoas estão deprimidas e ansiosas devido às decisões problemáticas que tomaram ou à sua tendência a ruminar e procrastinar em vez de aceitar um risco razoável. Afinal, mudança tem a ver com decisões. No Capítulo 7, examino técnicas a partir de uma variedade de modelos teóricos que se preocupam com o modo como o indivíduo experimenta, avalia e responde a pensamentos intrusivos indesejados. Recorrendo às abordagens metacognitiva, de aceitação, *mindfulness* e outras, o terapeuta pode desenvolver estratégias úteis para tratar esses entraves frequentes. No Capítulo 8, é examinada uma grande variedade de técnicas para abordar a preocupação (ou ruminação), trazendo ao clínico uma abordagem detalhada dessa vulnerabilidade. Também nesse caso as técnicas são aproveitadas de modelos cognitivos e modelos de abordagens da evitação emocional, treinamento da incerteza, teoria metacognitiva, aceitação e outras abordagens. Minha observação no tratamento da preocupação ao longo de muitos anos é que ter uma ampla variedade de técnicas pode ser muito útil, já que alguns pacientes se beneficiam com algumas abordagens, mas não com outras. O leitor vai precisar experimentar essas técnicas para determinar aquelas mais adequadas e quais não são adequadas para cada paciente específico. No Capítulo 9, é tratado um problema frequente na ansiedade, na depressão e na raiva: *colocar as coisas em perspectiva*. De fato, é preciso lembrar que a palavra “racional” é derivada do termo grego “*ratio*”, que mais precisamente se refere a colocar as coisas em perspectiva. O Capítulo 10 trata das abordagens da terapia focada

nos esquemas; examino algumas das questões envolvidas na evocação e na identificação dos esquemas; a busca de sua origem no desenvolvimento; o exame dos padrões de evitação, compensação e manutenção dos esquemas; e reversão da rigidez e penetração desses esquemas utilizando uma ampla gama de técnicas. No Capítulo 11, é examinada a regulação emocional utilizando técnicas extraídas das abordagens DBT, terapia dos esquemas emocionais, *mindfulness* e aceitação, além de outras. Em alguns casos, os clínicos podem considerar que a regulação emocional deva vir em primeiro lugar caso a desregulação emocional do paciente seja tão grave que dificulte a reflexão, a ativação comportamental e a exposição, e quando a segurança do paciente, ou a de outras pessoas, seja uma questão a ser considerada.

A Parte III, sobre aplicações específicas, é composta por quatro capítulos. No Capítulo 12, há uma lista de técnicas específicas para cada distorção cognitiva. Existem 10-15 técnicas com exemplos breves para exame, contestação e mudança da leitura mental, personalização, rotulação e outras categorias de pensamentos distorcidos. (Alguns terapeutas podem fazer objeção ao uso do termo “distorcido”, mas o mantive porque acredito que boa parte da depressão, da ansiedade e da raiva pode ser devida a distorções no pensamento. O leitor pode substituir “distorções” por pensamentos “tendenciosos”, “inúteis” ou “problemáticos”, se isso lhe parecer menos pejorativo ou mais útil.) Este capítulo pode ser um guia prático de consulta para os terapeutas que estão procurando uma forma de estruturar uma sessão – ou séries de sessões – e eu os convido a acrescentar à lista outras técnicas para cada uma das distorções. No Capítulo 13, é apresentado um exemplo de caso acompanhado de diálogos sobre como se pode modificar a necessidade de aprovação. Mais uma vez lembramos que não há uma forma de abordagem estabelecida para uma determinada sessão, mas o leitor poderá ter uma ideia geral sobre como pode ser uma sessão e o que pode ser dito. No Capítulo 14, é apresentado um exemplo similar sobre como

modificar o pensamento autocrítico. Mais uma vez, o leitor verá como é um diálogo e considerará como seu próprio estilo pode ser diferente.

Sempre acho útil observar terapeutas experientes realizando terapia. Mas a forma como você vai realizar a terapia reflete seu próprio estilo e as técnicas que pessoalmente acha úteis. No Capítulo 15, é descrito o tratamento de um homem com problemas com o manejo da raiva e a ameaça de divórcio que pairava sobre ele. Muitos pacientes com problemas com o manejo da raiva têm motivações mistas – alguns desejam mudar, enquanto outros querem continuar culpando as demais pessoas e minimizando seus problemas. Os diálogos descritos fornecem um exemplo de como abordar o manejo da raiva com um indivíduo particular. Estratégias de intervenção específicas para os transtornos – como pânico, fobia social e transtorno obsessivo-compulsivo – não são incluídas, mas podem ser consultadas em Leahy, Holland e McGinn (2012). Uma descrição detalhada de um caso específico, utilizando muitas técnicas da terapia cognitiva, está disponível no excelente livro de Judith Back (2011) *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*, segunda edição.

Os críticos talvez estejam ansiosos para salientar que a terapia cognitiva já está excessivamente orientada para técnicas e fórmulas. Concordo que ela pode tornar-se mecânica, invalidante, não conceitual, superficial ou simplesmente muito aborrecida. Foi por isso que escrevi um livro sobre resistência na terapia cognitiva, enfatizando temas como a validação, a aversão a riscos, os papéis de vítima, o processamento esquemático, a autolimitação e a autoconsistência (Leahy, 2016), e também por isso escrevi sobre a importância da emoção na TCC e como abordá-la (Leahy, Tirsch, & Napolitano, 2011; Leahy, 2015). Há livros excelentes que descrevem conceitualização de caso em TCC (Persons & Tompkins, 1997; Beck, 2005; Kuyken, Padesky, & Dudley, 2009). Questões relativas à contratransferência podem ser conceitualizadas e abordadas dentro da estrutura da terapia cognitiva e auxiliar o terapeuta a

utilizar sua própria resposta contratransferencial para entender o mundo interpessoal e as estratégias interpessoais do paciente (Leahy, 2001b; Bennett-Levy, Thwaites, Haarhoff, & Perry, 2015). Mas devemos ter em mente que há algo de essencial na utilização das técnicas que evocam, examinam, testam, contestam e modificam pensamentos e comportamentos. A terapia cognitiva, está baseada nessas abordagens estabelecidas – e comprovadas.

Muitos terapeutas preferem praticar seu próprio estilo de terapia e sua própria integração de modelos. Independência e inovação são louváveis, mas devem vir depois de se utilizar com o paciente os tratamentos comprovados empiricamente. Por exemplo, talvez faça sentido adiar o trabalho com esquemas até que tenham sido tentados vigorosamente os módulos de tratamento para depressão e transtornos de ansiedade – intervenções que já são comprovadamente efetivas. Será que não devemos aos nossos pacientes o emprego, como primeira linha de tratamento, das técnicas que sabemos que realmente funcionam (com base na literatura)? Recordo como uma de nossas terapeutas em formação (que era muito inteligente, mas achava que poderia fazer terapia cognitiva “do seu jeito”) tinha uma taxa significativamente alta de terminos prematuros com seus pacientes. Mas ela teve o mérito de modificar seu estilo eclético (que não incluía tarefas de casa) e passou a utilizar um modelo básico de terapia cognitiva, focado em técnicas, estrutura e tarefas de casa. Sua efetividade e o índice de terminos prematuros melhoraram de modo considerável. Essencialmente, recomendo que os terapeutas primeiro dominem as técnicas e abordagens de tratamento que já se mostraram efetivas. Antes de desenvolver um grande esquema teórico sobre como a terapia cognitiva precisa ser modificada para um determinado paciente, convém utilizar as intervenções que já se revelaram empiricamente válidas.

Ao conduzir a terapia cognitiva, frequentemente uso várias técnicas com um paciente – mesmo depois que ele pareceu modificar um pensamento negativo. Sou partidário da *hiper-*

*prática* ou *hiperaprendizagem* – especialmente quando se trata de modificar hábitos de pensamento que persistiram por anos. A vantagem de utilizar uma variedade de técnicas para testar ou desafiar um pensamento negativo é que o paciente terá técnicas alternativas para uso futuro caso a contestação inicial não funcione. Essa abordagem calou profundamente em mim há anos quando estava aprendendo terapia cognitiva em supervisão individual com o mestre da técnica, David Burns. Quando eu apresentava um problema com um paciente, digamos um pensamento negativo resistente, David dizia: “Diga-me 10 técnicas que você poderia usar”. Na prática, descobri que dispor de uma multiplicidade de técnicas é uma poderosa maneira de estruturar sessões capazes de ter grande impacto nos pacientes. Eles passavam a ter muitas ideias de como lidar com seus pensamentos negativos!

Também descobri que é essencial evocar com frequência o *feedback* dos clientes. Além disso, convém que constantemente paciente e terapeuta resumam as técnicas que utilizaram, escrevam essas técnicas e examinem quais foram úteis, quais não foram e por quê. Por exemplo, sempre é útil examinar por que o exame das evidências relacionadas a um pensamento automático não funciona. Talvez haja uma crença mais fundamental, uma regra condicional ou uma exigência de certeza absoluta que precise ser explorada. Quando as técnicas falham, o fracasso nos permite descobrir algo ainda mais fundamental, como os esquemas ou as regras absolutas. De fato, o clínico ambicioso e curioso deve ter expectativa em relação ao fracasso das técnicas, pois o fracasso (e a resistência) na terapia pode servir como janela para penetrar em problemas mais fundamentais, os quais, por sua vez, oferecem excelentes oportunidades para desenvolver conceitualizações de caso e mobilizar mais técnicas para examinar as crenças centrais dos pacientes.

Considero essenciais as técnicas comportamentais e incluí uma lista delas no Apêndice A de *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders* (Leahy,

Holland, et al., 2012). Os leitores interessados em uma revisão mais abrangente da terapia comportamental podem consultar *Contemporary Behavior Therapy, Sixth Edition*, editada por Michael D. Spiegler (2016). Como terapeuta cognitivo (ou terapeuta cognitivo-comportamental), vejo as técnicas comportamentais como servindo ao propósito de testar pensamentos negativos. Por exemplo, planejamento de atividades, tarefas de dificuldade crescente e previsão de prazer são intervenções comportamentais que permitem ao paciente testar crenças negativas, como “Não tenho prazer com nada” ou “Estou sempre deprimido”. O treinamento da assertividade é usado para testar pensamentos como “Ninguém gosta de mim” ou “Sou muito tímido”. A distração atencional é usada para testar a ideia de que “Não tenho nenhum controle sobre meus pensamentos” ou “Eu simplesmente me preocupo o tempo todo”. As hierarquias de exposição podem modificar a crença de que um estímulo específico é perigoso e não pode ser tolerado. A exposição imaginária desafia a ideia de que até mesmo pensar sobre alguma coisa é intolerável. O treino de relaxamento pode atingir vários objetivos: (1) testar o pensamento de que, por exemplo, “Estou sempre nervoso”; (2) ajudar o paciente a induzir pensamentos ou estados de humor mais tranquilos; e (3) reduzir o nível geral de excitação, diminuindo, assim, a probabilidade de prontidão emocional para os pensamentos negativos. Por fim, o manejo da autorrecompensa e autocontingência pode ajudar a modificar crenças negativas sobre competência. Em cada caso, quando são usadas técnicas comportamentais, convém fazer com que o paciente identifique os pensamentos automáticos negativos e empregue experimentos comportamentais como forma de desafiar esses pensamentos.

Para cada técnica, foram incluídos exemplos de diálogos entre terapeuta e paciente. Sempre considero útil ver como um terapeuta fala com um paciente – para mim, isso constitui um bom exemplo do que se deve fazer. Embora eu espere que este livro seja útil, ele

não substitui o treinamento direto e a supervisão. Felizmente, há excelentes oportunidades para educação continuada por meio de seminários via *web*, conferências promovidas pela Association for Behavioral and Cognitive Therapies, British Association for Behavioural and Cognitive Psychotherapies e Anxiety and Depression Association of America, além de *workshops* e conferências locais e regionais. A Academy of Cognitive Therapy é uma organização de credenciamento e afiliação com participação de terapeutas do mundo inteiro e oferece oportunidades sem precedentes para discussões sobre questões terapêuticas. E, é claro, a melhor fonte de conhecimento é ouvir nossos pacientes – com atenção – sobre o que funciona e por que outras coisas não funcionam. De certo modo, se ouvirmos e aprendermos com aqueles a quem ajudamos, teremos uma terapia que faça mais sentido para outros pacientes necessitados. A terapia não é uma empreitada abstrata e teórica. Ela é vivenciada em tempo real, com pessoas reais, lidando com problemas reais.

Este é um livro sobre técnicas, porém a técnica mais valiosa e a intervenção mais significativa serão tudo aquilo que você fizer para ajudar alguém a se sentir cuidado e ouvido. Lembro que, quando fechei meu consultório na Filadélfia para me mudar para a cidade de Nova York, há muitos anos, perguntei aos meus pacientes sobre o que gostaram e o que não gostaram no tratamento que lhes ofereci. Para minha surpresa, quase ninguém disse que era excessivamente estruturado e racional. Uma das mulheres captou o sentimento: “Eu sabia que você realmente se importava. Eu sabia que você sempre estaria lá se eu precisasse”. E do que não gostou? “Você não me deixava lhe dar um abraço.”

Quando usar este livro, tenha em mente que, por trás de cada técnica, deve haver uma pessoa genuína que se importa, que tem compaixão por quem está sofrendo. Talvez essa seja a melhor técnica. Podemos chamá-la de *compaixão*.