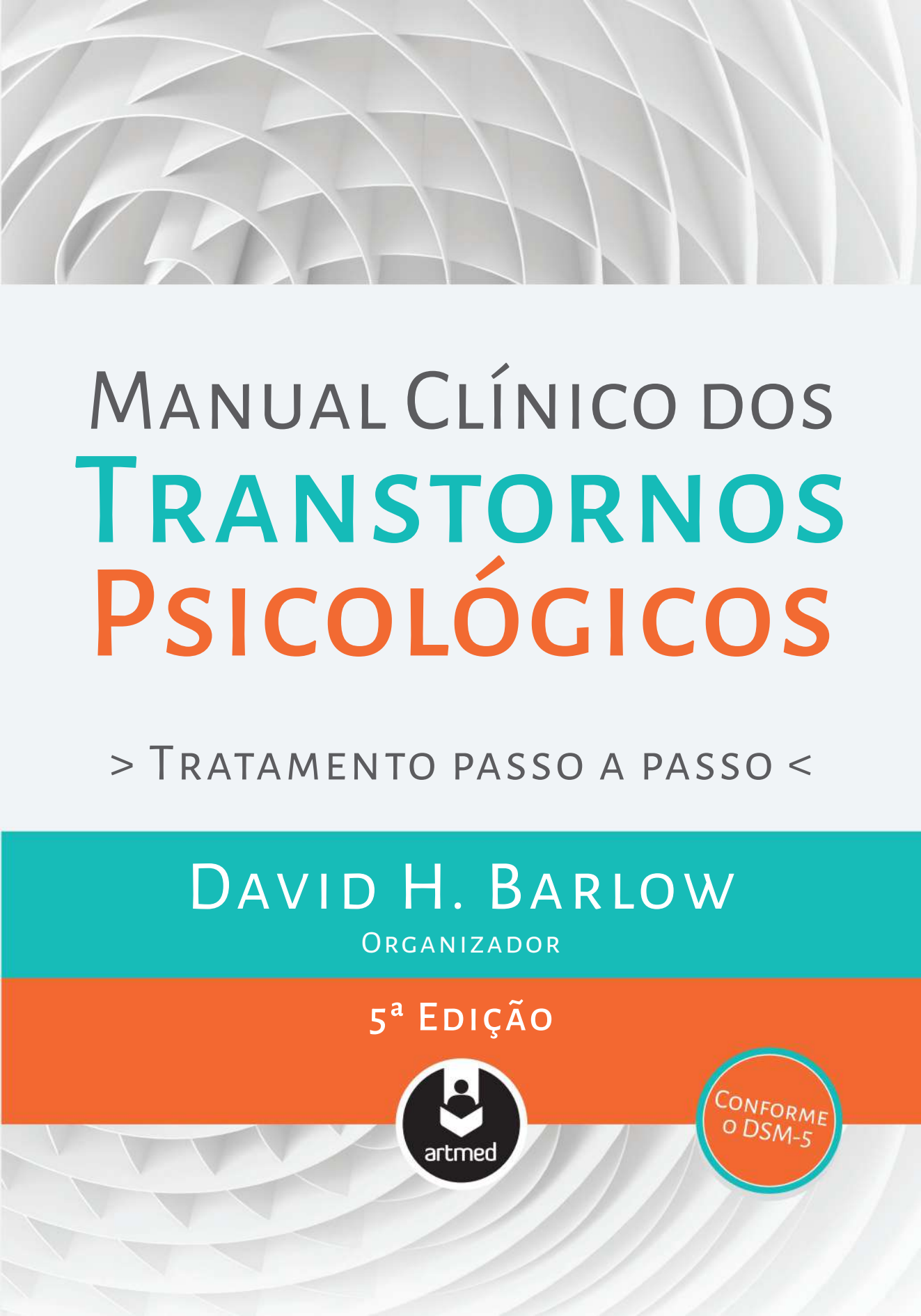




MANUAL CLÍNICO DOS **TRANSTORNOS** **PSICOLÓGICOS**

> TRATAMENTO PASSO A PASSO <

DAVID H. BARLOW

ORGANIZADOR

5ª EDIÇÃO





M294 Manual clínico dos transtornos psicológicos : tratamento passo a passo [recurso eletrônico] / Organizador, David H. Barlow ; tradução: Roberto Cataldo Costa ; revisão técnica: Antonio Carlos Scherer Marques da Rosa, Elisabeth Meyer da Silva. – 5. ed. – Porto Alegre : Artmed, 2016.

Editado como livro impresso em 2016.
ISBN 978-85-8271-345-7

1. Psiquiatria – Manual. 2. Terapia comportamental. 3. Transtornos psicológicos. I. Barlow, David H.

CDU 616.89(035)

DAVID H. BARLOW

ORGANIZADOR

MANUAL CLÍNICO DOS TRANSTORNOS PSICOLÓGICOS

> TRATAMENTO PASSO A PASSO <

5ª EDIÇÃO

Tradução

Roberto Cataldo Costa

Revisão técnica

Antonio Carlos Scherer Marques da Rosa

Psiquiatra. Professor e supervisor convidado do Departamento de Psiquiatria e
Medicina Legal da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Elisabeth Meyer

Psicóloga. Mestre e Doutora em Psiquiatria pela Faculdade de Medicina da UFRGS.
Terapeuta cognitivo-comportamental com treinamento avançado no Beck Institute, Filadélfia

Versão impressa
desta obra: 2016



2016

Obra originalmente publicada sob o título
Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-Step Treatment Manual, 5th Edition
ISBN 9781462513260

Copyright © 2013 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.

Gerente editorial – Biociências: *Letícia Bispo de Lima*

Colaboraram nesta edição:

Editora: *Priscila Zigunovas*

Assistente editorial: *Paola Araújo de Oliveira*

Capa: *Maurício Pamplona*

Imagem de capa: *@shutterstock.com/Eugene Sergeev*

Leitura final: *André Luis Lima*

Editoração: *Techbooks*

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana
90040-340 – Porto Alegre – RS
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

Unidade São Paulo
Rua Doutor Cesário Mota Jr., 63 – Vila Buarque
01221-020 – São Paulo – SP
Fone: (11) 3221-9033

SAC 0800 703-3444 – www.grupoa.com.br

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

IMPRESSO NO BRASIL
PRINTED IN BRAZIL

O ORGANIZADOR

O **Dr. David H. Barlow** é professor de psicologia e psiquiatria, fundador e diretor emérito do *Center for Anxiety and Related Disorders*, da Boston University. Publicou mais de 500 artigos e capítulos, e mais de 60 livros e manuais clínicos – alguns traduzidos para mais de 20 idiomas, entre eles, árabe, chinês, hindí e russo – sendo a maioria na área de transtornos emocionais e metodologia de pesquisa clínica. Os livros do Dr. Barlow incluem *Handbook of Evaluation and Treatment Planning for Psychological Disorders*, segunda edição, e *Anxiety and Its Disorders*, segunda edição. Recebeu muitos prêmios ao longo de sua carreira, entre eles, mais recentemente, o Career/Lifetime Achievement Award, da *Association for Behavioral and Cognitive Therapies*. Foi presidente da *Society of Clinical Psychology* e da *Association for Behavioral and Cognitive Therapies*, e editor das revistas *Clinical Psychology: Science and Practice* e *Behavior Therapy*. Suas pesquisas têm sido financiadas, há mais de 40 anos, pelos *National Institutes of Health*.

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

COLABORADORES

Aaron T. Beck, MD, Department of Psychiatry, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania; Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy, Bala Cynwyd, Pennsylvania

Allison G. Harvey, PhD, Department of Psychology, University of California, Berkeley, California

Andrada D. Neacsiu, PhD, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University Medical Center, Durham, North Carolina

Andrew Christensen, PhD, Department of Psychology, University of California, Los Angeles, California

Arthur D. Weinberger, PhD (aposentado), Cognitive Therapy Center of New York, New York, New York

Barbara S. McCrady, PhD, Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions, and Department of Psychology, University of New Mexico, Albuquerque, New Mexico

Brian D. Doss, PhD, Department of Psychology, University of Miami, Coral Gables, Florida

Candice M. Monson, PhD, Department of Psychology, Ryerson University, Toronto, Ontario, Canada

Christopher G. Fairburn, DM, Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

Christopher P. Fairholme, PhD, Center for Anxiety and Related Disorders, Boston University, Boston, Massachusetts

Christopher R. Martell, PhD, Martell Behavior Activation Research Consulting, e Department of Psychology, University of Wisconsin, Milwaukee, Wisconsin

David J. Miklowitz, PhD, Department of Psychiatry, Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior, David Geffen School of Medicine, Los Angeles, California

Edna B. Foa, PhD, Department of Psychiatry and Center for the Treatment and Study of Anxiety, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Jayne L. Rygh, PhD, consultório particular, New York, New York

Jeffrey E. Young, PhD, Department of Psychiatry, Columbia University, and Schema Therapy Institute of New York, New York, New York

Jennifer G. Wheeler, PhD, consultório privado, Seattle, Washington

John C. Markowitz, MD, Department of Psychiatry, Columbia University College of Physicians and Surgeons; Department of Psychiatry, New York State Psychiatric Institute; Department of Psychiatry, Weill Medical College, Cornell University, New York, New York

John C. Norcross, PhD, ABPP, consultório particular, Department of Psychology, University of Scranton, Scranton, Pennsylvania

Katherine A. Kaplan, PhD, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University School of Medicine, Stanford, California

Kathryn L. Bleiberg, PhD, Department of Psychiatry, Weill Cornell Medical College, Cornell University, New York, New York

Kristen K. Ellard, PhD, Department of Psychiatry, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts

Larry E. Beutler, PhD, ABPP, Department of Clinical Psychology, Palo Alto University, Palo Alto, California

Laura A. Payne, PhD, Department of Pediatrics, David Geffen School of Medicine, University of California, Los Angeles, California

Leanne Magee, PhD, Division of Plastic and Reconstructive Surgery, Department of Child and Adolescent Psychiatry and Behavioral Sciences, The Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, Pennsylvania

Lizabeth Roemer, PhD, Department of Psychology, University of Massachusetts, Boston, Massachusetts

Marsha M. Linehan, PhD, Department of Psychology, University of Washington, Seattle, Washington

Martin E. Franklin, PhD, Department of Psychiatry, Perelman School of Medicine, University of Pennsylvania, Philadelphia, Pennsylvania

Michelle G. Craske, PhD, Department of Psychology, University of California, Los Angeles, California

Neil S. Jacobson, PhD (falecido), Department of Psychology, University of Washington, Seattle, Washington

Nicholas Tarrier, PhD, Institute of Psychiatry, King's College London, London, United Kingdom

Patricia A. Resick, PhD, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Duke University School of Medicine, Durham, North Carolina

Richard G. Heimberg, PhD, Adult Anxiety Clinic and Department of Psychology, Temple University, Philadelphia, Pennsylvania

Rumina Taylor, DClinPsy, Institute of Psychiatry, King's College London, and South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London, United Kingdom

Ruth Herman-Dunn, PhD, consultório particular, Department of Psychology, University of Washington, Seattle, Washington

Samuel Hubley, MA, Department of Psychology and Neuroscience, University of Colorado, Boulder, Colorado

Sarah H. Heil, PhD, Vermont Center on Behavior and Health, Departments of Psychiatry and Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont

Shireen L. Rizvi, PhD, Graduate School of Applied and Professional Psychology, Rutgers, The State University of New Jersey, Piscataway, New Jersey

Sona Dimidjian, PhD, Department of Psychology and Neuroscience, University of Colorado, Boulder, Colorado

Stacey C. Sigmon, PhD, Vermont Center on Behavior and Health, Departments of Psychiatry and Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont

Stephen T. Higgins, PhD, Vermont Center on Behavior and Health, Departments of Psychiatry and Psychology, University of Vermont, Burlington, Vermont

Susan M. Orsillo, PhD, Department of Psychology, Suffolk University, Boston, Massachusetts

Todd J. Farchione, PhD, Center for Anxiety and Related Disorders and Department of Psychology, Boston University, Boston, Massachusetts

Zafra Cooper, DPhil, Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, United Kingdom

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

*A Beverly,
pelo amor, lealdade e dedicação.*

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

PREFÁCIO

A prática baseada em evidências (PBE) é uma dessas ideias que aparecem ocasionalmente e tomam o mundo de assalto. Embora alguns de seus preceitos estejam presentes há décadas (como este manual), apenas nos últimos 15 anos ela foi formalmente identificada como um método sistemático para prestar serviços clínicos (Institute of Medicine, 2001; Sackett, Strauss, Richardson, Rosenberg e Haynes, 2000).

Desde aquela época, ocorreu claramente uma “virada” (Gladwell, 2000) da PBE, e os formuladores de políticas de saúde e os governos, assim como as sociedades profissionais em todo o mundo, decidiram coletivamente que a prestação de serviços de saúde, incluindo os de saúde comportamental, deveria ser baseada em evidências (APA Task Force on Evidence-Based Practice, 2006). Cumprir essa determinação é o objetivo da PBE, e também foi o objetivo deste livro desde a primeira edição, publicada em 1985.

A quinta edição continua a representar um caminho distinto de uma série de livros semelhantes que examinam os avanços no tratamento dos transtornos psicológicos a partir da perspectiva da PBE. Nas duas últimas décadas, desenvolvemos uma tecnologia de mudanças de comportamento que difere necessariamente de um transtorno para outro.

Essa tecnologia consiste em uma série de técnicas ou procedimentos com eficácia comprovada em maior ou menor grau para determinado transtorno (e, cada vez mais, para categorias de transtornos). Naturalmente, temos mais evidências da eficácia desses tratamentos para alguns transtornos do que para outros. Também ficou mais claro, desde as primeiras edições, que são necessárias habilidades clínicas consideráveis para aplicar essa tecnologia de modo mais eficaz. Portanto, em sua quinta edição, este livro *não* é mais uma revisão de procedimentos terapêuticos para determinado problema, com recomendações para pesquisas futuras. Mais do que isso: é uma descrição detalhada de protocolos reais de tratamento nos quais profissionais clínicos experientes implementam a tecnologia de mudança de comportamento no contexto dos transtornos encontrados com mais frequência.

Nesta edição, os formuladores originais de alguns dos mais conhecidos protocolos de tratamento revisaram e atualizaram as descrições de suas intervenções para refletir as evoluções mais recentes em uma gama cada vez mais poderosa de tratamentos psicológicos. Entre essas revisões de capítulos já existentes, várias merecem comentários. Monson, Resick e Rizvi (Cap. 2) atualizaram seu capítulo sobre o transtorno de estresse pós-traumático, descrevendo o trágico caso de um soldado recém-chegado dos campos de batalha do Iraque. O uso de drogas continua sendo um flagelo que destrói a vida das pessoas, o funcionamento da família e o próprio tecido social. Higgins, Sigmon e Heil (Cap. 14) apresentam as mais recentes interações de sua abordagem, aplicável a todas as drogas pesadas. Capítulos sobre esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, transtorno da personalidade *borderline*, transtorno bipolar e uma série de transtornos de ansiedade, bem como depressão, quase todos escritos pelos criadores desses importantes protocolos, foram atualizados consideravelmente para refletir as últimas evidências da maioria das abordagens eficazes a esses problemas comuns, mas debilitantes.

Além disso, três protocolos de tratamento originais aparecem pela primeira vez nesta edição. Tratamentos psicológicos breves para a insônia representam uma das histórias de sucesso da PBE, bastante superior a conhecidos medicamentos para dormir, embora muitos profissionais que frequentemente se deparam com pacientes com graves problemas e transtornos do sono não conheçam essas estratégias. Por causa do sucesso dessas abordagens de tratamento, a *American Academy of Sleep Medicine* recomenda esses protocolos como tratamento de primeira linha para pessoas com todas as formas de insônia, incluindo as que atualmente usam drogas hipnóticas. O protocolo descrito por Kaplan e Harvey (Cap. 16) representa uma abordagem avançada e bem-sucedida ao problema.

Roemer e Orsillo (Cap. 5) descrevem um novo tratamento à base de aceitação para o transtorno de ansiedade generalizada, que reflete de forma inteli-

gente e criativa muitos dos princípios defendidos pela chamada abordagem da *terceira onda* para transtornos psicológicos. Os resultados iniciais desse protocolo são muito bons.

Norcross e Beutler (Cap. 15), terapeutas experientes e conhecidos, apresentam sua abordagem estratégica de *combinação de tratamentos* no caso de uma jovem mulher que sofre de abuso de polissubstâncias e depressão. Embora as abordagens cognitivo-comportamental e sistêmica convencionais sejam reconhecíveis nessa descrição de tratamento, os autores destacam de forma explícita os fatores transdiagnósticos ligados ao terapeuta e à relação terapêutica, mas empiricamente embasados, que claramente merecem ser descritos neste livro.

Por fim, há um consenso cada vez maior de que o futuro da PBE será formular princípios de mudança eficaz que atravessem as condições de diagnóstico, tornando-os aplicáveis de forma mais ampla. Dois desses protocolos *unificados* ou *transdiagnósticos* aparecem nesta quinta edição. Apresentamos no Capítulo 6 (Payne, Ellard, Farchione, Fairholme e Barlow) nossa própria abordagem transdiagnóstica unificada aos transtornos emocionais, e Fairburn e Cooper (Cap. 17) descrevem uma abordagem transdiagnóstica a transtornos alimentares criada por sua equipe.

Em todos os capítulos, enfatizam-se os aspectos práticos da aplicação clínica.

Como nas edições anteriores, este livro foi motivado por inúmeros estudantes de pós-graduação em psicologia clínica, residentes de psiquiatria e outros profissionais de saúde mental, seja na formação ou na prática, que se perguntavam: “Mas como é que eu faço isso?”. Percebendo que não há fonte única onde encontrar os protocolos de tratamento detalhados a ser usados como guia para a prática, este livro tenta preencher a lacuna. Para alcançar esse propósito, há uma série de temas específicos comuns à maioria dos capítulos. Cada capítulo começa com uma breve revisão de nosso conhecimento do transtorno específico (ou categoria de transtornos), seguida por uma descrição do modelo ou por uma miniteoria específica que orienta a tecnologia usada com o transtorno em questão. Esse modelo, ou miniteoria, normalmente responde à seguinte pergunta: Quais facetas específicas da doença devem ser avaliadas e tratadas? Embora a aplicação clínica sempre dilua os modelos teóricos, os profissionais irão reconhecer as abordagens cognitivo-comportamentais e sistêmicas, com algumas contribuições psicodinâmicas, como o contexto teórico predominante.

Esse modelo é seguido por uma descrição do *setting* típico no qual o tratamento é desenvolvido, que varia de um transtorno para outro, indo desde o mais comum, de consultório, até o ambiente doméstico do paciente. Os autores oferecem descrições também detalhadas do contexto social do tratamento (p. ex., a importância do envolvimento de familiares ou amigos), assim como de variáveis relacionadas ao terapeuta e ao paciente que sejam relevantes no contexto do problema específico. São descritas, por exemplo, as variáveis do terapeuta que possam ser importantes na implementação de técnicas para tratamento de agorafobia ou de problemas conjugais. Mais além, os autores discutem as implicações para o tratamento das variáveis relacionadas ao paciente, como a dependência e a falta de assertividade em pessoas com transtorno de pânico com agorafobia.

Segue uma descrição detalhada, passo a passo, do processo concreto de avaliação e tratamento, matizada de forma livre em muitos capítulos com transcrições de sessões de terapia. Entre os componentes importantes desse processo estão as especificidades da fundamentação apresentada ao paciente antes do tratamento, bem como problemas típicos que surgem durante a implementação da tecnologia. Onde existem dados, os autores apresentam informações sobre indicadores clínicos de sucesso ou fracasso.

Para atingir os objetivos bastante ambiciosos apresentados aqui, tive a sorte, na organização deste livro e em edições anteriores, de que terapeutas e pesquisadores de ponta documentassem em algum detalhe a forma como realmente tratam os pacientes. Mais uma vez, essas autoridades informaram que a quantidade de detalhes que tiveram de incluir para transmitir como aplicavam concretamente seus programas de tratamento foi muito além do que esperavam. Minha esperança é que profissionais e estudantes da atividade clínica em qualquer lugar se beneficiem ao conhecer esses detalhes.

Para encerrar, gostaria de expressar minha profunda gratidão a Amantia Ametaj, minha assistente de pesquisa e administrativa durante a organização deste livro. Ela trabalhou comigo e com os autores em cada passo do caminho. Tenho certeza de que estas informações lhe serão úteis, dado que ela agora faz seu doutorado em psicologia clínica.

David H. Barlow, Ph.D.

REFERÊNCIAS

- APA Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-285.
- Gladwell, M. (2000). *The tipping point: How little things can make a big difference*. Boston: Little, Brown.
- Institute of Medicine. (2001). *Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academies Press.
- Sackett, D. L., Strauss, S. E., Richardson, W. S., Rosenberg, W., & Haynes, R. B. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM* (2nd ed.). London: Churchill Livingstone.

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

SUMÁRIO

Capítulo 1	Transtorno de pânico e agorafobia.	1
	Michelle G. Craske e David H. Barlow	
Capítulo 2	Transtorno de estresse pós-traumático	62
	Candice M. Monson, Patricia A. Resick e Shireen L. Rizvi	
Capítulo 3	Transtorno de ansiedade social	114
	Richard G. Heimberg e Leanne Magee	
Capítulo 4	Transtorno obsessivo-compulsivo	155
	Martin E. Franklin e Edna B. Foa	
Capítulo 5	Uma terapia comportamental baseada em aceitação para o transtorno de ansiedade generalizada	206
	Lizabeth Roemer e Susan M. Orsillo	
Capítulo 6	Transtornos emocionais: um protocolo unificado transdiagnóstico	237
	Laura A. Payne, Kristen K. Ellard, Todd J. Farchione, Christopher P. Fairholme e David H. Barlow	
Capítulo 7	Terapia cognitiva para depressão	275
	Jeffrey E. Young, Jayne L. Rygh, Arthur D. Weinberger e Aaron T. Beck	
Capítulo 8	Psicoterapia interpessoal para depressão	331
	Kathryn L. Bleiberg e John C. Markowitz	
Capítulo 9	Ativação comportamental para depressão.	352
	Sona Dimidjian, Christopher R. Martell, Ruth Herman-Dunn e Samuel Hubley	
Capítulo 10	Transtorno da personalidade <i>borderline</i>	393
	Andrada D. Neacsiu e Marsha M. Linehan	
Capítulo 11	Transtorno bipolar	461
	David J. Miklowitz	

Capítulo 12	Esquizofrenia e outros transtornos psicóticos	501
	Nicholas Tarrier e Rumina Taylor	
Capítulo 13	Transtornos por uso de álcool	531
	Barbara S. McCrady	
Capítulo 14	Transtornos por uso de drogas	584
	Stephen T. Higgins, Stacey C. Sigmon e Sarah H. Heil	
Capítulo 15	Relações baseadas em evidências e capacidade de resposta à depressão e ao abuso de substâncias	613
	John C. Norcross e Larry E. Beutler	
Capítulo 16	Tratamento de transtornos do sono	636
	Katherine A. Kaplan e Allison G. Harvey	
Capítulo 17	Transtornos alimentares: um protocolo transdiagnóstico	665
	Christopher G. Fairburn e Zafra Cooper	
Capítulo 18	Problemas do casal	697
	Andrew Christensen, Jennifer G. Wheeler, Brian D. Doss e Neil S. Jacobson	
	Índice onomástico	725
	Índice	745

CAPÍTULO 1

TRANSTORNO DE PÂNICO E AGORAFOBIA

Michelle G. Craske

David H. Barlow

O protocolo de tratamento descrito neste capítulo representa uma das histórias de sucesso no desenvolvimento de tratamentos psicológicos baseados em evidências. Resultados de vários estudos indicam que essa abordagem oferece vantagens importantes sobre o placebo ou enfoques psicossociais alternativos contendo fatores “comuns”, como expectativas positivas e alianças terapêuticas úteis. Além disso, essa forma de tratamento é parte importante de todas as diretrizes de prática clínica, na saúde pública ou em outras fontes em vários países do mundo, descrevendo tratamentos eficazes para transtorno de pânico e agorafobia. Os resultados de vários estudos que avaliam o protocolo de tratamento, isoladamente ou combinado com importantes abordagens farmacológicas, sugerem que esse enfoque é tão eficaz quanto as melhores abordagens farmacológicas no curto prazo e mais durável no longo prazo. Contudo, o protocolo de tratamento não ficou parado. Por exemplo, aprendemos muito nos últimos anos sobre os mecanismos neurobiológicos para a redução do medo e os melhores métodos psicológicos para efetuar essas mudanças, e procedimentos baseados em aceitação, recém desenvolvidos, apresentaram eficácia. Neste capítulo, apresentamos a mais recente versão desse protocolo, incorporando essas mudanças e incrementos, como ilustrado em uma descrição abrangente do tratamento de “Julie”. — D. H. B.

O desenvolvimento de modelos biopsicossociais e tratamentos cognitivo-comportamentais para transtorno de pânico e agorafobia continua avançando. A conceituação do transtorno de pânico como um medo adquirido de algumas sensações corporais relacionadas e da agorafobia como uma resposta comportamental à previsão dessas sensações ou sua evolução para um ataque de pânico completo continua a encontrar sustentação na pesquisa experimental, clínica e longitudinal. Mais além, a eficácia dos tratamentos cognitivo-comportamentais que visam ao medo de sensações corporais e situações agorafóbicas associadas está bem-estabelecido. Além de apresentar uma revisão atualizada dos dados sobre resultados de tratamentos, este capítulo trata de desdobramentos teóricos e empíricos recentes com referência a fatores etiológicos, ao papel dos diagnósticos comórbidos no tratamento, a formas de otimizar a aprendizagem durante a terapia de exposição e ao efeito da medi-

cação nos tratamentos cognitivo-comportamentais. O capítulo conclui com uma descrição detalhada, sessão por sessão, do tratamento cognitivo-comportamental para transtorno de pânico com agorafobia (TPA). Este protocolo foi desenvolvido em nossas clínicas e o protocolo completo é detalhado em manuais de tratamento disponíveis (Barlow e Craske, 2006; Craske e Barlow, 2006).

A NATUREZA DO PÂNICO E DA AGORAFOBIA

Ataques de pânico

Os “ataques de pânico” são episódios distintos de temor ou medo intenso, acompanhados por sintomas físicos e cognitivos apresentados na *checklist* sobre ataque de pânico do DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Esses ataques são distintos em função de seu início inesperado ou súbito e de sua curta duração, ao contrário do surgimento gradual da ansiedade. Os ataques no contexto do transtorno de

pânico muitas vezes são inesperados, ou seja, da perspectiva do paciente, eles parecem acontecer sem um fator desencadeante visível ou em momentos em que não se esperam. Na verdade, o diagnóstico de transtorno de pânico é dado em caso de ataques de pânico “inesperados” recorrentes, seguidos de, pelo menos, um mês de preocupação persistente com a recorrência e suas consequências ou por uma mudança significativa de comportamento, como resultado dos ataques (American Psychiatric Association, 2013).

Assim como acontece com todas as emoções básicas (Izard, 1992), os ataques de pânico estão associados a fortes tendências à ação. Com mais frequência, são necessidades de fugir e, com menos, de lutar. Essas tendências a lutar ou fugir geralmente implicam elevada excitação do sistema nervoso autônomo para sustentar a reatividade luta-fuga. Além disso, esse tipo de reatividade geralmente é acompanhado por percepções de perigo ou ameaça iminentes, como morte, perda de controle ou ridicularização pública. Entretanto, as características de necessidade urgente de fuga, excitação autonômica e percepção da ameaça não estão presentes em todas as ocorrências de pânico autoavaliadas. Por exemplo, apesar das evidências de elevação da frequência cardíaca ou outros indicadores de ativação do sistema nervoso simpático durante ataques de pânico (p. ex., Wilkinson et al., 1998), Margraf, Taylor, Ehlers, Roth e Agras (1987) concluíram que 40% dos ataques de pânico autoreferidos não estavam associados à aceleração dos batimentos cardíacos. Em geral, os pacientes com transtorno de pânico têm mais probabilidades do que os controles não ansiosos de sentir arritmia cardíaca na ausência de arritmias reais (Barsky, Clearly, Sarnie e Ruskin, 1994). A ansiedade elevada com relação a sinais de excitação autonômica pode levar os pacientes a perceber eventos cardíacos onde eles não existem (Barlow, Brown e Craske, 1994; Craske e Tsao, 1999). Acredita-se que o pânico autoreferido na ausência de aceleração cardíaca ou outros indicadores de ativação autonômica reflete a ansiedade antecipatória e não o pânico real (Barlow et al., 1994), especialmente porque ataques de pânico mais graves estão mais associados à aceleração cardíaca (Margraf et al., 1987). Às vezes, os indivíduos relatam medo intenso e súbito na ausência de percepções de ameaça ou perigo. Isso foi denominado pânico “não cognitivo” (Rachman, Lopatka e Levitt, 1988; ver Kircanski, Craske, Epstein e Wittchen, 2009). Por fim, a urgência de escapar é reduzida, às vezes, por demandas da situação que exigem aproximação e tolerância continuadas, como expectativas de apresentações públicas ou demandas

profissionais, criando discrepâncias entre respostas comportamentais, por um lado, e respostas verbais ou fisiológicas, por outro.

Um subconjunto de indivíduos com transtorno de pânico tem ataques noturnos. O *pânico noturno* significa acordar em estado de pânico com sintomas muito semelhantes aos dos ataques de pânico em estados de vigília (Craske e Barlow, 1989; Uhde, 1994). O pânico noturno *não* é acordar e entrar em pânico depois de algum tempo em vigília, nem excitações durante a noite causadas por pesadelos ou estímulos do ambiente (p. ex., ruídos inesperados), mas despertar abruptamente em estado de pânico, sem um fator desencadeante claro. Os ataques noturnos de pânico acontecem com mais frequência entre 1 e 3 horas após o início do sono, e só ocasionalmente há mais de um por noite (Craske e Barlow, 1989). As pesquisas com grupos clínicos específicos sugerem que o pânico noturno é relativamente comum entre indivíduos com transtorno de pânico: 44 a 71% deles informam ter experimentado pânico noturno pelo menos uma vez e de 30% a 45% informaram pânico noturnos repetidos (Craske e Barlow, 1989; Krystal, Woods, Hill e Charney, 1991; Mellman e Uhde, 1989; Roy-Byrne, Mellman e Uhde, 1988; Uhde, 1994). Indivíduos que sofrem de pânico noturno frequente muitas vezes passam a ter medo de dormir e tentam postergar o início do sono. Evitar dormir pode resultar em privação crônica do sono, o que, por sua vez, precipita mais episódios de pânico noturno (Uhde, 1994).

Os ataques de pânico “não clínicos” acontecem ocasionalmente com cerca de 3 a 5% das pessoas da população geral, que, em outros aspectos, não cumprem os critérios do transtorno (Norton, Cox e Malan, 1992). Os ataques também ocorrem em uma gama de transtornos de ansiedade e de humor (Barlow et al., 1985), bem como uso de substâncias, transtornos da personalidade e psicoses (Craske et al., 2010), e não estão restritos ao transtorno de pânico. Na verdade, a ubiquidade dos ataques de pânico foi enfatizada no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), onde esses ataques são apontados como fator definidor em potencial de qualquer transtorno do DSM.

Como dito anteriormente, a característica definidora do transtorno não é a presença de ataques de pânico em si, mas a ansiedade adicional com relação à ocorrência de pânico e suas consequências ou uma alteração significativa de comportamento decorrente dos ataques.

A ansiedade adicional em relação ao pânico, combinada a cognições catastróficas diante dele, é o que diferencia a pessoa com transtorno de pânico da-

quela que sente pânico ocasional, não clínico (p. ex., Telch, Lucas e Nelson, 1989) ou da que tem outros transtornos de ansiedade e também entra em pânico. O cenário a seguir é um exemplo desse argumento.

PACIENTE: Às vezes, eu fico acordado à noite, pensando em mil coisas diferentes. Eu penso no que vai acontecer com a minha filha se eu ficar doente. Quem vai cuidar dela, e o que aconteceria comigo se meu marido morresse e eu não tivesse dinheiro suficiente para dar uma boa educação para ela? Aí eu penso sobre onde nós iríamos morar e como daríamos conta da situação. Às vezes, me agito tanto que o meu coração começa a disparar, as minhas mãos suam e eu me sinto tonta e assustada. Então eu tenho que parar de pensar nessas coisas todas. Geralmente, me levanto da cama e ligo a televisão, qualquer coisa para fazer minha cabeça parar de se preocupar com essas coisas.

TERAPEUTA: Você se preocupa com voltar a sentir o coração acelerado, suar e ficar tonta?

PACIENTE: Não. Essas coisas são desagradáveis, mas são as últimas coisas com que me preocupo. Eu me preocupo mais com o meu futuro e o da minha filha.

Esse cenário ilustra a experiência do pânico que *não* é o foco central da ansiedade da pessoa. É mais provável que essa mulher tenha transtorno de ansiedade generalizada e que sua preocupação incontrolável a faça sentir pânico de vez em quando. O exemplo a seguir é de alguém com transtorno de ansiedade social, que fica muito preocupado com entrar em pânico em situações sociais, por que a possibilidade de um ataque de pânico aumenta suas preocupações de ser julgada negativamente por outras pessoas.

PACIENTE: Fico apavorada com a possibilidade de ter um ataque de pânico em reuniões no meu trabalho. Morro de medo de os outros notarem o quanto eu estou ansiosa. Acho que eles conseguem ver minhas mãos tremendo, o suor na minha testa e, pior de tudo, minha cara ficando vermelha.

TERAPEUTA: O que lhe preocupa mais na possibilidade de que os outros notem seus sintomas físicos?

PACIENTE: Que eles pensem que eu sou esquisita ou estranha.

TERAPEUTA: Você ficaria ansiosa nas reuniões se os ataques de pânico acabassem?

PACIENTE: Eu ainda ficaria preocupada com dizer ou fazer a coisa errada. Não são só os ataques de pânico que me preocupam.

TERAPEUTA: Você se preocupa com ataques de pânico em outras situações?

PACIENTE: Em eventos sociais formais e, às vezes, quando eu conheço uma pessoa nova.

Nesse caso, mesmo que o paciente tenha ataques de pânico, a preocupação real está em ser julgado negativamente por outras pessoas como resultado dos ataques, os quais não acontecem em situações que não sejam as sociais. Sendo assim, esse caso é mais bem descrito como ansiedade social.

Agorafobia

A *agorafobia* é a evitação ou a persistente apreensão a respeito de situações das quais pode ser difícil escapar ou em que não há ajuda disponível em caso de ataque de sintomas semelhantes ao pânico (incluindo ataques de pânico, mas não se limitando a eles), ou outros sintomas que poderiam incapacitar, como perda de controle intestinal ou vômito, desorientação (principalmente em crianças) ou sensação de queda (principalmente em adultos de mais idade (American Psychiatric Association, 2013)). As situações agorafóbicas típicas incluem *shopping centers*, esperar em filas, cinemas, viajar de carro ou ônibus, restaurantes cheios e estar só. A agorafobia *leve* pode ser exemplificada pela pessoa que hesita em dirigir sozinha por longas distâncias, mas consegue ir e voltar de carro para o trabalho, que prefere se sentar no corredor nos cinemas, mas segue indo ao cinema, e que evita lugares lotados. A agorafobia *moderada* é exemplificada pela pessoa que só dirige em um raio de 15 km de casa e somente se estiver acompanhada, que compra em horário fora do pico e evita grandes supermercados, e que evita aviões ou trens. A agorafobia *grave* está relacionada à mobilidade muito limitada, às vezes, a ponto de não sair de casa.

Relação entre pânico e agorafobia

A relação entre pânico e agorafobia é complexa. Por um lado, nem todas as pessoas que entram em pânico desenvolvem agorafobia, e esse transtorno pode surgir em graus muito variados (Craske e Barlow, 1988). Vários fatores já foram investigados como indicadores potenciais de agorafobia.

Embora a agorafobia tenda a aumentar junto com o histórico de pânico, uma proporção significativa de pessoas tem pânico por muitos anos sem desenvolver limitações agorafóbicas. A agorafobia também não está relacionada à idade de início ou à frequência do pânico (Cox, Endler e Swinson, 1995; Craske e

Barlow, 1988; Kikuchi et al., 2005; Rapee e Murrell, 1988). Alguns estudos relatam sintomas físicos mais intensos durante ataques de pânico quando há mais agorafobia (p. ex., de Jong e Bouman, 1995; Goisman et al., 1994; Noyes, Clancy, Garvey e Anderson, 1987; Telch, Brouillard, Telch, Agras e Taylor, 1989). Outros não encontram essas diferenças (p. ex., Cox et al., 1995; Craske, Miller, Rotunda e Barlow, 1990). Por um lado, os medos de morrer, enlouquecer e perder o controle não estão relacionados ao nível de agorafobia (Cox et al., 1995; Craske, Rapee e Barlow, 1988). Por outro, as preocupações com as consequências sociais de entrar em pânico podem ser mais fortes quando há mais agorafobia (Amering et al., 1997; de Jong e Bouman, 1995; Rapee e Murrell, 1988; Telch, Brouillard et al., 1989). Além disso, Kikuchi e colaboradores (2005) concluíram que indivíduos que desenvolvem agorafobia dentro de seis meses a partir do início do transtorno de pânico tiveram prevalência mais alta de transtorno de ansiedade generalizada, mas não de depressão maior. Contudo, ainda se tem que determinar se as preocupações com avaliação social ou comorbidade são fatores precursores ou secundários em relação à agorafobia. A situação ocupacional também indica a agorafobia, respondendo por 18% da variância em um estudo (de Jong e Bouman, 1995). Talvez o indicador mais forte da agorafobia seja o sexo; a razão entre homens e mulheres se desloca muito em direção à predominância feminina à medida que o nível de agorafobia piora (p. ex., Thyer, Himle, Curtis, Cameron e Nesse, 1985).

Por outro lado, nem todas as pessoas com agorafobia têm histórico de ataques de pânico ou mesmo de sintomas semelhantes ao pânico, apesar de esse tipo de histórico ser muito mais comum em amostras de indivíduos com agorafobia que estejam buscando tratamento do que em amostras epidemiológicas (Wittchen, Gloster, Beesdo-Baum, Fava e Craske, 2010). No entanto, a prevalência de agorafobia sem histórico de transtorno de pânico, ataques de pânico ou sintomas semelhantes ao pânico foi relatada como, pelo menos, tão elevada quanto os índices combinados de transtorno de pânico com e sem agorafobia em todos os estudos epidemiológicos (Wittchen et al., 2010). Aproximadamente 50% dos indivíduos de amostras de comunidades que confirmam agorafobia não confirmam ataques de pânico. Além disso, agorafobia sem características semelhantes ao pânico parece ser tão prejudicial quanto transtorno de pânico sem agorafobia, embora a combinação geralmente seja associada a ainda mais prejuízo. Além disso, existem algumas diferenças entre eles em termos de incidência, comorbidade e resposta ao

tratamento (Wittchen et al., 2010). Por essas razões, transtorno de pânico e agorafobia são reconhecidos atualmente como dois transtornos distintos, ainda que altamente comórbidos, no DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

CARACTERÍSTICAS DA APRESENTAÇÃO

A partir do mais recente estudo epidemiológico, o *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R; Kessler, Berglund, Demler, Jin e Walters, 2005; Kessler, Chiu, Demler e Walters, 2005) as estimativas de prevalência em 12 meses para o transtorno de pânico são de aproximadamente 2% (12 meses) em adultos e em adolescentes. Estimativas mais baixas já foram relatadas para alguns países da Ásia, da África e da América Latina, entre 0,1 e 0,8% (Lewis-Fernandez et al., 2010). Os índices de 12 meses para agorafobia são de cerca de 1,7%, e o risco de morbidade pela vida toda é de 3,7% (Kessler et al., 2012).

A idade modal para início do transtorno de pânico é o fim da adolescência e o início da idade adulta (Kessler, Berglund et al., 2005). Na verdade, embora esse transtorno seja raro antes dos 14 anos, uma quantidade relevante de adolescentes informa ter ataques de pânico (p. ex., Hayward et al., 1992), e o transtorno de pânico em crianças e adolescentes tende a ser crônico e comórbido com outros transtornos de ansiedade, humor e disruptivos (Biederman, Faraone, Marrs e Moore, 1997). O tratamento costuma ser procurado bem mais tarde, em torno dos 34 anos de idade (p. ex., Noyes et al., 1986). Da mesma forma, a agorafobia pode ocorrer na infância, mas a incidência tem seu pico no fim da adolescência e no início da idade adulta (Beesdo, Knappe e Pine, 2007; Bittner et al., 2007); a média de idade para início é de 17 anos (Kessler et al., 2012), e acima disso na ausência de histórico de transtorno de pânico ou ataques de pânico. Os índices de transtorno de pânico decaem em adultos mais velhos, possivelmente a níveis subclínicos (Wolitzky-Taylor, Castriotti, Lenze, Stanley e Craske, 2010). Da mesma forma, os índices de prevalência em 12 meses para agorafobia se reduzem a 0,4% em indivíduos com idade superior a 65 anos (Kessler et al., 2006). A relação global entre mulheres e homens é de aproximadamente 2:1 (Kessler et al., 2006) e, como já mencionado, a proporção muda muito em direção à predominância feminina à medida que o nível de agorafobia piora (p. ex., Thyer et al., 1985).

O diagnóstico de transtorno de pânico e agorafobia raramente ocorre isolado. Entre as condições do Eixo I que ocorrem comumente estão fobias específicas, fobia social, transtorno de ansiedade generalizada, transtorno depressivo maior e abuso de subs-

tâncias (p. ex., Brown, Campbell, Lehman, Grishman e Mancill, 2001; Goisman, Goldenberg, Vasile e Keller, 1995; Kessler, Chiu et al., 2005). Além disso, de 25 a 60% das pessoas com transtorno de pânico também cumprem os critérios para um transtorno da personalidade, principalmente transtornos da personalidade evitativa e dependente (p. ex., Chambless e Renneberg, 1988). Entretanto, a natureza do relacionamento com os transtornos da personalidade permanece obscura. Por exemplo, as taxas de comorbidade dependem muito do método usado para estabelecer o diagnóstico de Eixo II, bem como a coocorrência de humor depressivo (Alneas e Torgersen, 1990; Chambless e Renneberg, 1988). Além disso, o fato de os traços anormais da personalidade melhorarem e alguns *transtornos da personalidade* até mesmo sofrerem remissão depois do tratamento bem-sucedido de transtorno de pânico (Black, Monahan, Wesner, Gabel e Bowers, 1996; Mavissakalian e Hamman, 1987; Noyes, Reich, Suelzer e Christiansen, 1991) sugere dúvidas sobre a validade dos diagnósticos de Eixo II. A comorbidade com os transtornos da personalidade e seus efeitos sobre o tratamento para transtorno de pânico e agorafobia é descrita em detalhes em uma seção posterior.

Por fim, transtorno de pânico e agorafobia tendem a ser condições crônicas, com altos custos financeiros e interpessoais (Wittchen et al., 2010). Apenas uma minoria de indivíduos não tratados entram em remissão sem posterior recaída dentro de alguns anos, se não tratados (Emmelkamp e Wittchen, 2009; Katschnig e Amering, 1998; Roy-Byrne e Cowley, 1995). Além disso, indivíduos com transtorno de pânico usam recursos médicos demais em comparação com o público em geral e com indivíduos com outros transtornos “psiquiátricos” (p. ex., Katon et al., 1990; Roy-Byrne et al., 1999).

HISTÓRICO DE TRATAMENTO PSICOLÓGICO PARA TRANSTORNO DE PÂNICO E AGORAFOBIA

Somente depois da publicação do DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), o transtorno de pânico, com ou sem agorafobia, foi reconhecido como um problema de ansiedade específico. Até então, os ataques de pânico eram considerados basicamente uma forma de ansiedade livre-flutuante. Consequentemente, as abordagens de tratamento psicológico eram relativamente genéricas, incluindo relaxamento e reestruturação cognitiva para eventos estressantes da vida em geral (p. ex., Barlow, O’Brien e Last, 1984). Muitos supunham que era necessária farmacoterapia para controlar o pânico. Em contraste, o tratamento de

agorafobia já era bastante específico desde os anos de 1970, com enfoques baseados em exposição primária para lidar com o medo e a evitação de situações específicas. Entretanto, pouco se consideraram os ataques de pânico seja na conceituação, seja no tratamento da agorafobia. O desenvolvimento de tratamentos específicos para controle do pânico entre meados e fim da década de 1980 afastou o interesse na agorafobia. Esse interesse foi renovado mais tarde, especificamente se os tratamentos para controle do pânico seriam suficientes para a administração da agorafobia e se sua combinação com tratamentos que visam diretamente à agorafobia seria superior em termos gerais. Trataremos dessas questões mais detalhadamente depois de descrever a conceituação que embasa as abordagens cognitivo-comportamentais ao tratamento de pânico e de agorafobia.

CONCEITUAÇÃO DOS FATORES ETIOLÓGICOS E DE MANUTENÇÃO DO TRANSTORNO DE PÂNICO E DA AGORAFOBIA

Várias linhas independentes de pesquisa (Barlow, 1988; Clark, 1986; Ehlers e Margraf, 1989) convergiram nos anos de 1980 para a mesma conceituação do transtorno de pânico como um medo adquirido de sensações corporais, especialmente aquelas associadas à excitação autonômica. Acredita-se que as predisposições psicológicas e biológicas aumentem a vulnerabilidade à aquisição desse medo. Essas vulnerabilidades que interagem foram organizadas sem uma concepção etiológica de transtornos de ansiedade em geral, chamada de *teoria tripla da vulnerabilidade* (Barlow, 1988, 2002; Suárez, Bennett, Goldstein e Barlow, 2008). Em primeiro lugar, as contribuições genéticas ao desenvolvimento da ansiedade e do afeto negativo constituem uma vulnerabilidade biológica generalizável (herdável); em segundo, as evidências sustentam uma vulnerabilidade psicológica generalizada a sentir ansiedade e estados afetivos negativos, caracterizada por uma sensação reduzida de controle decorrente de experiências precoces no desenvolvimento. Embora a lamentável coocorrência de vulnerabilidades biológicas e psicológicas generalizadas possa ser suficiente para produzir ansiedade e estados relacionados, especialmente o transtorno de ansiedade generalizada e a depressão, parece ser necessária uma terceira vulnerabilidade para explicar o desenvolvimento de, pelo menos, alguns transtornos de ansiedade específicos, incluindo o transtorno de pânico. Ou seja, em alguns casos, as primeiras experiências de aprendizagem parecem direcionar a ansiedade para algumas áreas de preocupação. No transtorno de pânico, a experiência de determinadas sensações somáticas está associada

a uma sensação elevada de ameaça e perigo. Essa vulnerabilidade psicológica específica, quando associada às vulnerabilidades biológicas e psicológicas mencionadas anteriormente, parece contribuir para o desenvolvimento do transtorno de pânico. Acredita-se que os vieses de condicionamento do medo, resposta evitativa e processamento de informação perpetuem esse medo. A abordagem de tratamento cognitivo-comportamental é dirigida aos fatores de perpetuação. O que segue é uma revisão muito breve de alguns fatores que têm relevância prática como contribuição ao transtorno de pânico.

Fatores de vulnerabilidade

Genética e temperamento

O temperamento mais associado aos transtornos de ansiedade, incluindo o transtorno de pânico, é o neuroticismo (Eysenck, 1967; Gray, 1982), ou seja, a propensão a sentir emoções negativas diante de fatores de estresse. Um construto bastante próximo a esse, a *afetividade negativa*, é a tendência a sentir várias emoções negativas em uma série de situações, mesmo na ausência de fatores de estresse objetivos (Watson e Clark, 1984). As análises estruturais confirmam que o afeto negativo é um fator de ordem superior que distingue os indivíduos com cada transtorno de ansiedade (e depressão) dos controles sem qualquer transtorno mental. Isto é, os fatores de ordem inferior discriminam transtornos de ansiedade, com o “medo do medo” sendo o fator que diferencia o transtorno de pânico de outros transtornos de ansiedade (Brown, Chorpita e Barlow, 1998; Prenoveau et al., 2010; Zinbarg e Barlow, 1996). Os transtornos de ansiedade têm cargas diferentes de afetividade negativa, sendo que os transtornos de ansiedade mais difusos, como o transtorno de ansiedade generalizada, têm uma carga maior, o transtorno de pânico fica em um nível intermediário e o transtorno de ansiedade social com o nível mais baixo (Brown et al., 1998).¹ No entanto, essas conclusões são derivadas de dados de estudos transversais.

As evidências longitudinais prospectivas do papel do neuroticismo como indicador do início de transtorno de pânico são relativamente limitadas. Especificamente, o neuroticismo indicou o início de ataques de pânico em adolescentes (Hayward, Killen, Kraemer e Taylor, 2000; Schmidt, Lerew e Jackson, 1997, 1999) e a *reatividade emocional* aos 3 anos foi uma variável significativa na classificação do transtorno de pânico em homens entre 18 e 21 anos (Craske, Poulton, Tsao e Plotkin, 2001). Estudos em andamento, como o *Northwestern/UCLA Youth Emotion Project*, estão avaliando de forma abrangente o papel do neuroticismo como preditor de transtorno de pânico subsequente.

Diversas análises genéticas multivariadas de amostras de gêmeos humanos coincidem em atribuir cerca de 30 a 50% de variância em neuroticismo a fatores genéticos cumulativos (Eley, 2001; Lake, Eaves, Maes, Heath e Martin, 2000). Além disso, a ansiedade e a depressão parecem ser expressões variáveis da tendência herdável em direção ao neuroticismo (Kendler, Heath, Martin e Eaves, 1987). Os sintomas de pânico (como falta de fôlego, palpitações cardíacas fortes/aceleradas) podem ser explicados ainda por uma fonte única de variância genética que é diferenciada dos sintomas de depressão, ansiedade (Kendler et al., 1987) e neuroticismo (Martin, Jardine, Andrews e Heath, 1988).

As análises de marcadores genéticos específicos ainda são preliminares e inconsistentes. Por exemplo, o transtorno de pânico já foi relacionado a um locus no cromossomo 13 (Hamilton et al., 2003; Schumacher et al., 2005) e no cromossomo 9 (Thorgeirsson et al., 2003), mas os genes exatos permanecem desconhecidos. As conclusões com relação aos marcadores para o gene receptor da colecistoquinina-B até agora são desiguais (cf. Hamilton et al. [2001] e van Megen, Westenberg, Den Boer e Kahn [1996]). Estudos de associação e ligação também implicam o gene receptor da adenosina no transtorno de pânico (Deckert et al., 1998; Hamilton et al., 2004). Um alelo do gene receptor do neuropeptídeo S no cromossomo 7 foi relacionado de uma maneira especificamente masculina ao transtorno de pânico e não à esquizofrenia ou ao transtorno de déficit de atenção (Okamura et al., 2011), ao passo que o mesmo gene foi relacionado de uma maneira especificamente feminina ao transtorno de pânico em comparação a controles saudáveis (Domschke et al., 2011). Assim, nessa fase, os resultados são bastante fragmentados e, por vezes inconsistentes, e não há evidências, neste momento, para uma relação específica entre marcadores genéticos e temperamento, por um lado, e distúrbio de pânico, por outro. Os fatores neurobiológicos parecem significar, isso sim, uma vulnerabilidade biológica não específica.

Sensibilidade à ansiedade

Como foi descrito anteriormente, o neuroticismo é considerado um fator de ordem superior, característico de todos os transtornos de ansiedade, com o *medo do medo* sendo mais específico do transtorno de pânico. O construto do *medo do medo* coincide com o construto da *sensibilidade à ansiedade*, ou com a crença de que a ansiedade e os sintomas associados a ela podem ter consequências físicas, sociais e psicológicas prejudiciais para além de qualquer desconforto físico imediato durante um episódio de ansiedade ou pânico (Reiss, 1980). A sensibilidade à ansiedade é elevada em quase todos os transtornos de ansiedade,

mas é particularmente alta no transtorno de pânico (p. ex., Taylor, Koch e McNally, 1992; Zinbarg e Barlow, 1996), especialmente a *Physical Concerns Subscale* da *Anxiety Sensitivity Index* (Zinbarg e Barlow, 1996; Zinbarg, Barlow e Brown, 1997). Portanto, as crenças de que os sintomas físicos de ansiedade são danosos parecem ser especialmente relevantes ao transtorno de pânico e podem significar uma vulnerabilidade psicológica específica.

Supõe-se que a sensibilidade à ansiedade confira um fator de risco para o transtorno de pânico, porque reativa o medo das sensações corporais. Sustentando essa ideia, a sensibilidade à ansiedade é preditora de desconforto subjetivo e sintomatologia descrita pelo paciente, em resposta a procedimentos que induzam sensações físicas intensas, tais como inalação de CO₂ (Forsyth, Palave e Duff, 1999), soprar balão (Messenger e Shean, 1998) e hiperventilação (Sturges, Goetsch, Ridley e Whittal, 1998) em amostras não clínicas, mesmos depois de os pesquisadores terem controlado os efeitos de traços de ansiedade (Rapee e Medoro, 1994). Além disso, vários estudos longitudinais indicam que escores altos no *Anxiety Sensitivity Index* são preditores do início de ataques de pânico em intervalos de um a quatro anos em adolescentes (Hayward et al., 2000), universitários (Mailer e Reiss, 1992) e amostras da comunidade, com fobias específicas ou sem transtornos de ansiedade (Ehlers, 1995). A relação preditiva se mantém após o controle para depressão prévia (Hayward et al., 2000). Os escores no *Anxiety Sensitivity Index* também indicaram ataques de pânico espontâneos e preocupações sobre o pânico (e ansiedade em termos mais gerais), durante um estressor militar agudo (cinco semanas de treinamento básico), mesmo depois de controlar para história de ataques de pânico e traços de ansiedade (Schmidt et al., 1997, 1999). Por fim, os próprios ataques de pânico elevam a sensibilidade à ansiedade em um período de cinco semanas em adultos (Schmidt et al., 1999) e em um período de um ano em adolescentes, muito embora em menor grau (Weems, Hayward, Killen e Taylor, 2002).

Contudo, Bouton, Mineka e Barlow (2001) observaram que a relação entre sensibilidade à ansiedade e ataques de pânico nesses estudos é relativamente baixa, não exclusiva do pânico e mais fraca do que a relação entre pânico e neuroticismo. Esses estudos também avaliaram ataques de pânico e preocupações com o pânico, mas não a predição de transtorno de pânico diagnosticado, de forma que a importância da sensibilidade à ansiedade para o transtorno de pânico ainda precisa ser entendida em sua totalidade.

Histórico de problemas de saúde e abuso

Outros estudos destacam a contribuição dos problemas de saúde a uma vulnerabilidade psicológica específica ao transtorno de pânico. Por exemplo, usando a base de dados do *Dunedin Multidisciplinary Study*, concluímos que a experiência com problemas respiratórios pessoais (e má saúde dos pais) na infância ou adolescência predizia o transtorno de pânico aos 18 ou 21 anos (Craske et al., 2001). Essa conclusão é coerente com relatos de mais problemas respiratórios em pacientes com transtorno de pânico em comparação a outros pacientes com transtornos de ansiedade (Verburg, Griez, Meijer e Pols, 1995). Além disso, parentes em primeiro grau de pacientes com transtorno de pânico tinham uma prevalência significativamente mais alta de doenças respiratórias obstrutivas crônicas, asma, em particular, do que os familiares em primeiro grau de pacientes com outros transtornos de ansiedade (van Beek, Schruers e Friez, 2005).

Experiências de abuso sexual e físico na infância também podem desencadear o transtorno de pânico. Relatos retrospectivos desse tipo de abuso na infância foram associados ao início do transtorno de pânico entre os 16 e os 21 anos em um recente estudo longitudinal com neozelandeses desde o nascimento até os 21 anos (Goodwin, Fergusson e Horwood, 2005). Essa conclusão é congruente com vários estudos transversais em amostras clínicas e da comunidade (p. ex., Bandelow et al., 2002; Kendler et al., 2000; Kessler, Davis e Kendler, 1997; Moisan e Engels, 1995; Stein et al., 1996). A associação ao abuso na infância é mais forte para o transtorno de pânico do que para outros transtornos de ansiedade, como fobia social (Safren, Gershuny, Marzol, Otto e Pollack, 2002; Stein et al., 1996) e transtorno obsessivo-compulsivo (Stein et al., 1996). Além disso, alguns estudos apontaram associação entre o transtorno de pânico e a exposição à violência entre outros membros da família, geralmente entre os pais (p. exemplo, Bandelow et al., 2002; Moisan e Engels, 1995), ao passo que outro estudo não apontou esse fator (Goodwin et al., 2005). Entretanto, relatos retrospectivos de abuso na infância e violência na família em todos esses estudos limitam as conclusões.

Consciência interoceptiva

Os pacientes com transtorno de pânico, bem como pessoas que sentem pânico não clínico, parecem ter consciência mais elevada ou capacidade de detectar sensações corporais de excitação (p. ex., Ehlers e Breuer, 1992, 1996; Ehlers, Breuer, Dohn e Feigenbaum, 1995; Zoellner e Craske, 1999). Existem conclusões discrepantes (p. ex., Antony et al., 1995; Rapee, 1994), mas elas foram atribuídas a causas me-

todológicas (Ehlers e Breuer, 1996). A capacidade de perceber o batimento cardíaco, especificamente, parece ser uma diferença individual relativamente estável, já que não difere entre indivíduos tratados e não tratados com transtorno de pânico (Ehlers e Breuer, 1992) nem antes e depois de tratamento bem-sucedido (Antony, Meadows, Brown e Barlow, 1994; Ehlers et al., 1995). Dessa forma, a precisão interoceptiva pode ser um fator predisponente para o transtorno de pânico. Sendo assim, a interocepção pode aumentar a probabilidade de pânico ao elevar a probabilidade de se perceberem sensações que podem desencadear um ataque. Ainda é necessário determinar se a consciência interoceptiva é aprendida e representa outra vulnerabilidade psicológica específica ou está mais relacionada à disposição.

Separada da interocepção está a propensão à ativação autonômica intensa. Como observado anteriormente, algumas evidências apontam para uma influência genética singular sobre a experiência relatada de perda do fôlego, palpitações cardíacas e sensação de terror (Kendler et al., 1987). É concebível que a reatividade cardiovascular represente uma predisposição fisiológica única para o transtorno de pânico. Sustentando essa hipótese, os sintomas cardíacos e a falta de ar indicam desenvolvimento posterior de ataques de pânico e transtorno de pânico (Keyl e Eaton, 1990). Infelizmente, esses dados derivam de *relatos* de sintomas, o que não é um bom indicador da situação real do sistema nervoso autônomo (Pennebaker e Roberts, 1992) e pode, em vez disso, refletir interocepção.

O início dos ataques de pânico

Do ponto de vista evolutivo, o medo é uma resposta natural e adaptativa a estímulos ameaçadores. Contudo, o medo que se sente no primeiro ataque de pânico inesperado muitas vezes é injustificado devido à falta de um fator desencadeante ou antecedente identificável; assim, representa um “alarme falso” (Barlow, 1988, 2002). Na grande maioria, o início dos ataques de pânico é lembrado como tendo ocorrido fora de casa, enquanto a pessoa estava dirigindo, caminhando, no trabalho ou na escola (Craske et al., 1990), geralmente em público (Lelliott, Marks, McNamee e Tobena, 1989) e em um ônibus, avião, metrô ou em situações de avaliação social (Shulman, Cox, Swinson, Kuch e Reichman, 1994). Barlow (1988) e Craske e Rowe (1997b) acreditam que as situações que estabelecem o contexto propício para o início dos ataques de pânico são aquelas em que as sensações corporais são percebidas como as mais ameaçadoras, em função de prejuízos ao funcionamento (p. ex., dirigir), estar preso (viajar de avião, elevadores), avaliação social

negativa (emprego, eventos sociais formais) ou distância da segurança (p. ex., lugares desconhecidos). As preocupações com se sentir preso podem ser particularmente importantes para o desenvolvimento subsequente da agorafobia (Faravelli, Pallanti, Biondi, Paterniti e Scarpato, 1992).

Fatores de manutenção

O *medo do medo* agudo (ou, mais precisamente, ansiedade concentrada em sensações somáticas) que se desenvolve após o início dos ataques de pânico em indivíduos vulneráveis se refere à ansiedade relacionada a certas sensações corporais associadas a ataques de pânico (p. ex., coração disparado, tontura, parestesias) (Barlow, 1988; Goldstein e Chambless, 1978) e se atribui a dois fatores. O primeiro deles é o condicionamento interoceptivo ou medo condicionado de sinais externos, tais como ritmos cardíacos elevados, em função de sua associação com o medo, a dor ou o desconforto intensos (Razran, 1961). Especificamente, o condicionamento interoceptivo está relacionado a sensações somáticas reduzidas de excitação ou ansiedade que se tornam estímulos condicionados, de forma que componentes somáticos iniciais da resposta de ansiedade venham a gerar surtos importantes de ansiedade ou pânico (Bouton et al., 2001). Há um amplo corpo de literatura experimental que atesta a consistência do condicionamento interoceptivo (p. ex., Dworkin e Dworkin, 1999), particularmente no que diz respeito aos primeiros sinais interoceptivos relacionados a drogas, que se tornam estímulos condicionados para efeitos maiores (p. ex., Sokolowska, Siegel e Kim, 2002). Além disso, as respostas condicionadas interoceptivas não dependem da consciência em relação a sinais desencadeantes (Razran, 1961), de forma que têm sido observadas em pacientes sob anestesia (p. ex., Block, Ghoneim, Fowles, Kumar e Pathak, 1987). Dentro desse modelo, então, mudanças leves em funções corporais relevantes que não sejam reconhecidas conscientemente podem gerar ansiedade, medo condicionado ou pânico, devido a associações anteriores com este (Barlow, 1988; Bouton et al., 2001); o resultado seria um ataque de pânico inesperado. Outro apoio a um modelo de condicionamento vem de evidências de que indivíduos com transtorno de pânico, bem como outros transtornos de ansiedade, apresentam elevado condicionamento para o medo e baixa extinção do medo em modelos de laboratório (Lissek et al., 2005), sugerindo que são mais propensos a desenvolver medo por meio de associações negativas e, uma vez adquirido, seu medo tem menos probabilidades de diminuir com o tempo. Esse padrão parece ser aumentado em indivíduos com transtorno de pânico que, além disso, apresentam aprendizagem

de segurança prejudicada (Lissek et al., 2009) e maior generalização do medo (Lissek et al., 2010) em modelos de laboratório. Em outras palavras, uma vez que o medo de sensações físicas específicas é adquirido, indivíduos com transtorno de pânico podem ter dificuldade de perceber outras sensações como inofensivas e podem ser mais propensos a generalizar seu medo a vários estados corporais.

O segundo fator, apresentado por Clark (1986) para explicar o medo agudo de sensações corporais relacionadas ao pânico é o das avaliações catastróficas das sensações corporais (interpretações equivocadas dessas sensações como sendo sinais de morte iminente, perda de controle, etc.). Questionamos o modelo puramente cognitivo de transtorno de pânico, afirmando que ele não consegue explicar os ataques de pânico desprovidos de avaliação cognitiva consciente sem recorrer a construtos como *avaliações automáticas* que se mostram não testáveis (Bouton et al., 2001). As avaliações catastróficas equivocadas podem acompanhar os ataques de pânico por serem parte natural do leque de respostas que o acompanham ou porque foram estimuladas e reforçadas, como comportamentos relativos ao papel de doente na infância. Além disso, esses pensamentos se tornaram estímulos condicionados que desencadeiam ansiedade e pânico, como demonstrado com a indução a este por meio da apresentação de pares de palavras envolvendo sensações e resultados catastróficos (Clark et al., 1988). Nesse caso, as cognições catastróficas podem muito bem ser suficientes para gerar ataques de pânico condicionados, sem ser necessárias.

De base cognitiva ou não cognitiva, a ansiedade excessiva por causa de sensações corporais relacionadas ao pânico no transtorno de pânico tem boa sustentação. As pessoas com transtorno de pânico confirmam crenças fortes de que as sensações corporais associadas a ataques de pânico causam danos físicos ou mentais (p. ex., Chambless, Caputo, Bright e Gallagher, 1984; McNally e Lorenz, 1987). Elas têm mais probabilidades de interpretar sensações corporais de maneira catastrófica (Clark et al., 1988) e de alocar mais recursos de atenção a palavras que representam ameaças físicas, como “doença” e “fatalidade” (p. ex., Ehlers, Margraf, Davies e Roth, 1988; Hope, Rapee, Heimberg e Dombeck, 1990), a palavras relacionadas a catástrofe, como “morte” e “insano” (p. ex., Maidenberg, Chen, Craske, Bohn e Bystritsky, 1996; McNally, Riemann, Louro, Lukach e Kim, 1992) e a estímulos ao ritmo cardíaco (Kroeze e van den Hout, 2000), mas o viés de atenção nem sempre é encontrado (p. ex., DeCort, Hermans, Spruyt, Griez e Schruers, 2008). Os indivíduos com transtorno de pânico

também apresentam maiores potenciais cerebrais em resposta a palavras relacionadas ao pânico (Pauli, Amrhein, Muhlberger, Dengler e Wiedemann, 2005). Além disso, têm mais probabilidades de ficar ansiosos em procedimentos que gerem sensações corporais semelhantes às vivenciadas durante ataques de pânico, incluindo exercícios cardiovasculares, respiratórios e audiovestibulares benignos (Antony, Ledley, Liss e Swinson, 2006; Jacob, Furman, Clark e Durrant, 1992), bem como procedimentos mais invasivos, como inalações de CO₂, em comparação a pacientes com outros transtornos de ansiedade (p. ex., Perna, Bertani, Arancio, Ronchi e Bellodi, 1995; Rapee, 1986; Rapee, Brown, Antony e Barlow, 1992) ou controles saudáveis (p. ex., Gorman et al., 1994). Entretanto, as conclusões não são completamente coerentes, porque pacientes com transtorno de pânico não diferem de pacientes com fobia social em resposta à administração de epinefrina (Veltman, van Zijderveld, Tilders e van Dyck, 1996). Não obstante, indivíduos com transtorno de pânico também temem sinais que reflitam ostensivamente uma maior excitação e resposta fisiológica falsa (Craske e Freed, 1995; Craske, Lang, et al., 2002; Ehlers, Margraf, Roth, Taylor e Birnbaumer, 1988).

O desconforto em relação a sensações corporais provavelmente gerará desconforto constante por uma série de razões. Em primeiro lugar, no sentido imediato, a excitação autonômica causada pelo medo, por sua vez, intensifica as sensações temidas, criando um ciclo de reciprocidade entre medo e sensações, que se mantém até que a excitação autonômica se reduza ou o indivíduo sinta-se seguro. Em segundo, por não serem sempre imediatamente evidentes, as sensações corporais que desencadeiam ataques de pânico podem gerar a percepção de ataques inesperados, ou “do nada” (Barlow, 1988), que causam ainda mais desconforto (Craske, Glover e DeCola, 1995). Em terceiro lugar, a incontrolabilidade percebida ou a impossibilidade de escapar ou encerrar sensações corporais, mais uma vez, provavelmente, gerará mais ansiedade (Maier, Laudenslager e Ryan, 1985; Mineka, Cook e Miller, 1984). Dessa forma, a imprevisibilidade e a incontrolabilidade são consideradas fatores que aumentam os níveis de ansiedade em relação a “quando é que vai acontecer de novo?” e “o que eu faço quando isso acontecer”, contribuindo assim para altos níveis de preocupação ansiosa crônica (Barlow, 1988, 2002). Por sua vez, a preocupação ansiosa aumenta a probabilidade de pânico ao aumentar diretamente a disponibilidade de sensações que se tornaram sinais condicionados para o pânico e/ou vigilância atenta em relação a esses sinais corporais. Consequentemente, desenvolve-se e se mantém um ciclo de pânico e preocupação

ansiosa. Também se acredita que comportamentos sutis de evitação mantenham as crenças negativas sobre sensações corporais temidas (Clark e Ehlers, 1993). Entre os exemplos, estão agarrar-se a objetos e pessoas por medo de desmaiar, sentar-se e permanecer imóvel por medo de ataque cardíaco e se movimentar lentamente ou buscar uma rota de fuga por medo de agir de forma tola (Salkovskis, Clark e Gelder, 1996). Essa evitação inclui *evitação baseada em experiência* ou não estar disposto a permanecer em contato com determinadas experiências privadas, nesse caso, sensações corporais e cognições catastróficas. Acredita-se que esse tipo de evitação contribua para desconforto global e disfunção em geral (Hayes et al., 1996) e ele parece estar correlacionado a preocupações com o pânico e a deficiência em indivíduos com transtorno de pânico (Kampfe et al., 2012). Outro apoio ao papel de evitação baseada na experiência vem de evidências de que as instruções para aceitar sintomas de pânico resultam em menos medo e evitação em pacientes com transtorno de pânico (Campbell-Sills, Barlow, Brown e Hofmann, 2006; Eifert e Heffner, 2003), incluindo experimentos de inalação de CO₂ (Levitt, Brown, Orsillo e Barlow, 2004). Por fim, a ansiedade pode se desenvolver em função de contextos específicos em que a ocorrência de pânico seja particularmente preocupante, (i. e., situações associadas a dificuldades, aprisionamento, avaliação social negativa e distância em relação a segurança). Essas ansiedades podem contribuir para a agorafobia que, por sua vez, mantém o desconforto ao impedir a desconfirmação das avaliações catastróficas equivocadas e a extinção de respostas condicionadas. Esse modelo está claramente direcionado a transtorno de pânico e agorafobia e não é relevante à agorafobia na ausência de ataques de pânico ou sintomas semelhantes ao pânico.

VARIÁVEIS DE TRATAMENTO

Setting

Há vários *settings* diferentes para a terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e agorafobia. O primeiro deles – o *setting* da clínica ou consultório para pacientes ambulatoriais – é adequado para psicoeducação, reestruturação cognitiva, atribuição e revisão de tarefas de casa e dramatizações. Além disso, certas exposições podem ser realizadas no consultório, como exposição interoceptiva a sensações corporais temidas, que descrevemos posteriormente. Recentemente, os *settings* de consultório foram ampliados dos ambientes de saúde mental aos de atenção primária (p. ex., Craske, Roy-Byrne et al., 2002; Craske et al., 2011; Roy-Byrne, Craske, et al., 2005; Roy-Byrne et al., 2010; Sharp, Power, Simpson, Swanson e Anstee, 1997). Essa extensão é parti-

cularmente importante por causa da alta prevalência de transtorno de pânico nesses ambientes de atenção primária (p. ex., Shear e Schulberg, 1995; Tiemens, Ormel e Simon, 1996). Entretanto, seja um consultório de saúde mental ou de atenção primária, os sinais de segurança inerentes a esse tipo de consultório podem limitar a capacidade de generalização da aprendizagem que acontece nesse *setting*. Por exemplo, aprender a ter menos medo na presença do terapeuta, ou em um consultório localizado próximo a um centro médico, pode não se generalizar necessariamente a condições nas quais o terapeuta não esteja presente, ou onde não haja a segurança percebida de um centro médico. Por isso, são particularmente importantes, as atribuições de tarefas de casa para a prática de habilidades cognitivo-comportamentais em uma variedade de ambientes diferentes.

No segundo *setting*, o ambiente natural, a reestruturação cognitiva e outras habilidades de gerenciamento de ansiedade são colocadas em prática e o paciente se depara com as situações temidas. Esta última é chamada de exposição *in vivo* e pode ser realizada com a ajuda de um terapeuta ou por conta própria. A exposição orientada por terapeuta é particularmente útil para pacientes que não dispõem de uma rede social para dar suporte a tarefas de exposição *in vivo*, e é mais valiosa do que a exposição autodirigida, para pacientes com agorafobia mais grave (Holden, O'Brien, Barlow, Stetson e Infantino, 1983). Esse tipo de exposição é essencial para a *exposição dirigida de controle*, na qual o terapeuta dá *feedback* corretivo em relação à forma como o paciente enfrenta situações temidas para minimizar comportamentos defensivos desnecessários. Por exemplo, pacientes que são ensinados a dirigir em posição relaxada e a caminhar em uma ponte sem se agarrar ao corrimão. Por um lado, a exposição dirigida de controle mostrou-se mais eficaz do que a *exposição a estímulos* quando os pacientes tentam simplesmente suportar a situação até que o medo ceda, sem o benefício de uma avaliação permanente do terapeuta (Williams e Zane, 1989). Por outro lado, a exposição autodirigida também é muito valiosa, especialmente no sentido de que encoraja a independência e a generalização das habilidades aprendidas no tratamento para condições nas quais o terapeuta não esteja presente. Sendo assim, a abordagem mais benéfica no ambiente natural é avançar da exposição dirigida pelo terapeuta à autodirigida.

No tratamento orientado por telefone, uma variação interessante que combina o consultório e o ambiente natural, os terapeutas orientam os pacientes com agorafobia por telefone a conduzir exposição *in vivo* às situações temidas (McNamee, O'Sullivan, Lelliot e Marks, 1989; Swinson, Fergus, Cox e Wickwire, 1995)

ou proporcionam instrução em habilidades de controle de pânico (Cote, Gauthier, Laberge, Cormier e Plamondon, 1994). Além disso, um pequeno estudo demonstrou que a terapia cognitivo-comportamental era eficaz tanto quando realizada por videoconferência quanto pessoalmente (Bouchard et al., 2004).

Os tratamentos autogeridos, com mínimo contato direto com o terapeuta, acontecem no ambiente natural e são benéficos para pacientes altamente motivados e com maior grau de instrução (p. ex., Ghosh e Marks, 1987; Gould e Clum, 1995; Gould, Clum e Shapiro, 1993; Lidren et al., 1994; Schneider, Mataix-Cols, Marks e Bachofen, 2005). Por outro lado, os tratamentos autogeridos são menos eficazes para pacientes afetados com mais gravidade (Holden, O'Brien, Barlow, Stetson e Infantino, 1983) ou para os que têm mais comorbidade (Hecker, Losee, Roberson-Nay e Maki, 2004), menos motivação ou grau de instrução mais baixo, ou ainda para pacientes que são encaminhados, em contraste com os que são recrutados por meio de propaganda (Hecker, Losee, Fritzler e Fink, 1996). Os tratamentos autogeridos se ampliaram para além dos cadernos de exercícios e manuais, para as versões computadorizadas e na internet (p. ex., Carlbring, Ekselius e Andersson, 2003; Richards, Klein e Austen, 2006; Richards, Klein e Carlbring, 2003). Em geral, esses tratamentos dão resultados muito positivos, com bom tamanho de efeito (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy e Titov, 2010), e pelo menos dois estudos indicam que eles são tão eficazes quando a terapia cognitivo-comportamental com terapeuta para transtorno de pânico (Carlbring et al., 2005; Kiropoulos et al., 2008). Contudo, as taxas de abandono podem ser mais elevadas com os programas autogeridos ou baseados em computadores/internet na ausência de qualquer contato com terapeuta (p. ex., Carlbring et al., 2003).

O terceiro *setting*, a internação, é mais apropriado quando se está realizando a terapia cognitivo-comportamental muito intensiva (p. ex., contato diário com o terapeuta) ou tratando pessoas com problemas muito graves que não conseguem mais funcionar em casa. Além disso, determinadas complicações médicas ou medicamentosas podem demandar tratamento com o paciente internado. O maior problema do *setting* de internação é a baixa generalização para o ambiente domiciliar do paciente. Sessões de transição e de reforço posteriores à internação, em um consultório ou na própria casa do paciente, facilitam a generalização.

Formato

A terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e agorafobia pode ser realizada nos formatos

individual ou de grupo. Vários estudos clínicos usaram tratamento de grupo (p. ex., Bohni, Spindler, Arendt, Hougaard e Rosenberg, 2009; Craske, DeCola, Sachs e Pontillo, 2003; Craske et al., 2007; Evans, Holt e Oei, 1991; Feigenbaum, 1988; Hoffart, 1995; Telch et al., 1993). O fato de que seus resultados geralmente estão de acordo com testes estatísticos simples, obtidos de tratamentos em formato individual, sugere que o tratamento em grupo é tão eficaz quanto a terapia individual. Nas comparações diretas, observa-se uma leve vantagem para os formatos individuais. Especificamente, Neron, Lacroix e Chaput (1995) compararam a terapia cognitivo-comportamental individual ou em grupo ($N = 20$) com duração entre 12 e 14 sessões, embora a condição de grupo tenha recebido mais duas sessões individuais de uma hora. As duas condições foram igualmente eficazes para medidas de pânico e agorafobia no pós-tratamento e em seguimento de seis semanas, mas o formato individual teve mais êxito em termos de ansiedade generalizada e sintomas depressivos no seguimento. Além disso, os tratamentos individuais tiveram resultados clinicamente mais significativos do que os formatos de grupo em atenção primária (Sharp, Power e Swanson, 2004). Além disso, 95% dos indivíduos da lista de espera neste último estudo expressaram uma preferência clara pelo tratamento individual quando foi oferecida a opção no fim do tempo em lista de espera.

A maioria dos estudos de terapia cognitivo-comportamental para pânico e agorafobia envolve de 10 a 20 sessões de tratamento semanais. Vários estudos mostram que tratamentos mais curtos também podem funcionar. Evans e colaboradores (1991) compararam um tratamento cognitivo-comportamental em grupo de dois dias com uma condição de lista de espera, embora sem atribuição aleatória. O programa de dois dias era formado por palestras (3 horas), ensinar habilidades, como respiração, relaxamento e desafio cognitivo (3 horas), exposição *in vivo* (9 horas) e discussão em grupo acrescida de um grupo de apoio de duas horas para pessoas significativas na vida do paciente. Dos pacientes tratados, 85% eliminaram os sintomas ou tiveram melhora, e esses resultados se mantiveram um ano depois. Em contraste, o grupo da lista de espera não apresentou mudanças significativas. Um estudo-piloto também indicou eficácia com terapia cognitivo-comportamental intensiva durante dois dias (Deacon e Abramowitz, 2006). Outros estudos avaliaram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental quando realizada com um número menor de sessões. Em um estudo randomizado, os pacientes com transtorno de pânico com agorafobia que aguardavam tratamento farmacológico foram alocados para quatro sessões semanais de terapia cognitivo-compor-

tamental ou de terapia não diretiva de apoio (Craske, Maidenberg e Bystritsky, 1995).

A terapia cognitivo-comportamental foi mais eficaz do que a terapia de apoio, particularmente para pacientes com problemas menos graves, embora os resultados não tenham sido tão positivos quanto aqueles com mais sessões. Também chegou-se à conclusão de que até seis sessões (média de três sessões) de terapia cognitivo-comportamental combinada com medicação geraram melhoras significativamente maiores em uma série de variáveis, incluindo qualidade de vida, em comparação ao tratamento tradicional para indivíduos com transtorno de pânico em *settings* de atenção primária (Roy-Byrne, Craske, et al., 2005). É de se observar, contudo, que os efeitos do tratamento aumentaram muito com mais sessões de terapia cognitivo-comportamental (até seis) e sessões de reforço por telefone como seguimento (até seis) (Craske et al., 2006). Em nosso estudo posterior sobre cuidados primários, uma média de sete sessões de terapia cognitivo-comportamental e/ou medicação foi superior ao cuidado usual e, nesse caso, o cuidado usual seguidamente envolveu vários elementos ativos de tratamento (Craske et al., 2011). Por fim, em uma comparação direta, os resultados foram igualmente eficazes independentemente de a terapia cognitivo-comportamental ser realizada ao longo de 12 sessões-padrão ou em cerca de seis sessões (Clark et al., 1999).

Contexto interpessoal

As variáveis de contexto interpessoal foram pesquisadas em termos de desenvolvimento, manutenção e tratamento de agorafobia. A razão para esse interesse de pesquisa se vê nos seguintes exemplos:

“O meu marido não consegue entender. Ele acha que tudo está na minha cabeça. Ele fica zangado comigo por não conseguir dar conta, diz que eu sou fraca e irresponsável. Fica chateado de ter de me levar de carro para lá e para cá e fazer coisas pelas crianças que eu costumava fazer. Nós discutimos muito, porque ele chega em casa cansado e frustrado do trabalho para se frustrar mais ainda com os problemas que eu estou tendo, mas não consigo fazer nada sem ele. Tenho muito medo de desabar sem ele, ficar destruída ou ficar sozinha para o resto da vida. Por mais que ele possa parecer cruel, me sinto segura perto dele porque ele sempre tem tudo sob controle. Ele sempre sabe o que fazer.”

Esse exemplo ilustra a dependência de uma pessoa significativa para se sentir segura apesar de uma resposta não simpática que pode servir apenas para aumentar o estresse subjacente do paciente. O se-

gundo exemplo ilustra reforço inadvertido do medo e da evitação pela atenção de uma pessoa significativa.

“O meu namorado realmente tenta me ajudar. Ele sempre toma cuidado com meus sentimentos e não me pressiona para fazer coisas que não sou capaz. Telefona do trabalho para ver como estou. Fica comigo e segura a minha mão quando me sinto muito assustada. Ele nunca hesita em sair do trabalho para me ajudar se estou tendo um momento ruim. Na semana passada, visitamos alguns amigos dele e tivemos de ir embora. Sinto-me culpada porque não fazemos as coisas que gostávamos de fazer juntos. Não vamos mais ao cinema. Nós adorávamos ir a jogos de futebol, mas agora é muita coisa para mim. Sou tão agradecida a ele. Nem sei o que faria sem ele.”

Talvez algumas formas de agorafobia representem um conflito entre o desejo de autonomia e a dependência de uma relação interpessoal (Fry, 1962; Goldstein e Chambless, 1978). Em outras palavras, o *pré-agorafóbico* está preso em um relacionamento de dominação, sem as habilidades necessárias para ativar a mudança. Contudo, o conceito de um sistema conjugal diferente, que predisponha contra a agorafobia, carece de ensaios clínicos. Isso não quer dizer que os sistemas conjugais ou interpessoais não tenham importância para a agorafobia. Por exemplo, a discórdância e a insatisfação podem representar um dos vários fatores de estresse que precipitam os ataques de pânico. Os relacionamentos interpessoais também podem sofrer um impacto negativo do desenvolvimento da agorafobia (Buglass, Clarke, Henderson e Presley, 1977) e, por sua vez, contribuir para sua manutenção. De forma semelhante a um dos exemplos anteriores, consideremos a mulher que desenvolve agorafobia e passa a depender do marido para fazer compras e outras tarefas. Essas novas demandas sobre o marido levam a ressentimentos e divergências conjugais. As dificuldades conjugais somam-se ao estresse do dia a dia, dificultando ainda mais o progresso e a recuperação do paciente.

Independentemente de a desregulação interpessoal contribuir para o aparecimento ou a manutenção do transtorno de pânico e agorafobia, alguns estudos sugerem que relações conjugais de baixa qualidade têm impacto negativo nos tratamentos baseados em exposição (Bland e Hallam, 1981; Dewey e Hunsley, 1989; Milton e Hafner, 1979). Entretanto, outros estudos não mostram relação entre dificuldades conjugais e resultado da terapia cognitivo-comportamental (Arindell e Emmelkamp, 1987; Emmelkamp, 1980; Himadi, Cerny, Barlow, Cohen e O'Brien, 1986). Outra linha de pesquisa sugere que o envolvimento de pes-

soas significativas para o paciente em cada aspecto do tratamento pode superar impactos negativos potenciais das más relações conjugais sobre a melhoria das fobias (Barlow, O'Brien e Last, 1984; Cerny, Barlow, Craske e Himadi, 1987). Além disso, o envolvimento de pessoas significativas também gerou resultados melhores no longo prazo na terapia cognitivo-comportamental para agorafobia (Cerny et al., 1987). Da mesma forma, o treinamento para a comunicação com pessoas significativas, comparado ao treinamento de relaxamento depois de quatro semanas de terapia de exposição *in vivo*, resultou em reduções significativamente maiores em avaliações de agorafobia pós-tratamento (Arnow, Taylor, Agras e Telch, 1985), efeito que se manteve em um seguimento de oito meses. Juntos, esses estudos indicam a importância de se incluírem pessoas significativas no tratamento para agorafobia. Por outro lado, o tratamento voltado especificamente às relações interpessoais, por meio da terapia interpessoal, não foi tão eficaz quanto a terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e agorafobia (Vos, Huibers, Diels e Arntz, 2012).

Outra questão é até que ponto o tratamento para transtorno de pânico e agorafobia influencia as relações conjugais e interpessoais. Algumas pessoas já observaram que o tratamento bem-sucedido pode ter efeitos deletérios (Hafner, 1984; Hand e Lamontagne, 1976). Outros notam que não tem efeito ou efeito positivo no funcionamento conjugal (Barlow et al., 1984; Himadi et al., 1986) e no funcionamento interpessoal em geral (Hoffart, 1997). Sugere-se (Barlow et al., 1983) que quando ocorrem efeitos negativos, pode ser porque a terapia de exposição está sendo conduzida de forma intensiva, sem o envolvimento da pessoa significativa para o paciente, o que provoca grandes mudanças de papel que essa pessoa percebe como fora de seu controle. Isso, mais uma vez, indica o valor do envolvimento de uma pessoa significativa para o processo do tratamento.

Variáveis relacionadas ao terapeuta

Poucos são os estudos que avaliaram variáveis relacionadas ao terapeuta em relação aos tratamentos cognitivo-comportamentais para transtorno de ansiedade e menos ainda os que trataram de transtorno de pânico ou agorafobia. Williams e Chambless (1990) concluíram que pacientes com agorafobia que classificaram seus terapeutas como atenciosos e envolvidos, e como modelos de autoconfiança, tiveram melhores resultados em testes de abordagem comportamental. Entretanto, um fator de confusão relevante nesse estudo é que as classificações dos pacientes sobre qualidades dos terapeutas podem ter dependido das respostas dos pacientes ao tratamento. Keijsers, Schaap, Hoogduin

e Lammers (1995) revisaram achados relacionados a fatores de relacionamento com o terapeuta e resultados comportamentais e concluíram que a empatia, a cordialidade, a consideração positiva e a sinceridade avaliados em momentos iniciais do tratamento apontavam para resultados positivos. Os pacientes que consideravam seus terapeutas compreensivos e respeitosos melhoraram mais e as percepções acerca da especialização, autoconfiança e postura diretiva do terapeuta estavam positivamente relacionadas ao resultado, embora não houvesse constância nesse fator. Em seu próprio estudo com terapeutas iniciantes que ofereciam tratamento cognitivo-comportamental para transtorno de pânico com ou sem agorafobia, Keijsers e colaboradores (1995) concluíram que declarações e questionamentos empáticos aconteciam mais na primeira sessão do que em sessões posteriores. Na terceira sessão, os terapeutas se tornavam mais ativos e davam mais instruções e explicações. Na décima, empregavam mais interpretações e confrontações do que antes. Mais importante, declarações e explicações diretas na primeira sessão eram indicadores de resultados piores. A escuta empática na primeira sessão estava relacionada a melhor resultado comportamental, ao passo que a escuta empática na terceira sessão indicava resultados inferiores. Sendo assim, os autores demonstraram as vantagens de distintos estilos de interação em diferentes momentos da terapia.

A maioria dos clínicos parte do princípio de que a formação e a experiência do terapeuta melhoram as chances de bons resultados. Alguns acreditam que é o caso especialmente dos aspectos cognitivos da terapia cognitivo-comportamental (p. ex., Michelson et al., 1990) e há algumas evidências indiretas para essa suposição. Especificamente, a terapia cognitivo-comportamental conduzida por terapeutas *novatos* em um *setting* médico (Welkowitz et al., 1991) foi um pouco menos eficaz do que a mesma terapia realizada por terapeutas com pouca experiência, mas com muita formação, em um *setting* psicológico (Barlow, Craske, Czerny e Klosko, 1989) ou por terapeutas experientes e com muita formação em um *setting* comunitário de saúde mental (Wade, Treat e Stuart, 1998). Huppert e colaboradores (2001), que avaliaram diretamente o papel da experiência do terapeuta concluíram que, em geral, essa experiência estava relacionada positivamente ao resultado, aparentemente porque esses terapeutas eram mais flexíveis na administração do tratamento e mais capazes de adaptá-lo ao indivíduo que está sendo tratado. Obviamente, há necessidade de mais avaliação do papel da experiência e da formação do terapeuta na terapia cognitivo-comportamental.

Em nosso trabalho de atenção primária, desenvolvemos um guia informatizado para auxiliar os

clínicos novatos na implementação de um programa cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico (além de outros transtornos de ansiedade e depressão) (Craske et al., 2009), chamado de *Calm Tools for Living* (Ferramentas calmas para viver). Clínico e paciente se sentam lado a lado, ambos vendo o programa na tela. Durante todo o tempo, o programa pede que os clínicos se envolvam em tarefas específicas, como ajudar os pacientes a estabelecer uma hierarquia de medo, demonstrar habilidades de respiração, praticar habilidades cognitivas, realizar exposição interoceptiva ou elaborar tarefas de exposição *in vivo*. O programa também oferece ferramentas de aprendizagem para os pacientes, como informação didática, exercícios interativos, exemplos em vídeo e questionários. O objetivo do programa informatizado é melhorar a integridade da terapia cognitivo-comportamental nas mãos de clínicos novatos e relativamente sem formação.

Variáveis relacionadas ao paciente

Tem havido um interesse recente nos efeitos da comorbidade sobre os resultados da terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e agorafobia. Brown, Antony e Barlow (1995) concluíram que a comorbidade com outros transtornos de ansiedade não indicava a resposta à terapia cognitivo-comportamental em termos gerais, embora a fobia social estivesse inesperadamente associada a resultados superiores para transtorno de pânico e agorafobia. Em comparação, encontrou-se (Tsao, Lewin e Craske, 1998) uma tendência à comorbidade, incluindo quase todos os outros transtornos de ansiedade, associada a níveis um pouco mais baixos de sucesso em geral. Em estudo posterior, contudo, replicou-se a conclusão de Brown e colaboradores, que não encontraram qualquer relação entre comorbidade basal, comprometendo a maioria dos outros transtornos de ansiedade e resultados imediatos ou em seis meses para transtorno de pânico e agorafobia (Tsao, Mystkowski, Zucker e Craske, 2002).

A pesquisa sobre como a depressão comórbida afeta o curso e o resultado do tratamento para transtorno de pânico tem produzido resultados contraditórios. Estudos sobre terapia cognitivo-comportamental para todos os transtornos de ansiedade e participação no tratamento concluíram que a comorbidade com a depressão está associada a índices maiores de recusa para entrar em tratamento (Issakidis e Andrews, 2004); no entanto, uma vez que os pacientes iniciam o tratamento, a comorbidade não tem efeito sobre os índices de abandono (Allen et al., 2010; Brown et al., 1995). A pesquisa preliminar que investigou os efeitos da comorbidade sobre o envolvimento com o tratamento revelou que a depressão comórbida não tem efeito sobre o cumprimento da tarefa de casa da

terapia cognitivo-comportamental (McLean, Woody, Taylor e Koch, 1998) ou o cumprimento do tratamento cognitivo-comportamental como um todo (Murphy, Michelson, Marchione, Marchione e Testa, 1998), embora aumente os níveis de desconforto associados ao tratamento (Murphy et al., 1998). Curiosamente, a depressão comórbida não tem efeito sobre a resposta à terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico no pós-tratamento ou no seguimento em *settings* de indicação e de atenção primária (Allen et al., 2010; McLean et al., 1998; Roy-Byrne, Craske, et al., 2005). Parece contraditório que a depressão comórbida tenha impacto significativo sobre a gravidade e a persistência do transtorno de pânico (Baldwin, 1998), mas não afete os resultados do tratamento desse transtorno. Isso pode ser produto de limitações da literatura atual sobre o tratamento. Por exemplo, estudos recrutaram pacientes para o tratamento do transtorno de pânico e, muitas vezes, excluíram aqueles que estavam extremamente deprimidos ou suicidas. Assim, a maioria dos pacientes é ligeiramente a moderadamente deprimida. Muitos desses estudos também excluem pacientes com transtorno bipolar e, por conseguinte, todo um grupo de indivíduos que tiveram episódios depressivos graves. No entanto, também pode ser o caso de que os efeitos da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico sejam suficientemente potentes para impactar os sintomas depressivos direta ou indiretamente.

Existe uma coocorrência relativamente alta entre transtorno de pânico e agorafobia e transtornos da personalidade evitativa, dependente e histriônica (p. ex., Reich et al., 1994). Fora as questões de confiabilidade e validade de diagnóstico, os transtornos da personalidade comórbidos são associados, às vezes, a respostas inferiores ao normal à terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e agorafobia (p. ex., Hoffart e Hedley, 1997; Marchand, Goyer, Dupuis e Mainguy, 1998). Entretanto, um exame mais detalhado revela que, embora os indivíduos com transtornos da personalidade comórbidos tenham maior gravidade de transtorno de pânico e agorafobia antes e depois da terapia cognitivo-comportamental, a taxa de redução nos sintomas de transtorno de pânico e agorafobia geralmente não é afetada pelo transtorno da personalidade comórbida. Portanto, Dreesen, Arntz, Luttels e Sallaerts (1994), e van den Hout, Brouwers e Oomen (2006) concluíram que os transtornos da personalidade comórbidos não afetaram a resposta à terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e agorafobia. Mais além, Hofmann e colaboradores (1998) concluíram que os escores nas subescalas dos questionários que refletiam os transtornos da personalidade do Eixo II não prediziam

a resposta do tratamento para transtorno de pânico para terapia cognitivo-comportamental ou para a medicação. Na verdade, alguns traços da personalidade podem ser associados positivamente aos resultados, como foi relatado por Rathus, Sanderson, Miller e Wetzler (1995) com respeito a características da personalidade compulsiva.

Transtornos relacionados a substâncias também costumam ocorrer com o transtorno de pânico e agorafobia, mas muito poucos estudos de tratamento abordaram essa importante comorbidade. Em uma série de caso único ($N = 3$), Lehman, Brown e Barlow (1998) demonstraram controlar ataques de pânico em indivíduos que abusavam de álcool. Além disso, o tratamento para ansiedade acrescentado a um programa de prevenção à recaída para indivíduos abstinentes com diagnóstico primário de dependência de álcool e diagnóstico comórbido de transtorno de pânico ou fobia social diminuiu os sintomas de ansiedade em relação ao programa aplicado sem esse tratamento (Schade et al., 2005). Contudo, acrescentar o tratamento para ansiedade não afetou as taxas de recaída do álcool nesse estudo.

Outra fonte de comorbidade são os problemas de saúde, como arritmias cardíacas ou asma, que podem reduzir as taxas de melhoria em função das complicações extras envolvidas ao se diferenciar ansiedade de sintomatologia da doença, aumentos no risco médico real e estresse por doenças físicas. Descobriu-se que pacientes doentes com transtorno de pânico, embora afetados mais gravemente do que os que não têm essas condições no início do estudo, responderam de forma igualmente favorável à terapia cognitivo-comportamental com recomendações de medicação psicotrópica (Roy-Byrne, Stein et al., 2005). Além disso, a terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico alivia os sintomas físicos relatados pelo paciente (Schmidt et al., 2003). Similarmente, encontrou-se que a terapia cognitivo-comportamental e/ou recomendações médicas psicotrópicas para transtorno de ansiedade (incluindo transtorno de pânico) melhoram significativamente as funções de saúde física (Niles et al., 2013).

Outras variáveis relacionadas ao paciente são a situação socioeconômica e as condições gerais de vida. Foram avaliadas barreiras percebidas para receber tratamento de saúde mental em nosso estudo de atenção primária sobre o transtorno de pânico (Craske, Golinelli et al., 2005). Entre as barreiras comumente relatadas estão não saber onde buscar ajuda (43%), preocupações com custos (40%), falta de cobertura do plano de saúde (35%) e incapacidade de conseguir consulta com a brevidade necessária (35%). Além disso, em nosso estudo multicêntrico, o baixo grau de instrução,

dependente, por sua vez, da baixa renda, foi indicador de abandono do tratamento cognitivo-comportamental e/ou medicamentoso para o transtorno de pânico com agorafobia mínima (Grilo et al., 1998). Da mesma forma, o grau de instrução e a motivação foram associados a taxas de desistência em outra amostra, embora os efeitos tenham sido pequenos (Keijsers, Kampman e Hoogduin, 2001). Baixos níveis de instrução e de renda podem refletir menos tempo disponível para realizar atividades tais como tratamento semanal. Por exemplo, uma mulher com dois filhos, funcionária em tempo integral, cujo marido está de licença médica por causa de uma lesão nas costas, ou o estudante em tempo integral que ainda trabalha outras 25 horas extras por semana para pagar os estudos. Nessas condições, é muito menos provável que se façam os exercícios diários de exposição *in vivo* que tenham sido determinados. O resultado provável é a frustração com falta de progressos no tratamento. O sucesso terapêutico requer uma mudança de estilo de vida que permita que o tratamento cognitivo-comportamental se torne uma prioridade ou o encerramento da terapia até um momento posterior em que as circunstâncias da vida da pessoa sejam menos exigentes. Na verdade, esse tipo de questão relacionada às circunstâncias de vida pode explicar a tendência dos afro-americanos a apresentarem menos benefícios do tratamento em termos de mobilidade, ansiedade e ataques de pânico do que os euro-americanos (Friedman e Paradis, 1991; Williams e Chambless, 1994). Mesmo assim, em contraste com esses dois estudos, Friedman, Paradis e Hatch (1994) encontraram resultados equivalentes em dois grupos raciais, e os resultados de outro estudo de uma amostra de mulheres afro-americanas foram considerados similares aos resultados de amostras de mulheres euro-americanas (Carter, Sbrocco, Gore, Marin e Lewis, 2003). A influência das diferenças étnicas e culturais no resultado e aplicação de tratamentos claramente demanda mais avaliação.

Por fim, o entendimento, por parte dos pacientes da natureza de seu problema pode ser importante para o sucesso dos tratamentos cognitivo-comportamentais. Dada a natureza somática do transtorno de pânico, muitos pacientes buscam assistência médica em primeiro lugar. Para além disso, contudo, as diferenças na forma como o problema é conceituado poderiam levar à percepção de que as abordagens de tratamento farmacológicas ou análise têm mais crédito do que as de tratamento cognitivo-comportamental. Por exemplo, os indivíduos que acreditam fortemente que sua condição se deve a “um desequilíbrio neuroquímico” podem ter maior probabilidade de buscar medicação e recusar tratamentos psicológicos. Igualmente, as pessoas que atribuem sua condição a “algo no [seu] passado – devem ser influências inconscien-

tes,” podem resistir a intervenções cognitivo-comportamentais. Grilo e colaboradores (1998) concluíram que pacientes com transtorno de pânico e agorafobia que atribuíam seu transtorno a fatores de estresse específicos na sua vida têm mais probabilidade de abandonar o tratamento cognitivo-comportamental ou com medicação, talvez por considerar o tratamento oferecido irrelevante.

Tratamento farmacológico concomitante

Um número muito maior de pacientes recebe medicação em vez de terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e agorafobia, em parte porque os médicos de atenção primária geralmente são a primeira linha do tratamento. Sendo assim, metade ou mais dos pacientes com transtorno de pânico que vão a clínicas de atendimento psicológico está tomando medicamentos ansiolíticos. As perguntas óbvias, portanto, são até que ponto a terapia cognitivo-comportamental e as medicações têm um efeito sinérgico e como estas influenciam a primeira.

Resultados de estudos controlados de grande porte, incluindo nosso estudo multicêntrico (Barlow, Gorman, Shear e Woods, 2000), não sugerem qualquer vantagem durante ou imediatamente após o tratamento combinando as abordagens cognitivo-comportamental e farmacológica. Especificamente, o tratamento cognitivo-comportamental individual, um tratamento com drogas e um tratamento combinado foram eficazes imediatamente depois do tratamento. Mais além, depois da interrupção da medicação, sua combinação com a terapia cognitivo-comportamental teve resultado pior do que a terapia cognitivo-comportamental isolada, sugerindo a possibilidade de que essa aprendizagem dependente de estado (ou de contexto) na presença de medicação tenha atenuado a nova aprendizagem durante a terapia cognitivo-comportamental. Por outro lado, no *setting* de atenção primária, concluímos que acrescentar até mesmo um componente da terapia cognitivo-comportamental à medicação para transtorno de pânico resultou em melhoras estatística e clinicamente importantes no pós-tratamento e 12 meses depois (Craske, Golinelli et al., 2005).

Mais recentemente, nossa equipe multicêntrica tem investigado estratégias de longo prazo no tratamento do transtorno de pânico. Examinamos estratégias de combinação sequencial para determinar se essa abordagem era mais vantajosa do que combinar tratamento simultaneamente. Na fase inicial, 256 pacientes com transtorno de pânico e todos os níveis de agorafobia completaram três meses de tratamento inicial com terapia cognitivo-comportamental (Aarons et al., 2008; White et al., 2010). A seguir, os pacientes foram selecionados em dois ensaios clínicos.

Os respondentes foram distribuídos aleatoriamente a nove meses de sessões de reforço mensais ($N = 79$) ou sem sessões de reforço ($N = 78$) e seguiram para mais 12 meses sem tratamento (White et al., 2013). As sessões de reforço produziram índices de recidiva significativamente mais baixos (5,2%) e menos dificuldades profissionais e sociais em relação à condição somente de avaliação, sem sessões de reforço (18,4%), em 21 meses de seguimento. Modelos de riscos proporcionais multivariados de Cox mostraram que os sintomas residuais de agorafobia no fim do tratamento da fase aguda foram independentemente preditivos em relação ao tempo de recidiva durante o seguimento de 21 meses (taxa de risco = 1,15, $p < 0,01$). Assim, as sessões de reforço visando fortalecer os ganhos do tratamento agudo para prevenir recidivas e compensar a recorrência do transtorno melhoraram o resultado de longo prazo para transtorno de pânico com ou sem agorafobia. Entre os pacientes originais, 58 não atingiram o nível ideal de funcionamento (funcionamento de estado final alto) e entraram em um teste em que receberam terapia cognitivo-comportamental continuada por três meses ou paroxetina por três meses. Os pacientes que apresentaram bons resultados com um tratamento ou outro continuaram com o respectivo tratamento por mais nove meses (Payne et al., 2012). Após três meses, os resultados indicaram sintomas de transtorno de pânico significativamente menores para indivíduos na condição de paroxetina, em comparação com os que passaram por terapia cognitivo-comportamental continuada. No entanto, depois de nove meses, as diferenças entre os grupos tinham desaparecido. Os resultados foram mantidos quando se excluíram indivíduos com depressão comórbida grave. Esses dados sugerem uma resposta ao tratamento mais rápido quando se muda para a paroxetina depois de não haver resposta ótima à terapia cognitivo-comportamental; entretanto, ambos os tratamentos acabaram alcançando resultados semelhantes.

Em outro estudo com resultados semelhantes, os pacientes que não responderam à terapia cognitivo-comportamental também foram mais beneficiados ao se acrescentar uma droga serotoninérgica (paroxetina) à terapia cognitivo-comportamental continuada do que ao se acrescentar um placebo, com tamanho de efeito substancialmente diferente (Kampman, Keijsers, Hoogduin e Hendriks, 2002). Por outro lado, indivíduos resistentes à farmacoterapia podem responder positivamente à terapia cognitivo-comportamental, embora essas conclusões tenham sido parte de um estudo aberto não randomizado (Heldt et al., 2006).

As conclusões decorrentes da combinação de ansiolíticos de ação rápida, especificamente dos benzodiazepínicos de alta potência, com tratamentos

comportamentais para agorafobia são contraditórias (p. ex., Marks et al., 1993; Wardle et al., 1994). Não obstante, vários estudos demonstraram com confiabilidade os efeitos prejudiciais do uso crônico de benzodiazepínicos de alta potência sobre os resultados de curto e longo prazos em tratamentos cognitivo-comportamentais para pânico ou agorafobia (p. ex., Otto, Pollack e Sabatino, 1996; van Balkom, de Beurs, Koele, Lange e van Dyck, 1996; Wardle et al., 1994). Especificamente, há evidências de mais abandono, resultados inferiores e mais recaída com o uso crônico de benzodiazepínicos de alta potência. Além disso, o uso de benzodiazepínicos de acordo com a necessidade foi associado a resultados inferiores aos do uso regular ou aos de não uso, em um pequeno estudo naturalista (Westra, Stewart e Conrad, 2002).

Por fim, o custo-benefício dos tratamentos cognitivo-comportamental e medicamentoso isolados em relação à sua combinação exige mais avaliação. Atualmente, a terapia cognitivo-comportamental é considerada mais eficaz em termos de custos (p. ex., licenças médicas, dias de trabalho perdidos, uso de serviços de saúde) do que a farmacologia (Heuzenroeder et al., 2004).

Entender a forma como as medicações psicotrópicas influenciam a terapia cognitivo-comportamental pode se mostrar útil para o desenvolvimento de métodos que otimizem a combinação dessas duas abordagens de tratamento. Em primeiro lugar, os medicamentos, especialmente os de ação rápida e potentes, que causam uma mudança observável de estado e são usados de acordo com a necessidade (p. ex., benzodiazepínicos, betabloqueadores), podem contribuir para a recaída porque o sucesso terapêutico é atribuído a eles em lugar de à terapia cognitivo-comportamental. A falta de autocontrole percebida pelos pacientes pode aumentar o potencial para recaída quando se retira a medicação ou pode contribuir para a manutenção de um regime de medicação sob a suposição de que ele é necessário ao funcionamento. Para sustentar isso, a atribuição de ganhos terapêuticos ao alprazolam e a falta de autoconfiança para enfrentar a vida sem esse medicamento, mesmo quando administrado em conjunto com a terapia comportamental, predisse a recaída (Basoglu, Marks, Kilic, Brewin e Swinson, 1994). Segundo, os medicamentos podem assumir o papel de sinais de segurança ou objetos aos quais as pessoas atribuem equivocadamente sua segurança em relação a desfechos dolorosos e aversivos. Sinais de segurança podem contribuir para a manutenção do medo e a evitação de longo prazo (Hermans, Craske, Mineka e Lovibond, 2006) e podem interferir nas correções ou avaliações equivocadas dos sintomas corporais (veja, a

seguir, mais discussões sobre essa questão). Em terceiro, os medicamentos podem reduzir a motivação para se realizar práticas de habilidades cognitivo-comportamentais, mas a conclusão de tarefas entre sessões é um preditor positivo do resultado da terapia cognitivo-comportamental (p. ex., Glenn et al., no prelo). Por fim, a aprendizagem que acontece sob a influência de medicamentos pode não necessariamente ser generalizada para tempo quando as medicações foram removidas, contribuindo assim para a recaída (Bouton e Swartzentruber, 1991). Algumas dessas questões são ilustradas nos seguintes exemplos:

“Eu tinha passado por um programa de terapia cognitivo-comportamental, mas o que ajudou foi mesmo o Paxil (paroxetina). Como estava me sentindo muito melhor, pensei em ir reduzindo a medicação. No início, estava muito preocupado com a ideia. Eu tinha ouvido histórias terríveis sobre o que as pessoas sentem quando tiraram o medicamento, mas achei que não teria problemas se retirasse aos poucos. Então, fui cortando. Eu não estava tão mal. Bom, eu estava completamente sem medicação por um mês quando o problema começou de novo. Lembro de me sentar num restaurante, me sentindo muito bem ao pensar como estar num restaurante antes era um problema para mim e como parecia fácil agora. E foi aí que fiquei tonto e pensei, imediatamente: ‘Ah, não! Lá vem’. Tive um forte ataque de pânico. Só conseguia pensar em por que não tinha mantido a medicação.”

“Comecei a reduzir a minha dose de Xanax (alprazolam). Foi tranquilo para mim por uns dias... me senti bem, de verdade. Aí, quando acordei na sexta de manhã, me senti estranha. Sentia a minha cabeça muito apertada e fiquei preocupada com ter os mesmos problemas de novo. A última coisa que queria fazer era passar por aquilo tudo de novo. Então tomei minha dose de sempre de Xanax e, em uns minutos, me senti muito bem de novo. Eu preciso da medicação, não consigo lidar sem ela, agora.”

De que formas esses efeitos negativos das medicações podem ser compensados? Uma possibilidade é que a continuação da exposição após ser retirada a medicação pode desencadear a recaída porque aumenta a necessidade de dominar pessoalmente a situação e reduz a função de sinal de segurança cumprida pela medicação. Além disso, a oportunidade de praticar a exposição e as estratégias cognitivas e comportamentais sem ajuda da medicação supera a dependência e melhora a generalização dos ganhos terapêuticos, uma vez que o tratamento tenha sido finalizado.

ESTUDO DE CASO

Julie, uma euro-americana de 33 anos, mãe de dois filhos, mora com Larry, seu marido, há oito anos. De três anos para cá, ela tem estado cronicamente ansiosa e sentido pânico. Segundo ela própria, seus ataques de pânico são insuportáveis e aumentam em frequência. Aprimeira vez que ela sentiu pânico foi há pouco mais de três anos, quando se apressava para estar com sua avó nos últimos momentos antes de sua morte. Julie estava dirigindo sozinha em uma rodovia. Sentia como se tudo estivesse se mexendo em câmera lenta, como se os carros estivessem parados e as coisas ao seu redor parecessem irreais. Sentia falta de ar e distanciamento, mas era tão importante chegar ao destino que ela não ficou pensando como sentia até depois. Quando terminou o dia, ela refletiu sobre como teve sorte de não ter se acidentado. Algumas semanas mais tarde, o mesmo tipo de sensação aconteceu de novo quando ela dirigia na rodovia. Dessa vez, aconteceu sem a pressão de chegar à casa de sua avó moribunda. Isso a assustou, pois ela não conseguia explicar o que sentia. Julie estacionou à beira da estrada e telefonou para o marido, que veio encontrá-la. Ela o seguiu até a casa, sentindo-se ansiosa durante todo o trajeto.

Agora, Julie sente essas coisas em muitas situações. Ela descreve o que sente em seus ataques de pânico como sentimentos de irrealidade, dissociação, falta de ar, coração disparado e um medo generalizado do desconhecido. O que mais a assusta é a irrealidade. Consequentemente, Julie é sensível a qualquer coisa que produza tipos de sensações “irreais”, como a semiconsciência que acontece um pouco antes de se pegar no sono, o período em que a luz do dia muda para a noite, luzes ofuscantes, concentrar-se na mesma coisa por muito tempo, álcool ou drogas e estar ansiosa em geral. Ainda que tenha uma receita de Klonopin (clonazepam, um benzodiazepínico de alta potência), ela raramente a usa – se é que a usa – em função de seu medo geral de estar sob influência de uma droga ou de sentir um estado alterado de consciência. Ela quer estar o mais alerta possível em todos os momentos, mas sempre leva consigo o Klonopin para o caso de não ter outra forma de administrar o pânico. Não sai de casa sem o Klonopin. Julie é muito sensível em relação a seu corpo em termos gerais e fica com medo de qualquer sensação diferente das de sempre. Até o café, de que ela gostava, agora incomoda por causa de seus efeitos de agitação e excitação. Ela nunca foi muito de fazer exercícios, mas pensar em se exercitar agora é assustador. Julie relata que está constantemente esperando seu próximo ataque de pânico. Ela evita grandes rodovias, andando apenas em ruas que conhece. Limita-se a um raio de 15 km de casa. Evita

multidões e grupos grandes, em parte, em função de sentir que são demasiados os estímulos e, em parte, porque tem medo de entrar em pânico na frente dos outros. Em geral, prefere estar com o marido ou a mãe. Contudo, consegue fazer a maioria das coisas desde que esteja em sua zona “de segurança”.

Julie descreve como mudou, como está frágil e assustada agora. O único incidente semelhante a seus atuais ataques de pânico aconteceu quando ela tinha 20 e poucos anos e teve uma reação negativa à maconha. Julie ficou com muito medo da sensação de perda de controle e de nunca voltar à realidade. Desde então, não usou mais drogas. Fora isso, não há histórico de problemas de saúde graves nem tratamento psicológico anterior. Julie sentiu um pouco de ansiedade de separação e foi tímida desde a infância até a adolescência, mas sua ansiedade social melhorou depois dos 20 anos, a ponto de que até o início dos ataques de pânico, ela se sentia muito confortável com as pessoas de modo geral. Desde que começaram os ataques, Julie passou a se preocupar se os outros iriam notar que ela parece ansiosa. Entretanto, sua ansiedade social se limita a ataques de pânico e não reflete uma fobia social mais ampla.

Em geral, Julie tem bom apetite, mas seu sono é inquieto. Pelo menos uma vez por semana ela acorda de forma abrupta no meio da noite, sentindo falta de ar, assustada e tem grande dificuldade de dormir quando seu marido viaja. Além dos ataques de pânico, ela se preocupa com o marido e os filhos, embora estas sejam preocupações secundárias em relação a entrar em pânico e não sejam excessivas. Ela tem um pouco de dificuldade de se concentrar, mas em geral consegue funcionar em casa e no trabalho, por causa da familiaridade do ambiente e da segurança que sente na presença do marido. Julie trabalha meio expediente como gerente de uma empresa pertencente a ela e ao marido. Às vezes, deprime-se em função de seu pânico e as limitações sobre até onde pode viajar. Ocasionalmente, sente-se desesperançosa em relação ao futuro, com dúvidas sobre se algum dia conseguirá escapar da ansiedade. Embora a sensação de desesperança e o desgaste nunca durem mais do que alguns dias, Julie tem tido, em geral, um humor deprimido de nível baixo desde que sua vida passou a ser restrita pelos ataques de pânico.

A mãe de Julie e seu tio tinham ambos ataques de pânico quando eram jovens. Julie agora está preocupada porque seu filho mais velho está apresentando sinais de estar extremamente ansioso, hesitante em relação a tentar coisas novas ou passar um tempo fora de casa.

AVALIAÇÃO

A análise comportamental funcional depende de vários modos de avaliação, os quais descrevemos a seguir.

Entrevistas

Uma entrevista em profundidade é o primeiro passo para estabelecer características de diagnóstico e o perfil de respostas sintomáticas e comportamentais. Existem várias entrevistas semiestruturadas e completamente estruturadas. A Entrevista Estruturada para os Transtornos de Ansiedade para DSM-IV (*Anxiety Disorders Interview Schedule-ADIS-IV*; Di Nardo, Brown e Barlow, 1994) e para DSM-5 (ADIS-5; Brown e Barlow, no prelo) avalia principalmente os transtornos de ansiedade, de humor e somatoformes. Os transtornos psicóticos e de uso de drogas também são identificados por esse instrumento. A ADIS facilita a coleta das informações necessárias a um diagnóstico diferencial entre os transtornos de ansiedade e oferece uma forma de distinguir entre as formas clínicas e subclínicas de um transtorno. Dados sobre frequência, intensidade e duração de ataques de pânico, assim como detalhes sobre comportamento evitativo, estão embutidos dentro da ADIS; essa informação é necessária para adequar o tratamento à forma apresentada por cada indivíduo. O valor das entrevistas estruturadas está em sua contribuição para um diagnóstico diferencial e a confiabilidade interavaliadores. A concordância interavaliadores vai de satisfatória a excelente para os vários transtornos de ansiedade com o uso da ADIS-IV (Brown, Di Nardo, Lehman e Campbell, 2001) e análises semelhantes estão em andamento para a ADIS-5.

Da mesma forma, a Tabela de Esquizofrenia e Transtornos Afetivos – Versão para a Vida (*Schizophrenia and Affective Disorders Schedule – Lifetime Version*; modificada para o estudo da ansiedade) produz diagnósticos confiáveis para a maioria dos transtornos de ansiedade (as exceções são o transtorno de ansiedade generalizada e a fobia simples) (Manuzza, Fyer, Liebowitz e Klein, 1990), assim como a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM (*Structured Clinical Interview for DSM, SCID*), que cobre todos os transtornos mentais (First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1994) e será atualizada para os critérios diagnósticos do DSM-5.

O diagnóstico diferencial pode ser difícil porque, como descrito anteriormente, o pânico é um fenômeno ubíquo (Barlow, 1988) que ocorre em uma ampla variedade de transtornos emocionais. Não é incomum que as pessoas com fobias específicas, fobia social, transtornos de ansiedade generalizada, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de estresse pós-traumático informem ter ataques de pânico. Para Julie, havia uma pergunta de diagnóstico diferencial com relação à fobia social e transtorno de pânico e agorafobia. Na Figura 1.1, são mostradas as perguntas do ADIS-IV que tratam dessa diferenciação (as respostas de Julie estão em itálico).

Como se demonstra na Figura 1.1, Julie tem ataques de pânico em situações sociais e está preocupada com a possibilidade de ser avaliada negativamente por outras pessoas se sua ansiedade for visível. No entanto, apesar do histórico de timidez, seu desconforto social atual está baseado principalmente na possibilidade de entrar em pânico. Por isso, e porque ela cumpre os outros critérios de transtorno de pânico e agorafobia (ou seja, ataques de pânico não social/sem desencadeantes e apreensão generalizada em relação a futuros ataques), o desconforto social é melhor enquadrado no domínio de transtorno de pânico e agorafobia. Se Julie informasse que só tem ataques de pânico em situações sociais ou que só se preocupa com eles nessas situações, seria mais provável que o diagnóstico fosse de fobia social. Um relato de ataques de pânico sem fatores desencadeantes, bem como permanente preocupação com coisas que possa fazer ou dizer em situações sociais independentemente da ocorrência de pânico, estariam de acordo com um diagnóstico duplo de transtorno de pânico e agorafobia e fobia social. Em geral, pessoas com transtorno de pânico e agorafobia podem continuar a se sentir ansiosas, mesmo quando cumprem um papel passivo em um cenário social, ao passo que um paciente com fobia social tem mais probabilidades de se sentir relaxado quando não está no centro de atenção e não acha que vai ser avaliado ou julgado (Dattilio e Salas-Auvert, 2000).

Os mesmos tipos de questionamentos de diagnóstico são úteis para distinguir transtorno de pânico e agorafobia da claustrofobia. Outros diagnósticos que permitam diferenciação podem surgir em relação a transtornos somatoformes, problemas de saúde reais e transtornos da personalidade evitativa ou dependente.

Após a conclusão de uma avaliação diagnóstica, pode ser útil fazer uma avaliação dimensional especificamente concebida para o transtorno de pânico, como a Escala de Gravidade do Transtorno de Pânico (*Panic Disorder Severity Scale*, PDSS; Shear et al., 1997). Essa escala preenchida pelo clínico classifica sete áreas de resposta usando uma escala de classificação de gravidade de 0 a 4 pontos: frequência de ataques de pânico, desconforto, ansiedade antecipatória, medos agorafóbicos e relacionados a interocepção, comportamento evitativo e dificuldades profissionais e sociais. Um ponto de corte de 8 na PDSS identifica pacientes com transtorno de pânico com alta sensibilidade e especificidade aceitável (Shear et al., 2001).

Avaliação médica

A avaliação médica geralmente é recomendável, pois vários problemas de saúde devem ser descartados antes de se atribuir um diagnóstico de transtorno de pânico, incluindo problemas de tireoide, intoxicação

PARTES DA SESSÃO SOBRE TRANSTORNO DE PÂNICO ADIS-IV

Você tem, atualmente, momentos em que sente medo e desconforto súbitos? *Sim.*

Em que tipos de situações você sente essas coisas? *Dirigindo, principalmente em rodovias... sozinha, em casa... em festas ou em grupos de pessoas.*

Você alguma vez teve essas sensações “do nada”, sem razão aparente ou em situações em que não esperava que eles acontecessem? *Sim.*

Quanto tempo leva, geralmente, para o medo/desconforto súbito atingir seu nível máximo? *Varia, às vezes, alguns segundos e, outras vezes, parece ir crescendo mais devagar.*

Quanto tempo esse nível máximo de medo/desconforto costuma durar? *Depende de onde estou no momento. Se acontece quando estou sozinha, às vezes, termina em uns minutos ou mesmo segundos. Se estou em um grupo grande, parece durar até sair dali.*

No último mês, quanto você tem se preocupado ou quanto tem tido medo de ter outro ataque de pânico?

0	1	2	3	4	5	6	7	8
Sem preocupação/ Sem medo	Rara preocupação/ Medo leve		Preocupação ocasional/ Medo moderado		Preocupação frequente/ Medo grave		Preocupação constante/ Medo extremo	

PARTES DA SEÇÃO SOBRE FOBIA SOCIAL ADIS-IV

Em situações sociais nas quais você pode ser observada ou avaliada por outros, ou quando conhece pessoas novas, você sente medo, ansiedade ou nervosismo? *Sim.*

Você se preocupa demais que possa fazer e/ou dizer algo que a constranja ou humilhe na frente de outras pessoas, ou que possa fazê-las pensar mal de você? *Sim.*

O que preocupa você que possa acontecer nessas situações? *Que outros notem que estou ansiosa. Minha cara fica pálida, e meus olhos ficam estranhos, quando entro em pânico. Preocupo-me de perder o controle na frente dos outros e de que eles não saibam o que fazer.*

Você fica ansiosa com essas situações porque tem medo de ter um ataque de pânico inesperado? *Sim. (Um ataque de pânico ou que eu me sinta irreal?)*

Além de quando se expõe a essas situações, você já sentiu medo/ansiedade súbitos? *Sim.*

FIGURA 1.1 Respostas de Julie às perguntas do ADIS-IV.

por cafeína ou anfetaminas, suspensão de drogas ou feocromocitoma (um tumor raro das glândulas supra-renais). Além disso, certos problemas de saúde podem exacerbar o transtorno de pânico, embora ele provavelmente se mantenha mesmo quando os sintomas estejam sob controle médico. Prolapso da válvula mitral, asma, alergias e hipoglicemia estão nessa categoria. Segundo o modelo descrito anteriormente, esses problemas de saúde exacerbam o transtorno de pânico a ponto de provocar as sensações físicas temidas. Por exemplo, o prolapso da válvula mitral produz a sensação de *flutter*, a asma gera falta de ar e a hipoglicemia causa tontura e fraqueza, todos os quais coincidem com o sintoma de pânico e podem, portanto, tornar-se sinais condicionados para ele.

Automonitoramento

O automonitoramento é parte muito importante da avaliação e do tratamento do transtorno de pânico. A lembrança de episódios anteriores de pânico e ansiedade, especialmente quando acontece em condições de ansiedade, podem aumentar as estimativas sobre a frequência e a intensidade do pânico (Margraf et al., 1987; Rapee, Craske e Barlow, 1990). Esse aumento também pode contribuir para apreensão sobre futuros ataques de pânico. Em contraste, o automonitoramento constante costuma gerar estimativas mais precisas e menos infladas (para uma análise mais ampla do automonitoramento para pânico e ansiedade, ver Craske e Tsao, 1999). Também se acredita que o automonitoramento constante contribua para uma autoconsciência objetiva.

dem tomar conta: “Por que devo me fazer sentir pior me perguntando o quanto me sinto mal?”. No caso de Julie, a tarefa de automonitoramento foi particularmente difícil porque os sinais explícitos que lembravam sua ansiedade geraram fortes preocupações sobre perder o contato com a realidade.

A indução, a garantia de que a ansiedade em relação ao automonitoramento cederia com a manutenção desse automonitoramento e a ênfase no automonitoramento objetivo em lugar de subjetivo foram úteis para Julie. Além disso, a atenção do terapeuta às informações geradas e a orientação corretiva sobre o método no início de cada sessão de tratamento reforçaram o automonitoramento de Julie.

Inventários padronizados

Vários inventários de autoavaliação padronizados fornecem informações úteis para o planejamento do tratamento e são marcadores sensíveis de mudanças terapêuticas. O Índice de Sensibilidade à Ansiedade (*Anxiety Sensitivity Index*, Reiss, Peterson, Gursky e McNally, 1986) e o multidimensional *Anxiety Sensitivity Index-3* (Taylor et al., 2007) foram muito aceitos como medidas de traços de ansiedade, para crenças ameaçadoras em relação a sensações corporais. Ambos apresentam boas propriedades psicométricas e tendem a discriminar transtorno de pânico e agorafobia de outros tipos de transtornos de ansiedade (p. ex., Taylor et al., 1992; Telch, Sherman e Lucas, 1989), especialmente a subescala Preocupações Físicas (*Physical Concerns*, Zinbarg et al., 1997). Informações mais específicas sobre como determinadas sensações corporais são mais temidas e quais avaliações equivocadas ocorrem com mais frequência podem ser obtidas com o Questionário de Sensações Corporais e o Questionário de Cognições sobre Agorafobia, respectivamente (Chambless, Caputo, Bright e Gallagher, 1984). As duas escalas têm propriedades psicométricas de fortes a excelentes e são sensíveis a mudanças depois do tratamento (ver Keller e Craske, 2008). O Inventário de Mobilidade, (*Mobility Inventory*, Chambless, Caputo, Gracely, Jasin e Williams, 1985) lista situações agorafóbicas classificadas em termos de grau de evitação quando se está só ou quando se está acompanhado. Esse instrumento é muito útil para estabelecer hierarquias de exposição *in vivo* e, mais uma vez, tem suporte psicométrico.

Além disso, foram desenvolvidos dois inventários de autoavaliação padronizados úteis para o transtorno de pânico e para a agorafobia. O primeiro deles, o Questionário sobre Pânico e Fobia de Albany (*Albany Panic and Phobia Questionnaire*, Rapee, Craske e Barlow, 1995), avalia medo e evitação de atividades que produzam sensações corporais temidas (p. ex.,

exercícios, caféina), assim como agorafobia mais típica e situações sociais. A análise fatorial confirmou três fatores distintos denominados agorafobia, fobia social e medos interoceptivos. O questionário tem propriedades psicométricas adequadas e é útil para distinguir a evitação agorafóbica da interoceptiva. O segundo, o Questionário de Controle da Ansiedade (*Anxiety Control Questionnaire*), avalia a perda de controle percebida relacionada à ansiedade, como reações emocionais internas ou sinais externamente ameaçadores (Rapee, Craske, Brown e Barlow, 1996). Essa escala é elaborada para avaliar lócus de controle, mas de maneira mais específica e dirigida, relevante para a ansiedade e seus transtornos se comparada a escalas mais gerais de lócus de controle. Uma versão revisada de 15 itens gera três fatores – controle de emoções, controle de ameaças e controle de estresse – com dimensão de ordem mais elevada de controle percebido (Brown, White, Forsyth e Barlow, 2004). Mudanças nessa escala antes e depois do tratamento indicaram reduções na comorbidade no seguimento em um estudo (Craske et al., 2007). Uma análise mais detalhada de cada questionário listado aqui e a avaliação completa para transtorno de pânico e agorafobia são apresentadas por Keller e Craske (2008).

Testes comportamentais

O teste comportamental é uma medida útil do grau de evitação de gatilhos interoceptivos específicos e situações externas. Os testes de aproximação comportamental podem ser padronizados ou adaptados a cada pessoa. O teste comportamental padronizado para a evitação agorafóbica geralmente envolve caminhar ou dirigir em um trajeto determinado, como um quilômetro ao redor do *setting* clínico. Os testes comportamentais padronizados para ansiedade em relação a sensações físicas envolvem exercícios que induzem sintomas semelhantes ao pânico, como girar em círculos, correr no mesmo lugar, hiperventilar e respirar por um canudo (Barlow e Craske, 2006). Os níveis de ansiedade são classificados em intervalos regulares durante os testes comportamentais e medem-se a distância ou tempo reais. A desvantagem dos testes de comportamento padronizados é que a tarefa específica pode não ser relevante a todos os pacientes (p. ex., uma caminhada ou corrida de 1 km sem sair do lugar pode provocar só ansiedade leve em alguns, mas muito desconforto em outros); daí o valor das tarefas formuladas para cada pessoa. No caso da agorafobia, isso geralmente demanda tentativas de três a cinco situações individualizadas que o paciente tenha identificado como situadas entre *um pouco difíceis* e *extremamente difíceis*, como dirigir um trecho médio em uma rodovia, esperar em uma fila de banco ou fazer compras em

um supermercado por 15 minutos. Para ansiedade em relação a sensações físicas, os testes comportamentais individualizados implicam exercícios projetados especificamente para induzir as sensações mais temidas por determinado paciente (p. ex., tampões de nariz para induzir sensações de dificuldade respiratória). Assim como acontece com os testes padronizados, os níveis permanentes de ansiedade e o grau de comportamento de aproximação são medidos com relação a testes comportamentais individualizados.

Os testes comportamentais individualizados são mais informativos para a prática clínica, embora confundam comparações entre sujeitos para fins de pesquisa. Os testes comportamentais são um suplemento importante para a autoavaliação da evitação agorafóbica, já que os pacientes tendem a subestimar o que realmente atingem (Craske et al., 1988). Além disso, costumam revelar importantes informações para o planejamento de tratamentos, das quais o indivíduo ainda não está plenamente ciente. Por exemplo, a tendência a se manter próximo aos apoios, como corrimãos ou paredes, pode não ser visível até que se observe o paciente caminhar em um *shopping center*. No caso de Julie, a importância das mudanças entre o dia e a noite não apareceu até que se pediu que ela dirigisse em um trecho de estrada em um teste comportamental. Sua resposta foi que já era muito tarde para dirigir, porque o entardecer fazia com que ela sentisse como se as coisas fossem irreais. Da mesma forma, só quando ela fez um teste comportamental reconheceu-se a importância do ar condicionado quando ela dirigia. Julie achava que o ar fresco no seu rosto a ajudava a manter “contato com a realidade”. Por fim, observamos que sua postura física enquanto dirigia era um fator que contribuía para a ansiedade: seus ombros estavam encolhidos, ela se inclinava sobre a direção e a agarava com muita força. Todos esses itens foram visados no tratamento: dirigir ao entardecer foi incluído em sua hierarquia; o ar condicionado foi considerado um sinal de segurança do qual ela deveria ser desligada; e dirigir em uma posição mais relaxada tornou-se parte de sua exposição com vistas ao domínio.

Psicofisiologia

As medidas fisiológicas contínuas não são ferramentas muito práticas para os clínicos, mas podem proporcionar informações importantes. Em particular, a discrepância descrita antes entre relatórios de sintomas e excitação fisiológica real (ou seja, relatos de aceleração dos batimentos cardíacos na ausência de aceleração cardíaca real) pode servir como demonstração terapêutica do papel da atenção e da cognição na produção de sintomas. Igualmente, os registros reais oferecem dados para se refutarem avaliações equivocadas como “é como se o meu coração batesse

tão rápido que fosse explodir” ou “tenho certeza de que minha pressão sanguínea fica tão alta que poderia ter um derrame a qualquer momento”. Por fim, os níveis basais de funcionamento fisiológico, que às vezes são desregulados em pessoas ansiosas, podem ser medidas sensíveis de resultados de tratamento (p. ex., Craske, Lang et al., 2015).

Análise funcional

Os vários métodos de avaliação proporcionam material para uma análise funcional completa de Julie. Especificamente, a topografia de seu ataque de pânico é a seguinte: os sintomas mais comuns são uma sensação de irreabilidade, falta de ar e aceleração dos batimentos cardíacos. A frequência média é de três por semana. Cada ataque dura, em média, entre poucos segundos e cinco minutos, se ela não estiver em um grupo grande de pessoas, caso em que as sensações de pânico duram até ela sair do grupo. Em termos de apreensão, Julie se preocupa com o pânico durante 75% do dia e, em geral, espera ataques de pânico, mas já teve ataques inesperados. Ela tem antecedentes situacionais e internos para seus ataques. Os primeiros incluem dirigir em rodovias, grupos de pessoas, estar só, principalmente à noite, restaurantes, ver o entardecer, ler e se concentrar por longos períodos e atividade aeróbica. Os antecedentes internos incluem flutuação dos batimentos cardíacos, sensações de vertigem, fome, fraqueza por falta de comida, preocupações com grandes terremotos, pensar que não é capaz de dar conta desse problema por muito tempo e raiva. Suas avaliações equivocadas em relação a sintomas de pânico incluem as crenças de que nunca voltará à normalidade, de que vai enlouquecer ou perder o controle e que outros vão achar que ela é esquisita. Sua reação aos ataques se dá por meio de comportamentos de fuga, como estacionar na beira da estrada, ir embora de restaurantes e outros lugares lotados, telefonar para o marido ou para a mãe e ver se tem seu Klonopin (Clonazepam). Suas reações comportamentais à previsão dos ataques de pânico incluem evitar dirigir sozinha por longas distâncias, evitar ruas e estradas desconhecidas ao entardecer, lugares lotados, exercício, tempo em silêncio, ficar sem nada para fazer e realizar uma mesma coisa por muito tempo. Além disso, ela tenta não pensar em ansiedade nem em sensação de irreabilidade. Seus sinais de segurança e comportamentos de busca de segurança incluem ter sempre à mão o Klonopin, sempre saber onde está seu marido e deixar ligado o ar condicionado. As consequências de seu transtorno de pânico com agorafobia afetam sua família. O marido está preocupado e a apoia, mas a mãe acha que ela deveria dar um jeito nisso porque “está tudo na sua cabeça”.

Além disso, Julie trabalha, mas reduziu o número de horas, desloca-se menos e socializa muito menos com as pessoas. Seu humor geral inclui alguma dificuldade de se concentrar e de dormir, inquietude, dores de cabeça e musculares. Ocasionalmente, fica chorosa, triste e desanimada, e, em geral, sente-se para baixo.

COMPONENTES DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Os componentes da terapia cognitivo-comportamental descritos aqui são integrados a seguir em um programa de tratamento sessão por sessão.

Educação

O tratamento começa com informações sobre a natureza do transtorno de pânico, as causas do pânico e da ansiedade e as formas como ambos são perpetuados por ciclos de *feedback* entre sistemas de respostas físicas, cognitivas e comportamentais. São apresentadas descrições específicas da fisiologia da resposta luta/fuga, bem como uma explicação do valor adaptativo das várias mudanças fisiológicas durante o pânico e a ansiedade. O propósito dessa educação é corrigir os mitos e as concepções equivocadas que são comuns sobre os sintomas de pânico (i. e., crenças sobre enlouquecer, morrer e perder o controle) que contribuem para o pânico e a ansiedade. O valor de sobrevivência das reações de alarme (ataques de pânico) é enfatizado.

A educação também faz a distinção entre o estado de ansiedade e a emoção do medo/pânico, tanto em termos conceituais quanto de seus três modos de resposta (subjetivo, fisiológico e comportamental). Essa distinção é central ao modelo do transtorno de pânico e ao restante do tratamento. A ansiedade é considerada um estado de preparação para ameaças futuras, ao passo que o pânico é a emoção luta/fuga gerada pela ameaça iminente. O pânico/medo é caracterizado por percepção ou consciência de ameaça iminente, descarga autonômica súbita e comportamento fuga/luta. Em contraste, ansiedade é caracterizada por percepções de ameaça futura e tensão crônica, cautela, evitação e prejuízo ao desempenho.

Automonitoramento

O automonitoramento é considerado essencial para o modelo do cientista pessoal da terapia cognitivo-comportamental. O automonitoramento é introduzido como forma de melhorar a autoconsciência objetiva e aumentar a precisão na auto-observação. Como observado anteriormente, pede-se que os pacientes tenham pelo menos dois tipos de registros. O primeiro, o Registro de Ataques de Pânico, é preenchido o mais rapidamente possível após um ataque. Esse registro dá uma descrição de gatilhos, desconforto máximo,

sintomas, pensamentos e comportamentos. O segundo, o Registro de Humor Diário, é preenchido no fim de cada dia para registrar níveis gerais ou médios de ansiedade, depressão ou qualquer outro aspecto que se considere importante relatar. Além disso, os pacientes podem ter um registro diário de atividades ou situações realizadas ou evitadas.

Treinamento respiratório e treinamento respiratório assistido por capnometria

O retreinamento da respiração é um componente central no início dos tratamentos para controle do pânico porque muitos pacientes descrevem sintomas de hiperventilação como muito semelhantes a seus sintomas de ataques de pânico. Vale a pena observar, contudo, que relatar sintomas de hiperventilação nem sempre representa com precisão a fisiologia da hiperventilação: somente 50% ou menos dos pacientes apresentam reduções reais nos valores expiratórios finais de CO₂ durante ataques de pânico (Hibbert e Pilsbury, 1989; Holt e Andrews, 1989; Hornsvelt, Garssen, Fiedelij Dop e van Spiegel, 1990).

Em conceituações iniciais, os ataques de pânico foram relacionados a mudanças respiratórias induzidas pelo estresse, que provocavam medo porque são percebidas como ameaçadoras ou porque aumentam o medo já provocado por outros estímulos fóbicos (Clark, Salkovskis e Chalkley, 1985). Vários estudos ilustraram um efeito positivo do retreinamento da respiração, envolvendo exercícios respiratórios abdominais lentos (p. ex., Kraft e Hoogduin, 1984). O valor do retreinamento de respiração foi questionado posteriormente. Por exemplo, diversos estudos sugeriram que acrescentar retreinamento de respiração, por si só, não melhorou a exposição *in vivo* (p. ex., de Beurs, van Balkom, Lange, Koele e van Dyck, 1995). Conclui-se que o retreinamento de respiração foi ligeiramente menos eficaz do que a exposição interoceptiva quando cada um deles foi adicionado a reestruturação cognitiva e exposição *in vivo* (Craske, Rowe, Lewin e Noriega-Dimitri, 1997), e, em outro estudo, a inclusão do retreinamento de respiração resultou em resultados inferiores aos da terapia cognitivo-comportamental sem retreinamento de respiração, embora os resultados não tenham sido robustos (Schmidt et al., 2000). A partir de sua avaliação da eficácia e mecanismos de ação, Garssen, de Ruiter e van Dyck (1992) concluíram que o retreinamento de respiração provavelmente causa mudanças não pelo respirar em si, e sim por meio de distração e/ou uma sensação de controle. Assim, o retreinamento de respiração não é mais considerado um componente central da terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico. Além disso, por poder ser mal usado para evitar sintomas

físicos, ele pode mesmo ser antiterapêutico. Dito isso, pode haver ocasiões em que o retreinamento de respiração seja uma ferramenta útil, como, por exemplo, para o indivíduo que apresenta sinais evidentes de respiração irregular (p. ex., respiração rápida e superficial, respirações profundas frequentes), desde que o retreinamento de respiração não se torne um método de evitação ou de busca de segurança.

Ao contrário do retreinamento de respiração tradicional, o treinamento respiratório assistido por capnometria (CART) tem como alvo a desregulação respiratória, principalmente a hipocapnia (Meuret, Rosenfield, Seidel, Bhaskara e Hofmann, 2010; Meuret, Wilhelm, Ritz e Roth, 2008). O CART é um treinamento breve, de quatro semanas, que usa *feedback* imediato de pressão expiratória final de CO_2 (pCO_2) para ensinar os pacientes a aumentar os seus níveis subnormais de pCO_2 (hiperventilação) e, assim, obter controle sobre padrões respiratórios disfuncionais e sintomas associados ao pânico (p. ex., falta de ar, tontura). O dispositivo, um capnômetro portátil, oferece *feedback* respiração-a-respiração de CO_2 expirado e taxa de respiração (ambos medidos através de uma cânula nasal). Em razão de o CART ser novo, os ensaios randomizados controlados são limitados, mas promissores. Em um primeiro estudo randomizado controlado, Meuret e colaboradores (2008) testaram a eficácia de quatro semanas do CART ($N = 20$) em comparação a um grupo-controle de lista de espera adiada (GC, $N = 17$). O CART, mas não o GC, levou a aumentos sustentados dos níveis de pCO_2 e reduziu a gravidade e a frequência do pânico. Reduções na gravidade dos sintomas de pânico (PDSS; Shear et al., 1997) foram comparáveis à terapia cognitivo-comportamental padrão e as melhorias foram mantidas no seguimento de 12 meses. Em um segundo estudo, os pacientes com transtorno de pânico foram designados aleatoriamente para receber quatro semanas de CART ($N = 21$) ou terapia cognitiva ($N = 20$). Quatro semanas iniciais de treinamento de habilidades foram seguidas por três sessões de exposição *in vivo* e uma quarta sessão em um seguimento de dois meses. O treinamento para a aquisição das respectivas habilidades levou a reduções significativas e comparáveis na gravidade dos sintomas de pânico e cognições relacionadas ao pânico, independentemente da modalidade. No entanto, apenas o CART, e não a terapia cognitiva, levou a uma correção dos níveis hipocapnêicos de pCO_2 (Meuret et al., 2010; Seidel, Rosenfield, Bhaskara, Hofmann e Meuret, 2009). Todavia, a avaliação do grau em que o CART potencializa a terapia de exposição (em relação a apenas terapia de exposição) ainda precisa de testagem.

Relaxamento aplicado

O chamado relaxamento aplicado mostrou bons resultados como tratamento para ataques de pânico. Dois estudos de Öst (Öst e Westling, 1995; Öst, Westling e Hellsström, 1993) indicam que o relaxamento aplicado foi tão eficaz quanto a exposição *in vivo* e a terapia cognitiva. Em comparação, Barlow e colaboradores (1989) concluíram que o relaxamento muscular progressivo (RMP) é relativamente ineficaz para ataques de pânico, embora tenhamos excluído todas as formas de exposição interoceptiva da hierarquia de tarefas às quais o RMP foi aplicado, o que não é necessariamente o caso dos estudos de Öst. Clark e colaboradores (1994) concluíram que a terapia cognitiva foi superior ao RMP aplicado quando realizada com quantidades iguais de exposição *in vivo*, ao passo que Beck, Stanley, Baldwin, Deagle e Averill (1994) encontraram muito poucas diferenças entre terapia cognitiva e RMP quando cada uma delas foi administrada sem procedimentos de exposição.

Reestruturação cognitiva

A reestruturação cognitiva é um conjunto de habilidades no qual os pacientes aprendem a reconhecer erros cognitivos e gerar explicações alternativas e não catastróficas para as sensações que são temidas durante os ataques de pânico. A terapia cognitiva começa com uma argumentação sobre o tratamento e uma discussão do papel dos pensamentos na geração de emoções. A seguir, os pensamentos são reconhecidos como hipóteses e não como fatos, estando, portanto, abertos a questionamento e refutação. Institui-se o automonitoramento detalhado das emoções e das cognições associadas a elas para identificar crenças, avaliações e suposições específicas. Uma vez identificadas, as cognições relevantes são classificadas em tipos de erros comuns que ocorrem durante emoção forte, tais como superestimativas de risco de eventos negativos ou catastrofização do significado dos acontecimentos. O processo de categorização ou rotulagem de pensamentos é coerente com o modelo de cientista pessoal e facilita uma perspectiva objetiva pela qual a validade dos pensamentos pode ser avaliada. Assim, ao rotular o tipo de distorção cognitiva, o paciente é incentivado a usar uma abordagem empírica para examinar a validade de seus pensamentos considerando todas as evidências disponíveis. Os terapeutas usam o questionamento socrático para ajudar os pacientes a fazer descobertas orientadas e a questionar seus pensamentos ansiosos. A seguir, geram-se outras hipóteses alternativas baseadas em evidências. Além de avaliações superficiais (p. ex., “Aquela pessoa está franzindo a testa para mim porque parece bobo”), crenças ou esquemas centrais (p. ex., “Eu não sou forte o suficiente para suportar mais desconforto” ou “Eu sou desagradável”)

são questionados da mesma maneira. É importante ressaltar que a reestruturação cognitiva não pretende ser um meio direto de minimizar medo, ansiedade ou sintomas desagradáveis. Em vez disso, visa a corrigir o pensamento distorcido; com o tempo, espera-se que o medo e a ansiedade diminuam, mas sua diminuição não é o primeiro objetivo da terapia cognitiva.

A terapia cognitiva costuma ser combinada com técnicas comportamentais (p. ex., *experimentos comportamentais, testagem de hipóteses e instruções* que envolvam exposição) que complicam a testagem direta da eficácia da terapia cognitiva em sua forma “pura” (p. ex., Hoffart, Sexton, Hedley e Martinsen, 2008; Hofmann et al., 2007; Öst et al., 1993; Teachman, Marker e Smith-Janik, 2008). No entanto, há evidências de que o treinamento em procedimentos cognitivos totalmente isolados em relação à exposição e procedimentos comportamentais é eficaz na redução de aspectos de pânico (Beck et al., 1994; Meuret et al., 2010; Salkovskis, Clark e Hackmann, 1991; van den Hout, Arntz e Hoekstra, 1994). Da mesma forma, em um estudo realizado por Bouchard e colaboradores (1996), a reestruturação cognitiva foi tão eficaz quanto a terapia de exposição na redução dos sintomas do pânico. No entanto, os efeitos da terapia cognitiva isolada sobre a agorafobia não são claros. Um estudo concluiu que a terapia cognitiva foi menos eficaz do que a terapia de exposição para agorafobia (Williams e Falbo, 1996). Outro estudo (Hoffart, 1995) concluiu que a terapia cognitiva foi tão eficaz quanto a exposição ao domínio guiado aplicada intensivamente ao longo de seis semanas em indivíduos com agorafobia moderada a grave, embora alguns elementos da exposição (p. ex., testes de hiperventilação para provocar sensações) tenham sido incluídos na condição da terapia cognitiva. Alguns estudos avaliaram os efeitos da terapia cognitiva combinada com exposição, em comparação com apenas exposição ou combinada com outras habilidades de enfrentamento. Na maioria das vezes, a terapia cognitiva combinada com a exposição não produz um benefício adicional em relação a apenas exposição *in vivo* (Öst, Thulin e Ramnero, 2004; van den Hout et al., 1994; ver Murphy et al., 1998, para uma exceção).

Exposição

A exposição é uma fase fundamental do tratamento e, uma vez começada, constitui um dos principais focos das sessões, assim como do trabalho de casa entre cada sessão, já que a prática de exposição limitada tem poucos benefícios e pode até ser prejudicial. A exposição tem por objetivo refutar avaliações equivocadas e extinguir respostas emocionais condicionadas a situações e contextos externos, por meio

de exposição *in vivo*, assim como sensações corporais, por meio de exposição interoceptiva. Evidências cada vez maiores sugerem que exposição representa o componente mais poderoso da terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e agorafobia, incluindo metanálises que não mostram qualquer benefício adicional, seja da reestruturação cognitiva ou de habilidades de enfrentamento somáticas, além de apenas terapia de exposição (Norton e Price, 2007). Um extenso estudo relatou uma relação entre exposição e melhoria em agorafobia relacionada à resposta à dose (Gloster et al., 2011).

Exposição *in vivo*

Exposição *in vivo* se refere à exposição repetida e sistemática na vida real. Nesse caso, a situações agorafóbicas. Como indicado nos estudos revisados anteriormente, uma longa história de pesquisa estabeleceu a eficácia de exposição *in vivo* para a agorafobia.

Com mais frequência, a exposição *in vivo* é realizada de maneira gradual, avançando das situações que menos provocam ansiedade às que mais a provocam, em uma hierarquia de evitação. Entretanto, há evidências que sugerem que a exposição intensa ou não gradual pode ser eficaz. Em um estudo realizado por Feigenbaum (1988), as sessões de tratamento foram realizadas em formato concentrado de 6 a 10 dias consecutivos. Um grupo recebeu exposição não gradual ($N = 25$), começando com os itens mais temidos das hierarquias de evitação. Outro grupo recebeu exposição gradual ($N = 23$), começando com os itens menos temidos. Aproximadamente um terço da amostra muito agorafóbica ficava em casa na época da avaliação inicial. No pós-tratamento, oito meses mais tarde, as condições se mostraram igualmente eficazes (embora, curiosamente, o grupo que recebeu a exposição gradual tenha considerado o tratamento mais desconfortável). Entretanto, a exposição não gradual foi claramente superior em uma avaliação de seguimento de cinco anos: 76% do grupo intensivo, comparados a 35% do grupo gradual, informaram estar completamente livres de sintomas. Quando se acrescentaram 104 sujeitos ao formato de exposição intensiva, os mesmos resultados foram obtidos. De 129 sujeitos, 78% informaram estar completamente livres de sintomas cinco anos depois. Esse conjunto dramático de resultados sugere que uma abordagem intensiva, que tem probabilidades de gerar níveis mais altos de excitação do que uma abordagem gradual, pode ser muito benéfica (pelo menos quando realizada em formato concentrado). Infelizmente, a validade de medidas de resultado nesse estudo é um pouco questionável e ainda é necessário verificar uma replicação por parte de investigadores independentes.

A quantidade de tempo dedicada à exposição *in vivo* depende muito do perfil da agorafobia do paciente. Obviamente, pacientes com agorafobia mais grave necessitam de mais tempo.

Exposição interoceptiva

Na exposição interoceptiva, o objetivo é induzir deliberadamente sensações físicas temidas em quantidade e tempo suficientes para que as interpretações equivocadas sobre as sensações sejam refutadas e se extingam as respostas ansiosas condicionadas. Uma lista padrão de exercícios, como hiperventilar e girar, é usada para estabelecer uma hierarquia de exposições interoceptivas. Com uma abordagem gradual, a exposição começa com exercícios físicos que gerem menos desconforto e continua com os que gerem mais. É essencial que o paciente suporte as sensações além do ponto em que elas são notadas pela primeira vez, durante, pelo menos, 30 segundos a 1 minuto, porque o encerramento antecipado da tarefa pode eliminar a oportunidade de aprender que as sensações não são prejudiciais e que a ansiedade pode ser tolerada. O exercício é seguido por uma discussão sobre o que o paciente aprendeu das sensações físicas. Esses exercícios interoceptivos são praticados diariamente fora da sessão de terapia para consolidar o processo de aprendizagem. A exposição interoceptiva se estende a atividades naturalistas que induzem sensações somáticas (p. ex., consumo de cafeína, exercício).

Uma série de estudos relatou os efeitos da exposição interoceptiva independente de outras estratégias terapêuticas. Inicialmente, Bonn, Harrison e Rees (1971) e Haslam (1974) observaram uma redução bem-sucedida da reatividade com repetidas infusões de lactato de sódio (droga que produz sensações corporais semelhantes ao pânico), mas o pânico não foi monitorado nessas investigações. Griez e van den Hout (1986) compararam seis sessões de inalação de CO₂ graduadas com um regime de tratamento com propranolol (um betabloqueador escolhido porque suprime os sintomas induzidos pelas inalações de CO₂), ambos conduzidos no decorrer de duas semanas. O tratamento por inalação de CO₂ resultou em uma redução média de 12 para quatro ataques de pânico, o que é superior aos resultados do propranolol. Além disso, o tratamento por inalação resultou em reduções significativamente maiores no medo informado de sensações. Uma avaliação de seguimento de seis meses sugeriu a sustentação dos ganhos do tratamento, embora a frequência de pânico não tenha sido relatada. Beck e Shipherd (1997) também encontraram efeitos positivos de inalações repetidas de CO₂, embora com pouco efeito sobre a agorafobia (Beck, Shipherd e

Zebl, 1997). Broocks e colaboradores (1998) testaram os efeitos do exercício (com contato de apoio, uma vez por semana, de um terapeuta) em comparação a clomipramina ou placebo no decorrer de 10 semanas. O grupo de exercícios foi treinado para correr 6 km, três vezes por semana. Apesar do abandono (31%), foi mais eficaz do que a condição do placebo, mas a clomipramina foi superior ao exercício.

Na primeira comparação com outros tratamentos cognitivos e comportamentais, Barlow e colaboradores (1989) compararam RMP aplicado, exposição interoceptiva, mais retreinamento de respiração com reestruturação cognitiva, sua combinação com RMP aplicado e uma lista de espera como controle, em uma amostra com transtorno de pânico com agorafobia limitada. As duas condições que envolviam exposição interoceptiva, o retreinamento da respiração e a reestruturação cognitiva, foram significativamente superiores às condições de RMP aplicado e lista de espera. Os resultados se mantiveram 24 meses depois de completado o tratamento para o grupo que recebeu exposição interoceptiva, retreinamento de respiração e reestruturação cognitiva sem RMP, enquanto o grupo combinado tendeu a se deteriorar no seguimento (Craske, Brown e Barlow, 1991). Como já foi mencionado, comparamos a exposição interoceptiva, a terapia cognitiva e a exposição *in vivo* ao retreinamento de respiração, à terapia cognitiva e à exposição *in vivo* para indivíduos com níveis diferentes de agorafobia. A condição que incluía exposição interoceptiva foi levemente superior a retreinamento de respiração no pós-tratamento e seis meses depois (Craske et al., 1997). Da mesma forma, Ito, Noshirvani, Basoglu e Marks (1996) encontraram uma tendência para aqueles que acrescentaram exposição interoceptiva à sua exposição autodirigida *in vivo* e retreinamento de respiração para aumentar a possibilidade de alcançar pelo menos 50% de melhoria no medo fóbico e na evitação. Entretanto, a combinação da educação da respiração, retreinamento de respiração e a exposição interoceptiva repetida à hiperventilação não aumentaram a eficácia da exposição *in vivo* para a agorafobia (de Beurs, Lang, van Dyck e Koele, 1995).

A exposição interoceptiva, atualmente, é um componente-padrão da terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico (p. ex., Barlow et al., 2000; Craske, Lang, Aikins, e Mystkowski, 2005), embora diferentes grupos deem ênfases distintas à exposição interoceptiva, alguns deles a enfatizam como forma de extinguir respostas de medo (Barlow e Craske, 2006), e outros, como veículo para refutar avaliações equivocadas (Clark, 1996).

Otimizando a aprendizagem durante a exposição

Nossa visão sobre os mecanismos da terapia de exposição evoluiu ao longo do tempo. Uma das teorias mais influentes é a teoria do processamento emocional, que enfatizou a habituação de responder ao medo dentro de um teste de exposição como precursor necessário para a habituação ao longo das sessões de tratamento, o que, por sua vez, leva à aprendizagem corretiva de longo prazo (Foa e Kozak, 1986; Foa e McNally, 1996). Mais recentemente, temos enfatizado a otimização da aprendizagem inibidora e sua recuperação de formas que não dependam necessariamente de reduções de medo em testes de exposição (Craske et al., 2008); discutiremos essa abordagem posteriormente.

A teoria do processamento emocional enfatiza mecanismos de habituação como precursores da correção cognitiva. Especificamente, a teoria do processamento emocional propõe que os efeitos da terapia de exposição derivam da ativação de uma *estrutura de medo* e da integração de informações que são incompatíveis com ela, resultando no desenvolvimento de uma estrutura sem medo, que substitui a original ou concorre com ela. As informações incompatíveis derivam inicialmente da habituação na sessão ou da redução da resposta ao medo com a exposição prolongada ao estímulo de medo. A habituação na sessão é vista como um pré-requisito para a segunda informação incompatível que decorre da habituação entre sessões ao longo de repetidas ocasiões de exposição. A habituação entre sessões formaria a base para a aprendizagem de longo prazo e seria mediada por mudanças de “sentido” ou menor probabilidade de dano (ou seja, risco) e negatividade (i. e., valência) reduzida do estímulo. A teoria do processamento emocional orienta os clínicos a se concentrar na elevação inicial do medo seguida por reduções do medo, na sessão e entre sessões, como sinais de sucesso do tratamento. Embora sedutora em sua validade aparente, a teoria tem tido suporte inconstante, na melhor das hipóteses (Craske et al., 2008; Craske, Liao, Brown e Vervliet, 2012). Em vez disso, as evidências sugerem que a quantidade em que o medo habitua do início até o fim de uma prática de exposição não é um bom preditor de resultados gerais e que as evidências de habituação entre sessões são contraditórias (Craske et al., 2008, 2012).

Um retorno à ciência da aprendizagem e da extinção do medo pode ajudar a explicar os efeitos da terapia de exposição e, assim, otimizar sua implementação. Acredita-se, agora, que a aprendizagem inibitória é central para a extinção (Bouton, 1993). As vias inibitórias também são reconhecidas na neurobiologia da extinção do medo (ver Sotres-Bayon, Cain e LeDoux, 2006). Em uma abordagem de condicionamen-

to pavloviano, a aprendizagem inibidora significa que a associação original estímulo condicionado-estímulo não condicionado (EC-ENC) aprendida durante o condicionamento para o medo não é apagada durante a extinção, e sim permanece intacta enquanto se desenvolve uma nova aprendizagem secundária sobre o EC-ENC (Bouton, 1993). O grau em que as associações inibidoras moldam o medo de responder no reteste (o índice de força e estabilidade da nova *aprendizagem*) é independente dos níveis de medo expressos ao longo da extinção; em vez disso, depende de fatores como contexto e tempo.

Com base no modelo de extinção de recuperação inibidora, os resultados podem ser melhorados por meio de estratégias que não dependam da redução do medo dentro de um teste de exposição (Craske et al., 2008, 2012). Na verdade, a redução do medo pode se tornar um comportamento de segurança para pessoas com transtorno de pânico (já que erradica a própria coisa que se teme), de tal modo que um objetivo mais apropriado pode ser manter níveis elevados de medo e ansiedade a fim de refutar a expectativa de consequências negativas. Uma possibilidade translacional é a *extinção aprofundada* (Rescorla, 2006), na qual múltiplos estímulos condicionais do medo são inicialmente extintos em separado, antes de combinados durante a extinção, e em estudos com animais, diminuem a recuperação espontânea e o restabelecimento do medo. Na verdade, isso é essencialmente o que se faz quando exposição interoceptiva é realizada em situações agorafóbicas temidas (Barlow e Craske, 1994), e dados experimentais recentes sustentam os efeitos benéficos da extinção aprofundada em estudos de condicionamento humano (Culver, Vervliet e Craske, no prelo).

Além disso, os efeitos da terapia de exposição podem ser potencializados pela prevenção ou remoção de *sinais de segurança* ou *comportamentos de segurança*. Sinais e comportamentos de segurança comuns para pacientes com transtorno de pânico são a presença de outra pessoa, terapeutas, medicamentos ou alimentos ou bebidas. Na literatura experimental, sinais de segurança aliviam o desconforto no curto prazo, mas quando não estão mais presentes, o medo retorna (Lovibond, Davis e O’Flaherty, 2000), um efeito que pode derivar, em parte, da interferência no desenvolvimento de associações inibidoras. Em amostras fóbicas, a disponibilidade e o uso de sinais e comportamentos de segurança tem demonstrado ser prejudicial à terapia de exposição (Sloan e Telch, 2002), ao passo que instruções para evitar o uso de comportamentos de segurança melhoraram os resultados (Salkovskis, 1991). Da mesma forma, o uso de sinais de segurança foi associado a

piores resultados para pânico (Helbig-Lang e Petermann, 2010). No entanto, dados recentes têm apresentado conclusões contraditórias (Rachman, Shafran, Radomsky e Zysk, 2011).

Outras opções incluem a variabilidade de estímulos ao longo da exposição já que a variabilidade demonstrou aumentar a capacidade de armazenamento de informações recém-aprendidas. Dois estudos com situações clínicas análogas demonstraram benefícios positivos em termos de recuperação espontânea (Lang e Craske, 2000; Rowe e Craske, 1998), enquanto um terceiro só mostrou tendências (Kircanski et al., 2011). No tratamento do transtorno de pânico com agorafobia, isso sugere a realização de exposição para durações variadas, em diferentes níveis de intensidade, em vez de continuar a exposição de uma situação até que o medo seja reduzido antes de passar à próxima situação. Observe-se que essa variabilidade normalmente provoca níveis mais altos de ansiedade durante a exposição, mas sem efeitos prejudiciais e, por vezes, com efeitos benéficos no longo prazo.

Com base em evidências de que a extinção do medo é reduzida por antagonistas dos receptores de glutamato na amígdala, Walker e Davis (2002) testaram e demonstraram que agonistas de drogas dos mesmos receptores e, em particular, a D-cicloserina, potencializam a extinção em estudos com animais. Em uma metanálise da eficácia da D-cicloserina para transtornos de ansiedade, Norberg, Krystal e Tolin (2008) relataram tamanhos de efeito de $d = 0,60$ em pós-tratamento e $0,47$ no seguimento em amostras de ansiedade clínica. A D-cicloserina, combinada à exposição interoceptiva para os pacientes com pânico, resultou em uma maior redução na gravidade dos sintomas e maior probabilidade de se chegar a uma mudança de estado clínico no pós-tratamento e em seguimento de um mês, em comparação com exposição mais placebo (Otto et al., 2010). Foi demonstrado que a D-cicloserina tem efeitos positivos sem influenciar o nível de medo durante a exposição, em si.

Várias opções foram testadas para potencializar a recuperação da memória de extinção. Uma opção durante o treinamento para extinção é incluir sinais de recuperação para ser usados em outros contextos, quando terminar. Isso demonstrou ser eficaz em estudos em animais e estudos de condicionamento humano (ver Craske et al., 2012, para uma revisão). Em amostras clínicas análogas, os efeitos de um sinal de recuperação na renovação de contexto foram muito fracos em um estudo (Culver et al., 2012), embora as instruções para restabelecer o que foi aprendido mentalmente durante a exposição tenham tido efeitos mais fortes na redução da renovação do contexto em outro estudo (Mystkowski, Craske, Echiverri e Labus, 2006).

No tratamento de transtorno de pânico, essa abordagem simplesmente sugere que os pacientes carreguem consigo sinais (p. ex., uma pulseira) para lembrá-los do que aprenderam durante a terapia de exposição (desde que esses sinais não se tornem sinais de segurança) ou se lhes solicite que se lembrem do que aprenderam na terapia de exposição cada vez que experimentarem sensações ou situações anteriormente temidas.

Outra opção é proporcionar vários contextos em que a extinção ocorre. Essa abordagem demonstrou compensar a renovação de contexto em amostras de roedores e em um estudo clínico análogo de terapia de exposição (Vansteenwegen et al., 2007), embora os resultados nem sempre sejam coerentes (Neumann, Lipp e Cory, 2007). No tratamento de transtorno de pânico e agorafobia, isso significaria pedir que os pacientes realizassem suas exposições interoceptivas e *in vivo* em vários contextos diferentes, por exemplo, quando estão sozinhos, em locais desconhecidos ou em diferentes momentos do dia ou dias diferentes da semana.

Uma (re)descoberta recente é que recuperar memórias já armazenadas induz um processo de reconsolidação (Nader, Schafe e Le Doux, 2000), uma vez que a memória é inscrita novamente na memória de longo prazo, o que requer novos processos neuroquímicos. Assim, pode ser possível alterar a memória durante o tempo de reconsolidação depois da recuperação. O propranolol, um betabloqueador, demonstrou bloquear a reconsolidação de memórias, e Debiec e Le Doux (2004) constataram que infusões de propranolol bloquearam a reconsolidação de uma memória EC-ENC formada anteriormente, e levaram à eliminação da resposta de medo e à resistência a efeitos de reintegração. Isso sugere que o propranolol depois da recuperação pode ser um ferramenta clínica útil e, na verdade, dois estudos de condicionamento do medo em humanos saudáveis (Kindt, Soeter e Vervliet, 2009; Soeter e Kindt, 2010) replicaram os efeitos. No entanto, os efeitos não foram testados no contexto da terapia de exposição para o transtorno de pânico.

Papel da aceitação durante a exposição

As habilidades de enfrentamento cognitivas e somáticas são fundamentais para a terapia cognitivo-comportamental e são ensinadas para facilitar e melhorar a terapia de exposição. Abordagens mais recentes que exploram aceitação e desfusão cognitiva (p. ex., terapia de aceitação e compromisso; Hayes, Strosahl e Wilson, 1999) vêm ganhando interesse, especialmente em função das evidências de que a evitação de experiências é um correlato da psicopatologia ansiosa, e que a aceitação aumenta a vontade de experimentar e diminui o estresse emocional em relação a sintomas de ansiedade induzidos em indivíduos com

transtorno de pânico (p. ex., Campbell-Sills et al., 2006; Eifert e Heffner, 2003), incluindo experiências de inalação de CO₂ (Levitt et al., 2004). Curiosamente, a abordagem da aceitação é inteiramente coerente com a nossa formulação de exposição interoceptiva, na qual os pacientes são incentivados a experimentar as sensações físicas temidas sem qualquer tentativa de diminuí-las ou de pensar diferentemente sobre elas no momento da exposição. Recentemente, ampliamos esse modelo de aceitação em uma exposição interoceptiva à aceitação durante um estudo aberto de exposição *in vivo* com 11 pacientes com transtorno de pânico (Meuret, Twohig, Rosenfield, Hayes e Craske, 2012). Em geral, as exposições foram uma oportunidade para que os pacientes se comportassem com seus pensamentos, sentimentos e sensações corporais relacionados ao pânico; em outras palavras, os pacientes foram incentivados a perceber que podem buscar e alcançar objetivos de vida, mesmo na presença de experiências internas desagradáveis. Com esse propósito, foi declarado explicitamente que o nível de ansiedade ou medo não era o fator determinante. Em vez disso, foi explicado que “a disposição pode fazer coisas surpreendentes com as experiências interiores de uma pessoa. Quando se está disposto a experimentar ansiedade, ela pode ou não aparecer. Assim, não vamos julgar o sucesso dessas exposições segundo o nível de ansiedade, e sim por como você está aberto ao que pode aparecer”. Para planejar efetivamente exposições interoceptivas (ou seja, provocar sensações de pânico como coração acelerado ou falta de ar) e *in vivo* (i. e., procurar lugares e situações que a pessoa evitava anteriormente por causa do medo das sensações de pânico), criou-se uma hierarquia de itens que vai do que provoca menos ansiedade ao que provoca mais. O movimento ascendente na hierarquia não se baseou em reduções de ansiedade na etapa anterior, mas na alta disposição para experimentar experiências internas relacionadas ao pânico. Durante as exposições, os pacientes foram incentivados a manter uma postura aberta, sem julgamento, em relação a quaisquer pensamentos, sentimentos e sensações corporais que surgissem em um dado momento, vivenciá-los no que fossem e se aproximar deles enquanto estivessem ansiosos. O tratamento foi associado a melhorias clinicamente significativas na gravidade dos sintomas de pânico, disposição para permitir experiências internas e reduções no comportamento de evitação. Em outro estudo com uma amostra mista de transtorno de ansiedade, encontramos muito poucas diferenças de resultado entre a terapia de aceitação e compromisso (Hayes et al., 1999) e a terapia cognitivo-comportamental, ainda que os tratamentos correspondessem

em quantidade de tempo gasto em terapia de exposição, embora moldados de forma diferente dentro de cada condição (Arch et al., 2012). Assim, os dados até agora sugerem que tanto uma abordagem de enfrentamento da terapia cognitiva quanto abordagem de exposição baseada em aceitação são eficazes.

EFICÁCIA GERAL DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Um amplo corpo de pesquisa avaliou a eficácia da terapia cognitivo comportamental para transtorno de pânico e agorafobia. A terapia cognitivo-comportamental, envolvendo a maioria dos componentes recém-listados, ou todos eles, proporciona taxas de extinção do medo na faixa de 70 a 80% e altas taxas de estado superior (i. e., dentro de faixas normais de funcionamento) na faixa de 50 a 70%, para transtorno de pânico com agorafobia mínima (p. ex., Barlow et al., 1989; Clark et al., 1994). Embora a evitação agorafóbica seja, às vezes, associada a uma resposta menos positiva (p. ex., Dow et al., 2007), o tamanho do efeito global dentro do grupo para a mudança no transtorno de pânico e agorafobia do pré ao pós-tratamento é muito grande (p. ex., tamanho do efeito = 1,53; Norton e Price, 2007). Além disso, o tamanho do efeito entre grupos é significativo em relação a condições de lista de espera (p. ex., o tamanho do efeito = 0,64; Haby, Donnelly, Corry e Vos, 2006). No entanto, são necessárias mais pesquisas para comparar a terapia cognitivo-comportamental com outras condições de tratamento ativo.

A eficácia se estende a pacientes que experimentam ataques de pânico noturnos (Craske, Lang, Aikins e Mystkowski, 2005). Além disso, a terapia cognitivo-comportamental resulta em melhorias nas taxas de transtornos comórbidos de ansiedade e humor (p. ex., Craske et al., 2007; Tsao, Mystkowski, Zucker e Craske, 2005), embora um estudo tenha sugerido que os benefícios para condições comórbidas possam diminuir ao longo do tempo, quando avaliadas dois anos depois (Brown et al., 1995). Por fim, as aplicações da terapia cognitivo-comportamental reduzem taxas de recidiva após a interrupção de benzodiazepínicos de alta potência (p. ex., Spiegel, Bruce, Gregg e Nuzzarello, 1994). Os efeitos da terapia cognitivo-comportamental são sustentados ao longo do tempo, já que metanálises mostram pouca alteração (i. e., a manutenção dos efeitos do tratamento) desde o pós-tratamento até o seguimento (tamanho do efeito = 0,12; Norton e Price, 2007). A partir de sua revisão de metanálises para a terapia cognitivo-comportamental em todos os transtornos, Butler, Chapman, Forman e Beck (2006) concluíram que as evidências para a

manutenção dos ganhos do tratamento foram particularmente fortes para transtorno de pânico, no qual a taxa de recidiva foi quase metade daquela após a farmacoterapia. A melhora continuada após o tratamento agudo é facilitada pelo envolvimento de pessoas significativas para o paciente, em todos os aspectos do tratamento para agorafobia (p. ex., Cerny et al., 1987). Além disso, sessões de reforço melhoram os resultados no longo prazo (Craske et al., 2006).

Os dados sobre a eficácia de ambientes de pesquisa estão agora sendo complementados por dados sobre a eficácia no mundo real da atenção primária. Em um estudo controlado randomizado em ambiente de atenção primária com terapeutas inexperientes, a terapia cognitivo-comportamental combinada com recomendações de especialistas para protocolos de medicação foi mais eficaz do que o tratamento usual (Roy-Byrne, Craske et al., 2005). Os efeitos pareceram ser devidos principalmente à terapia cognitivo-comportamental, em vez de à medicação (Craske, Golinelli, et al., 2005). No mais recente estudo CALM (Craske et al., 2011), a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico em ambientes de atenção primária nas mãos de terapeutas com pouca experiência foi demonstrada com o auxílio de um manual informatizado, combinado com recomendações especializadas para medicação, em relação ao tratamento usual.

Embora a terapia cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e agorafobia seja eficaz e efetiva, há espaço para aprimoramento. Um estudo estimou que 30% dos pacientes continuam a funcionar mal no seguimento e apenas 48% alcançaram estado de funcionamento pleno (Brown e Barlow, 1995). Em um estudo considerado referência (Barlow et al., 2000), apenas 32% dos pacientes com transtorno de pânico encaminhados unicamente para a terapia cognitivo-comportamental demonstraram forte resposta ao tratamento, 12 meses após o tratamento agudo. Por fim, daqueles que realmente iniciam o tratamento, a taxa média de abandono é de 19%, com um intervalo de 0-54% (Haby et al., 2006).

DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO: PROTOCOLO

Aseguir, uma descrição da terapia cognitivo-comportamental com 12 sessões para TPA, adaptada ao problema da paciente chamada Julie. É claro que o grau em que diversos componentes do tratamento são enfatizados varia com a avaliação funcional realizada com cada paciente.

Descrição geral

O objetivo básico do protocolo de tratamento é influenciar diretamente as avaliações equivocadas

catastróficas e a evitação de sensações corporais e situações agorafóbicas. Isso se faz, inicialmente, oferecendo informações precisas em relação à natureza da resposta luta-fuga. Ao apresentar essas informações, os pacientes são ensinados que o que sentem são sensações normais e inofensivas. Em segundo lugar, o tratamento visa a ensinar um conjunto de habilidades para desenvolver avaliações baseadas em evidências com relação às sensações corporais e às situações agorafóbicas. Ao mesmo tempo, são apresentadas informações específicas sobre os efeitos da hiperventilação e seu papel nos ataques de pânico, com prática de retreinamento de respiração se for considerado apropriado. Então, o ponto crucial do tratamento envolve exposição repetida a gatilhos temidos internos e a situações agorafóbicas.

Sessão 1

Os objetivos da sessão 1 são descrever o medo e a ansiedade; ajudar os pacientes a entender as influências cíclicas entre respostas comportamentais, fisiológicas e cognitivas e auxiliá-los a entender que os sintomas de ataque de pânico não são prejudiciais, bem como começar o automonitoramento, caso não tenha sido começado com a avaliação inicial. A terapia começa com a identificação de padrões de ansiedade e de situações em que essa ansiedade e os ataques de pânico têm probabilidades de ocorrer. Muitos pacientes apresentam dificuldades de identificar antecedentes específicos, informando que o pânico pode ocorrer praticamente a qualquer momento. Os terapeutas ajudam os pacientes a identificar fatores desencadeantes internos, especificamente cognições verbais negativas, imagens catastróficas e sensações físicas. A seguinte interação aconteceu com Julie:

TERAPEUTA: Em que situações você tem mais probabilidade de entrar em pânico? Em restaurantes lotados e quando estou dirigindo na estrada. Mas, algumas vezes vou andando de carro, me sentindo bem, quando, de repente, vem. E, outras vezes, posso estar sentada em casa me sentindo bem relaxada e simplesmente acontece. É aí que fico assustada de verdade, porque não sei explicar.

TERAPEUTA: Então, quando você está dirigindo na estrada, qual é a primeira coisa que você percebe ser um sinal de que vai entrar em pânico?

JULIE: Ah! Os outros carros na estrada andam como se estivessem indo bem devagar... É como se eu estivesse sonhando.

TERAPEUTA: E qual é a primeira coisa que você nota quando está em casa?

JULIE: Uma sensação irreal, como se estivesse fluando.

TERAPEUTA: Então, o que isso lhe diz? Qual o fator comum que deu início a esses dois ataques de pânico?

JULIE: O sentimento de que as coisas são irreais? Puxa, eu sempre pensei que as sensações físicas fossem o ataque de pânico, mas, talvez, elas desencadeiem o ataque de pânico.

A seguir, introduz-se o modelo baseado no sistema de três respostas para descrever e entender a ansiedade e o pânico. Esse modelo contribui para uma autoconsciência objetiva – para se tornar um cientista pessoal – e dá a base para um quadro conceitual alternativo com o qual explicar o pânico e a ansiedade, que substitui as próprias suposições equivocadas do paciente. Pedem-se que os pacientes descrevam aspectos cognitivos, fisiológicos e comportamentais de suas respostas, ou seja, que identifiquem as coisas que *sentem, pensam e fazem* quando sentem ansiedade e pânico. Como descrito anteriormente, destacam-se as diferenças entre os perfis de resposta de ansiedade e pânico. Depois de entender a noção das três respostas que, na verdade, são parcialmente independentes, descrevem-se as interações entre os sistemas de respostas. Pedem-se que o paciente descreva os componentes do sistema das três respostas em um ataque de pânico recente e identifique formas em que elas interagem para produzir mais desconforto. Por exemplo:

TERAPEUTA: Como você descreveria as três partes do ataque de pânico que teve em casa na semana passada?

JULIE: Bom, fisicamente, eu sentia a minha cabeça realmente leve e minhas mãos estavam úmidas. Eu achei que ia desmaiar ou que de alguma maneira ia me dissolver em um nada. Meu comportamento foi me deitar e chamar o meu marido.

TERAPEUTA: Certo. Essa é uma ótima descrição de seus pensamentos, sensações físicas e comportamentos. Agora vamos dar uma olhada na sequência dos eventos. Qual foi a primeira coisa que você notou?

JULIE: Quando me levantei, minha cabeça começou a parecer realmente esquisita como se estivesse entrando em parafuso.

TERAPEUTA: Qual foi sua reação seguinte a essa sensação?

JULIE: Eu me agarrei na cadeira, achei que alguma coisa estava errada. Eu achei que ia piorar e que eu ia cair.

TERAPEUTA: Então, começou com uma sensação física e depois você teve alguns pensamentos muito específicos em relação a essas sensações. O que aconteceu depois?

JULIE: Eu me senti muito ansiosa.

TERAPEUTA: E o que aconteceu depois?

JULIE: A tontura, parecia que estava piorando mais e mais. Eu fiquei muito preocupada porque era diferente de qualquer outra experiência que tivesse tido. Eu estava convencida que tinha chegado “a hora”.

TERAPEUTA: Então, quando você fica mais ansiosa, as sensações físicas e os pensamentos de que alguma coisa ruim vai acontecer se intensificam. O que você fez depois disso?

JULIE: Telefonei para o meu marido e fiquei na cama até ele chegar em casa. Foi horrível.

TERAPEUTA: Você consegue entender como uma coisa alimenta a outra, criando um ciclo? Começou com uma sensação, depois alguns pensamentos ansiosos, depois se sentir ansiosa, depois mais sensações e mais pensamentos e mais medo e assim por diante?

A seguir, as razões pelas quais os ataques de pânico começaram são abordadas brevemente. Os pacientes são informados de que não é necessário entender as razões pelas quais começaram a entrar em pânico para que possam se beneficiar do tratamento porque os fatores envolvidos no desencadear não são necessariamente os mesmos envolvidos na manutenção do problema. Todavia, o ataque de pânico inicial é descrito como uma manifestação de ansiedade/estresse. Os estressores que estavam presentes na época do primeiro ataque são explorados com o paciente, principalmente em termos de como esses estressores podem ter aumentado os níveis de excitação física e ativado certos esquemas cognitivos carregados de perigo.

O terapeuta também dá uma breve descrição da fisiologia por trás da ansiedade e do pânico e dos mitos relacionados aos possíveis significados das sensações físicas. Os principais conceitos tratados nessa fase da instrução são:

1. o valor de sobrevivência ou a função de proteção da ansiedade e do pânico;
2. a base fisiológica das várias sensações experimentadas durante o pânico, a ansiedade e a função de sobrevivência da fisiologia subjacente; e
3. o papel dos medos específicos, aprendidos e mediados cognitivamente de determinadas sensações corporais.

O modelo de pânico que descrevemos anteriormente neste capítulo é explicado. Em particular, quais conceitos de avaliação equivocada e condicionamento interoceptivo dariam conta dos ataques de pânico que parecem ocorrer do nada, que são desencadeados por gatilhos internos muito sutis ou por sensações físicas que podem ocorrer a qualquer momento. Não apenas essa informação reduz a ansiedade diminuindo a incerteza sobre os ataques de pânico, como também aumenta a credibilidade dos procedimentos de tratamento posteriores. Essa informação é detalhada em um material dado ao paciente para ler durante a semana seguinte (para o material, ver Barlow e Craske, 2006).

Essa informação é muito importante para Julie porque a incapacidade de explicar seus ataques de pânico era uma fonte importante de desconforto. Aqui, algumas das perguntas que ela fez em sua tentativa de entender mais completamente:

JULIE: Então, se eu entendi bem o que você disse, meus ataques de pânico são o mesmo que o medo que eu senti quando encontramos um ladrão na nossa casa. Não me parece nem um pouco a mesma coisa.

TERAPEUTA: Sim, esses dois estados emocionais – um ataque de pânico inesperado e medo diante de um ladrão – são essencialmente a mesma coisa. Mas no caso do ladrão, em que você estava concentrando a atenção – no ladrão ou em como se sentia?

JULIE: No ladrão, claro, embora eu notasse que meu coração estava a mil.

TERAPEUTA: E quando você tem um ataque de pânico, em que está prestando atenção, nas pessoas ao seu redor ou no que está sentindo?

JULIE: Bom, mais em como eu sinto, embora dependa de onde estou no momento.

TERAPEUTA: Estar mais preocupada com o que acontece dentro pode levar a um tipo de experiência muito diferente do que estar preocupada com o ladrão, mesmo que, basicamente, esteja ocorrendo a mesma resposta fisiológica. Por exemplo, lembre-se da nossa descrição de como o medo das sensações pode intensificar essas sensações.

JULIE: Entendi. Mas e as sensações de irrealidade? Como eles podem proteger ou como me sentir irreal pode me ajudar a lidar com uma situação de perigo?

TERAPEUTA: Certo, não se esqueça de que o que é protetor são os eventos fisiológicos e não as sensações. As sensações são apenas o resul-

tado final desses eventos. Essas sensações de irrealidade podem ser causadas por mudanças no fluxo sanguíneo para o seu cérebro (embora não de forma perigosa) ou por respirar em excesso ou se concentrar com muita intensidade no que está acontecendo dentro de você. Então, a sensação de irrealidade pode não ser protetora, mas as mudanças no fluxo sanguíneo e o excesso de respiração, sim.

JULIE: Entendo que eu posso gerar um ataque de pânico por estar com medo de minhas sensações físicas, como meu coração disparar ou eu me sentir irreal, mas às vezes acontece tão rápido que eu nem tenho tempo de pensar.

TERAPEUTA: É, essas reações podem acontecer muito rápido, às vezes automaticamente. Mas não se esqueça de que estamos regulados para reagir instantaneamente às coisas que achamos que representam perigo. Imagine-se caminhando em uma rua escura: você tem razão para acreditar que em algum lugar da escuridão se esconde um assassino. Nessas circunstâncias, você prestaria muita atenção a qualquer sinal, qualquer som ou qualquer visão de outra pessoa. Se você estivesse caminhando na mesma rua e tivesse certeza de que não havia assassinos, poderia não ouvir ou não detectar os mesmos sinais que captou no primeiro caso. Vamos traduzir isso para o pânico: o assassino na rua escura é o ataque de pânico e os sinais, sons e cheiros são as sensações físicas que você acha que indicam a possibilidade de um ataque de pânico. Por causa do alto grau de sensibilidade a sintomas físicos que sinalizam um ataque de pânico, é provável que você esteja observando “ruídos” normais em seu corpo que em outras situações não notaria, e, às vezes, fique assustada imediatamente por causa desses “ruídos.” Em outras palavras, as sensações, muitas vezes, são observáveis porque você presta atenção a elas.

A seguir, o método de automonitoramento foi descrito e demonstrado com prática na sessão, preenchendo-se o Registro de Ataques de Pânico. Julie estava preocupada com que o automonitoramento só faria aumentar seu desconforto, lembrando-a exatamente daquilo que ela teme (pânico e irrealidade). O terapeuta esclareceu a diferença entre automonitoramento objetivo e subjetivo, e explicou que o desconforto diminuiria se ela perseverasse.

O trabalho de casa para essa sessão foi automonitorar os ataques de pânico, a ansiedade diária e o humor, além de ler o material distribuído. Na verdade,

recomendamos aos pacientes que releiam esse material várias vezes e trabalhem ativamente com ele, circulando ou marcando as partes mais relevantes pessoalmente, ou as áreas que demandem mais esclarecimentos, porque o esforço melhora a retenção de longo prazo do conteúdo aprendido. É claro que, para alguns pacientes, a leitura do material dirige a atenção às coisas que eles temem (assim como o automonitoramento). Nesse caso, os terapeutas podem discutir o papel da evitação e a forma como, com leituras repetidas, os níveis de desconforto têm mais probabilidades de ceder.

No fim da sessão, Julie ficou muito ansiosa de repente. Ela não se sentia capaz de tolerar os procedimentos do tratamento ou a expectativa deles. Ficou muito agitada no consultório e relatou sentimentos de irrealidade. Abriu a porta do consultório para encontrar seu marido, que estava esperando do lado de fora. O terapeuta a ajudou a entender como o ciclo de pânico tinha surgido na situação do momento: 1) o gatilho foi a descrição do tratamento – ter de encarar de verdade sensações e situações temidas; 2) isso gerou ansiedade, porque Julie acreditava que não conseguiria enfrentar as demandas do tratamento, que o tratamento lhe causaria tanta ansiedade que ela “teria um chique” e perderia contato com a realidade permanentemente, nunca melhorando porque não conseguiria tolerar o tratamento; 3) a ansiedade atual no consultório gerou sensações de irrealidade e aceleração dos batimentos cardíacos; 4) Julie começou a se preocupar com a possibilidade de entrar em pânico e perder contato com a realidade permanentemente nos minutos seguintes; 5) quanto mais ansiosa ela se sentia e quanto mais tentava escapar e encontrar segurança, mais intensas se tornavam as sensações físicas; 6) ela sentiu um certo alívio ao encontrar seu marido, porque a presença dele renovou sua confiança de que ela estaria em segurança. Julie voltou a crer que o tratamento avançaria em um ritmo com o qual ela se sentiria confortável, mas, ao mesmo tempo, foi ajudada a entender que seu desconforto agudo em relação às sensações de irrealidade seria exatamente o alvo desse tipo de tratamento, atestando assim a relevância que esse tratamento tinha para ela. Ela também foi acalmada pela reestruturação cognitiva preliminar, sobre a probabilidade de perder permanentemente o contato com a realidade. Depois de uma longa discussão, Julie se tornou mais receptiva ao tratamento. Combinou-se uma abordagem como de uma equipe em relação ao planejamento e aos avanços do tratamento, para que ela não se sentisse forçada a fazer coisas que não achasse que seria capaz.

Sessão 2

Os objetivos da sessão 2 são começar o desenvolvimento de uma hierarquia de situações agorafóbicas e habilidades de enfrentamento relacionadas a retreinamento

de respiração e reestruturação cognitiva. A hierarquia individualizada compreende situações que vão da ansiedade suave à moderada, chegando à extrema. Essas situações se tornam a base da exposição *in vivo*. Embora os exercícios de exposição *in vivo* não estejam marcados para acontecer antes da quarta sessão, a hierarquia é apresentada agora, para que as habilidades de reestruturação cognitiva possam ser praticadas em relação a cada situação na hierarquia antes que comece a exposição *in vivo*. Mais além, a hierarquia será refinada como resultado da prática da reestruturação cognitiva porque esta destaca características específicas de situações agorafóbicas que provocam mais ansiedade.

Pediu-se que Julie desenvolvesse uma hierarquia da semana seguinte. Ela manifestou ter dúvida se algum dia conseguiria cumprir algum item em sua hierarquia, ainda mais todos eles. O terapeuta ajudou pedindo que ela pensasse em qualquer situação ao longo de sua vida que costumasse ser difícil, mas que ficou mais fácil com a prática. Julie se lembrou de como ficava ansiosa quando começou a trabalhar com clientes no escritório de seu marido e como esse desconforto diminuiu com o tempo. Isso foi usado para ajudá-la a entender que a mesma coisa poderia acontecer com as situações listadas em sua hierarquia. A hierarquia final de Julie tinha as seguintes situações: dirigir de volta para casa sozinha; sentar-se em um cinema lotado; passar duas horas a sós em casa por dia; estar em casa sozinha quando escurecesse; dirigir sozinha por ruas conhecidas até a casa de seu irmão (15 km); dirigir até a segunda saída na rodovia 444, com seu marido seguindo-a no carro de trás; dirigir sozinha até a segunda saída na rodovia 444; dirigir 4 saídas na rodovia 444 e dirigir na rodovia até a casa de seu irmão, sozinha. A seguir, ela deveria repetir todas essas tarefas sem tomar o clonazepam e sem saber onde estava seu marido.

O retreinamento de respiração também começou nessa seção. Os pacientes devem hiperventilar voluntariamente, ficando em pé e respirando rápida e profundamente, como se enchessem um balão, por 1 minuto e meio. Com indução e estímulo por parte do terapeuta, os pacientes, muitas vezes, conseguem completar todo o minuto e meio, depois do qual se pede que se sentem, fechem os olhos e respirem muito devagar, fazendo uma pausa no fim de cada respiração até que os sintomas tenham diminuído. A seguir, a experiência é discutida em termos do grau em que produziram sintomas iguais aos que ocorrem naturalmente durante ansiedade ou pânico. Em torno de 50 a 60% dos pacientes informam que os sintomas de hiperventilação são muito semelhantes aos que sentem em ataques de pânico. Muitas vezes, contudo, essa semelhança é confundida com ansiedade. Como o exer-

cício é realizado em um ambiente seguro e os sintomas têm uma causa óbvia, a maioria dos pacientes diz que a experiência causou menos ansiedade do que se os mesmos sintomas tivessem ocorrido naturalmente. É importante que se faça essa distinção, porque ela demonstra a importância da segurança percebida para o grau de ansiedade que se experimenta. No caso de Julie, o exercício de hiperventilação provocou muita ansiedade (8 em uma escala de 0 a 10 pontos), e ela classificou os sintomas como muito semelhantes aos de seus ataques de pânico (6 em uma escala de 0 a 10 pontos). Ela encerrou a tarefa após cerca de 40 segundos porque sentiu que teria um ataque completo. O terapeuta e Julie discutiram essa experiência em termos do sistema das três respostas e o papel das avaliações equivocadas e do condicionamento interoceptivo descrito durante a sessão anterior.

A seguir, Julie foi instruída brevemente sobre a base fisiológica da hiperventilação (ver Barlow e Craske, 2006). Como antes, o objetivo da apresentação didática era mitigar interpretações equivocadas dos riscos de respirar em excesso e dar uma base de informações factuais sobre a qual se basear quando se questionassem ativamente essas interpretações errôneas. O conteúdo dessa instrução é ajustado ao nível de informação do próprio paciente e tratado somente até onde for relevante para ele.

No passo seguinte, o terapeuta ensina o retreinamento de respiração, que começa com os pacientes usando mais o diafragma (abdome) do que a musculatura torácica. Além disso, os pacientes são instruídos a se concentrar em sua respiração, contando as inalações e pensando na palavra *relaxe* ao expirar (a respiração lenta é introduzida na terceira sessão). Os terapeutas mostram os padrões sugeridos de respiração e depois oferecem orientação corretiva aos pacientes enquanto eles praticam no *setting* do consultório. (Observe que o CART usa um método diferente de retreinamento de respiração que se baseia em elevar os níveis de CO₂ no sangue por meio de *biofeedback*.)

As reações iniciais ao exercício de respiração podem ser negativas para pacientes que tenham medo de sensações respiratórias porque o exercício dirige sua atenção à respiração. Também pode ser difícil para pacientes que respirem demais cronicamente e aqueles para os quais qualquer interrupção dos padrões normais de respiração inicialmente aumenta a sintomatologia respiratória. Em ambos os casos, recomenda-se a prática continuada, com a garantia de que sensações como falta de ar não causam danos. O objetivo é que usemos o treinamento das habilidades respiratórias para estimular uma aproximação continuada à ansiedade e às situações que a provocam. Ocasionalmente, considera-se, de maneira equivocada, o retreinamento

de respiração como forma de se aliviar sintomas assustadores, o que leva à armadilha de temer graves consequências caso não se consiga corrigir sua respiração.

A seguir, o que aconteceu com Julie:

JULIE: Então, só o que eu preciso fazer é respirar mais devagar e tudo vai ficar bem?

TERAPEUTA: Certamente, respirar mais devagar vai ajudar a reduzir os sintomas físicos que você sente, mas não tenho certeza do que você quer dizer quando pergunta se tudo vai ficar bem.

JULIE: Que respirar bem vai me impedir de perder o contato com a realidade, que eu não vou desaparecer.

TERAPEUTA: O retreinamento de respiração vai lhe ajudar a regular a sua respiração, o que pode diminuir o seus sintomas físicos, incluindo a sensação de irreabilidade. Mas sua pergunta é a razão para nossa próxima habilidade no tratamento, mudar seu pensamento para que você possa aprender que a sensação de irreabilidade não é um sinal de perda real de contato com a realidade e desaparecimento.

O trabalho de casa é praticar a respiração diafragmática por pelo menos 10 minutos, duas vezes ao dia, em ambientes relaxantes.

Os terapeutas introduzem nessa sessão a reestruturação cognitiva, explicando que os erros de pensamento ocorrem com todos que estão ansiosos, ajudando o paciente a esperar que seu pensamento esteja distorcido. Os pacientes são informados de que essas distorções têm uma função adaptativa, ou seja, as chances de sobrevivência são maiores se percebemos o perigo como provável e merecedor de atenção do que se o minimizamos. Sendo assim, a ansiedade nos leva a julgar os eventos ameaçadores como mais ameaçadores do que eles realmente são. Contudo, as distorções cognitivas são desnecessárias, porque não existe ameaça real no caso de transtorno de pânico.

A seguir, os pacientes são ensinados a tratar seus pensamentos como hipóteses ou palpites, em vez de fatos. As noções de pensamento automático e previsões específicas também são explicadas, para enfatizar a necessidade de se tornar um astuto observador das declarações habituais acerca de si mesmo em cada situação. Isso leva a uma *técnica da seta descendente* para identificar as previsões específicas feitas em cada momento, como demonstrado com Julie.

TERAPEUTA: O que assustou você ao se sentir desconectada no cinema ontem à noite?

JULIE: É uma sensação tão horrível!

TERAPEUTA: O que a torna tão horrível?

JULIE: Eu não aguento.

TERAPEUTA: O que faz você pensar que não aguenta?

O que essa sensação de desconexão faz com você para que a considere horrível e intolerável?

JULIE: Pode ficar tão intensa que toma conta de mim.

TERAPEUTA: E se ela tomar conta de você, o que vai acontecer?

JULIE: Eu podia ficar tão aflita que perderia o contato com a realidade.

TERAPEUTA: E o que significaria você perder contato com a realidade?

JULIE: Que eu estaria em outro estado mental para sempre, eu nunca voltaria à realidade. Que eu ficaria tão louca que teria de ser levada do cinema em uma maca para um hospital psiquiátrico e trancada lá para sempre.

Autodeclarações muito genéricas, como “eu me sinto horrível”, “alguma coisa horrível poderia acontecer”, são insuficientes, não terapêuticas e podem servir para intensificar a ansiedade por causa de sua natureza global e não diretiva. Em lugar disso, detalhes no conteúdo dos pensamentos, como “tenho medo de que, se eu ficar muito ansiosa enquanto estiver dirigindo, perca o controle da direção e saia da estrada, aí vou morrer”, possibilitam reestruturação cognitiva posterior.

A análise do conteúdo dos pensamentos ansiosos mostra dois fatores amplos que são chamados de *risco* e *valência*. Esses dois tipos principais de erros cognitivos são descritos aos pacientes. O risco se traduz em estimativas exageradas, ou conclusões apressadas, ao se verem os eventos negativos como prováveis, quando, na verdade, eles têm pouca probabilidade de ocorrer. O paciente deve identificar essas estimativas de incidentes de ansiedade e pânico nas duas últimas semanas: “Consegue pensar em eventos que você tinha certeza de que iam acontecer quando entrou em pânico, para descobrir depois que não aconteceram?”. Geralmente, os pacientes conseguem identificar esses eventos com facilidade, mas protestam. Por exemplo:

JULIE: Bom, muitas vezes eu pensei que ia perder o controle... que eu ia ter um chilique e nunca mais voltaria à realidade. Nunca aconteceu de verdade, mas ainda pode acontecer.

TERAPEUTA: Por que você acha que *isso* ainda pode acontecer?

JULIE: Uma parte de mim se sente como se eu sempre tivesse conseguido escapar disso bem na hora,

mas saindo da situação ou o meu marido me ajudando ou aguentando o suficiente para passar a sensação. Mas, e se na próxima vez eu não conseguir aguentar?

TERAPEUTA: Sabendo o que sabemos sobre nossos pensamentos quando estamos ansiosos, você consegue classificar como estimativas exageradas qualquer das ideias que acabou de expressar, como “simplesmente aguentar” ou “escapar bem na hora”?

JULIE: Suponho que você esteja dizendo que eu consigo aguentar ou que sempre escapo bem na hora.

TERAPEUTA: Mais do que você sentir necessidade de aguentar ou escapar, porque está superestimando a probabilidade de ter um chilique e nunca retornar à realidade.

JULIE: Mas parece que isso vai me acontecer.

TERAPEUTA: A confusão entre o que você acha que vai acontecer e o que realmente vai acontecer é exatamente o problema que estamos tratando nesta sessão.

Exploram-se as razões pelas quais as estimativas exageradas persistem apesar de repetidas refutações. Geralmente, os pacientes fazem atribuições equivocadas da ausência de perigo a sinais ou comportamentos de segurança externos (p. ex., “Só consegui porque achei alguém para me ajudar a tempo”, “Se eu não tivesse tomado o alprazolam na semana passada quando entrei em pânico na loja, tenho certeza de que teria desmaiado”, “Eu não teria conseguido se não tivesse saído da estrada a tempo”) ou à *sorte*, em lugar de entender a imprecisão dos indicadores iniciais.

Da mesma forma, os pacientes podem supor que ainda estão vivos, são e salvos, porque o grande terremoto ainda não aconteceu. Nesse caso, erram ao pressupor que a intensidade dos ataques de pânico aumenta os riscos de resultados catastróficos.

O método para refutar os erros de estimativas exageradas é questionar as evidências dos julgamentos de probabilidade. O formato geral é tratar os pensamentos como hipóteses ou palpites em vez de fatos ou examinar as evidências e gerar indicadores alternativos mais realistas. Isso se faz melhor com o uso do questionamento socrático por parte do terapeuta, de forma que os pacientes adquiram a habilidade de examinar o conteúdo de suas declarações e chegar a declarações ou indicadores alternativos depois de ter refletido sobre todas as evidências. Nesse sentido, é útil questionar a lógica (p. ex., “como a aceleração dos batimentos leva a um ataque cardíaco?”) ou as evidências a partir das quais os julgamentos são feitos (p. ex., informações equivocadas de outras pessoas, sensações incomuns).

Continuando com o exemplo anterior de Julie, o questionamento tomou o seguinte rumo:

TERAPEUTA: Um dos pensamentos específicos que você identificou é que vai ter um chique e nunca retornar à realidade. O que, de forma específica, leva você a pensar que isso provavelmente vai acontecer?

JULIE: Bom, acho que é assim que eu me sinto.

TERAPEUTA: Descreva os sentimentos.

JULIE: Ah! Eu me sinto fora do ar e irreal, como se as coisas ao meu redor fossem diferentes e eu não estivesse conectada.

TERAPEUTA: E por que você acha que esses sentimentos realmente querem dizer que você vai perder o contato com a realidade?

JULIE: Não sei, eu sinto que é assim.

TERAPEUTA: Então, vamos examinar essa suposição. Como é o seu comportamento quando você se sente irreal? Por exemplo, você responde se alguém lhe faz uma pergunta durante esses episódios?

JULIE: Eu respondo a você, mesmo que me sinta assim aqui, às vezes.

TERAPEUTA: E você consegue caminhar, escrever ou dirigir quando se sente assim?

JULIE: Consigo, mas tem uma sensação diferente.

TERAPEUTA: Mas você faz essas atividades mesmo se sentindo desconectada. Então, o que isso lhe diz?

JULIE: Pode ser que eu não tenha perdido completamente o contato com a realidade. Mas e se eu perder?

TERAPEUTA: Quantas vezes você já se sentiu desconectada?

JULIE: Centenas e centenas de vezes.

TERAPEUTA: E quantas vezes já perdeu permanentemente o contato com a realidade?

JULIE: Nunca, mas e se essas sensações não desaparecerem?

TERAPEUTA: Então, o que mais lhe diz que isso é possível?

JULIE: E o meu primo em segundo grau? Ele piorou quando tinha uns 25 anos e agora a cabeça dele está uma confusão. Ele mal consegue funcionar e fica entrando e saindo de hospitais psiquiátricos. Eles dão um monte de drogas pesadas para ele. Eu nunca vou me esquecer da vez que vi ele totalmente fora de si. Ele não dizia coisa com coisa.

TERAPEUTA: Então, você estabelece uma conexão entre ele e você?

JULIE: Sim.

TERAPEUTA: Quais são as semelhanças entre vocês dois?

JULIE: Na verdade, não tem nenhuma. Só que ele é o que eu acho que vou virar.

TERAPEUTA: Ele alguma vez se sentiu como você se sente agora?

JULIE: Não sei.

TERAPEUTA: E se outro de seus primos tivesse problemas graves de coluna, você estaria preocupada com ter graves problemas de coluna?

JULIE: Não.

TERAPEUTA: Por que não?

JULIE: Porque nunca passou pela minha cabeça. Não é algo com que eu me preocupe.

TERAPEUTA: Então, parece que você acha que vai acabar como seu primo porque tem medo de acabar como ele.

JULIE: Acho que sim.

TERAPEUTA: Vamos examinar todas as evidências e considerar algumas alternativas. Você já se sentiu irreal centenas de vezes e nunca perdeu o contato com a realidade, porque continuou a funcionar no meio de todas essas sensações e sentimentos e eles nunca duraram muito. Você está com medo de ficar como seu primo, mas não há nenhum dado que mostre que ele e você tenham o mesmo problema. Na verdade, os dados sugerem o contrário, porque você consegue funcionar e ele não. Então, qual é a probabilidade realista de que você venha a perder o contato com a realidade permanentemente? Usando uma escala de 0 a 100, em que 0 = *Nenhuma chance* e 100 = *Certamente vai acontecer*.

JULIE: Bom, talvez seja menor do que eu pensei, quem sabe uns 20%?

TERAPEUTA: Isso significaria que você perdeu o contato com a realidade uma vez a cada cinco em que se sentiu irreal.

JULIE: Dito assim, acho que não. Talvez seja uma possibilidade muito pequena.

TERAPEUTA: Então, qual seria uma explicação alternativa?

JULIE: Talvez os sentimentos de irrealidade sejam causados por me sentir ansiosa ou ofegante e ter esses sentimentos não quer dizer que eu esteja realmente perdendo contato com a realidade e que não sou nem um pouco como meu primo.

Como trabalho de casa, além da continuação do automonitoramento e da prática de respiração diafrag-

mática, Julie deveria identificar seus pensamentos ansiosos em relação a cada item da sua lista de hierarquia de agorafobia e usar os passos na sessão para examinar as evidências e gerar interpretações baseadas em evidências alternativas para os erros de superestimativa de risco. Ela deveria fazer a mesma coisa para cada ataque de pânico que ocorresse na semana seguinte.

Sessão 3

Os objetivos da sessão 3 são desenvolver o retreinamento de respiração e continuar a reestruturação cognitiva ativa. O terapeuta revisa a prática de respiração diafragmática do paciente durante a semana. Julie estava decepcionada com suas tentativas de praticar.

JULIE: Simplesmente parecia que eu não conseguia fazer certo. Às vezes, eu começava bem, e, quanto mais eu tentava, mais achava que ia ficar sem ar e tinha de respirar bem fundo entre cada respiração. Outras vezes, eu ficava tonta, os sentimentos de irrealidade começavam, e, nesse momento, eu parava e ocupava a minha mente com alguma coisa.

TERAPEUTA: Parece que tem muita coisa acontecendo. Em primeiro lugar, não se esqueça de que isso é uma habilidade, como aprender a andar de bicicleta, e não se pode esperar que seja fácil desde o início. Segundo, parece que você sentiu alguns sintomas físicos desagradáveis que a preocuparam. Você disse que parecia que estava ficando sem ar. Com base no que conversamos na semana passada, o que você acha que pode ter causado esse sentimento?

JULIE: Vai ver que eu não estava recebendo ar suficiente nos pulmões, porque eu acho muito difícil usar o diafragma. Parecia que eu estava me sufocando.

TERAPEUTA: Talvez seja só uma questão de aprender a usar o diafragma, mas você estava mesmo sufocando ou foi uma interpretação de que você poderia estar sufocando?

JULIE: Não sei. Já tive esse sentimento de sufocar antes, principalmente quando estou em uma sala fechada.

TERAPEUTA: Então como você sabe que estava sufocando?

JULIE: Eu não sei, era só como eu me sentia.

TERAPEUTA: Vamos juntar as evidências. Você já teve essas sensações antes e nunca sufocou. Como discutimos na última vez, a ansiedade pode criar uma sensação de falta de ar mesmo que

você tenha todo o ar de que precisa. Você consegue pensar em uma explicação alternativa?

JULIE: Bom, talvez eu não estivesse sufocando. Talvez eu só sentisse isso.

As reclamações de Julie representavam preocupações típicas que deveriam ser tratadas. O passo seguinte é diminuir o ritmo da respiração até que o paciente consiga realizar um ciclo completo de inspirar e expirar de seis segundos. Mais uma vez, o terapeuta mostra como se diminui a respiração e depois dá orientação corretiva sobre a prática na sessão. O paciente é instruído a continuar a praticar a respiração lenta em ambientes *seguros* ou relaxantes e desestimulado a aplicar essa respiração lenta quando estiver ansioso ou em pânico até que tenha dominado completamente a habilidade.

Mais além, a reestruturação cognitiva é continuada, tratando-se do segundo erro de pensamento, que é considerar um elemento como *perigoso*, *insuportável* ou *catastrófico*. Os exemplos típicos de erros catastróficos são “se eu desmaiar, as pessoas vão pensar que eu sou fraco e isso seria insuportável”, ou “os ataques de pânico são a pior coisa que eu consigo imaginar” e “se eu começar a me sentir ansioso vai destruir a noite toda.”

Descatastrofizar significa encarar o pior, entender que as ocorrências não são tão *catastróficas* quanto se diz e pensar em maneiras concretas de enfrentar os eventos negativos em vez de pensar em como eles são *ruins*. Um princípio fundamental por detrás de descatastrofizar é que os eventos podem ser suportados mesmo que sejam desconfortáveis. O reconhecimento da duração limitada do desconforto contribui para desenvolver uma sensação de capacidade de enfrentar. A distinção crítica, nesse caso, é que, embora os pacientes possam preferir que esses eventos não ocorram, eles são capazes de tolerar o desconforto, se for necessário. Sendo assim, para a pessoa que declara que julgamentos negativos por parte de outras são insuportáveis, é importante discutir o que ela faria para enfrentar um julgamento negativo direto por parte de alguém. Igualmente, para a pessoa que declara que os sintomas físicos de pânico são intoleravelmente constrangedores, o tipo de questionamento a seguir é útil:

JULIE: Estou realmente preocupada com perder o controle e fazer alguma coisa louca, como berrear, gritar.

TERAPEUTA: Encaremos o pior para descobrir o que tem de tão ruim nisso. O que seria tão ruim em gritar e berrear?

JULIE: Eu nunca suportaria.

TERAPEUTA: Bom, vamos pensar nisso. Quais são as várias coisas que você poderia fazer nessa situação? Você acaba de gritar e berrar, e agora?

JULIE: Acho que os gritos e berros acabariam parando.

TERAPEUTA: Certo, no mínimo, você ficaria exausta? O que mais?

JULIE: Talvez eu explicasse às pessoas ao meu redor que estava tendo um dia muito ruim, mas que ficaria bem. Em outras palavras, tranquilizá-las.

TERAPEUTA: Bom, e que mais?

JULIE: Talvez eu simplesmente fosse embora, encontrasse algum lugar para me acalmar e tranquilizasse a mim mesma de que o pior já passou.

TERAPEUTA: Bom.

JULIE: Mas, e se a polícia viesse, me levasse e me trancaasse em um hospital psiquiátrico?

TERAPEUTA: De novo, vamos encarar o pior. E se a polícia viesse mesmo, você estivesse gritando e berrando, e a polícia levasse você? Por mais que isso possa parecer assustador vamos pensar no que aconteceria.

JULIE: Eu tenho essa imagem em que não consigo dizer para eles o que realmente está acontecendo, estou tão fora de mim que não sou capaz de dizer para eles que só estou ansiosa.

TERAPEUTA: Se você estivesse tão perturbada que nem conseguisse se comunicar claramente, quanto isso duraria?

JULIE: Você tem razão. Eu acabaria me cansando e conseguiria falar com mais clareza. Mas e se eles não acreditassem em mim?

TERAPEUTA: E se eles não acreditassem em você no início? Quanto tempo levaria para eles se darem conta de que você não é louca?

JULIE: Acho que depois de um tempo eles veriam que estou bem, e talvez eu pudesse ligar para um amigo ou para o meu médico para explicar o que estava acontecendo.

O trabalho de casa para essa sessão, além de continuar o automonitoramento, é praticar a respiração lenta e diafragmática em ambientes relaxantes e identificar erros de catastrofização em relação a cada item na hierarquia de agorafobia, seguido pela prática de descatastrofizar e criar maneiras de enfrentamento. Além disso, Julie deveria usar a habilidade de descatastrofizar para os ataques de pânico que ocorressem durante a semana.

Sessão 4

O principal objetivo da sessão 4 é usar as habilidades de retreinamento de respiração como ferramenta de

enfrentamento, revisar habilidades de reestruturação cognitiva e começar a exposição *in vivo* ao primeiro item da hierarquia da agorafobia.

Agora que já praticaram a respiração lenta e diafragmática o suficiente em ambientes relaxantes, os pacientes estão prontos para usar esses métodos em ambientes com distrações e em situações de ansiedade. Eles são estimulados a usar as habilidades de respiração como técnica de enfrentamento diante do medo, da ansiedade e de situações que a provoquem.

Alguns pacientes usam habilidades respiratórias como sinal ou comportamento de segurança, em outras palavras, acreditam que correrão risco de alguma calamidade mental, física ou social se não respirarem corretamente. Essa questão surgiu com Julie.

JULIE: Quando entrei em pânico durante a semana, tentei usar a respiração, mas não funcionou, fez eu me sentir pior.

TERAPEUTA: Parece que você tentou usar o exercício de respiração numa tentativa desesperada de controlar as coisas que estava sentindo.

JULIE: É, é isso.

TERAPEUTA: O que você acha que teria acontecido se não tivesse conseguido controlar esses sentimentos?

JULIE: Eu estava muito preocupada de não conseguir lidar com eles.

TERAPEUTA: E se você não conseguisse lidar com eles, o que aconteceria?

JULIE: Simplesmente parece que eu vou perder o controle, de forma permanente.

TERAPEUTA: Esse é um dos pensamentos de que falamos na última vez. O que as evidências lhe dizem sobre a probabilidade de perder contato permanente com a realidade?

JULIE: Quer dizer que, mesmo que eu não controle a minha respiração, eu vou ficar bem?

TERAPEUTA: Bom, você não perdeu o contato com a realidade permanentemente antes de aprender o exercício, o que isso lhe diz?

JULIE: Está bem, entendo.

TERAPEUTA: O exercício da respiração é melhor como ferramenta para ajudá-la a enfrentar o que quer que esteja causando ansiedade. Então, à medida que você enfrenta situações e sua ansiedade aumenta, use o exercício de respiração para lhe ajudar a enfrentar, em lugar de fugir da ansiedade.

Aos pacientes que usam constantemente suas habilidades de respiração como comportamento de segurança se pode recomendar que não o façam, pois assim aprendem que aquilo com que estão se preo-

cupando não acontece ou pode ser administrado sem usar essas habilidades.

Em termos de reestruturação cognitiva, os terapeutas dão orientação corretiva aos pacientes sobre os métodos de questionar as evidências para gerar probabilidades realistas, encarando o pior e gerando formas de enfrentar cada item na hierarquia de agorafobia e qualquer ataque de pânico que tenha ocorrido na última semana. A orientação corretiva específica se dá quando os pacientes não são específicos em sua reestruturação cognitiva (p. ex., pacientes que registram que o que mais lhes preocupa é o pânico devem ser estimulados a detalhar o que lhes preocupa em relação a entrar em pânico) ou contam com garantia geral (p. ex., pacientes que registram que “tudo vai dar certo” como suas evidências e/ou sua forma de enfrentamento devem ser estimulados a listar as evidências e/ou gerar passos de enfrentamento reais).

A seguir, trata-se de como praticar o primeiro item na hierarquia de agorafobia. Se for o caso, revisam-se as razões pelas quais tentativas anteriores de exposição *in vivo* falharam. As razões típicas para os fracassos anteriores de exposição *in vivo* incluem terem sido demasiado casuais e/ou breves, ou com um espaço muito grande entre uma e outra, além de tentativas realizadas sem uma sensação de domínio ou enquanto se mantêm crenças de que a catástrofe é muito possível. Julie já havia tentado enfrentar situações agorafóbicas no passado, mas, todas as vezes, ela havia fugido, sentindo-se tomada pelo pânico e apavorada com a possibilidade de perder contato com a realidade permanentemente. O terapeuta a ajudou a entender como abordar as situações agorafóbicas de outra forma, para obter benefícios da exposição. Os sinais de segurança típicos de Julie eram a presença de seu marido – ou, pelo menos, o conhecimento de seu paradeiro – e o clonazepam (que ela levava consigo, mas raramente usava). O terapeuta discutiu a importância de acabar abandonando esses sinais de segurança.

Como mencionado anteriormente, o objetivo da terapia da exposição não é a redução imediata do medo e da ansiedade, e sim que o paciente aprenda algo novo como resultado da exposição. Para uma exposição eficaz é essencial esclarecer do que os pacientes têm mais medo quando se deparam com as situações que temem e quais são as condições que mais os ajudam a aprender que as coisas das quais têm mais medo raramente acontecem, e/ou que eles podem enfrentar a situação e tolerar a ansiedade. Se o que mais preocupa um paciente é que o medo e a ansiedade se mantenham elevados durante toda a prática, a aprendizagem corretiva envolve tolerar ansiedade constante. Para Julie, a primeira situação em sua hierarquia

era dirigir do trabalho para casa, sozinha. Ela declarou que o que mais a preocupava nessa situação era que ela entraria em pânico e perderia contato com a realidade e então perderia o controle do carro e morreria em um acidente.

Ela também declarou que dirigir ao entardecer era a condição em que mais estava convencida dessas eventualidades. Sendo assim, a tarefa que o terapeuta considerou mais eficaz para lhe ensinar que ela não perderia o contato com a realidade ou que ela poderia enfrentar as sensações de irreabilidade e pânico era dirigir do trabalho para casa ao entardecer.

Explique da forma mais concreta possível a tarefa de exposição para que o paciente entenda exatamente o que a prática implica (p. ex., “caminhar sozinha dentro de um *shopping center* por dez minutos”). É importante que a prática não seja interrompida por causa da ansiedade (p. ex., “continuar dirigindo na rodovia até ficar ansiosa”) porque a prática de exposição reforçaria a evitação da ansiedade.

Relembrou-se à Julie que usasse suas habilidades de enfrentamento se entrasse em pânico ao praticar a tarefa, ou seja, em momentos de medo, recomenda-se que os pacientes usem suas habilidades de respiração e pensamento para realizar as tarefas designadas. As habilidades de enfrentamento não são pensadas como meios para reduzir o medo e a ansiedade, e sim para tolerá-los. A aceitação e a observação não julgadora de sensações físicas e pensamentos podem ser outra estratégia a usar em meio à terapia de exposição.

Recomenda-se que os pacientes mantenham um plano regular de práticas repetidas de exposição *in vivo* pelo menos três vezes por semana e as realizem independentemente de fatores internos (p. ex., ter um “dia ruim”, sentir-se doente) ou externos (mau tempo, agenda lotada) que possam gerar atitudes de protelação. Julie expressou algumas preocupações sobre sua capacidade de praticar pelo menos três vezes na semana seguinte:

JULIE: Não sei se consigo praticar três vezes porque na maioria dos dias eu me sinto muito desgastada. Talvez eu possa praticar na segunda e na terça, pois é nesses dias que eu geralmente me sinto melhor.

TERAPEUTA: O que poderia acontecer se praticasse os exercícios em um dia em que já se sinta cansada?

JULIE: Eu me sinto mais frágil nesses dias.

TERAPEUTA: E se você se sentir mais frágil, o que pode acontecer?

JULIE: Eu simplesmente não acho que conseguiria. Seria difícil demais. Posso me descontrolar e perder de vez o contato com a realidade.

TERAPEUTA: Certo, então vamos pensar sobre esse pensamento. O que lhe diz a sua experiência? Quantas vezes você já perdeu contato com a realidade, incluindo dias em que se sentia muito cansada?

JULIE: Bom, nunca.

TERAPEUTA: Então, o que isso lhe diz?

JULIE: Está bem, mas ainda sinto dificuldade de dirigir nesses dias.

TERAPEUTA: E se você começa com segunda e terça, mas em seguida avança para os outros dias da semana em que se sente muito cansada para que tenha uma ótima oportunidade para aprender se vai perder o contato com a realidade permanentemente ou não?

O trabalho de casa de Julie para essa sessão é continuar o automonitoramento, continuar usando a reestruturação cognitiva e o re treinamento de respiração se houver ansiedade ou pânico elevados e praticar o primeiro item da hierarquia da agorafobia pelo menos três vezes, das quais pelo menos uma será sem seu marido, Larry.

Sessão 5

Os objetivos da sessão 5 são revisar a prática da exposição *in vivo*, formular outra tarefa de exposição a ser praticada na semana seguinte e começar a exposição interoceptiva. Observe que as exposições *in vivo* e interoceptiva podem ser realizadas simultaneamente ou sequencialmente. No caso de Julie, a exposição *in vivo* foi iniciada na quarta sessão, ao passo que a exposição interoceptiva começou na quinta sessão, mas poderiam ter sido feitas na ordem inversa, sem problemas.

É essencial revisar a prática da semana da exposição *in vivo*. Considera-se uma avaliação objetiva do desempenho para desencadear autoavaliações objetivas e prejudiciais. Como demonstrado na literatura experimental sobre aprendizagem e condicionamento, as avaliações de eventos aversivos após eles terem ocorrido pode influenciar ansiedade quanto a encontros futuros com os mesmos tipos de eventos aversivos. Qualquer prática que seja interrompida prematuramente deve ser revisada com cuidado em busca de fatores contribuintes, os quais serão incorporados a exposições *in vivo* subsequentes. É importante reconhecer o precipitante da fuga, porque essa necessidade geralmente está baseada na indicação de que continuar a tolerar resultaria em algum tipo de perigo.

Por exemplo, os pacientes podem ter expectativas de que as sensações se tornem intensas e levem a uma reação fora de controle. Essa expectativa pode ser discutida como obtenção de conclusões precipitadas e exagero. Ao mesmo tempo, a própria fuga não

precisa ser vista catastroficamente (como constrangedora ou como um sinal de fracasso). Além disso, os terapeutas reforçam o uso de habilidades respiratórias e cognitivas (ou habilidades de aceitação) para ajudar os pacientes a permanecer na situação até que a duração ou a tarefa especificada tenham sido completadas, apesar das sensações desconfortáveis.

Mais uma vez, é importante que os pacientes reconheçam que o objetivo é enfrentar as situações repetidamente, apesar da ansiedade, e não atingir uma ausência total de ansiedade. O objetivo de cada prática de exposição é tolerar o medo e não sua redução imediata. Essa postura acaba por levar à redução do medo. A ansiedade que não diminui depois de dias de exposição *in vivo* pode ser resultado de uma ênfase demasiada na redução imediata do medo e da ansiedade, ou seja, esforçar-se muito ou querer demais que a ansiedade diminua geralmente a mantém.

Julie teve êxito com sua primeira prática de exposição *in vivo*, conseguindo ir embora do trabalho de carro ao entardecer, sozinha, quatro vezes. Ela observou que a primeira vez foi mais fácil do que esperava, a segunda foi mais difícil e ela teve que parar no acostamento uma vez. O terapeuta a ajudou a identificar os pensamentos e sensações que a levaram a “fugir” da situação, as sensações de irre realidade e medo de perder o contato com a realidade. Julie esperou por uns minutos e depois continuou dirigindo para casa, uma ação que foi muito reforçada pelo terapeuta. A terceira e a quarta vezes foram mais fáceis.

O marido de Julie, Larry, participou da quinta sessão para que ele pudesse aprender a ajudar Julie a lidar com o pânico e a agorafobia. Ele apoiava e estava ávido por ajudar de qualquer maneira possível, expressando frustração por não ter tido ideia de como ajudar no passado.

Há princípios gerais de envolvimento de pessoas significativas no tratamento do paciente. Em primeiro lugar, apresenta-se a essa pessoa uma conceituação do tratamento para reduzir sua frustração e/ou suas atribuições negativas para o funcionamento emocional do paciente (p. ex., “Ah, isso é só invenção dela, não tem nada de errado com ela” ou “Ele sempre foi assim, desde antes de nos casarmos e nunca vai mudar”). A forma como o problema agorafóbico prejudicou as rotinas cotidianas e a distribuição de tarefas familiares também é investigada e discutida. Entre os exemplos, atividades sociais, de lazer e tarefas domésticas. O terapeuta explica que as atividades familiares podem ser estruturadas em torno do medo e da evitação para ajudar o paciente a funcionar sem ansiedade intensa. Ao mesmo tempo, dar a essa pessoa as tarefas do paciente pode acabar reforçando o padrão de comportamento agorafóbico. Consequentemente,

mente, destaca-se a importância de cumprir as instruções para a exposição *in vivo*, mesmo que o paciente venha a sentir desconforto inicialmente.

Quem está na sessão com o paciente é estimulado a ser participante ativo, expondo sua percepção dos comportamentos e dos medos do paciente, bem como seu impacto no ambiente da casa. Às vezes, essa pessoa apresenta informações das quais o paciente não estava totalmente ciente e não informou, especialmente sobre como o comportamento do paciente afeta o funcionamento dessa pessoa. Larry, por exemplo, descreveu como se sentia preso em casa à noite, pois antes ele costumava jogar basquete com seus amigos em um ginásio local, mas agora fica em casa porque se sente culpado se deixa Julie sozinha.

O passo seguinte é descrever o papel dessa pessoa nas tarefas de exposição *in vivo*. Ela é considerada um instrutor, e se recomenda que o casal trate as tarefas como uma equipe de solução de problemas. Isso inclui decidir exatamente onde e quando praticar a exposição *in vivo*. Para se preparar para as práticas, o paciente identifica suas avaliações equivocadas em relação à tarefa e gera alternativas cognitivas. A outra pessoa deve ajudar o paciente a questionar seus próprios pensamentos *ansiosos*. Podem ser realizadas dramatizações desse tipo de questionamento do paciente por parte da outra pessoa na sessão, para que o terapeuta possa dar orientação corretiva a cada uma delas. Por meio da exposição *in vivo* a outra pessoa lembra o paciente de aplicar os questionamentos cognitivos, habilidades respiratórias ou habilidades de aceitação. Como essa pessoa geralmente é um sinal de segurança, as tarefas provocam menos ansiedade, mas, com o tempo, o paciente se desliga dela. Assim, as tentativas iniciais de enfrentar situações agorafóbicas são realizadas com essa pessoa e as posteriores, por conta própria. O desligamento da pessoa significativa pode ser feito de forma gradual, como no caso de Julie: (1) dirigir inicialmente com Larry no carro, (2) com ele em um carro atrás do dela, (3) encontrá-lo em um ponto de chegada e (4) dirigir sozinha.

O estilo de comunicação é muito importante para essa cooperação. Por um lado, recomenda-se que as pessoas não aumentem a experiência de pânico do paciente e o ajudem a aplicar as declarações de enfrentamento quando estiver ansioso. Por outro, essas pessoas devem ter paciência, pois o progresso do paciente pode ser irregular. O paciente e a pessoa que está participando devem usar uma escala de classificação de 0 a 10 pontos para se comunicar em relação ao atual nível de ansiedade ou desconforto do paciente, como forma de reduzir o desconforto associado à discussão da ansiedade, especialmente em situações públicas. O paciente é alertado sobre a motivação potencial para

evitar discutir o que sente com essa pessoa, em razão do constrangimento ou da tentativa de evitar a ansiedade por medo de que essa discussão ou a concentração na ansiedade possa intensificar seu nível de desconforto. Desaconselha-se evitar o que se sente, porque a distração é considerada menos benéfica no longo prazo do que efetivamente encarar o que está incomodando e aprender que as catástrofes previstas não ocorrem. Volta-se a garantir ao paciente que o desconforto e o constrangimento iniciais provavelmente vão diminuir à medida que os parceiros se familiarizam mais com a discussão dos níveis de ansiedade e seu manejo. As preocupações do paciente com a possível insensibilidade da outra pessoa ou de que ela exerça pressão são tratadas. Por exemplo, a pessoa pode supor que conhece o nível de ansiedade do paciente e seus pensamentos ansiosos sem a confirmação do próprio paciente, ou pode se irritar com o paciente por este evitar as situações ou fugir delas, ou por ter medo. Todas essas questões são descritas como padrões de comunicação relativamente comuns e compreensíveis que, mesmo assim, precisam ser corrigidos. A dramatização, durante a sessão, de estilos de comunicação mais adaptativos durante episódios de elevada ansiedade é uma técnica útil de aprendizagem. Ocasionalmente, o treinamento mais específico em comunicações pode ser benéfico, especialmente se os parceiros brigam frequentemente em suas tentativas de criar itens ou métodos para realizar a exposição *in vivo*.

A próxima tarefa de exposição *in vivo* para Julie foi se sentar em um cinema lotado, passando aos poucos do corredor para mais próximo da metade da fila, pois essa era a situação em que ela sentia mais preocupação de perder controle e chamar a atenção para si. Julie e Larry ensaiaram sua postura para a exposição *in vivo* na sessão, enquanto o terapeuta dava orientação corretiva, usando os princípios de comunicação e enfrentamento descritos antes. Eles foram instruídos a praticar essa tarefa, no mínimo, três vezes durante a semana. Pelo menos em uma ocasião, Julie deveria praticá-la sozinha.

A seguir, introduziu-se a exposição interoceptiva. Por meio de exposições repetidas às sensações temidas, os pacientes aprendem que essas sensações não lhes causam danos e adquirem cada vez mais confiança em sua capacidade de tolerar os sintomas de ansiedade. O procedimento começa com uma avaliação da resposta do paciente a uma série de exercícios padronizados. O terapeuta mostra antes como é o exercício. A seguir, após o paciente tê-lo realizado, o terapeuta registra as sensações, o nível de ansiedade (0 a 10), a intensidade das sensações (0 a 10) e a semelhança com as sensações de pânico que ocorrem naturalmente (0 a 10). Os exercícios incluem sacudir a cabeça de um lado para

outro por 30 segundos, colocar a cabeça entre as pernas por 30 segundos e levantá-la rapidamente, correr no mesmo lugar ou subir degraus por um minuto, prender a respiração pelo maior tempo possível, contrair os músculos do corpo todo por um minuto ou ficar em posição de fazer flexões pelo maior tempo possível, dar voltas em uma cadeira giratória por 1 minuto, hiperventilar por 1 minuto, respirar através de um canudinho (com as narinas fechadas) ou respirar o mais lentamente possível por 2 minutos e olhar fixamente para um ponto na parede ou para a própria imagem em um espelho por 90 segundos. Se nenhum desses exercícios produzir sensações pelo menos um pouco parecidas com as que ocorrem naturalmente, criam-se outros exercícios individualizados. Por exemplo, o aperto no peito pode ser induzido respirando profundamente antes de hiperventilar; o calor pode ser induzido usando roupas quentes em uma sala aquecida; a sensação de se engasgar pode ser induzida por um abaixador de língua, um blusão de gola alta ou uma gravata; e o susto pode ser induzido por um ruído abrupto e alto no meio do relaxamento. Para Julie, as sensações produzidas por hiperventilação, girar e olhar fixo para um ponto na parede são as que mais provocam ansiedade.

Pacientes que relatam sentir pouco ou nenhum medo porque se sentem seguros na presença do terapeuta devem experimentar cada exercício sozinhos, seja com o terapeuta fora do consultório ou em suas casas.

Ao mesmo tempo, discutir a influência da segurança percebida como fator moderador sobre a quantidade de medo que se experimenta reforça o valor da reestruturação cognitiva. Para uma minoria de pacientes, a causa conhecida e o rumo das sensações superam a resposta de medo, ou seja, como as sensações são previsivelmente relacionadas a uma causa clara (o exercício interoceptivo) e como as sensações podem ser controladas com relativa facilidade, simplesmente interrompendo o exercício interoceptivo, o medo é mínimo. Sob essas condições, a discussão pode centrar-se produtivamente nas suposições equivocadas que tornam as sensações que ocorrem naturalmente mais assustadoras do que as produzidas pelos exercícios interoceptivos. Geralmente, essas suposições são de que as sensações que ocorrem naturalmente são imprevisíveis, de que as sensações imprevisíveis são mais danosas e de que se as sensações que ocorrem naturalmente não são controladas, representando uma ameaça potencial. A maioria dos pacientes teme pelo menos alguns dos exercícios interoceptivos, apesar de saber qual é a causa das sensações e saber que são controláveis.

Os exercícios interoceptivos que se consideram produzirem ao menos sensações um pouco parecidas com o pânico de ocorrência natural (pelo menos três

na escala de 0 a 10 pontos) são selecionados para exposição repetida. Usa-se uma abordagem gradual para a exposição interoceptiva, começando com o item mais baixo na hierarquia estabelecida na quarta sessão. Para cada exposição, o paciente deve começar a indução, indicar quando as sensações acontecem pela primeira vez (p. ex., levantando a mão) e continuar a indução por pelo menos 30 segundos mais, para permitir a aprendizagem corretiva. Depois de terminar a indução, a ansiedade é avaliada e o paciente tem tempo de aplicar as habilidades cognitivas e respiratórias. Por fim, o terapeuta revisa a experiência de indução e a aplicação das estratégias de administração com o paciente. Durante a revisão, o terapeuta destaca a importância de vivenciar integralmente as sensações durante a indução, concentrar-se objetivamente nas sensações, em vez de se distrair delas, e a importância de identificar cognições específicas e as questionar ao levar em consideração todas as evidências. Além disso, o terapeuta faz perguntas-chave para ajudar o paciente a se dar conta de sua segurança (p. ex.: “O que teria acontecido se você tivesse continuado girando por mais 60 segundos?”) e generalizá-la para experiências que ocorrem naturalmente (p. ex.: “Qual é a diferença de quando você fica tonto no trabalho?”). Em outras palavras, a reestruturação cognitiva expande o processamento cognitivo que já está acontecendo como resultado da exposição interoceptiva repetida.

Às vezes, surgem cognições específicas, antes não reconhecidas, durante a exposição repetida. Por exemplo, quando começou a realizar exposições repetidas, a hiperventilar e a girar, Julie ficou mais ciente de sua suposição implícita de que as sensações de estar fora do ar ou com a cabeça vazia a fariam perder controle de seus membros. Isso estava relacionado à sua preocupação com causar um acidente ao dirigir. Durante os exercícios repetidos de hiperventilação, e com estímulos do tipo *e se* por parte do terapeuta, ela descobriu seu medo de não conseguir mexer os braços e as pernas. A seguir, o terapeuta questionou sua suposição ao fazer com que Julie respirasse em excesso por períodos mais longos, seguidos imediatamente de caminhar, agarrar objetos e assim por diante.

O trabalho de casa é muito importante, porque os sinais de segurança que estão presentes no *setting* clínico ou derivados do próprio terapeuta podem, mais uma vez, impedir a generalização ao contexto natural. Os pacientes são instruídos a praticar itens interoceptivos realizados na sessão diariamente, três vezes por dia. Julie deveria praticar a hiperventilação na semana seguinte. Ela manifestou alguma preocupação com fazer exercícios sozinha, de forma que o terapeuta a ajudou a usar suas habilidades de reestruturação cognitiva em relação a estar só. Além disso, foi sugerido um trabalho de casa

mais gradual, para que ela praticasse a hiperventilação quando seu marido estivesse em casa nos primeiros dias e, depois, quando ele não estivesse, nos outros dias.

Sessões 6 e 7

O objetivo fundamental das sessões 6 e 7 é repassar a semana anterior em termos das práticas de exposição *in vivo*, formular novas exposições, revisar as práticas de exposição interoceptiva entre sessões, realizar exposição interoceptiva repetida dentro da sessão e estabelecer essas atividades como trabalho de casa para a semana seguinte.

A exposição *in vivo* é revisada, assim como nas sessões anteriores. Nesse caso, Julie e Larry haviam se saído bem com a prática do cinema. Julie até praticou ir ao cinema sozinha, ocasião em que disse sentir mais ansiedade do que quando estava com Larry por medo de ter de se levantar e sair do cinema, e por preocupações de incomodar as outras pessoas na plateia.

O terapeuta ajudou Julie a identificar qual preocupação a levou a ir embora. Em outras palavras, o que ela achava que poderia acontecer se não pudesse ir embora? Quando Julie disse que tinha preocupações com perder o controle e fazer uma cena, recomendou-se que ela aplicasse suas habilidades de reestruturação cognitiva, ou seja, análise baseada em evidências e descatastrofização. Ela estava pronta para avançar aos itens seguintes em sua hierarquia: passar 2 horas em casa sozinha durante o dia e ficar sozinha em casa ao anoitecer. Assim como em todas as tarefas de exposição *in vivo*, Julie identificou o que mais temia nessas situações e as melhores condições para praticar a aprendizagem de que esses eventos não vão acontecer e/ou que ela seria capaz de enfrentar o pior.

A semana anterior de prática de exposição interoceptiva é revisada na sessão com a atenção voltada à evitação, seja simplesmente não conseguindo praticar ou em evitação disfarçada, minimizando a intensidade ou a duração das sensações induzidas ou limitando a prática à presença de um sinal de segurança (p. ex., uma pessoa significativa) ou a momentos quando a ansiedade anterior é mínima. As razões para evitação podem ser a interpretação equivocada permanente dos riscos das sensações corporais (i. e., “Não quero hiperventilar, porque tenho medo de não conseguir parar de respirar em excesso e de não ter alguém para me ajudar”) ou a crença de que a ansiedade não vai reduzir com a repetição da tarefa.

Na primeira semana, Julie praticou exercícios de exposição interoceptiva cerca de metade dos dias entre as sessões. O terapeuta usou um método de *seta descendente* para explorar as razões que ela tinha para não praticar todos os dias.

JULIE: Eu tentei hiperventilar por conta própria, mas não consegui muito, porque fiquei com muito medo e parei assim que notei as sensações esquisitas.

TERAPEUTA: O que você achava que iria acontecer se as sensações se tornassem mais intensas?

JULIE: Eu achava que as sensações piorariam cada vez mais e simplesmente tomariam conta de mim. E eu não queria ter aquele sentimento de pânico de novo.

TERAPEUTA: Se realmente tomassem conta, o que aconteceria com você?

JULIE: Aí eu me sentiria horrível, de verdade.

TERAPEUTA: E se você se sentisse horrível?

JULIE: Sei lá, nada, eu só me sentiria horrível.

TERAPEUTA: A palavra *horrível* é carregada de muito significado. Vamos ver se a gente consegue identificar seus pensamentos ansiosos que tornam esses sentimentos tão horríveis.

JULIE: Eu simplesmente não consigo aguentar o sentimento.

TERAPEUTA: O que lhe faz pensar que não consegue aguentar? Como sabe que não consegue aguentar?

A discussão continuou, para que Julie entendesse o que era mais importante aprender com a repetição da hiperventilação: conseguir aguentar as sensações e a ansiedade.

Entretanto, depois da semana seguinte de prática repetida, Julie permaneceu cautelosa por medo de que os exercícios a fizessem reverter a seu estado de várias semanas antes, ou seja, ela estava preocupada de que as induções a deixariam em um estado sintomático permanente. Além disso, ela estava particularmente relutante em relação a praticar a exposição interoceptiva no fim do dia, quando era mais provável que se sentisse irreal, ou em um dia em que houvesse marcado um evento social importante. Mais uma vez, esses padrões de evitação estavam relacionados a medos de que os sintomas se tornassem intensos demais ou resultassem em algum tipo de catástrofe mental ou social. Esse tipo de padrões de evitação é tratado no exemplo a seguir:

TERAPEUTA: Quando você praticou deliberadamente girar e hiperventilar?

JULIE: Geralmente, de manhã. Um dia eu deixei para o fim do dia e acabou sendo uma má ideia, me senti muito mal.

TERAPEUTA: Vamos pensar nisso mais um pouco. Por que foi horrível quando você praticou no fim do dia?

JULIE: Bom, eu já estava me sentindo bastante irreal – como acontece a essa hora do dia. Então eu fiquei muito mais ansiosa em relação aos sintomas.

TERAPEUTA: Estar mais ansiosa implica que você tenha pensado que seus sintomas eram mais danosos. Foi isso que aconteceu no dia em que você praticou a exposição interoceptiva quando já estava se sentindo irreal?

JULIE: Foi, eu senti isso porque já estava me sentindo irreal, eu estava no limite, e senti que podia passar do limite se tentasse aumentar as sensações de irrealidade.

TERAPEUTA: O que você quer dizer com “passar dos limites”?

JULIE: Que eu tornaria as sensações tão intensas que realmente perderia o controle, iria enlouquecer.

TERAPEUTA: Então, aí está uma dessas hipóteses: sentir uma irrealidade mais intensa significa estar mais perto de enlouquecer. Vamos examinar as evidências. Será que uma irrealidade mais intensa significa necessariamente que você está mais perto da loucura?

Nas sessões, o terapeuta continuava a praticar a exposição interoceptiva com o item seguinte da hierarquia de Julie, que era olhar fixo para um ponto na parede e girar. O trabalho de casa dessa sessão era continuar o automonitoramento, a exposição *in vivo* a um item da hierarquia de agorafobia pelo menos três vezes, e a prática diária da exposição interoceptiva.

Sessões 8 e 9

Os principais objetivos das sessões 8 e 9 são continuar a exposição *in vivo*, como descrito nas sessões anteriores, e estender a exposição interoceptiva para atividades naturais. Julie havia praticado ficar em casa sozinha por 2 horas durante o dia e quando anoitecesse, com bons resultados. Em particular, ela teve alguns ataques de pânico durante essas práticas de exposição *in vivo*, mas continuou com as práticas estabelecidas mesmo assim. Isso foi fundamental, já que lhe permitia aprender que podia sobreviver à sensação de pânico; era a primeira vez em que ela tinha permanecido em uma situação apesar de sentir pânico.

Ao revisar a prática da semana de exposição interoceptiva, ficou visível que ela estava separando as práticas das experiências reais das sensações corporais de forma a limitar a generalização. Isso foi tratado como segue:

JULIE: Depois de girar e hiperventilar várias vezes, eu realmente me sinto muito menos ansiosa. Eu ficava apavorada no início, mas agora me sinto só um pouco ansiosa, quando me sinto. Mas

isso é diferente do que me acontece quando estou na estrada ou em casa.

TERAPEUTA: Em que é diferente?

JULIE: Não sei quando as sensações de tontura e irrealidade vão aparecer.

TERAPEUTA: A partir de nossas discussões anteriores, vamos pensar nas razões potenciais pelas quais você pode se sentir tonta ou irreal em um determinado momento.

JULIE: Eu sei. Eu tenho de ficar pensando que poderia ser a minha respiração, ou simplesmente me sentir ansiosa, ou cansada, ou um monte de outras coisas.

TERAPEUTA: Certo, e por que é tão importante saber quando as sensações vão surgir?

JULIE: Porque eu não quero sentir isso.

TERAPEUTA: E por que não?... Do que você tem medo?

JULIE: Acho que aquela velha coisa... que eu vou perder o controle de alguma forma?

TERAPEUTA: Então vamos voltar à reestruturação cognitiva que você tem feito. De que exatamente você tem medo? Qual é a probabilidade de isso acontecer? Quais são as alternativas?

JULIE: Sei...

TERAPEUTA: Sendo assim, agora você vê que as sensações de tontura ou irrealidade são produzidas por ansiedade, por respirar em excesso, por dietas ou pelos exercícios que fazemos aqui, são todas a mesma coisa, são só sensações físicas desconfortáveis. A única razão pela qual elas a perturbam mais quando você está dirigindo ou está em casa é o sentido que você ainda atribui a elas nessas situações.

A exposição *naturalística* interoceptiva é aquela exposição a tarefas ou atividades diárias que têm sido evitadas ou suportadas com pavor em função das sensações associadas a elas. Entre os exemplos típicos estão os exercícios aeróbicos ou a atividade física vigorosa, subir correndo lances de escada, comer alimentos que geram uma sensação de estar cheio ou são associados a sensações de se engasgar, saunas ou duchas com muito vapor, dirigir com as janelas fechadas e a calefação ligada, consumir cafeína e assim por diante. (É claro que esses exercícios podem ser modificados em caso de complicações concretas de saúde, como asma e pressão sanguínea elevada.) De uma lista de atividades temidas típicas e a geração de itens específicos da experiência do próprio indivíduo, estabelece-se uma hierarquia. Cada item recebe uma classificação de ansiedade (0 a 10). A hierarquia de Julie era a seguinte: olhar para fora através de ve-

nebianas (ansiedade = 3); assistir a *Um estranho no ninho* (ansiedade = 4), jogar tênis (ansiedade = 4), olhar rótulos em uma prateleira de supermercado (ansiedade = 5), concentrar-se em costurar por uma hora (ansiedade = 6), dirigir com as janelas fechadas e a calefação ligada (ansiedade = 7), uma discoteca com luzes estroboscópicas (ansiedade = 8) e brincar na Disneylândia (ansiedade = 10).

Assim como no exercício dos sintomas, os exercícios de atividades são projetados para serem sistematicamente graduais e repetitivos. Os pacientes podem aplicar as habilidades respiratórias e cognitivas enquanto a atividade está em andamento. Isso contrasta com os exercícios de indução de sintomas, nos quais as habilidades de enfrentamento só são usadas após a realização do exercício de sintomas, porque as atividades costumam ser consideravelmente mais longas dos que os exercícios de indução. Não obstante, os pacientes são estimulados a se concentrar nas sensações e a vivenciar integralmente por meio da atividade e a não usar as habilidades de enfrentamento para impedir ou remover as sensações.

Os pacientes são instruídos a identificar cognições mal-adaptativas e ensaiar a reestruturação cognitiva antes de começar cada atividade. A repetição da preparação cognitiva em sessão permite que os terapeutas ofereçam orientação corretiva. Julie fez isso com seu terapeuta para as duas primeiras atividades naturalísticas, que eram olhar através de venezianas e assistir a *Um estranho no ninho*. Ela entendia que estava mais preocupada com sensações de irrealidade e medos de enlouquecer, muito embora, como resultado de seus vários exercícios de exposição até aquele momento, em seguida reconheceria que essas sensações eram inofensivas e que conseguiria aguentá-las, e que esses medos não eram realistas, baseando-se nas evidências.

Assim como em todas as exposições, é importante identificar e remover (gradualmente, se necessário) os sinais de segurança ou os comportamentos de proteção, como telefones portáteis, amuletos, caminhar devagar, levantar-se lentamente e ficar perto de atendimento de saúde. Esses sinais e comportamentos de segurança reforçam as interpretações equivocadas catastróficas em relação às sensações corporais. Os comportamentos de segurança de Julie que foram identificados eram ver as horas no relógio (para garantir que ela estava em contato com a realidade) e se beliscar (de novo, para sentir a realidade). Pediu-se que ela praticasse as duas exposições naturalísticas interoceptivas pelo menos três vezes antes de cada sessão de tratamento, sem os comportamentos de segurança.

Sessões 10 e 11

Os objetivos principais das sessões 10 e 11 são revisar os exercícios de exposição *in vivo* e exposição

naturalística da semana anterior, além de combinar a exposição a situações agorafóbicas temidas e evitadas com indução deliberada das sensações temidas nessas situações. Assim como em tarefas de casa de exposição interoceptiva anteriores, é importante avaliar e corrigir as tendências a evitar esse tipo de tarefa, principalmente levando-se em conta as suposições equivocadas que estão levando à evitação. Lembremo-nos, também, de que uma forma de evitação é usar sinais ou comportamentos de segurança, de forma que um questionamento cuidadoso de como e em quais condições se realizou a exposição naturalística pode ajudar a identificar um uso inadvertido dessas precauções desnecessárias. Julie informou que estava olhando com êxito pelas venezianas, mesmo que experimentasse sensações de irrealidade. Ela teve mais dificuldade para assistir a *Um estranho no ninho*, porque tratava diretamente de seus piores medos de perder permanentemente o contato com a realidade. Ela tentou, mas não chegou até o fim do filme. Na segunda vez, ela assistiu com Larry, que a fez lembrar de suas habilidades cognitivas e respiratórias, e ela conseguiu assistir a todo o filme. Ela assistiu mais uma vez sozinha. Dois outros itens de exposição naturalística foram escolhidos para a semana seguinte, com atenção especial a remover ou desabitua-la de sinais e comportamentos de segurança, e ao ensaio da reestruturação cognitiva na sessão. Para Julie, eram jogar tênis (algo que ela tinha evitado durante anos) e passar os olhos em objetos em prateleiras de supermercado.

A noção de induzir deliberadamente as sensações corporais temidas dentro do contexto de situações agorafóbicas deriva das evidências que compõem as relações entre gatilhos externos e internos que podem ser o agente ansiogênico mais potente (ou seja, extinção profunda, como visto nas sessões anteriores). Ou seja, não é a situação nem a sensação corporal que desencadeia o estresse, e sim a combinação de ambas. Dessa forma, a exposição eficaz visa a ambos os tipos de gatilho, caso contrário, os pacientes correriam o risco de voltar a sentir o medo depois. Por exemplo, a prática repetida de caminhar em um *shopping center* sem ficar tonto não prepara adequadamente os pacientes para ocasiões em que se sentem caminhando por *shopping centers* e, sem essa preparação, eles têm probabilidade de sentir pânico e fugir se ficarem tontos em uma situação dessas no futuro. Vestir roupas pesadas em um restaurante ajuda os pacientes a ter menos medo não apenas do restaurante, mas também de sentir calor em um restaurante.

Outros exemplos incluem tomar café antes de qualquer das tarefas agorafóbicas, desligar o ar con-

dicionado ou ligar a calefação enquanto dirige, respirar muito lentamente em um lugar lotado e assim por diante. Os pacientes escolhem um item da hierarquia de situações agorafóbicas, seja um já realizado ou um item novo, e também escolhem qual sintoma induzir e as formas de indução nessa situação. A tarefa de Julie foi tomar café enquanto ia ao cinema. Ela manifestou as seguintes preocupações:

JULIE: Você acha mesmo que eu estou pronta para tomar café e ir ao cinema?

TERAPEUTA: O que lhe preocupa na combinação de café e cinema?

JULIE: Bom, eu pratiquei muito nos cinemas, então me sinto bem, mas o café vai me fazer sentir muito ansiosa.

TERAPEUTA: E se você se sentir ansiosa no cinema, o que acontece?

JULIE: Aí eu não sei. Talvez eu tenha de novo aquelas velhas sensações, de que tenho de sair.

TERAPEUTA: Com base em tudo o que aprendeu, como você pode administrar essas sensações?

JULIE: Bom, acho que minha regra número um é nunca sair de uma situação por me sentir ansiosa. Vou aguentar, não importa o que aconteça.

TERAPEUTA: Parece ótimo, quer dizer que você está aceitando a ansiedade e aproveitando a oportunidade de aprender que consegue tolerar isso. Que mais?

JULIE: Posso me perguntar qual é a pior coisa que pode acontecer. Sei que não vou morrer ou enlouquecer. Provavelmente, vou sentir o coração acelerando muito por causa do café.

TERAPEUTA: E se seu coração acelera, o que quer dizer?

JULIE: Acho que só quer dizer que meu coração bate mais rápido.

TERAPEUTA: Essa seria uma boa maneira de você aprender que consegue tolerar a ansiedade e os sintomas de um coração batendo acelerado.

A tarefa de casa para essa sessão é continuar o automonitoramento, praticar a exposição *in vivo* combinada com a exposição interoceptiva e continuar a exposição naturalística interoceptiva.

Sessão 12

A última sessão de tratamento revisa os princípios e as habilidades e dá à paciente um modelo de técnicas de enfrentamento para situações potenciais de alto risco no futuro. Julie terminou o programa depois de 12 sessões, quando então não havia entrado em pânico por oito semanas, raramente havia tido tontura ou sensação de ir-

realidade e estava dirigindo por distâncias mais longas. Havia algumas situações que ainda demandavam práticas de exposição (p. ex., dirigir por distâncias muito longas, longe de casa e na estrada, ao entardecer). Porém, Julie e Larry concordaram em dar continuidade às práticas de exposição *in vivo* pelos meses seguintes para consolidar sua aprendizagem e continuar seus avanços.

CONCLUSÃO

Como observado anteriormente neste capítulo, o tratamento cognitivo-comportamental para transtorno de pânico e agorafobia é muito eficaz e representa uma das histórias de sucesso da psicoterapia. Entre 80 e 100% dos pacientes que se submetem a esse tratamento deixarão de sentir pânico no fim do tratamento e manterão esses ganhos por até dois anos. Esses resultados refletem ser substancialmente mais duradouros do que os tratamentos medicamentosos. Mais além, entre 50 e 80% desses pacientes atingem um *estado superior*, o que significa que seus sintomas e seu funcionamento estarão dentro de esferas normais, e grande parte do restante só tem sintomatologia residual. Entretanto, permanecem grandes dificuldades.

Em primeiro lugar, esses tratamentos não são perfeitos. Até 50% dos pacientes mantêm sintomatologia substancial apesar de melhorias em relação aos níveis basais e isso é especialmente provável no caso daqueles com agorafobia mais grave. É necessário fazer mais pesquisas para determinar como os tratamentos podem ser melhorados ou mais individualizados para aliviar o sofrimento constante. Por exemplo, um de nós (D. H. B.) atendeu um paciente há vários anos que tinha completado um tratamento inicial, mas precisou de consultas periódicas por quatro anos. Esse paciente melhorou, no essencial, por cerca de nove meses, mas teve recaída durante um período particularmente estressante em seu trabalho. Algumas sessões de reforço restauraram seu funcionamento, mas ele estava de volta ao consultório seis meses depois, com retorno dos sintomas. Esse padrão continuou basicamente por quatro anos e se caracterizava por períodos livres de sintomas seguidos por recaídas relacionadas (aparentemente) ao estresse.

Além disso, o pânico que ressurgia durava, às vezes, entre três e seis meses antes de desaparecer novamente, talvez com a ajuda de uma sessão de reforço.

Embora esse caso tenha sido um pouco incomum em nossa experiência, não havia explicação fácil para esse padrão de recaídas e remissões. O paciente, que tem instrução superior, entendeu e aceitou o modelo de tratamento e cumpriu integralmente o programa. Também não havia dúvidas de que ele entendia a natureza da ansiedade e do pânico, bem como as complexidades das estratégias terapêuticas.

Enquanto estava no consultório, ele sabia descrever de cor e salteado a natureza desses estados emocionais, assim como o processo detalhado de sua própria reação durante esses estados. Não obstante, longe do consultório, ele se via repetidamente esperando não “cair do precipício” durante um ataque de pânico, apesar de verbalizar muito claramente a irracionalidade desse conceito enquanto estava no consultório. Ele também continuava tentando reduzir sintomas psicológicos menores associados à ansiedade e ao pânico, apesar de um entendimento racional total sobre a natureza desses sintomas (incluindo o fato de serem os mesmos que ele havia experimentado durante um estado de excitação, o que ele apreciou). Sua tolerância limitada a essas sensações físicas também era intrigante em função de sua enorme capacidade de suportar a dor.

Qualquer grupo de fatores explicaria o que parecia ser uma *ideação supervalorizada* ou ideias irracionais muito intensas durante períodos de ansiedade, incluindo o fato de o paciente ter vários familiares que já foram internados muitas vezes por transtornos emocionais (aparentemente, transtornos do humor ou transtorno esquizoafetivo). Mesmo assim, continuamos sem saber por que esse paciente não respondia tão rapidamente quanto a maioria das pessoas. Mais tarde, ele se recuperou completamente, teve várias promoções no trabalho e considerava o tratamento como sendo o ponto de virada em sua vida, mas isso levou cinco anos.

Outros pacientes, como observado anteriormente, parecem desinteressados em fazer o tratamento, preferindo conceituar seus problemas como desequilíbrios químicos. Outros, ainda, têm dificuldades de entender algumas das estratégias cognitivas e são necessárias outras tentativas para tornar esses tratamentos mais *fáceis de usar*.

Também pode parecer que esse tratamento estruturado e baseado em protocolos seja aplicado de maneira muito padronizada em pessoas diferentes. Nada poderia ser mais distante da verdade. A sensibilidade clínica envolvida nisso, e em todos os tratamentos descritos neste livro, requer uma adaptação cuidadosa dessas estratégias de tratamento a cada caso específico. Muitos dos sintomas de Julie giravam em torno de sensações de irrealidade (desrealização e despersonalização). Um aspecto importante do programa de tratamento é enfatizar as explicações racionais para a produção dessas sensações, assim como adaptar os exercícios cognitivos e de exposição para maximizá-los. Embora os exercícios de provocação interoceptiva padronizados pareçam suficientes para produzir sintomatologia suficiente no caso de

Julie, tivemos de desenvolver novos procedimentos para lidar com pessoas que tenham sintomas e medos mais idiossincráticos, especialmente os que envolvem sensações de irrealidade ou dissociação. Cada terapeuta terá de fazer outras inovações nos procedimentos cognitivos e comportamentais à medida que aplica esses procedimentos.

Embora esses novos tratamentos pareçam altamente bem-sucedidos quando aplicados por terapeutas com treinamento, o tratamento não está prontamente disponível a indivíduos com esses transtornos. Na verdade, embora sejam breves e estruturados, esses tratamentos são muito mais difíceis de aplicar do que, por exemplo, os farmacológicos (também aplicados equivocadamente com frequência). Além disso, poucas pessoas têm atualmente as habilidades para sua aplicação, o que parece ser necessário para esses e outros tratamentos psicossociais bem-sucedidos é um novo método para sua disseminação, para que atinjam um número máximo de pacientes. A modificação desses protocolos de tratamento para formatos mais fáceis de usar, assim como períodos breves de formação para terapeutas até um ponto de certificação, seriam passos importantes na aplicação bem-sucedida. Isso pode ser difícil de atingir.

NOTA

1. Não se avaliaram fobias específicas, mas, por serem mais restritas, a hipótese é que elas tenham menos efeito na afetividade negativa.

REFERÊNCIAS

- Aaronson, C. J., Shear, M. K., Goetz, R. R., Allen, L. B., Barlow, D. H., White, K. S., et al. (2008). Predictors and time course of response among panic disorder patients treated with cognitive-behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 418–424.
- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 185–192.
- Alneas, R., & Torgersen, S. (1990). DSM-III personality disorders among patients with major depression, anxiety disorders, and mixed conditions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 693–698.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Amering, M., Katschnig, H., Berger, P., Windhaber, J., Baischer, W., & Dantendorfer, K. (1997). Embarrassment about the first panic attack predicts agoraphobia in di-

- sorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 517–521.
- Andrews, G., Cuijpers, P., Craske, M. G., McEvoy, P., & Titov, N. (2010). Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: A meta-analysis. *PLoS ONE*, 5, e13196.
- Antony, M. M., Brown, T. A., Craske, M. G., Barlow, D. H., Mitchell, W. B., & Meadows, E. A. (1995). Accuracy of heartbeat perception in panic disorder, social phobia, and nonanxious subjects. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 355–371.
- Antony, M. M., Ledley, D. R., Liss, A., & Swinson, R. P. (2006). Responses to symptom induction exercises in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 85–98.
- Antony, M. M., Meadows, E. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). Cardiac awareness before and after cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 341–350.
- Arch, J. J., Eifert, G. H., Davies, C., Plumb, J. C., Rose, R. D., & Craske, M. G. (2012). Randomized trial of cognitive behavioral therapy versus acceptance and commitment therapy for the treatment of mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 750–765.
- Arnou, B. A., Taylor, C. B., Agras, W. S., & Telch, M. J. (1985). Enhancing agoraphobia treatment outcome by changing couple communication patterns. *Behavior Therapy*, 16, 452–467.
- Arrindell, W., & Emmelkamp, P. (1987). Psychological states and traits in female agoraphobics: A controlled study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 9, 237–253.
- Baldwin, D. S. (1998). Depression and panic: Comorbidity. *European Psychiatry*, 13, 65s–70s.
- Bandelow, B., Spath, C., Tichaner, G. A., Brooks, A., Hajak, G., & Ruther, E. (2002). Early traumatic life events, parental attitudes, family history, and birth risk factors in patients with panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 269–278.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Brown, T. A., & Craske, M. G. (1994). Definitions of panic attacks and panic disorder in the DSM-IV: Implications for research. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 553–564.
- Barlow, D. H., Cohen, A., Waddell, M., Vermilyea, J., Klosko, J., Blanchard, E., et al. (1984). Panic and generalized anxiety disorders: Nature and treatment. *Behavior Therapy*, 15, 431–449.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (1994). *Mastery of your anxiety and panic* (2nd ed.) San Antonio, TX: Harcourt Brace.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Patient workbook* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Craske, M. G., Cerny, J. A., & Klosko, J. S. (1989). Behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 20, 261–282.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283(19), 2529–2536.
- Barlow, D. H., O'Brien, G. T., & Last, C. G. (1984). Couples treatment of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 15(1), 41–58.
- Barlow, D. H., O'Brien, G. T., Last, C. G., & Holden, A. E. (1983). Couples treatment of agoraphobia. In K. D. Craig & R. J. McMahon (Eds.), *Advances in clinical behavior therapy* (pp. 99–127). New York: Brunner/Mazel.
- Barlow, D. H., Vermilyea, J., Blanchard, E., Vermilyea, B., Di Nardo, P., & Cerny, J. (1985). Phenomenon of panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 320–328.
- Barsky, A. J., Cleary, P. D., Sarnie, M. K., & Ruskin, J. N. (1994). Panic disorder, palpitations, and the awareness of cardiac activity. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 63–71.
- Basoglu, M., Marks, I. M., Kilic, C., Brewin, C. R., & Swinson, R. P. (1994). Alprazolam and exposure for panic disorder with agoraphobia: Attribution of improvement to medication predicts subsequent relapse. *British Journal of Psychiatry*, 164, 652–659.
- Beck, J. G., & Shipherd, J. C. (1997). Repeated exposure to interoceptive cues: Does habituation of fear occur in panic disorder patients?: A preliminary report. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 551–557.
- Beck, J. G., Shipherd, J. C., & Zebb, B. J. (1997). How does interoceptive exposure for panic disorder work?: An uncontrolled case study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 541–556.
- Beck, J. G., Stanley, M. A., Baldwin, L. E., Deagle, E. A., & Averill, P. M. (1994). Comparison of cognitive therapy and relaxation training for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 818–826.
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2007). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32, 483–524.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Marrs, A., & Moore, P. (1997). Panic disorder and agoraphobia in consecutively referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(12), 214–223.
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, J., Foley, D. L., & Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1174–1183.
- Black, D. W., Monahan, P., Wesner, R., Gabel, J., & Bowers, W. (1996). The effect of fluvoxamine, cognitive therapy, and placebo on abnormal personality traits in 44 patients with panic disorder. *Journal of Personality Disorders*, 10, 185–194.
- Bland, K., & Hallam, R. (1981). Relationship between response to graded exposure and marital satisfaction in

- agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 335–338.
- Block, R. I., Ghoneim, M. M., Fowles, D. C., Kumar, V., & Pathak, D. (1987). Effects of a subanesthetic concentration of nitrous oxide on establishment, elicitation and semantic and phonemic generalization of classically conditioned skin conductance responses. *Pharmacological and Biochemical Behavior*, 28, 7–14.
- Bohni, M. K., Spindler, H., Arendt, M., Hougaard, E., & Rosenberg, N. K. (2009). A randomized study of massed three-week cognitive behavioural therapy schedule for panic disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(3), 187–195.
- Bonn, J. A., Harrison, J., & Rees, W. (1971). Lactate-induced anxiety: Therapeutic application. *British Journal of Psychiatry*, 119, 468–470.
- Bouchard, S., Gauthier, J., Laberge, B., French, D., Pelletier, M., & Godbout, D. (1996). Exposure versus cognitive restructuring in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 213–224.
- Bouchard, S., Paquin, B., Payeur, R., Allard, M., Rivard, V., Gournier, T., et al. (2004). Delivering cognitive-behavior therapy for panic disorder with agoraphobia in videoconferencing [Special issue: Telemedicine in Canada]. *Telemedicine Journal and E-Health*, 10(1), 13–24.
- Bouton, M. E. (1993). Context, time and memory retrieval in the interference paradigms of Pavlovian learning. *Psychological Bulletin*, 114, 90–99.
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning-theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108(1), 4–32.
- Bouton, M. E., & Swartzentruber, D. (1991). Sources of relapse after extinction in Pavlovian conditioning and instrumental conditioning. *Behavioral Neuroscience*, 104, 44–55.
- Broocks, A., Bandelow, B., Pekrun, G., George, A., Meyer, T., Bartmann, U., et al. (1998). Comparison of aerobic exercise, clomipramine, and placebo in the treatment of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 603–609.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408–418.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754–765.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (in press). *Anxiety Disorders Interview Schedule–5*. New York: Oxford University Press.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585–599.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(2), 179–192.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(1), 49–58.
- Brown, T. A., White, K. S., Forsyth, J. P., & Barlow, D. H. (2004). The structure of perceived emotional control: Psychometric properties of a revised Anxiety Control Questionnaire. *Behavior Therapy*, 35(1), 75–99.
- Buglass, P., Clarke, J., Henderson, A., & Presley, A. (1977). A study of agoraphobic housewives. *Psychological Medicine*, 7, 73–86.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 26, 17–31.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587–595.
- Carlbring, P., Ekselius, L., & Andersson, G. (2003). Treatment of panic disorder via the Internet: A randomized trial of CBT vs. applied relaxation. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34, 129–140.
- Carlbring, P., Nilsson-Ihrfelt, E., Waara, J., Kollenstam, C., Buhman, M., Klado, V., et al. (2005). Treatment of panic disorder: live therapy vs. self-help via the internet. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1321–1333.
- Carter, M. M., Sbrocco, T., Gore, K. L., Marin, N. W., & Lewis, E. L. (2003). Cognitive-behavioral group therapy versus a wait-list control in the treatment of African American women with panic disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 27(5), 505–518.
- Cerny, J. A., Barlow, D. H., Craske, M. G., & Himadi, W. G. (1987). Couples treatment of agoraphobia: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 18, 401–415.
- Chambless, D. L. (1990). Spacing of exposure sessions in treatment of agoraphobia and simple phobia. *Behavior Therapy*, 21, 217–229.
- Chambless, D. L., Caputo, G., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090–1097.
- Chambless, D. L., Caputo, G., Gracely, S., Jasin, E., & Williams, C. (1985). The Mobility Inventory for Agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 35–44.
- Chambless, D. L., & Renneberg, B. (1988, September). *Personality disorders of agoraphobics*. Paper presented at World Congress of Behavior Therapy, Edinburgh, Scotland.
- Clark, D. M. (1996). Panic disorder: From theory to therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *From frontiers of cognitive therapy: The state of art and beyond* (pp. 318–344). New York: Guilford Press.
- Clark, D. M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461–470.

- Clark, D. M., & Ehlers, A. (1993). An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder. *Applied and Preventive Psychology*, 2, 131–139.
- Clark, D. M., Salkovskis, P., & Chalkley, A. (1985). Respiratory control as a treatment for panic attacks. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 16, 23–30.
- Clark, D. M., Salkovskis, P., Gelder, M., Koehler, C., Martin, M., Anastasiades, P., et al. (1988). Tests of a cognitive theory of panic. In I. Hand & H. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias II* (pp. 71–90). Berlin: Springer-Verlag.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P., & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British Journal of Psychiatry*, 164, 759–769.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583–589.
- Cote, G., Gauthier, J. G., Laberge, B., Cormier, H. J., & Plamondon, J. (1994). Reduced therapist contact in the cognitive behavioral treatment of panic disorder. *Behavior Therapy*, 25, 123–145.
- Cox, B. J., Endler, N. S., & Swinson, R. P. (1995). An examination of levels of agoraphobic severity in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 57–62.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1988). A review of the relationship between panic and avoidance. *Clinical Psychology Review*, 8, 667–685.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1989). Nocturnal panic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(3), 160–167.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1991). Behavioral treatment of panic disorder: A two-year follow-up. *Behavior Therapy*, 22, 289–304.
- Craske, M. G., DeCola, J. P., Sachs, A. D., & Pontillo, D. C. (2003). Panic control treatment of agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 17(3), 321–333.
- Craske, M. G., Farchione, T., Allen, L., Barrios, V., Stoyanova, M., & Rose, D. (2007). Cognitive behavioral therapy for panic disorder and comorbidity: More of the same or less of more. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1095–1109.
- Craske, M. G., & Freed, S. (1995). Expectations about arousal and nocturnal panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 567–575.
- Craske, M. G., Glover, D., & DeCola, J. (1995). Predicted versus unpredicted panic attacks: Acute versus general distress. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 214–223.
- Craske, M. G., Golinelli, D., Stein, M. B., Roy-Byrne, P., Bystritsky, A., & Sherbourne, C. (2005). Does the addition of cognitive behavioral therapy improve panic disorder treatment outcome relative to medication alone in the primary-care setting? *Psychological Medicine*, 35(11), 1645–1654.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Epstein, A., Wittchen, H.-U., Pine, D.S., Lewis-Fernandez, R., et al. (2010). Panic disorder: A review of DSM-IV panic disorder and proposals for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 93–112.
- Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 5–27.
- Craske, M. G., Lang, A. J., Aikins, D., & Mystkowski, J. L. (2005). Cognitive behavioral therapy for nocturnal panic. *Behavior Therapy*, 36, 43–54.
- Craske, M. G., Lang, A. J., Rowe, M., DeCola, J. P., Simmons, J., Mann, C., et al. (2002). Presleep attributions about arousal during sleep: Nocturnal panic. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 53–62.
- Craske, M. G., Liao, B., Brown, L., & Vervliet, B. (2012). Role of inhibition in exposure therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 3(3), 322–345.
- Craske, M. G., Maidenberg, E., & Bystritsky, A. (1995). Brief cognitive-behavioral versus non directive therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 113–120.
- Craske, M. G., Miller, P. P., Rotunda, R., & Barlow, D. H. (1990). A descriptive report of features of initial unexpected panic attacks in minimal and extensive avoiders. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 395–400.
- Craske, M. G., Poulton, R., Tsao, J. C. I., & Plotkin, D. (2001). Paths to panic-agoraphobia: An exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *American Journal of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 556–563.
- Craske, M. G., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1988). The significance of panic-expectancy for individual patterns of avoidance. *Behavior Therapy*, 19, 577–592.
- Craske, M. G., Rose, R. D., Lang, A., Welch, S., Campbell-Sills, L., Sullivan, G., et al. (2009). Computer-assisted delivery of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in primary care settings. *Depression and Anxiety*, 26, 235–242.
- Craske, M. G., & Rowe, M. K. (1997a). A comparison of behavioral and cognitive treatments of phobias. In G. C. L. Davey (Ed.), *Phobias—a handbook of theory, research and treatment* (pp. 247–280). West Sussex, UK: Wiley.
- Craske, M. G., & Rowe, M. K. (1997b). Nocturnal panic. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 153–174.
- Craske, M. G., Rowe, M., Lewin, M., & Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 85–99.
- Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Donald-Sherbourne, C., Bystritsky, A., Katon, W., et al. (2002). Treating panic disorder in primary care: A collaborative care intervention. *General Hospital Psychiatry*, 24(3), 148–155.

- Craske, M. G., Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Sullivan, G., Hazlett-Stevens, H., Bystritsky, A., et al. (2006). CBT intensity and outcome for panic disorder in a primary care setting. *Behavior Therapy*, 37, 112–119.
- Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Rose, D., et al. (2011). Disorder specific impact of CALM treatment for anxiety disorders in primary care. *Archives of General Psychiatry*, 68, 378–388.
- Craske, M. G., & Tsao, J. C. I. (1999). Self-monitoring with panic and anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 11, 466–479.
- Culver, N., Stoyanova, M. S., & Craske, M. G. (2012). Emotional variability and sustained arousal during exposure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 787–793.
- Culver, N., Vervliet, B., & Craske, M. G. (in press). Compound extinction: Using the Rescorla-Wagner model to maximize the effects of exposure therapy for anxiety disorders. *Clinical Psychological Science*.
- Dattilio, F. M., & Salas-Auvert, J. A. (2000). *Panic disorder: Assessment and treatment through a wide-angle lens*. Phoenix, AZ: Zeig, Tucker.
- Deacon, B., & Abramowitz, J. (2006). A pilot study of two-day cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 807–817.
- de Beurs, E., Lange, A., van Dyck, R., & Koele, P. (1995). Respiratory training prior to exposure *in vivo* in the treatment of panic disorder with agoraphobia: Efficacy and predictors of outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 29, 104–113.
- de Beurs, E., van Balkom, A. J., Lange, A., Koele, P., & van Dyck, R. (1995). Treatment of panic disorder with agoraphobia: Comparison of fluvoxamine, placebo, and psychological panic management combined with exposure and of exposure *in vivo* alone. *American Journal of Psychiatry*, 152, 683–691.
- Debiec, J., & Le Doux, J. E. (2004). Disruption of reconsolidation but not consolidation of auditory fear conditioning by noradrenergic blockade in the amygdala. *Neuroscience*, 129(2), 267–272.
- Deckert, J., Nothen, M. M., Franke, P., Delmo, C., Fritze, J., Knapp, M., et al. (1998). Systematic mutation screening and association study of the A1 and A2a adenosine receptor genes in panic disorder suggest a contribution of the A2a gene to the development of disease. *Molecular Psychiatry*, 3, 81–85.
- De Cort, K., Hermans, D., Spruyt, A., Griez, E., & Schruers, K. (2008). A specific attentional bias in panic disorder? *Depression and Anxiety*, 25(11), 951–955.
- de Jong, M. G., & Bouman, T. K. (1995). Panic disorder: A baseline period: Predictability of agoraphobic avoidance behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 185–199.
- Dewey, D., & Hunsley, J. (1990). The effects of marital adjustment and spouse involvement on the behavioral treatment of agoraphobia: A meta-analytic review. *Anxiety Research*, 2(2), 69–83.
- Di Nardo, P., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule—Fourth Edition (ADISIV)*. New York: Oxford University Press.
- Domschke, K., Agneszka, G., Winter, B., Hermann, M. J., Warrings B., Muhlberger, A., et al. (2011). ADORA2A gene variation, caffeine, and emotional processing: A multi-level interaction on startle reflex. *Neuropsychopharmacology*, 37, 759–769.
- Dow, M., Kenardy, J., Johnston, D., Newman, M., Taylor, C., & Thomson, A. (2007). Prognostic indices with brief and standard CBT for panic disorder: I. Predictors of outcome. *Psychological Medicine*, 27, 1493–1502.
- Dreessen, L., Arntz, A., Luttels, C., & Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35(4), 265–274.
- Dworkin, B. R., & Dworkin, S. (1999). Heterotopic and homotopic classical conditioning of the baroreflex. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 34(3), 158–176.
- Ehlers, A. (1995). A 1-year prospective study of panic attacks: Clinical course and factors associated with maintenance. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 164–172.
- Ehlers, A., & Breuer, P. (1992). Increased cardiac awareness in panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 371–382.
- Ehlers, A., & Breuer, P. (1996). How good are patients with panic disorder at perceiving their heartbeats? *Biological Psychology*, 42, 165–182.
- Ehlers, A., Breuer, P., Dohn, D., & Fiegenbaum, W. (1995). Heartbeat perception and panic disorder: Possible explanations for discrepant findings. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 69–76.
- Ehlers, A., & Margraf, J. (1989). The psychophysiological model of panic attacks. In P. M. G. Emmelkamp (Ed.), *Anxiety disorders: Annual series of European research in behavior therapy* (Vol. 4, pp. 1–29). Amsterdam: Swets.
- Ehlers, A., Margraf, J., Davies, S., & Roth, W. T. (1988). Selective processing of threat cues in subjects with panic attacks. *Cognition and Emotion*, 2, 201–219.
- Ehlers, A., Margraf, J., Roth, W. T., Taylor, C. B., & Birnbaumer, N. (1988). Anxiety induced by false heart rate feedback in patients with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26(1), 1–11.
- Eifert, G. H., & Heffner, M. (2003). The effects of acceptance versus control contexts on avoidance of panic-related symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 34(3–4), 293–312.
- Eley, T. C. (2001). Contributions of behavioral genetics research: Quantifying genetic, shared environmental and nonshared environmental influences. In M. W. Vasey & M. R. Dadds (Eds.), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 45–59). New York: Oxford University Press.
- Emmelkamp, P. (1980). Agoraphobic's interpersonal problems. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1303–1306.
- Emmelkamp, P. M., & Wittchen, H.-U. (2009). Specific phobias. In G. Andrews (Ed.), *Stress-induced and fear circuitry disorders: Advancing the research agenda for DSM-V* (pp. 77–104). Arlington, VA: American Psychiatric Association.

- Evans, L., Holt, C., & Oei, T. P. S. (1991). Long term follow-up of agoraphobics treated by brief intensive group cognitive behaviour therapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 25, 343–349.
- Eysenck, H. J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, IL: Thomas.
- Faravelli, C., Pallanti, S., Biondi, F., Paterniti, S., & Scarpato, M. A. (1992). Onset of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 827–828.
- Feigenbaum, W. (1988). Long-term efficacy of ungraded versus graded massed exposure in agoraphobics. In I. Hand & H. Wittchen (Eds.), *Panic and phobias: Treatments and variables affecting course and outcome* (pp. 83–88). Berlin: Springer-Verlag.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1994). *Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders*. New York: Biometric Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20–35.
- Foa, E. B., & McNally, R. J. (1996). Mechanisms of change in exposure therapy. In R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorders* (pp. 329–343). New York: Guilford Press.
- Forsyth, J. P., Palav, A., & Duff, K. (1999). The absence of relation between anxiety sensitivity and fear conditioning using 20% versus 13% CO₂-enriched air as unconditioned stimuli. *Behaviour Research and Therapy*, 37(2), 143–153.
- Friedman, S., & Paradis, C. (1991). African-American patients with panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 5, 35–41.
- Friedman, S., Paradis, C. M., & Hatch, M. (1994). Characteristics of African-American and white patients with panic disorder and agoraphobia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 798–803.
- Fry, W. (1962). The marital context of an anxiety syndrome. *Family Process*, 1, 245–252.
- Garssen, B., de Ruiter, C., & van Dyck, R. (1992). Breathing retraining: A rational placebo? *Clinical Psychology Review*, 12, 141–153.
- Ghosh, A., & Marks, I. M. (1987). Self-treatment of agoraphobia by exposure. *Behavior Therapy*, 18, 3–16.
- Glenn, D., Golinelli, D., Rose, R., Roy-Byrne, P., Stein, M., Sullivan, G., et al. (in press). Who gets the most out of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: The role of treatment dose and patient engagement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Gloster, A. T., Wittchen, H.-U., Einsle, F., Lang, T., Helbig-Lang, S., Fydrich, T., et al. (2011). Psychological treatment for panic disorder with agoraphobia: A randomized controlled trial to examine the role of therapist-guided exposure in situ in CBT. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 406–420.
- Goisman, R. M., Goldenberg, I., Vasile, R. G., & Keller, M. B. (1995). Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 303–311.
- Goisman, R. M., Warshaw, M. G., Peterson, L. G., Rogers, M. P., Cuneo, P., Hunt, M. F., et al. (1994). Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia: Data from a multicenter anxiety disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, 72–79.
- Goldstein, A. J., & Chambless, D. L. (1978). A reanalysis of agoraphobia. *Behavior Therapy*, 9, 47–59.
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2005). Childhood abuse and familial violence and the risk of panic attacks and panic disorder in young adulthood. *Psychological Medicine*, 35, 881–890.
- Gorman, J. M., Papp, L. A., Coplan, J. D., Martinez, J. M., Lennon, S., Goetz, R. R., et al. (1994). Anxiogenic effects of CO₂ and hyperventilation in patients with panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151(4), 547–553.
- Gould, R. A., & Clum, G. A. (1995). Self-help plus minimal therapist contact in the treatment of panic disorder: A replication and extension. *Behavior Therapy*, 26, 533–546.
- Gould, R. A., Clum, G. A., & Shapiro, D. (1993). The use of bibliotherapy in the treatment of panic: A preliminary investigation. *Behavior Therapy*, 24, 241–252.
- Gray, J. A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. New York: Oxford University Press.
- Griez, E., & van den Hout, M. A. (1986). CO₂ inhalation in the treatment of panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 145–150.
- Grilo, C. M., Money, R., Barlow, D. H., Goddard, A. W., Gorman, J. M., Hofmann, S. G., et al. (1998). Pretreatment patient factors predicting attrition from a multicenter randomized controlled treatment study for panic disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39, 323–332.
- Haby, M., Donnelly, M., Corry, J., & Vos, T. (2006). Cognitive behavioural therapy for depression, panic disorder and generalized anxiety disorder: A meta-regression of factors that may predict outcome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40, 9–19.
- Hafner, R. J. (1984). Predicting the effects on husbands of behavior therapy for agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 217–226.
- Hamilton, S. P., Fyer, A. J., Durner, M., Heiman, G. A., Baisre de Leon, A., Hodge, S. E., et al. (2003). Further genetic evidence for a panic disorder syndrome mapping to chromosome 13q. *Proceedings of National Academy of Science USA*, 100, 2550–2555.
- Hamilton, S. P., Slager, S. L., De Leon, A. B., Heiman, G. A., Klein, D. F., Hodge, S. E., et al. (2004). Evidence for genetic linkage between a polymorphism in the adenosine 2A receptor and panic disorder. *Neuropsychopharmacology*, 29, 558–565.
- Hamilton, S. P., Slager, S. L., Helleby, L., Heiman, G. A., Klein, D. F., Hodge, S. E., et al. (2001). No association or linkage between polymorphisms in the genes encoding cholecystokinin and the cholecystokinin B receptor and panic disorder. *Molecular Psychiatry*, 6, 59–65.
- Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia removal. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13, 405–411.

- Haslam, M. T. (1974). The relationship between the effect of lactate infusion on anxiety states and their amelioration by carbon dioxide inhalation. *British Journal of Psychiatry*, 125, 88–90.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., & Follette, V. M. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152–1168.
- Hayward, C., Killen, J. D., Hammer, L. D., Litt, I. F., Wilson, D. M., Simmonds, B., et al. (1992). Pubertal stage and panic attack history in sixth- and seventh-grade girls. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1239–1243.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C., & Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(2), 1–8.
- Hecker, J. E., Losee, M. C., Fritzler, B. K., & Fink, C. M. (1996). Self-directed versus therapist-directed cognitive behavioral treatment for panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 253–265.
- Hecker, J. E., Losee, M. C., Roberson-Nay, R., & Maki, K. (2004). Mastery of your anxiety and panic and brief therapist contact in the treatment of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(2), 111–126.
- Helbig-Lang, S., & Petermann, F. (2010). Tolerate or eliminate?: A systematic review on the effects of safety behavior across anxiety disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(3), 218–233.
- Heldt, E., Manfro, G. G., Kipper, L., Blaya, C., Isolan, L., & Otto, M. W. (2006). One-year follow-up of pharmacotherapy-resistant patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy: Outcome and predictors of remission. *Behaviour Research and Therapy*, 44(5), 657–665.
- Hermans, D., Craske, M. G., Mineka, S., & Lovibond, P. F. (2006). Extinction in human fear conditioning. *Biological Psychiatry*, 60, 361–368.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R., et al. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(8), 602–612.
- Hibbert, G., & Pilsbury, D. (1989). Hyperventilation: Is it a cause of panic attacks? *British Journal of Psychiatry*, 155, 805–809.
- Himadi, W., Cerny, J., Barlow, D., Cohen, S., & O'Brien, G. (1986). The relationship of marital adjustment to agoraphobia treatment outcome. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 107–115.
- Hoffart, A. (1995). A comparison of cognitive and guided mastery therapy of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 423–434.
- Hoffart, A. (1997). Interpersonal problems among patients suffering from panic disorder with agoraphobia before and after treatment. *British Journal of Medical Psychology*, 70(2), 149–157.
- Hoffart, A., & Hedley, L. M. (1997). Personality traits among panic disorder with agoraphobia patients before and after symptom-focused treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 77–87.
- Hoffart, A., Sexton, H., Hedley, L., & Martinsen, E. W. (2008). Mechanisms of change in cognitive therapy for panic disorder with agoraphobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(3), 262–275.
- Hofmann, S. G., Shear, M. K., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Hersherberger, D., Patterson, M., et al. (1988). Effects of panic disorder treatments on personality disorder characteristics. *Depression and Anxiety*, 8(1), 14–20.
- Hofmann, S. G., Suvak, M. K., Barlow, D. H., Shear, M. K., Meuret, A. E., et al. (2007). Preliminary evidence for cognitive mediation during cognitive-behavioral therapy of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 374–379.
- Holden, A. E. O., O'Brien, G. T., Barlow, D. H., Stetson, D., & Infantino, A. (1983). Self-help manual for agoraphobia: A preliminary report of effectiveness. *Behavior Therapy*, 14, 545–556.
- Holt, P., & Andrews, G. (1989). Hyperventilation and anxiety in panic disorder, agoraphobia, and generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 453–460.
- Hope, D. A., Rapee, R. M., Heimberg, R. G., & Dombeck, M. J. (1990). Representations of the self in social phobia: Vulnerability to social threat. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 177–189.
- Hornsveld, H., Garssen, B., Fiedeldij Dop, M., & van Spiegel, P. (1990). Symptom reporting during voluntary hyperventilation and mental load: Implications for diagnosing hyperventilation syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 34, 687–697.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapist, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 9(5), 747–755.
- Issakidis, C., & Andrews, G. (2004). Pretreatment attrition and dropout in an outpatient clinic for anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(6), 426–433.
- Ito, L. M., Noshirvani, H., Basoglu, M., & Marks, I. M. (1996). Does exposure to internal cues enhance exposure to external exposure to external cues in agoraphobia with panic. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 24–28.
- Izard, C. E. (1992). Basic emotions, relations among emotions, and emotion cognition relations. *Psychological Review*, 99, 561–565.
- Jacob, R. G., Furman, J. M., Clark, D. B., & Durrant, J. D. (1992). Vestibular symptoms, panic, and phobia: Overlap and possible relationships. *Annals of Clinical Psychiatry*, 4(3), 163–174.
- Kampfe, C. K., Gloster, A. T., Wittchen, H.-U., Helbig-Lang, S., Lang, T., & Gerlach, A. L. (2012). Experiential avoidance and anxiety sensitivity in patients with panic disorder and agoraphobia: Do both constructs measure

- the same? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 5–22.
- Kampman, M., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Hendriks, G.-J. (2002). A randomized, double-blind, placebo-controlled study of the effects of adjunctive paroxetine in panic disorder patients unsuccessfully treated with cognitive-behavioral therapy alone. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(9), 772–777.
- Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Lipscomb, P., Russo, J., Wagner, E., et al. (1990). Distressed high utilizers of medical care: DSM-III-R diagnoses and treatment needs. *General Hospital Psychiatry*, 12(6), 355–362.
- Katschnig, H., & Amering, M. (1998). The long-term course of panic disorder and its predictors. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18(6, Suppl. 2), 6S–11S.
- Keijsers, G. P., Kampman, M., & Hoogduin, C. A. (2001). Dropout prediction in cognitive behavior therapy for panic disorder. *Behavior Therapy*, 32(4), 739–749.
- Keijsers, G. P., Schaap, C. P., Hoogduin, C. A., & Lammers, M. W. (1995). Patient–therapist interaction in the behavioral treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behavior Modification*, 19, 491–517.
- Keller, M. L., & Craske, M. G. (2008). Panic disorder and agoraphobia. In J. Hunsley & E. J. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 229–253). New York: Oxford University Press.
- Kendler, K. S., Bulik, C. M., Silberg, J., Hettema, J. M., Myers, J., & Prescott, C. A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: An epidemiological and co-twin analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57, 953–959.
- Kendler, K. S., Heath, A. C., Martin, N. G., & Eaves, L. J. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression: Same genes, different environments? *Archives of General Psychiatry*, 44, 451–457.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Jin, R., Ruscio, A. M., Shear, K., & Walters, E. E. (2006). The epidemiology of panic attacks, panic disorder, and agoraphobia in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 63, 415–424.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., & Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the U.S. National Comorbidity Survey. *Psychological Medicine*, 27, 1101–1119.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshkeman, S., et al. (1994). Lifetime and 12 month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8–19.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H.-U. (2012). Twelve-month and life time prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169–184.
- Keyl, P. M., & Eaton, W. W. (1990). Risk factors for the onset of panic disorder and other panic attacks in a prospective, population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 131, 301–311.
- Kikuchi, M., Komuro, R., Hiroshi, O., Kidani, T., Hanaoka, A., & Koshino, Y. (2005). Panic disorder with and without agoraphobia: Comorbidity within a half-year of the onset of panic disorder. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58, 639–643.
- Kindt, M., Soeter, M., & Vervliet, B. (2009). Beyond extinction: Erasing human fear responses and preventing the return of fear. *Nature Neuroscience*, 12, 256–258.
- Kircanski, K., Craske, M. G., Epstein, A. M., & Wittchen, H.-U. (2009). Subtypes of panic attacks: A critical review of the empirical literature. *Depression and Anxiety*, 26, 878–887.
- Kircanski, K., Mortazavi, A., Castriotta, N., Baker, A., Mystkowski, J., Yi, R., et al. (2011). Challenges to the traditional exposure paradigm: variability in exposure therapy for contamination fears. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, 745–751.
- Kiropoulos, L. A., Klein, B., Austin, D. W., Gilson, K., Pier, C., Mitchell, J., et al. (2008). Is internet-based CBT for panic disorder and agoraphobia as effective as face-to-face CBT? *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1273–1284.
- Kraft, A. R., & Hoogduin, C. A. (1984). The hyperventilation syndrome: A pilot study of the effectiveness of treatment. *British Journal of Psychiatry*, 145, 538–542.
- Kroeze, S., & van den Hout, M. A. (2000). Selective attention for cardiac information in panic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 63–72.
- Krystal, J. H., Woods, S. W., Hill, C. L., & Charney, D. S. (1991). Characteristics of panic attack subtypes: Assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptom attacks. *Comprehensive Psychiatry*, 32(6), 474–480.
- Lake, R. I., Eaves, L. J., Maes, H. H., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2000). Further evidence against the environmental transmission of individual differences in neuroticism from a collaborative study of 45,850 twins and relatives of two continents. *Behavior Genetics*, 30(3), 223–233.
- Lang, A. J., & Craske, M. G. (2000). Manipulations of exposure based therapy to reduce return of fear: a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 1–12.
- Lehman, C. L., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1998). Effects of cognitive-behavioral treatment for panic disorder with agoraphobia on concurrent alcohol abuse. *Behavior Therapy*, 29, 423–433.
- Lelliott, P., Marks, I., McNamee, G., & Tobena, A. (1989). Onset of panic disorder with agoraphobia: Toward an integrated model. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1000–1004.

- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M., & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35, 747–766.
- Lewis-Fernandez, R., Hinton, D. E., Laria, A. J., Patterson, E. H., Hofmann, S. G., Craske, M. et al. (2010). Culture and the anxiety disorders: recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 212–229.
- Lidren, D. M., Watkins, P., Gould, R. A., Clum, G. A., Asterrino, M., & Tulloch, H. L. (1994). A comparison of bibliotherapy and group therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 865–869.
- Lovibond, P. F., Davis, N. R., & O'Flaherty, A. S. (2000). Protection from extinction in human fear conditioning. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 967–983.
- Lissek, S., Powers, A. S., McClure, E. B., Phelps, E. A., Woldenhawariet, G., et al. (2005). Classical fear conditioning in the anxiety disorders: A meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1391–1424.
- Lissek, S., Rabin, S. J., Heller, R. E., Lukenbaugh, D., Geraci, M., Pine, D. S., et al. (2010). Overgeneralization of conditioned fear as a pathogenic marker of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(1), 47–55.
- Lissek, S., Rabin, S. J., McDowell, D. J., Divir, S., Bradford, D. E., Geraci, M., et al. (2009). Impaired discriminative fear-conditioning resulting from elevated fear responding to learned safety cues among individuals with panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(2), 111–118.
- Maidenberg, E., Chen, E., Craske, M., Bohn, P., & Bys-tritsky, A. (1996). Specificity of attentional bias in panic disorder and social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 529–541.
- Maier, S. F., Laudenslager, M. L., & Ryan, S. M. (1985). Stressor controllability, immune function and endogenous opiates. In F. R. Brush & J. B. Overmeier (Eds.), *Affect, conditioning and cognition: Essays on the determinants of behavior* (pp. 183–201). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maller, R. G., & Reiss, S. (1992). Anxiety sensitivity in 1984 and panic attacks in 1987. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(3), 241–247.
- Mannuzza, S., Fyer, A. J., Liebowitz, M. R., & Klein, D. F. (1990). Delineating the boundaries of social phobia: Its relationship to panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 4(1), 41–59.
- Marchand, A., Goyer, L. R., Dupuis, G., & Mainguy, N. (1998). Personality disorders and the outcome of cognitive-behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30(1), 14–23.
- Margraf, J., Taylor, C. B., Ehlers, A., Roth, W. T., & Agras, W. S. (1987). Panic attacks in the natural environment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 558–565.
- Marks, I. M., Swinson, R. P., Basoglu, M., Kuck, K., Noshirvani, H., O'Sullivan, G., et al. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with agoraphobia: A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776–787.
- Martin, N. G., Jardine, R., Andrews, G., & Heath, A. C. (1988). Anxiety disorders and neuroticism: Are there genetic factors specific to panic? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77, 698–706.
- Mavissakalian, M., & Hamman, M. (1987). DSM-III personality disorder in agoraphobia: II. Changes with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 28, 356–361.
- McLean, P. D., Woody, S., Taylor, S., & Koch, W. J. (1998). Comorbid panic disorder and major depression: Implications for cognitive-behavioral therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 240–247.
- McNally, R. J., & Lorenz, M. (1987). Anxiety sensitivity in agoraphobics. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18(1), 3–11.
- McNally, R. J., Riemann, B. C., Louro, C. E., Lukach, B. M., & Kim, E. (1992). Cognitive processing of emotional information in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 143–149.
- McNamee, G., O'Sullivan, G., Lelliott, P., & Marks, I. M. (1989). Telephone-guided treatment for housebound agoraphobics with panic disorder: Exposure vs. relaxation. *Behavior Therapy*, 20, 491–497.
- Mellman, T. A., & Uhde, T. W. (1989). Sleep panic attacks: New clinical findings and theoretical implications. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1204–1207.
- Messenger, C., & Shean, G. (1998). The effects of anxiety sensitivity and history of panic on reactions to stressors in a non-clinical sample. 29, 279–288.
- Meuret, A. E., Rosenfield, D., Seidel, A., Bhaskara, L., & Hofmann, S. G. (2010). Respiratory and cognitive mediators of treatment change in panic disorder: Evidence for intervention specificity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 691–704.
- Meuret, A. E., Twohig, M. P., Rosenfield, D., Hayes, S. C., & Craske, M. G. (2012). Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 606–618.
- Meuret, A. E., Wilhelm, F. H., Ritz, T., & Roth, W. T. (2008). Feedback of end-tidal pCO₂ as a therapeutic approach for panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 42(7), 560–568.
- Michelson, L., Mavissakalian, M., Marchione, K., Ulrich, R., Marchione, N., & Testa, S. (1990). Psychophysiological outcome of cognitive, behavioral, and psychophysiological based treatments of agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 127–139.
- Milton, F., & Hafner, J. (1979). The outcome of behavior therapy for agoraphobia in relation to marital adjustment. *Archives of General Psychiatry*, 36, 807–811.
- Mineka, S., Cook, M., & Miller, S. (1984). Fear conditioned with escapable and inescapable shock: The effects of a feedback stimulus. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 10, 307–323.
- Moisan, D., & Engels, M. L. (1995). Childhood trauma and personality disorder in 43 women with panic disorder. *Psychological Reports*, 76, 1133–1134.

- Murphy, M. T., Michelson, L. K., Marchione, K., Marchione, N., & Testa, S. (1998). The role of self-directed *in vivo* exposure in combination with cognitive therapy, relaxation training, or therapist-assisted exposure in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 117–138.
- Mystkowski, J. L., Craske, M. G., Echiverri, A. M., & Labus, J. S. (2006). Mental reinstatement of context and return of fear in spider-fearful participants. *Behavior Therapy*, 37(1), 49–60.
- Nader, K., Schafe, G. E., & Le Doux, J. E. (2000). Fear memories require protein synthesis in the amygdala for re-consolidation after retrieval. *Nature*, 406, 722–726.
- Neron, S., Lacroix, D., & Chaput, Y. (1995). Group vs individual cognitive behaviour therapy in panic disorder: An open clinical trial with a six month follow-up. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 27, 379–392.
- Neumann, D. L., Lipp, O. V., & Cory, S. E. (2007). Conducting extinction in multiple contexts does not necessarily attenuate the renewal of shock expectancy in a fear-conditioning procedure with humans. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 385–394.
- Niles, A. N., Sherbourne, C., Roy-Byrne, P., Stein, M., Sullivan, G., Bystritsky, A., et al. (2013). Anxiety treatment improves physical functioning with oblique scoring of the SF-12 Short Form Health Survey. *General Hospital Psychiatry*, 35(3), 291–296.
- Norberg, M. M., Krystal, J. H., & Tolin, D. F. (2008). A meta-analysis of D-cycloserine and the facilitation of fear extinction and exposure therapy. *Biological Psychiatry*, 63, 1118–1126.
- Norton, G. R., Cox, B. J., & Malan, J. (1992). Nonclinical panickers: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 12, 121–139.
- Norton, P., & Price, E. (2007). A meta-analytic review of adult cognitive-behavioral treatment outcome across the anxiety disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 521–531.
- Noyes, R., Clancy, J., Garvey, M. J., & Anderson, D. J. (1987). Is agoraphobia a variant of panic disorder or a separate illness? *Journal of Anxiety Disorders*, 1, 3–13.
- Noyes, R., Crowe, R. R., Harris, E. L., Hamra, B. J., McChesney, C. M., & Chaudhry, D. R. (1986). Relationship between panic disorder and agoraphobia: A family study. *Archives of General Psychiatry*, 43, 227–232.
- Noyes, R., Reich, J., Suelzer, M., & Christiansen, J. (1991). Personality traits associated with panic disorder: Change associated with treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 32, 282–294.
- Okamura, N., Garau, C., Duangdao, D. M., Clark, S. D., Jungling, K., Hans-Christian, P., et al. (2011). Neuropeptide S enhances memory during the consolidation phase and interacts with noradrenergic systems in the brain. *Neuropsychopharmacology*, 36(4), 744–752.
- Öst, L.-G. (1988). Applied relaxation vs. progressive relaxation in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 13–22.
- Öst, L.-G., Thulin, U., & Ramnero, J. (2004). Cognitive behavior therapy vs exposure *in vivo* in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 42(1), 1105–1127.
- Öst, L. G., & Westling, B. E. (1995). Applied relaxation vs cognitive behavior therapy in the treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 145–158.
- Öst, L. G., Westling, B. E., & Hellström, K. (1993). Applied relaxation, exposure *in vivo*, and cognitive methods in the treatment of panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 383–394.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., & Sabatino, S. A. (1996). Maintenance of remission following cognitive behavior therapy for panic disorder: Possible deleterious effects of concurrent medication treatment. *Behavior Therapy*, 27, 473–482.
- Otto, M. W., Tolin, D. F., Simon, N. M., Pearlson, G. D., Basden, S., Meunier, S. A., et al. (2010). Efficacy of D-cycloserine for enhancing response to cognitive-behavior therapy for panic disorder. *Biological Psychiatry*, 67(4), 365–370.
- Pauli, P., Amrhein, C., Muhlberger, A., Dengler, W., & Wiedemann, G. (2005). Electrocortical evidence for an early abnormal processing of panic-related words in panic disorder patients. *International Journal of Psychophysiology*, 57, 33–41.
- Payne, L. A., White, K. S., Gallagher, M. W., Woods, S. W., Shear, M. K., Gorman, J. M., et al. (2012). *Secondstage treatments for relative non-responders to cognitive-behavioral therapy (CBT) for panic disorder with and without agoraphobia*. Manuscript submitted for publication.
- Pennebaker, J. W., & Roberts, T. (1992). Toward a his and hers theory of emotion: Gender differences in visceral perception. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(30), 199–212.
- Perna, G., Bertani, A., Arancio, C., Ronchi, P., & Bellodi, L. (1995). Laboratory response of patients with panic and obsessive-compulsive disorders to 35% CO₂ challenges. *American Journal of Psychiatry*, 152, 85–89.
- Prenoveau, J. M., Zinbarg, R. E., Craske, M. G., Mineka, S., Griffith, J. W., & Epstein, A. (2010). Testing a hierarchical model of anxiety and depression in adolescents: A trilevel model. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 334–344.
- Rachman, S., Lopatka, C., & Levitt, K. (1988). Experimental analyses of panic: II. Panic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 26, 33–40.
- Rachman, S., Shafraan, R., Radomsky, A. S., & Zysk, E. (2011). Reducing contamination by exposure plus safety behaviour. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42, 397–404.
- Rapee, R. (1986). Differential response to hyperventilation in panic disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 24–28.
- Rapee, R. M. (1994). Detection of somatic sensations in panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 825–831.
- Rapee, R. M., Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1992). Response to hyperventilation and inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air across the DSM-III-R anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 538–552.

- Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1990). Subject described features of panic attacks using a new self-monitoring form. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 171–181.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1995). Assessment instrument for panic disorder that includes fear of sensation-producing activities: The Albany Panic and Phobia Questionnaire. *Anxiety*, 1, 114–122.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1996). Measurement of perceived control over anxiety-related events. *Behavior Therapy*, 27(2), 279–293.
- Rapee, R. M., & Medoro, L. (1994). Fear of physical sensations and trait anxiety as mediators of the response to hyperventilation in nonclinical subjects. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 693–699.
- Rapee, R. M., & Murrell, E. (1988). Predictors of agoraphobic avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 203–217.
- Rathus, J. H., Sanderson, W. C., Miller, A. L., & Wetzler, S. (1995). Impact of personality functioning on cognitive behavioral treatment of panic disorder: A preliminary report. *Journal of Personality Disorders*, 9, 160–168.
- Razran, G. (1961). The observable unconscious and the inferable conscious in current soviet psychophysiology: Interoceptive conditioning, semantic conditioning, and the orienting reflex. *Psychological Review*, 68, 81–147.
- Reich, J., Perry, J. C., Shera, D., Dyck, I., Vasile, R., Goisman, R. M., et al. (1994). Comparison of personality disorders in different anxiety disorder diagnoses: Panic, agoraphobia, generalized anxiety, and social phobia. *Annals of Clinical Psychiatry*, 6(2), 125–134.
- Reiss, S. (1980). Pavlovian conditioning and human fear: An expectancy model. *Behavior Therapy*, 11, 380–396.
- Reiss, S., Peterson, R., Gursky, D., & McNally, R. (1986). Anxiety sensitivity, anxiety frequency, and the prediction of fearfulness. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 1–8.
- Rescorla, R. A. (2006). Deepened extinction from compound stimulus presentation. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 32, 135–144.
- Richards, J., Klein, B., & Carlbring, P. (2003). Internet-based treatment for panic disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, 32, 125–135.
- Richards, J. C., Klein, B., & Austin, D. W. (2006). Internet cognitive behavioural therapy for panic disorder: Does the inclusion of stress management information improve endstate functioning? *Clinical Psychologist*, 10(1), 2–15.
- Rowe, M. K., & Craske, M. G. (1998). Effects of an expanding-spaced vs massed exposure schedule on fear reduction and return of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 701–717.
- Roy-Byrne, P. P., & Cowley, D. S. (1995). Course and outcome in panic disorder: A review of recent follow-up studies. *Anxiety*, 1, 151–160.
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Stein, M. B., Sullivan, G., Bystritsky, A., Katon, W., et al. (2005). A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62, 290–298.
- Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., et al. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care. *Journal of American Medicine*, 303(19), 1921–1928.
- Roy-Byrne, P., Stein, M. B., Russo, J., Craske, M. G., Katon, W., Sullivan, G., et al. (2005). Medical illness and response to treatment in primary care panic disorder. *General Hospital Psychiatry*, 27(4), 237–243.
- Roy-Byrne, P. P., Mellman, T. A., & Uhde, T. W. (1988). Biologic findings in panic Disorder: Neuroendocrine and sleep-related abnormalities [Special issue: Perspectives on Panic-Related Disorders]. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 17–29.
- Roy-Byrne, P. P., Stein, M. B., Russo, J., Mercier, E., Thomas, R., McQuaid, J., et al. (1999). Panic disorder in the primary care setting: Comorbidity, disability, service utilization, and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(7), 492–499.
- Safren, S. A., Gershuny, B. S., Marzol, P., Otto, M. W., & Pollack, M. H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 453–456.
- Salkovskis, P., Clark, D., & Hackmann, A. (1991). Treatment of panic attacks using cognitive therapy without exposure or breathing retraining. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 161–166.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account [Special issue: The changing Face of Behavioural Psychotherapy]. *Behavioural Psychotherapy*, 19(1), 6–19.
- Salkovskis, P. M., Clark, D. M., & Gelder, M. G. (1996). Cognition-behaviour links in the persistence of panic. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 453–458.
- Schade, A., Marquenie, L. A., van Balkom, A. J., Koeter, M. W., de Beurs, E., van den Brink, W., et al. (2005). The effectiveness of anxiety treatment on alcohol-dependent patients with a comorbid phobic disorder: A randomized controlled trial. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(5), 794–800.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1997). The role of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Prospective evaluation of spontaneous panic attacks during acute stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 355–364.
- Schmidt, N. B., Lerew, D. R., & Jackson, R. J. (1999). Prospective evaluation of anxiety sensitivity in the pathogenesis of panic: Replication and extension. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 532–537.
- Schmidt, N. B., McCreary, B. T., Trakowski, J. J., Santiago, H. T., Woolaway-Bickel, K., & Ialongo, N. (2003). Effects of cognitive behavioral treatment on physical health status in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 34(1), 49–63.
- Schmidt, N. B., Woolaway-Bickel, K., Trakowski, J., Santiago, H., Storey, J., Koselka, M., et al. (2000). Dismantling

- cognitive-behavioral treatment for panic disorder: Questioning the utility of breathing retraining. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 417–424.
- Schneider, A. J., Mataix-Cols, D., Marks, I. M., & Bachofen, M. (2005). Internet-guided self-help with or without exposure therapy for phobic and panic disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(3), 154–164.
- Schumacher, J., Jamra, R. A., Becker, T., Klopp, N., Franke, P., Jacob, C., et al. (2005). Investigation of the DAOA/G30 locus in panic disorder. *Molecular Psychiatry*, 10, 428–429.
- Seidel, A., Rosenfield, D., Bhaskara, L., Hofmann, S. G., & Meuret, A. E. (2009). *Pathways of biobehavioral change in exposure therapy of panic disorder*. Paper presented at the 43rd Annual Convention of the Association of Advancement for Behavioral and Cognitive Therapies, New York.
- Sharp, D. M., Power, K. G., Simpson, R. J., Swanson, V., & Anstee, J. A. (1997). Global measures of outcome in a controlled comparison of pharmacological and psychological treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *British Journal of General Practice*, 47, 150–155.
- Sharp, D. M., Power, K. G., & Swanson, V. (2004). A comparison of the efficacy and acceptability of group versus individual cognitive behaviour therapy in the treatment of panic disorder and agoraphobia in primary care. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11(2), 73–82.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., Woods, S. W., et al. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571–1575.
- Shear, M. K., Rucci, P., Williams, J., Frank, E., Grochocinski, V., Vander-Bilt, J., et al. (2001). Reliability and validity of the Panic Disorder Severity Scale: Replication and extension. *Journal of Psychiatric Research*, 35(5), 293–296.
- Shear, M. K., & Schulberg, H. C. (1995). Anxiety disorders in primary care. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59(2, Suppl. A), A73–A85.
- Shulman, I. D., Cox, B. J., Swinson, R. P., Kuch, K., & Reichman, J. T. (1994). Precipitating events, locations and reactions associated with initial unexpected panic attacks. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 17–20.
- Sloan, T., & Telch, M. J. (2002). The effects of safety-seeking behavior and guided threat reappraisal on fear reduction during exposure: An experimental investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 40(3), 235–251.
- Soeter, M., & Kindt, M. (2010). Dissociating response systems: Erasing fear from memory. *Neurobiology of Learning and Memory*, 94(1), 30–41.
- Sokolowska, M., Siegel, S., & Kim, J. A. (2002). Intraadministration associations: Conditional hyperalgesia elicited by morphine onset cues. *Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes*, 28(3), 309–320.
- Sotres-Bayon, F., Cain, C. K., & LeDoux, J. E. (2006). Brain mechanisms of fear extinction: historical perspectives on the contribution of prefrontal cortex. *Biological Psychiatry*, 60, 329–336.
- Spiegel, D. A., Bruce, T. J., Gregg, S. F., & Nuzzarello, A. (1994). Does cognitive behavior therapy assist slow-taper alprazolam discontinuation in panic disorder? *American Journal of Psychiatry*, 151(6), 876–881.
- Stein, M. B., Walker, J. R., Anderson, G., Hazen, A. L., Ross, C. A., Eldridge, G., et al. (1996). Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and a community sample. *American Journal of Psychiatry*, 153, 275–277.
- Sturges, L. V., Goetsch, V. L., Ridley, J., & Whittal, M. (1998). Anxiety sensitivity and response to hyperventilation challenge: Physiologic arousal, interoceptive acuity, and subjective distress. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(2), 103–115.
- Suárez, L., Bennett, S., Goldstein, C., & Barlow, D. H. (2008). Understanding anxiety disorders from a “triple vulnerabilities” framework. In M. M. Anthony & M. B. Stein (Eds.), *Oxford handbook of anxiety and related disorders* (pp. 153–172). New York: Oxford University Press.
- Swinson, R. P., Fergus, K. D., Cox, B. J., & Wickwire, K. (1995). Efficacy of telephone-administered behavioral therapy for panic disorder with agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 465–469.
- Taylor, S., Koch, W. J., & McNally, R. J. (1992). How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders? *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 249–259.
- Taylor, S., Zvolensky, M. J., Cox, B. J., Deacon, B., Heimberg, R. G., Ledley, D. R., et al. (2007). Robust dimensions of anxiety sensitivity: development and initial validation of the Anxiety Sensitivity Index–3. *Psychological Assessment*, 19(2), 176–188.
- Teachman, B. A., Marker, C. D., & Smith-Janik, S. B. (2008). Automatic associations and panic disorder: Trajectories of change over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 988–1002.
- Telch, M. J., Brouillard, M., Telch, C. F., Agras, W. S., & Taylor, C. B. (1989). Role of cognitive appraisal in panic-related avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 373–383.
- Telch, M. J., Lucas, J. A., & Nelson, P. (1989). Nonclinical panic in college students: An investigation of prevalence and symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 300–306.
- Telch, M. J., Lucas, J. A., Schmidt, N. B., Hanna, H. H., LaNae, Jaimez, T., et al. (1993). Group cognitive-behavioral treatment of panic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 279–287.
- Telch, M. J., Sherman, M., & Lucas, J. (1989). Anxiety sensitivity: Unitary personality trait or domain specific appraisals? *Journal of Anxiety Disorders*, 3, 25–32.
- Thorgeirsson, T. E., Oskarsson, H., Desnica, N., Kostic, J. P., Stefansson, J. G., Kolbeinnsson, H., et al. (2003). Anxiety with panic disorder linked to chromosome 9q in Iceland. *American Journal of Human Genetics*, 72, 1221–1230.
- Thyer, B. A., Himle, J., Curtis, G. C., Cameron, O. G., & Nesse, R. M. (1985). A comparison of panic disorder and agoraphobia with panic attacks. *Comprehensive Psychiatry*, 26, 208–214.

- Tiemens, B. G., Ormel, J., & Simon, G. E. (1996). Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 153, 636–644.
- Tsao, J. C. I., Lewin, M. R., & Craske, M. G. (1998). The effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 357–371.
- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 33, 493–509.
- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 959–970.
- Uhde, T. W. (1994). The anxiety disorders: Phenomenology and treatment of core symptoms and associated sleep disturbance. In M. Kryger, T. Roth, & W. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (pp. 871–898). Philadelphia: Saunders.
- van Balkom, A. J., de Beurs, E., Koele, P., Lange, A., & van Dyck, R. (1996). Long-term benzodiazepine use is associated with smaller treatment gain in panic disorder with agoraphobia. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184, 133–135.
- van Beek, N., Schruers, K. R., & Friez, E. J. (2005). Prevalence of respiratory disorders in first-degree relatives of panic disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 87, 337–340.
- van den Hout, M., Arntz, A., & Hoekstra, R. (1994). Exposure reduced agoraphobia but not panic, and cognitive therapy reduced panic but not agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 447–451.
- van den Hout, M., Brouwers, C., & Oomen, J. (2006). Clinically diagnosed Axis II co-morbidity and the short term outcome of CBT for Axis I disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13(1), 56–63.
- van Megen, H. J., Westenberg, H. G., Den Boer, J. A., & Kahn, R. S. (1996). The panic-inducing properties of the cholecystokinin tetrapeptide CCK4 in patients with panic disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 6, 187–194.
- Vansteenwegen, D., Vervliet, B., Iberico, C., Baeyens, F., van den Bergh, O., & Hermans, D. (2007). The repeated confrontation with videotapes of spiders in multiple contexts attenuates renewal of fear in spider-anxious students. *Behavior Research and Therapy*, 45(6), 1169–1179.
- Veltman, D. J., van Zijderveld, G., Tilders, F. J., & van Dyck, R. (1996). Epinephrine and fear of bodily sensations in panic disorder and social phobia. *Journal of Psychopharmacology*, 10(4), 259–265.
- Verburg, K., Griez, E., Meijer, J., & Pols, H. (1995). Respiratory disorders as a possible predisposing factor for panic disorder. *Journal of Affective Disorders*, 33, 129–134.
- Vos, S. P., Huibers, M. J., Diels, L., & Arntz, A. (2012). A randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for panic disorder with agoraphobia. *Psychological Medicine*, 42(12), 2661–2672.
- Wade, W. A., Treat, T. A., & Stuart, G. L. (1998). Transporting an empirically supported treatment for panic disorder to a service clinic setting: A benchmarking strategy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 231–239.
- Walker, D. L., & Davis, M. (2002). The role of amygdala glutamate receptors in fear learning, fear-potentiated startle, and extinction. *Pharmacology*, 71, 379–392.
- Wardle, J., Hayward, P., Higgitt, A., Stabl, M., Blizard, R., & Gray, J. (1994). Effects of concurrent diazepam treatment on the outcome of exposure therapy in agoraphobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 203–215.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin*, 96(3), 465–490.
- Weems, C. F., Hayward, C., Killen, J., & Taylor, C. B. (2002). A longitudinal investigation of anxiety sensitivity in adolescence. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 471–477.
- Welkowitz, L., Papp, L., Cloitre, M., Liebowitz, M., Martin, L., & Gorman, J. (1991). Cognitive-behavior therapy for panic disorder delivered by psychopharmacologically oriented clinicians. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 473–477.
- Westra, H. A., Stewart, S. H., & Conrad, B. E. (2002). Naturalistic manner of benzodiazepine use and cognitive behavioral therapy outcome in panic disorder and agoraphobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 16(3), 223–246.
- White, K. S., Allen, L. B., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2010). Attrition in a multi-center clinical trial of panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 198, 665–671.
- White, K. S., Payne, L. A., Gorman, J. M., Shear, M. K., Woods, S. W., Saska, J. R., et al. (2013). Does maintenance CBT contribute to long-term treatment response of panic disorder with or without agoraphobia?: A randomized controlled clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81, 47–57.
- Wilkinson, D. J., Thompson, J. M., Lambert, G. W., Jennings, G. L., Schwarz, R. G., Jefferys, D., et al. (1998). Sympathetic activity in patients with panic disorder at rest, under laboratory mental stress, and during panic attacks. *Archives of General Psychiatry*, 55(6), 511–520.
- Williams, K. E., & Chambless, D. (1990). The relationship between therapist characteristics and outcome of *in vivo* exposure treatment for agoraphobia. *Behavior Therapy*, 21, 111–116.
- Williams, K. E., & Chambless, D. L. (1994). The results of exposure-based treatment in agoraphobia. In S. Friedman (Ed.), *Anxiety disorders in African Americans* (pp. 149–165). New York: Springer.
- Williams, S. L., & Falbo, J. (1996). Cognitive and performance-based treatments for panic attacks in people with varying degrees of agoraphobic disability. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 253–264.

- Williams, S. L., & Zane, G. (1989). Guided mastery and stimulus exposure treatments for severe performance anxiety in agoraphobics. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 237–245.
- Wittchen, H.-U., Gloster, A. T., Beesdo-Baum, K., Fava, G. A., & Craske, M. G. (2010). Agoraphobia: A review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depression and Anxiety*, 27, 113–133.
- Wolitzky-Taylor, K., Castriotta, N., Lenze, E., Stanley, M. A., & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27, 190–211.
- Zinbarg, R. E., & Barlow, D. H. (1996). Structure of anxiety and the anxiety disorders: A hierarchical model. *Journal of Abnormal Psychology*, 105(2), 184–193.
- Zinbarg, R. E., Barlow, D. H., & Brown, T. A. (1997). Hierarchical structure and general factor saturation of the Anxiety Sensitivity Index: Evidence and implication. *Psychological Assessment*, 9, 277–284.
- Zoellner, L. A., & Craske, M. G. (1999). Interoceptive accuracy and panic. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 1141–1158.

CAPÍTULO 2

TRANSTORNO DE ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO

Candice M. Monson

Patricia A. Resick

Shireen L. Rizvi

Traumas graves e inesperados ocorrem em menos de um minuto, mas suas consequências duram toda a vida. A tragédia representada pelo transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) fica muito visível quando as origens do trauma acontecem no contexto da desumanidade do homem para com o homem. Neste capítulo, o caso de “Tom” ilustra a psicopatologia associada ao TEPT em todas as suas nuances e apresenta uma descrição bastante pessoal de seu impacto. Em qualquer um dos vários eventos descritos de forma seca nas páginas internas dos jornais, Tom, no meio da confusão da Guerra do Iraque, atira em uma mulher grávida e a mata, com seu filho pequeno, na presença de seu marido e de seu pai. O impacto desse evento o deixa devastado. A intervenção terapêutica sensível e especializada descrita neste capítulo é um modelo para novos terapeutas e refuta a noção de que, nesses casos graves, a terapia manualizada pode ser mecânica e automatizada. Além disso, a próxima geração dos tratamentos para TEPT, chamada de *terapia de processamento cognitivo* pelos autores, é detalhada o suficiente para permitir que profissionais com boa formação incorporem esses programas de tratamento à sua prática. Esse amplo programa aproveita as mais recentes evoluções em nosso conhecimento da psicopatologia do impacto do trauma ao incorporar estratégias elaboradas especificamente para superá-la, e o faz no contexto de mudanças significativas nos critérios diagnósticos do DSM-5. —D. H. B.

DIAGNÓSTICO

Diferentemente da maioria dos transtornos psiquiátricos, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) demanda a ocorrência de um determinado tipo de evento, do qual a pessoa afetada não se recupera. Em primeiro lugar, para atender ao diagnóstico de TEPT, segundo o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, quinta edição (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), o indivíduo deve ter vivenciado, testemunhado ou se deparado de alguma outra maneira com um evento que envolva morte real ou ameaça, lesão grave ou violência sexual. A exposição a eventos traumáticos pode acontecer por vivência direta, testemunhando-se o evento acontecer com outra pessoa, tomando-se conhecimento de trauma violento ou acidental que aconteceu com um amigo próximo ou parente ou sendo exposto de forma repetida ou extrema a elementos aversivos de um evento traumático (p. ex., um profissional de salvamento coletando partes de corpos das vítimas). Os critérios dos sintomas entram em quatro categorias amplas: reviver

os sintomas (critério B), evitação (critério C) alterações negativas em cognições e no humor (critério D; p. ex., dificuldades de memória, sentir-se distanciado, crenças negativas persistentes) e hiperexcitação (critério E). Segundo o critério B, os sintomas devem ser revividos de uma das seguintes formas: memórias do trauma podem inundar a consciência repetidas vezes, sem aviso, parecendo vir “do nada”, sem fatores desencadeantes ou gatilhos que as provoquem. A pessoa com TEPT pode sentir de forma muito vívida o retorno das experiências ou *flashbacks*. Também podem ocorrer recordações intrusivas durante o sono, na forma de pesadelos relacionados aos temas em questão. Além disso, diante de gatilhos associados ao evento traumático, reais ou simbólicos, a pessoa pode apresentar essas reações psicológicas intensas (p. ex., pavor, aversão, depressão) e/ou respostas fisiológicas (p. ex., aceleração dos batimentos cardíacos, sudorese e respiração ofegante, etc.).

Esses sintomas de revivência geralmente são desconfortáveis e invasivos, porque a pessoa

não tem como controlar quando, nem de que maneira eles vão acontecer, e geram fortes emoções negativas associadas ao trauma inicial (Janoff-Bulman, 1992; Resick e Schnicke, 1992). Os estímulos do medo (gatilhos) podem ser óbvios, como o veterano de guerra que se apavora quando o escapamento do carro estoura, porque soa como uma arma, mas às vezes a relação entre o trauma e o gatilho não é imediatamente clara. Por exemplo, uma sobrevivente de estupro pode ter medo de tomar banho, mesmo que o ataque tenha ocorrido longe de sua casa. Entretanto, ao começar a lidar com o estupro no tratamento, ela entende que sempre que toma banho, se sente muito vulnerável porque está só, nua, não tem para onde fugir e com visão e audição reduzidas – todos estímulos que a lembram do estupro.

Os sintomas de evitação (critério C) refletem a tentativa de se distanciar física e psicologicamente do trauma. Já foi sugerido que os sintomas de evitação são uma resposta à reviviscência dos sintomas (Buckley, Blanchard e Hickling, 1998; Creamer, Burgess e Pattison, 1992; Taylor, Kuch, Koch, Crockett e Passsey, 1998). À medida que as recordações traumáticas invadem a consciência, o mesmo acontece com as emoções negativas dolorosas associadas ao trauma. Sendo assim, o indivíduo pode evitar pensamentos e sentimentos relacionados ao trauma, bem como situações e eventos que o lembrem, ou pode acabar se esquecendo de aspectos importantes do trauma (critério D1). A evitação da recordação traumática leva a uma redução temporária das emoções dolorosas, mas, paradoxalmente, aumenta o comportamento evitativo. Sobreviventes de trauma frequentemente relatam ter estilos de vida muito restritos após a experiência traumática, devido à necessidade de evitar coisas que lembrem a memória traumática e emoções associadas a ela. Pelo menos três tipos de comportamento evitativo são necessários antes de se poder fazer um diagnóstico. Da mesma forma, sintomas de distanciamento ou entorpecimento (parte do critério D) são tentativas de interromper os sentimentos aversivos associados a essas recordações invasivas (Astin, Layne, Camilleri e Foy, 1994; Resick e Schnicke, 1992). Esse distanciamento pode então se generalizar a todas as emoções, tanto positivas quanto negativas. Os sobreviventes de trauma geralmente declaram que não sentem mais as coisas com intensidade ou que se sentem entorpecidos na maior parte do tempo. Esse tipo de distanciamento generalizado pode interferir profundamente na capacidade de se relacionar com outras pessoas, desfrutar da vida cotidiana, manter-se produtivo e fazer planos para o futuro. Também é importante observar que nem todos os sobreviventes de traumas apresentam

insensibilidade emocional. Pelo contrário, alguns têm emoções negativas contínuas e intensas, como raiva ou vergonha. Os sobreviventes de traumas podem experimentar sintomas cognitivos persistentes, também classificados sob o critério D. Eles incluem crenças negativas sobre si mesmos, os outros ou a vida em geral (p. ex., “eu nunca vou conseguir ter um relacionamento normal”, “nenhum lugar é 100% seguro”). Podem ter percepções distorcidas, muitas vezes envolvendo autorresponsabilização, sobre as razões do trauma ou suas consequências.

O sobrevivente de trauma também pode ter sintomas de hiperexcitação (critério E), o que sugere que a pessoa também pode estar em um estado constante de “luta ou fuga”, o que se assemelha à forma como seu corpo respondeu durante o evento traumático propriamente dito. Nesse estado de alerta, a pessoa fica preparada para reagir a novas ameaças de perigo, mesmo em situações relativamente seguras. Durante uma crise, isso é adaptativo porque facilita a sobrevivência, mas como estado constante, a hiperexcitação interfere no funcionamento cotidiano e leva à exaustão. Nesse estado, a pessoa gasta muita energia examinando o ambiente em busca de sinais de perigo (hipervigilância). Ela provavelmente terá transtorno do sono, menos concentração, irritabilidade e resposta de sobressalto exagerada aos estímulos (susto exagerado). Essas evidências sugerem que esse estado de tensão constante tem efeito deletério sobre a saúde física geral (p. ex., Kulka et al., 1990). Pelo menos dois dos comportamentos do critério E devem estar presentes para um diagnóstico de TEPT.

Os critérios de sintomas descritos devem ser cumpridos simultaneamente por pelo menos um mês para receber um diagnóstico de TEPT, e os sintomas devem ser percebidos como desconfortáveis ou como algo que causa prejuízos ao funcionamento. Uma proporção importante dos sobreviventes de trauma exibe sintomas coerentes com um diagnóstico de TEPT imediatamente após o evento traumático, mas as taxas caem quase pela metade dentro de três meses a partir do trauma e depois tendem a estabilizar. Por exemplo, os sobreviventes de trauma por estupro avaliados em duas semanas, um mês, três meses, seis meses e nove meses tinham taxas de diagnóstico de TEPT de 94, 65, 47, 42 e 42%, respectivamente (Rothbaum e Foa, 1992). Assim, depois de três meses, as taxas de TEPT não caíram muito. Outro estudo que avaliou sobreviventes de trauma de estupro aproximadamente duas semanas depois do ataque e, depois, aos três meses, encontrou taxas muito semelhantes de TEPT (Gutner, Rizvi, Monson e Resick, 2006). Na primeira avaliação, 81% dos sobreviventes cumpriam os cri-

térios para sintomas de TEPT (menos o critério de tempo), e aos três meses após o estupro, 53% continuavam a atender aos critérios. Outros eventos, mais heterogêneos (maior variabilidade na gravidade do evento), como guerra, desastres ou ataques físicos, são associados a taxas mais baixas de TEPT do que o estupro (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes e Nelson, 1995). O início tardio do TEPT é raro e pode refletir sintomas subclínicos anteriores (talvez em razão de dissociação, amnésia ou ampla evitação) ou uma mudança no significado do evento em momento posterior (p. ex., o autor mata outra pessoa, mudando o significado do evento para o sobrevivente).

A introdução do DSM-5 em 2013 trouxe mudanças nos critérios diagnósticos que influenciam a pesquisa e o tratamento desse transtorno. O TEPT foi classificado como transtorno de ansiedade em edições anteriores do DSM, mas atualmente é listado entre os transtornos relacionados a traumas e estressores. Essa mudança faz sentido porque o TEPT não se agrupa bem com os transtornos de ansiedade com base em análises fatoriais (p. ex., Cox, Clara e Enns, 2002; Miller, Greif e Smith, 2003; Miller, Kaloupek, Dillon e Keane, 2004; Miller e Resick, 2007) e pode incluir várias emoções, como raiva, tristeza, culpa ou horror (ver critério D do DSM-5). O DSM-5 também tornou mais rígido o critério estressor, e o critério D (alterações negativas em cognições e humor) é novo. O critério de intrusão claramente não inclui ruminar sobre o evento, mas inclui pelo menos uma das seguintes opções: recordações desconfortáveis do evento traumático, espontâneas e desencadeadas por sinais; sonhos desconfortáveis recorrentes cujos conteúdo ou emoções estão relacionados ao evento; reações dissociativas em que o indivíduo sente ou age como se o evento(s) traumático(s) estivesse(m) acontecendo novamente; desconforto psicológico quando confrontado com sinais internos ou externos que simbolizem ou se assemelhem ao trauma; ou reações fisiológicas fortes a lembranças do(s) evento(s) traumático(s).

O critério de evitação inclui dois itens: evitação de lembranças internas ou evitação de lembranças externas do evento traumático. Apenas um dos dois é necessário para o diagnóstico.

O terceiro critério de sintomas inclui alguns itens que foram mais explicados e alguns recém-introduzidos no DSM-5. O indivíduo deve experimentar pelo menos dois dos seguintes tipos de sintomas: incapacidade de lembrar de um aspecto importante do(s) evento(s) traumático(s), cognições negativas persistentes e exageradas sobre si mesmo, os outros

ou o mundo, culpa distorcida atribuída a si mesmo ou aos outros sobre a causa ou as consequências do(s) evento(s), estados emocionais negativos gerais (p. ex., medo, horror, raiva, culpa, vergonha), interesse ou participação muito reduzidos em atividades significativas, sensação de distanciamento ou afastamento em relação aos outros ou incapacidade persistente de sentir emoções positivas (p. ex., incapacidade de ter sentimentos amorosos, insensibilidade psíquica).

Em comparação ao DSM-IV, no DSM-5, o quarto critério de sintoma é ampliado, para além da excitação fisiológica, a comportamentos disfuncionais e impulsivos e inclui comportamento irritável ou agressivo; comportamento imprudente ou autodestrutivo; hipervigilância; reação de susto exagerada; problemas de concentração; e perturbação do sono.

Ao contrário do DSM-IV, o DSM-5 estipula que os sintomas não podem decorrer de efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral (p. ex., lesão cerebral traumática, coma).

Há um novo subtipo dissociativo de TEPT no DSM-5, que foi acrescentado em razão de uma convergência da literatura de estudos epidemiológicos (p. ex., Wolf et al., 2012), estudos psicofisiológicos (p. ex., Griffin, Resick e Mechanic, 1997), estudos de neuroimagem (p. ex., Lanius et al., 2010) e estudos de tratamento (Cloitre, Petkova, Wang e Lu Lassell, 2012; Resick, Williams, Suvak, Monson e Gradus, 2012) que encontraram um pequeno grupo (15%) de pessoas com TEPT grave que são também altamente dissociativas. Essas pessoas parecem responder de forma diferente ao tratamento em relação àquelas com TEPT grave, sem características dissociativas. Além disso, o DSM-5 apresenta classificação separada para o transtorno em crianças pequenas, bem como para aquele em que o início dos sintomas não acontece por pelo menos seis meses após o trauma.

PREVALÊNCIA

Estudos epidemiológicos documentam altas taxas de exposição ao trauma e TEPT na população (Kessler et al., 1995; Kilpatrick, Saunders, Veronen, Best e Von, 1987; Kulka et al., 1990). Em uma amostra de probabilidade aleatória nos Estados Unidos, com 4.008 mulheres, Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders e Best (1993) encontraram uma taxa elevada de experiências traumáticas (69%). Quando extrapolaram seus resultados para a população norte-americana com base em estatísticas do censo de 1989, estimaram que 66 milhões de mulheres nos Estados Unidos haviam tido pelo menos uma experiência traumática grave. Entre

as que haviam vivenciado um fator de estresse do critério A, Resnick e colaboradores encontraram as seguintes taxas de TEPT na vida: estupro consumado, 32%; outras agressões sexuais, 31%; agressão física, 39%; homicídio de familiar ou amigo, 22%; ser vítima de qualquer crime, 26%; traumas não relacionados a crimes (p. ex., desastres naturais ou causados pelo ser humano, acidentes, lesões), 9%.

No primeiro grande estudo nacional de prevalência com civis sobre os efeitos psicológicos do trauma, Kessler e colaboradores (1995) pesquisaram uma amostra representativa nos Estados Unidos de 5.877 pessoas (2.812 homens e 3.065 mulheres). Esse estudo avaliou 12 categorias de fatores de estresse traumáticos, e os autores concluíram que a maioria das pessoas havia experimentado pelo menos um grande evento traumático. Segundo eles, enquanto 20,4% das mulheres e 8,2% dos homens tinham probabilidade de desenvolver TEPT após exposição ao trauma, as taxas de traumas específicos eram frequentemente mais altas. Por exemplo, o estupro foi identificado como o trauma com maior probabilidade de levar a TEPT entre homens assim como entre as mulheres, e 65% deles e 46% delas que identificaram o estupro como seu pior trauma desenvolveram TEPT. Entre os homens que identificaram outros traumas como sendo altamente desconfortáveis, a probabilidade de desenvolver TEPT foi de 39% entre os expostos à guerra, de 24% para os que sofreram negligência infantil e de 22% entre os que tinham sofrido abusos físicos na infância. Entre as mulheres, fora o estupro, o TEPT estava associado a abusos físicos na infância (49%), ameaças com arma (33%), agressões sexuais (27%) e ataques físicos (21%). Assim como no estudo de Resnick e colaboradores (1993), os acidentes e os desastres naturais tiveram muito maior probabilidade de precipitar o TEPT entre homens e mulheres.

Por outro lado, Norris (1992) indicou que, embora os acidentes de carro sejam menos frequentes do que alguns traumas (p. ex., morte trágica ou arrombamento) e menos traumáticos do que alguns eventos (agressão sexual e física), quando se consideram juntos impacto e frequência, eles podem ser os eventos de maior importância isolada. A frequência desses acidentes ao longo da vida é de 23%, e a taxa de TEPT, de 12%, o que resulta em uma taxa de 28 pessoas com problemas graves para cada mil adultos nos Estados Unidos, somente como decorrência de um tipo de evento.

Mais recentemente, Kessler e colaboradores (Kessler, Berglund, et al., 2005; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas e Walters, 2005) publicaram mais um *National Comorbidity Survey* de grande

porte, que foi respondido por 9,2 mil pessoas. A prevalência geral de TEPT foi de 6,8%, em comparação com 7,8% de prevalência na população relatada no estudo de 1995.

O maior estudo feito com veteranos de guerra até hoje, o *National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS; Kulka et al., 1990), foi encomendado pelo Congresso dos Estados Unidos em 1983 para avaliar o TEPT e outros problemas psicológicos após a Guerra do Vietnã. Nos anos da guerra, mais de 8 milhões de pessoas serviram nas forças armadas do país. Dessas, 3,1 milhões serviram no Vietnã (veteranos de combate), e o restante serviu em outras regiões ou dentro do próprio país (veteranos da mesma época). As mulheres perfaziam 7,2 mil entre os militares servindo no Vietnã, e mais de 255 mil mulheres estavam servindo em outros locais durante a guerra. O NVVRS realizou entrevistas detalhadas e avaliações com três grupos: 1.632 veteranos que serviram no Vietnã, 716 veteranos ativos na época da guerra (mas não no Vietnã) e 668 não veteranos/civis, para um total de 3.016 participantes.

Os resultados do NVVRS indicaram que a maioria dos veteranos que serviram realmente no Vietnã se adaptaram bem à vida civil e não sofreram TEPT ou outros problemas, mas os pesquisadores também encontraram 31% de homens e 27% de mulheres veteranos que tiveram um diagnóstico integral de TEPT em algum momento de suas vidas. Além disso, 15% dos homens e 9% das mulheres tinham TEPT na época do estudo, mais de uma década depois do fim da guerra. Essas taxas se traduziam em 479 mil veteranos do Vietnã com TEPT na época. Também foram encontrados 11% de homens e 8% de mulheres veteranos com sintomas e problemas relevantes, mas que não atendiam aos critérios totais de TEPT, o que se traduzia em mais 350 mil homens e mulheres, somente nos Estados Unidos, que estavam ainda sofrendo no período posterior à guerra.

Recentemente, os dados do NVVRS foram reavaliados usando-se critérios muito estritos que só incluíam os incidentes que pudessem ser verificados em registros históricos. Dohrenwend e colaboradores (2006) encontraram pouca falsificação de eventos e uma forte relação entre a quantidade de exposição ao trauma e as taxas de TEPT (ou seja, a relação dose-resposta). Contudo, encontraram taxas menores de TEPT depois de realizar controle para pessoas que desenvolveram o transtorno antes ou depois de seu envio ao Vietnã e eliminar as pessoas com eventos não verificáveis. Usando esses critérios mais estritos, concluíram que 18,7% dos veteranos cumpriam os critérios para TEPT relacionado à guerra em algum

momento e 9,1 % ainda tinham TEPT quando avaliados, entre 11 e 12 anos depois. Essas taxas posteriores deveriam ser consideradas taxas de probabilidades mínimas, já que as pessoas podem ser traumatizadas por eventos que podem não ser verificáveis (p. ex., estupro, acidentes) em descrições históricas da guerra. Na atualidade, está sendo realizado um estudo com os participantes do NVVRS chamado *National Vietnam Veterans Longitudinal Study* (MVVLS), que irá prover informações sobre os efeitos do TEPT em longo prazo.

Conflitos mais recentes no Iraque e no Afeganistão geraram as primeiras tentativas de avaliar o TEPT durante uma guerra (Hoge et al., 2004; Hoge, Auchterlonie e Milliken, 2006). Hoge e colaboradores (2004) estudaram 2.530 soldados do exército e fuzileiros navais antes e 3.671 depois de seu envio ao Iraque e ao Afeganistão. Eles concluíram que os problemas de saúde mental eram muito maiores entre os que haviam retornado do serviço do que entre os que ainda estavam nele, e que esses problemas eram maiores nos que serviam no Iraque do que nos que estavam no Afeganistão. Antes do serviço, 9% do pessoal ultrapassava o ponto de corte usado para provável TEPT, enquanto 11,5% dos enviados ao Afeganistão e de 18 a 20% dos enviados ao Iraque ultrapassavam o ponto de corte. Havia uma relação linear entre o número de tiroteios informados e a gravidade do TEPT. Ter sido ferido ou sofrer uma lesão física de alguma outra forma também foi associado a maior sintomatologia de TEPT.

Como os militares começam a fazer triagem com todo o pessoal para diagnosticar TEPT depois de servirem, o segundo estudo, na verdade, baseou-se na população, pelo período de um ano (de maio de 2003 a abril 2004), de 303.905 soldados do exército e fuzileiros navais que serviram no Afeganistão, no Iraque ou em outros lugares (Hoge et al., 2006). Assim como no relatório anterior, os homens e as mulheres em serviço militar tiveram mais probabilidade de informar problemas de saúde mental (19,1%) depois de servir no Iraque do que no Afeganistão (11,3%) ou em outros lugares (8,5%).

O estudo também avaliou 32,5 mil mulheres, perfazendo 10,7% da amostra total. Havia uma diferença geral relacionada ao sexo nas preocupações com a saúde mental: 23,6% das mulheres relataram alguma preocupação com o tema, em comparação com 18,6% dos homens. Contudo, essa comparação de sexo não levou em conta traumas anteriores ou TEPT, exposição a traumas de guerra ou agressão sexual, ou outras variáveis que pudessem ser usadas para explicar essas diferenças. Além disso, a triagem

de TEPT era um questionário de quatro itens para o qual duas respostas afirmativas indicavam possível ocorrência do transtorno. Nessa triagem, 9,8% dos que tinham servido no Iraque correspondiam aos critérios para possível TEPT, e houve, mais uma vez, associação entre a quantidade de exposição ao combate e o transtorno.

Recentemente, Vogt e colaboradores (2011) relataram os efeitos do combate sobre as mulheres, o que representa uma mudança em relação às guerras anteriores, bem como a preditores de TEPT, com uma pesquisa nacional aleatória com veteranos do Iraque e do Afeganistão que haviam retornado do serviço dentro do ano anterior. Os pesquisadores tentaram entrar em contato com dois mil veteranos e superamostraram a amostra de veteranas para ter igual número de homens e mulheres. A amostra foi composta de 579 veteranos que completaram o estudo. Um número significativamente maior de homens (49%) do que de mulheres (43%) informou ter sido exposto à guerra. As mulheres também relataram níveis significativamente mais baixos de preocupação com relacionamentos. Entretanto, homens e mulheres não diferiram em relação a: percepção de ameaça, funcionamento familiar na infância, fatores de estresse anteriores, fatores de estresse pós-serviço, apoio social pós-serviço ou gravidade dos sintomas de TEPT. Esse estudo não examinou trauma sexual militar, que se concluiu ser mais elevado entre as mulheres, o que talvez explique as taxas iguais de TEPT para homens e mulheres nessa amostra (Street, Grados, Vogt, Giasson e Resick, 2013).

MODELOS TEÓRICOS DE TEPT

Quando começaram a estudar e tratar os sobreviventes de trauma de estupro entre veteranos do Vietnã na década de 1970, pesquisadores e clínicos comportamentais deram início ao uso da teoria da aprendizagem como explicação dos sintomas que estavam observando. A teoria de dois fatores de Mowrer (1947) sobre condicionamento clássico e operante foi proposta inicialmente para explicar os sintomas de pós-trauma (Becker, Skinner, Abel, Axelrod e Cichon, 1984; Holmes e St. Lawrence, 1983; Keane, Zimering e Caddell, 1985; Kilpatrick, Veronen e Best, 1985; Kilpatrick, Veronen e Resick, 1982). O condicionamento clássico foi usado para explicar os altos níveis de aflição e medo observados nas vítimas como reação a estímulos relacionados ao trauma. O condicionamento operante explicava o desenvolvimento dos sintomas de evitação do TEPT e a manutenção do medo com o passar do tempo, apesar de que o estímulo não condicionado, isto é, o fator de estresse traumático,

não ser recorrente. Como a memória traumática e outros gatilhos (estímulos condicionados) geram medo e ansiedade (respostas emocionais condicionadas), as pessoas evitam esses gatilhos (ou escapam deles), e o resultado é uma redução do medo e da ansiedade. Dessa maneira, a evitação dos estímulos condicionados é reforçada de modo negativo, o que impede a deterioração do vínculo entre os gatilhos traumáticos e a ansiedade, que normalmente seria esperada sem a repetição do próprio trauma.

Embora explique grande parte do início e da manutenção do medo e da evitação no TEPT, a teoria da aprendizagem não explica integralmente os sintomas de intrusão (i. e., as recordações repetitivas do trauma que invadem os pensamentos dos sobreviventes em estados conscientes e inconscientes, como pesadelos). Baseados na teoria do processamento da informação de Lang (1977) sobre desenvolvimento de ansiedade, Foa, Steketee e Rothbaum (1989) sugeriram que o TEPT surge em razão do desenvolvimento de uma rede de medo na memória que gera comportamentos de fuga e evitação. As estruturas mentais do medo incluem elementos de estímulo, resposta e significado. Qualquer fator associado ao trauma pode evocar a estrutura ou o esquema do medo e o comportamento evitativo subsequente. A rede do medo em pessoas com TEPT é considerada estável e muito generalizada, sendo avaliada com facilidade. Chemtob, Roitblat, Hamada, Carlson e Twentyman (1988) propuseram que essas estruturas estão sempre, pelo menos um pouco, ativadas em pessoas com TEPT e orientam a interpretação que elas fazem dos eventos como potencialmente perigosos. Quando a rede do medo é ativada por elementos que lembram o trauma, a informação que está nela entra na consciência (sintomas intrusivos). As tentativas de evitar essa ativação resultam nos sintomas de evitação do TEPT. Segundo a teoria do processamento de informação, a exposição repetitiva à recordação traumática em um ambiente seguro resulta em habituação ao medo e alteração posterior de sua estrutura. À medida que a emoção diminui, os pacientes com TEPT começam a modificar espontaneamente seus elementos de significado e mudam suas autodeclarações, reduzindo a generalização.

As teorias cognitivas também tratam do processamento da informação, mas se concentram no efeito do trauma sobre o sistema de crenças de uma pessoa e sobre os ajustes que são necessários para conciliar um evento traumático com crenças e expectativas anteriores. O primeiro e mais influente teórico cognitivo, Horowitz (1986), avançou de uma teoria mais psicodinâmica para uma teoria do processamento cognitivo. Esse autor propôs a ideia de que o pro-

cessamento é movido por uma *tendência a completar* a necessidade psicológica de integrar informações novas e incompatíveis com crenças existentes. A tendência a completar mantém a informação do trauma na memória ativa até que o processamento seja completado, e o evento, resolvido. Horowitz também teorizou que existe um conflito básico entre a necessidade de resolver e conciliar o evento com o histórico da pessoa e o desejo de evitar o sofrimento emocional. Quando as imagens do evento (*flashbacks*, pesadelos, lembranças intrusivas), os pensamentos sobre os significados do trauma e as emoções associadas a ele se tornam insuportáveis, os mecanismos psicológicos de defesa tomam conta, e a pessoa apresenta entorpecimento ou evitação. Horowitz sugeriu que uma pessoa com TEPT oscila entre fases de intrusão e evitação e que, se bem processadas, as oscilações se tornam cada vez menos frequentes e menos intensas. Segundo essa teoria, o TEPT crônico permanece na memória ativa sem se tornar totalmente integrado e, portanto, ainda consegue estimular reações intrusivas e evitativas.

Vários outros pesquisadores e teóricos das questões sociocognitivas trataram mais do conteúdo real das cognições no TEPT e propuseram que as suposições básicas sobre o mundo e sobre si mesmos estão *perturbadas*. As teorias construtivistas são baseadas na ideia de que as pessoas criam ativamente suas próprias representações internas do mundo (e de si mesmas). As novas experiências tem significados atribuídos a si com base no modelo de mundo da pessoa (Janoff-Bulman, 1985, 1992; Mahoney e Lyddon, 1988; McCann e Pearlman, 1990). A tarefa da recuperação é reconstruir as crenças fundamentais e estabelecer o equilíbrio. Janoff-Bulman (1985) sugeriu que esse processo é conseguido reinterpretando-se o evento para reduzir a distância entre as crenças anteriores e as novas. Outros teóricos propuseram que se as crenças preexistentes são particularmente positivas ou negativas resultam em sintomas mais graves de TEPT (McCann e Pearlman, 1990; Resick e Schnicke, 1992; Resick, Monson e Chard, 2007). Foa, Steketee e Rothbaum (1989) concentraram-se particularmente nas crenças relacionadas à previsibilidade e à controlabilidade do trauma, ao passo que McCann e Pearlman (1990) propuseram que várias áreas de cognição podem ser rompidas ou aparentemente confirmadas, ou seja, as crenças relacionadas à segurança, confiança, controle/poder, estima e intimidade. O modelo de Resick e colaboradores (2007) se concentra particularmente no mito do *mundo justo* e no desejo (e ilusão) humano de que podemos prever e controlar nossas vidas.

Em um modelo cognitivo, a expressão afetiva é necessária não para a habituação, e sim para que a

recordação do trauma seja processada integralmente. Supõe-se que o afeto natural, uma vez avaliado, dissipa-se bastante rápido, e o trabalho de acomodar a recordação às crenças possa começar. Uma vez que se questionem as crenças equivocadas sobre o evento (responsabilizar-se, culpar-se) e as supergeneralizações sobre si mesmo e o mundo (p. ex., segurança, confiança, controle, estima, intimidade), as emoções secundárias também diminuem, assim como as lembranças intrusivas. O fato de tanto o treinamento de inoculação de estresse sem exercícios de exposição ao trauma (Foa, Rothbaum, Riggs e Murdock, 1991; Foa et al., 1999) quanto a terapia cognitiva sem relatos escritos ou orais da experiência traumática (p. ex., Ehlers et al., 2003; Resick et al., 2008; Tarrier et al., 1999) serem tratamentos eficazes para o TEPT enfraquece a suposição de que a habituação ou a extinção são os únicos mecanismos de mudança.

Ehlers e Clark (2000) propuseram um modelo cognitivo de TEPT concentrado na ameaça percebida e na recordação. Embora o evento tenha ocorrido no passado, os autores propõem que as pessoas que têm o transtorno são incapazes de considerar o evento limitado no tempo e pressupõem que ele tem implicações maiores para o futuro. Essas pessoas avaliam os eventos de forma tal que acreditam que estão em risco. Há várias formas como acontecem as avaliações equivocadas. Uma delas é supergeneralizar com base no evento e partir do pressuposto de que as atividades normais são mais perigosas do que elas são objetivamente. Os indivíduos podem superestimar a probabilidade de que o evento venha a se repetir. Após o trauma acontecer, interpretam mal o sentido de seus sintomas de TEPT a tal ponto que percebem a si próprias em grande perigo (os alarmes falsos são considerados verdadeiros) ou interpretam seus sintomas como um sinal de que não conseguem enfrentar eventos futuros.

A teoria cognitiva de Ehlers e Clark (2000) também considera o transtorno de memória aparente que ocorre, em que as pessoas podem ter dificuldades de acessar intencionalmente sua recordação do evento, mas têm intrusões involuntárias de partes do evento. Os autores propõem que, como a recordação codificada na época do trauma é pouco elaborada e integrada a outras recordações em termos de detalhes, contexto temporal, sequência e assim por diante, isso pode explicar por que as pessoas com TEPT têm pouca memória autobiográfica, mas, ainda assim, podem ter fragmentos de memória com qualidades de aqui e agora (sem contexto temporal) e não dispor de avaliações pós-traumáticas adequadas (p. ex., “eu não morri”). Assim como os modelos de processamento emocional,

Ehlers e Clark também propõem que uma aprendizagem associativa forte está ligada a respostas de medo e pode se tornar generalizada. Em resposta às percepções de ameaça, as pessoas com TEPT adotam várias estratégias de enfrentamento mal-adaptativas, dependendo de suas avaliações. Por exemplo, as pessoas que acreditam que enlouquecerão se pensarem no evento traumático tentam evitar esses pensamentos e manter suas mentes ocupadas o maior tempo possível. Alguém que acredite que deve descobrir por que o evento pós-traumático aconteceu para impedi-lo de acontecer de novo vai ruminar sobre como ele poderia ter sido impedido. As que pensam que estavam sendo punidas por suas ações podem se tornar imobilizadas e incapazes de tomar decisões. Essas estratégias mal-adaptativas, em geral, comportamentos de evitação, podem:

1. aumentar os sintomas;
2. impedir as mudanças nas avaliações negativas; ou
3. impedir a mudança na recordação do trauma.

Em uma tentativa de conciliar as teorias sobre TEPT, Brewin, Dalgleish e Joseph (1996) propuseram uma teoria da representação dupla que incorpora teorias de processamento de informação e socio-cognitivas e apresenta pesquisas e teorias da ciência cognitiva relativas à memória. Eles sugeriram que o conceito de uma memória emocional única é estreito demais para descrever todo o leque de memórias que já ficou evidente em pesquisas e observações clínicas. Com base em pesquisas anteriores, propuseram que as informações sensoriais que a pessoa recebe estão sujeitas a processamento consciente e não consciente. As recordações conscientes que podem ser recuperadas deliberadamente e são chamadas de *recordações verbalmente acessíveis* (RVA) contêm algumas informações sensoriais, informações sobre reações emocionais e físicas e o significado pessoal do evento. Embora possam ser razoavelmente detalhadas, as RVA também podem ser muito seletivas, porque a atenção é estreitada sob condições de estresse e a capacidade de memória de curto prazo pode ser reduzida. O outro tipo de recordação é teorizado como não consciente e chamado de *recordações acessadas situacionalmente* (RAS). Esse tipo de informação, que provavelmente é muito mais amplo do que as recordações autobiográficas do evento, não pode ser acessado deliberadamente e não é alterado ou editado tão facilmente quanto as RVA, de acesso mais explícito. As RAS compreendem informações sensoriais (p. ex., auditivas, visuais, táteis), fisiológicas e motoras que podem ser acessadas automaticamente quando uma pessoa é exposta a uma situação de estímulo seme-

lhante ao trauma em algum aspecto ou quando essa pessoa pensa conscientemente sobre o trauma. As RAS são então vivenciadas como imagens sensoriais intrusivas ou *flashbacks* acompanhados de excitação fisiológica.

A teoria da representação dupla postula dois tipos de reação emocional: um, condicionado durante o evento (p. ex., medo, raiva), registrado nas RAS e ativado com a informação sensorial e fisiológica revivida. O outro, as emoções secundárias, resulta das consequências e implicações (significado) do trauma e pode incluir não apenas medo e raiva, mas também culpa, vergonha e tristeza.

Brewin e colaboradores (1996) propuseram que o processamento emocional do trauma tem dois elementos. Um elemento do processamento é a ativação das RAS (como sugerido pelas teorias do processamento de informação), cujo propósito é ajudar no reajuste cognitivo ao fornecer informações sensoriais e fisiológicas detalhadas em relação ao trauma. A ativação das RAS pode acabar diminuindo em frequência quando elas são bloqueadas pela criação de novas RAS ou quando são alteradas pela incorporação de novas informações. Quando são trazidas para a consciência, as RAS podem ser alteradas ao serem associadas a diferentes estados corporais (p. ex., relaxamento ou habituação) ou a pensamentos conscientes diferenciados. Com o tempo, se as RAS são substituídas ou alteradas o suficiente, há uma redução nas emoções negativas e uma redução subsequente no viés de atenção e na acessibilidade da memória.

O segundo elemento (da forma proposta pelos teóricos sociocognitivos) é a tentativa consciente de buscar sentido, atribuir causa ou culpa e resolver conflitos entre o evento e expectativas e crenças anteriores a ele. O objetivo desse processo é reduzir as emoções negativas e restaurar uma sensação de segurança e controle relativos sobre o próprio ambiente. Para atingir esse segundo objetivo, a pessoa traumatizada pode ter de editar sua memória autobiográfica (RVA) para conciliar conflitos entre o evento e o próprio sistema de crenças. A pessoa traumatizada pode alterar a recordação do evento de alguma forma para restabelecer o sistema de crenças preexistente ou modificar crenças e expectativas prévias para acomodar essa nova informação.

Brewin e colaboradores (1996) sugerem que, para casos em que as emoções são primárias e movidas por RAS, a terapia de exposição pode ser suficiente. Contudo, quando há emoções secundárias, como autoacusações, culpa, vergonha e consequente depressão, pode ser necessário fazer terapia cognitiva.

Embora se tenha concluído que as terapias de exposição e cognitiva são eficazes no tratamento do TEPT, nenhuma pesquisa até o momento associou tipos de terapia a perfis de pacientes.

Outro modelo cognitivo multirrepresentativo chamado SEPAAR (Dalglish, 2004) foi proposto originalmente para explicar a experiência emocional cotidiana e depois foi aplicado ao TEPT. Esse modelo também tenta englobar teorias anteriores e propõe quatro tipos ou níveis para os sistemas de representação mental: esquemático, propositivo, análogo e associativo (SEPAAR). O nível esquemático representa informação genérica abstrata ou esquemas. A informação de nível propositivo compreende os significados verbalmente acessíveis, semelhantes a RVA, ao passo que a informação em nível análogo é armazenada em “imagens” entre todos os tipos de sistemas sensoriais, semelhantes a RAS. As representações associativas são semelhantes às estruturas de medo, que, segundo a hipótese da teoria de processamento emocional, representam as conexões entre outros tipos de representações. No modelo SEPAAR, as emoções são geradas por meio de duas rotas. Uma delas, semelhante ao modelo cognitivo de Ehlers e Clark (2000), dá-se por avaliações em nível esquemático, no qual os eventos são comparados com objetivos importantes. Uma pessoa avalia um evento como ameaçador se ele bloqueia um objetivo importante e então sente medo. Como os eventos traumáticos são ameaças à sobrevivência, eles são avaliados como ameaçadores e evocam medo. A segunda rota à emoção se dá por meio da aprendizagem associativa, que é automática e semelhante à ativação do medo descrita por Foa e colaboradores (1989).

No modelo SEPAAR, um evento traumático desencadeia medo intenso movido por avaliações de desamparo ou pavor, bem como uma série de outras emoções. As informações sobre o evento traumático são codificadas nos níveis esquemático, propositivo e análogo ao mesmo tempo. Como a recordação do evento traumático representa uma ameaça permanente aos objetivos, a pessoa tem ativação do medo em nível reduzido, viés cognitivo para avaliar ameaças e imagens sensoriais e avaliações intrusivas. A recordação do trauma existe em diferentes níveis de representação mental, mas é desligada das representações mentais mais amplas da pessoa. A recordação pode ser evocada como *flashbacks* ou como pesadelos. Tais recordações e intrusões emocionais tão fortes resultam em esforços para enfrentá-las por meio de evitação.

AValiação

Qualquer avaliação abrangente de TEPT deve captar se um acontecimento na vida da pessoa cumpre ou não os requisitos de gravidade e resposta subjetiva de um fator de estresse traumático (critério A), bem como a presença e a gravidade dos 20 sintomas associados do DSM-IV-TR (critérios B–E). Embora as medidas baseadas em entrevistas sejam consideradas *padrão-ouro* para avaliar TEPT, foram desenvolvidas várias medidas de autoavaliação nos últimos anos para proporcionar um método mais rápido e com menor custo para avaliar o TEPT. Os novos critérios do DSM-5 continuam a ser validados psicometricamente, e a avaliação e a pesquisa são igualmente adaptadas.

Avaliação de eventos traumáticos

O primeiro passo essencial na avaliação de TEPT é identificar traumas importantes na história do paciente. Isso muitas vezes é difícil de atingir porque muitos sobreviventes, especialmente de estupro e abuso sexual na infância, não expõem espontaneamente sua história, o que é coerente com padrões gerais de evitação de recordações relacionadas ao trauma e pode refletir vergonha, constrangimento e autorrecriminação pelos incidentes. Mesmo quando buscam tratamento para problemas de saúde mental, os sobreviventes de trauma costumam não conseguir reconhecer que suas dificuldades psicológicas podem estar associadas à sua história. Kilpatrick (1983) sugeriu várias outras razões pelas quais os sobreviventes podem não expor essa informação, como o medo de uma reação negativa, especialmente se uma exposição anterior resultou em descrença e acusação. Além disso, muitos sobreviventes de trauma não reconhecem ou denominam sua experiência como *trauma*, *estupro* ou *abuso*, especialmente se o agressor é um conhecido ou familiar ou se o trauma foi vivenciado por muitas pessoas, como no caso da guerra. Por fim, na ausência de uma aliança forte com o terapeuta, muitas pessoas optam por não expor essas informações tão profundamente pessoais. Assim, é importante que o clínico forje uma aliança positiva o mais rápido possível e seja direto em relação ao propósito do questionamento e limites de confidencialidade e como será usada a informação obtida (i. e., para diagnóstico, planejamento de tratamento, pesquisa).

Em termos dos questionamentos relacionados à presença de experiências traumáticas, um indutor comportamental e descritivo, como perguntar “alguém já fez com que você tivesse contato sexual indesejado, por meio de força física ou ameaça de força” é mais detalhado e preferível a perguntar “você já foi estuprado?”. No segundo caso, alguém que seja

casado (ou tenha namorado) e que tenha sido agredido sexualmente poderá dizer que *não* porque *estupro* pode ser um termo que ele ou ela não associam ao sexo forçado pelo parceiro. O mesmo problema pode acontecer no caso de abuso infantil. O paciente pode indicar não ter sofrido abuso quando criança, mas admite prontamente, quando perguntado, que um dos pais bateu nele com um cinto até deixá-lo com hematomas. Em geral, recomenda-se que o clínico sempre comece com perguntas amplas sobre vivências e depois avance para questões de base comportamental, mais específicas.

Foram desenvolvidas algumas entrevistas estruturadas com o propósito básico de avaliar traumas mais detalhadamente. A Entrevista sobre Eventos Potencialmente Estressantes (*Potential Stressful Events Interview*; Kilpatrick, Resnick e Freedy, 1991) contém questões de base comportamental particularmente adequadas para se avaliar agressões interpessoais, assim como uma série de outros fatores de estresse. A versão do DSM-IV da escala de TEPT administrada por clínicos *Clinician-Administered PTSD Scale* (CAPS; Blake et al., 1995; revisada mais detalhadamente depois e usada na maioria das pesquisas existentes sobre TEPT), inclui uma escala de triagem de autoavaliação (Lista de Eventos na Vida ou *Life Events Checklist*), seguida de lembretes para o entrevistador estabelecer se um trauma atende ao critério A. A validação da mais recente CAPS (Weathers, Blake, et al., 2013), refletindo os atuais critérios do DSM-5 está em andamento.

Muitos clínicos podem escolher desviar-se dessas perguntas longas usando medidas de autoavaliação, como *checklists*, para adquirir alguma informação inicial. Embora os clínicos não devam depender exclusivamente delas, várias dessas *checklists* podem ser usadas como trampolim para mais investigações. Além da Lista de Eventos na Vida, o Calendário de Eventos Traumáticos (*Traumatic Stress Schedule*; Norris, 1990), o Questionário sobre Histórico de Trauma (*Trauma History Questionnaire*, THQ; Green, 1996), o Questionário de Eventos Traumáticos na Vida (*Traumatic Life Events Questionnaire*, TLEQ; Kubany, Haynes et al., 2000) e a Escala de Eventos Traumáticos (*Traumatic Events Scale*; Vrana e Lauterbach, 1994) avaliam, todos, uma série de diferentes tipos de trauma, incluindo acidentes, desastres naturais, agressão sexual e ameaça ou consumação de agressão física. A *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale* (PDS; Foa, 1995) tem duas sessões anteriores à avaliação de sintomas. A primeira seção avalia 13 eventos potencialmente traumáticos, ao passo que a segunda tem perguntas para determinar se o evento atende à definição do critério A. Com relação

à guerra, especificamente, a Escala de Exposição ao Combate (*Combat Exposure Scale*; Keane, Fairbank, Caddell e Zimering, 1989) tem sido muito usada para avaliar o grau dessa exposição.

Entrevistas estruturadas para diagnóstico

A CAPS, desenvolvida por Blake e outros (1995), tornou-se, talvez, a avaliação *padrão-ouro* para TEPT e é atualmente a entrevista de diagnóstico mais usada (Weathers, Keane e Davidson, 2001; Weathers, Ruscio e Keane, 1999). Ela tem várias características atrativas. Além de uma avaliação detalhada de vivências individuais de trauma, avalia a gravidade e a frequência dos sintomas, usando critérios específicos. Mais além, a CAPS inclui perguntas sobre características associadas de TEPT, incluindo dissociação, culpa do sobrevivente e prejuízos sociais e profissionais. Além disso, ela fornece diretrizes claras para avaliar mudanças no comportamento após a exposição ao trauma. A CAPS tem um amplo corpo de pesquisa demonstrando sua confiabilidade e sua validade em uma ampla variedade de populações com trauma. Uma desvantagem é sua extensão da administração, em média, de cerca de uma hora e a necessidade de ser aplicada por um profissional da saúde mental. A duração da administração pode ser reduzida um pouco avaliando-se apenas os 17 sintomas centrais do DSM-IV. Como mencionado, a CAPS foi revisada para ser coerente com critérios do DSM-5 (Weathers, Blake, et al., 2013) e atualmente está passando por testes.

A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*, SCID; First, Spitzer, Williams e Gibbon, 1995), uma das escalas de diagnóstico mais usadas, inclui avaliações da sintomatologia de TEPT e foi desenvolvida para ser usada por profissionais clínicos experientes. Embora avalie todos os sintomas de TEPT e possa proporcionar informações sobre se uma pessoa atende aos critérios do diagnóstico, é importante observar que a entrevista não avalia a frequência nem a gravidade de sintomas individuais. Além disso, usando a SCID, pode-se estabelecer apenas uma contagem do número de sintomas positivos, limitando, assim, sua utilidade em ambiente clínico ou de pesquisa, nos quais pode ser desejável ter uma medida contínua de gravidade. Resnick, Kilpatrick e Lipovsky (1991) recomendaram certas modificações na SCID para seu uso com vítimas de estupro, incluindo perguntas de triagem mais sensíveis para histórico de estupro e outros importantes eventos traumáticos. A SCID está sendo modificada para refletir os atuais critérios do DSM-5 para TEPT.

Outra entrevista estruturada, o Roteiro para Entrevista Diagnóstica (*Diagnostic Interview Schedule*, DIS; Robins, Helzer, Croughan e Ratcliff, 1981), tem a vantagem de ser altamente estruturada e exigir menos formação e experiência para administrar do que a CAPS e a SCID. Assim como a SCID, a DIS resulta em diagnóstico, mas não tem escores de gravidade contínuos. Um problema potencial é que a seção sobre TEPT avalia a exposição a um trauma civil, incluindo agressão sexual, mas usa o termo *estupro* sem qualquer especificação mais definida. Assim, as modificações sugeridas por Resnick e colaboradores (1991) em relação ao estupro podem ser adequadas a esse instrumento, bem como quando se avaliam traumas interpessoais. Kessler e colaboradores (1995) também modificaram o DIS para um melhor diagnóstico de TEPT em estudos de grandes dimensões com entrevistadores leigos.

A Escala para Sintomas de TEPT – Entrevista (*PTSD Symptom Scale – Interview*, PSS-I; Foa, Riggs, Dancu e Rothbatun, 1993) tem como vantagem específica sua facilidade de administração e sua brevidade. A PSS-I originalmente incluía 17 itens e lembretes associados aos 17 critérios de sintomas de TEPT. A PSS-I pode resultar em escores contínuos para refletir a frequência dos sintomas ou determinar um diagnóstico de TEPT. Outra vantagem é a medida de autoavaliação que a acompanha (PSS-SR), à qual os escores da entrevista podem ser comparados. Dessa forma, após conduzir uma entrevista inicial, pode-se administrar o PSS-SR de forma mais regular (p. ex., quinzenalmente) para monitorar mudanças nos sintomas, sem ter de reaplicar a entrevista com frequência. Uma desvantagem da entrevista é que os sintomas são avaliados apenas durante um período atual de duas semanas, em vez de um mês, sendo possível que alguns diagnósticos estejam incorretos pelo DSM-5. O tempo deve ser modificado para um diagnóstico cuidadoso.

Instrumentos de autoavaliação

Existe atualmente uma série de escalas de autoavaliação de TEPT que têm boas propriedades psicométricas. Entre elas estão a PSS-SR (Falsetti, Resnick, Resick e Kilpatrick, 1993; Foa et al., 1993), a Escala Purdue para TEPT – Revisada (*Purdue PTSD Scale-Revised*; Lauterbach e Vrana, 1996), a Lista de itens de TEPT (*PTSD Checklist*, PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska e Keane, 1993), o Questionário sobre Eventos Aflitivos (*Distressing Event Questionnaire*, DEQ; Kubany, Leisen, Kaplan e Kelly, 2000), a Escala Mississippi para TEPT relacionado a Combate (*Mississippi Scale for Combat Related PTSD*; Keane, Caddell e Taylor, 1988) e a Escala de Diag-

nóstico de Estresse Pós-traumático (*Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*, PDS; Foa, 1995). A maioria dessas escalas foi desenvolvida com populações específicas, como sobreviventes de trauma de estupro (p. ex., PSS) ou veteranos de guerra (*Mississippi Scale*, PCL) e a pesquisa sobre sua validade com outras populações em alguns casos é mínima. Dessa forma, é importante que os profissionais pensem sobre sua população-alvo antes de adotar uma escala. Mais além, assim como acontece com qualquer escala de autoavaliação, há limitações para que se possa trabalhar apenas com questionários para estabelecer diagnóstico ou gravidade dos sintomas. Entretanto, usados em conjunto com entrevistas estruturadas, eles podem ser úteis para o propósito de triagem ou para demonstrar mudanças no tempo, como resultado de uma determinada intervenção. Também há evidências de que autoavaliações e entrevistas com clínicos para sintomas de TEPT estão correlacionadas no decorrer do tratamento (Monson et al., 2008).

A Escala sobre Impacto de Eventos – Revisada (IES-R; Weiss e Marmar, 1997) e a Escala Mississippi (*Mississippi Scale*; Keane et al., 1988, 1989) são duas das mais antigas escalas de autoavaliação. A IES-R é útil para medir o impacto do trauma e corresponde a critérios do DSM-IV, incluindo sintomas de evitação, intrusão e excitação (Weiss e Marmar, 1997). A Escala Mississippi original de 35 itens avaliava tanto os critérios diagnósticos quanto as características associadas ao TEPT em veteranos de guerra; uma nova versão foi criada para uso com civis (Lauterbach, Wrana, King e King, 1997). A PDS (Foa, 1995), uma escala de 49 itens formulada para avaliar todos os cinco critérios de TEPT tem características psicométricas fortes. Griffin, Uhlmansiek, Resick e Mechanic (2004) encontraram uma forte correlação entre a PDS e a CAPS.

As duas medidas de TEPT foram derivadas empiricamente de outras escalas. A Escala de TEPT de Keane (*Keane PTSD Scale*, PK) do Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI) e a MMPI-2 foram usadas com sucesso para discriminar entre veteranos da Guerra do Vietnã com e sem TEPT (Keane, Malloy e Fairbank, 1984; Weathers e Keane, 1999). A Escala de Avaliação de Sintomas 90-Revisada (*Symptom Checklist 90-Revised* – SCL-90-R; Derogatis, 1983) também foi examinada por Saunders, Arata e Kilpatrick (1990) e por Weathers e colaboradores (1999), que desenvolveram subescalas de TEPT derivadas de diferentes conjuntos de itens para mulheres vítimas de crimes e veteranos de guerra, respectivamente.

A PCL é muito usada pelo *Department of Veterans Affairs* (VA) dos Estados Unidos e em contex-

tos militares com uma versão militar (PCL-M) que se refere especificamente a traumas de caráter militar. A versão civil da escala (PCL-C) avalia traumas civis e a versão específica (PCL-S) permite que o avaliador identifique o trauma específico. Assim como a PDS, a PCL reflete os sintomas do DSM-IV para TEPT, e como a CAPS, a PCL foi revisada para refletir o DSM-5 e está passando por testes (Weathers, Litz et al., 2013).

Em resposta a uma necessidade de fazer a triagem de um grande número de pessoas para TEPT depois de guerras ou desastres, ou em contextos médicos quando há tempo limitado, desenvolveu-se uma triagem breve de TEPT para uso em atenção primária ou para administração em grandes grupos, como militares após envio a missões (Prins et al., 2004). A Triagem de TEPT para Atenção Primária (*Primary Care PTSD Screen*, PC-TEPT) foi desenvolvida com esse propósito e agora está sendo usada de forma rotineira nos Estados Unidos, com qualquer pessoa que retorne de missões militares ou receba qualquer tipo de tratamento no sistema médico da VA (Hoge et al., 2006). Essa escala tem quatro questões do tipo sim-não que representam os quatro principais grupos de sintomas encontrados na maioria dos estudos sobre TEPT baseados em análise fatorial que separam o esforço de evitação do entorpecimento. Concluiu-se que esses quatro itens estão altamente associados ao TEPT medido pela CAPS. Na verdade, a PC-TEPT superou a PCL em termos de sensibilidade e especificidade, assim como de eficácia. Um ponto de corte de 3 foi recomendado como escore de eficiência ótimo para homens e mulheres, e o ponto de corte de 2 foi recomendado para sensibilidade máxima.

Por fim, deve-se observar que apenas uma escala relacionada a trauma, o Inventário de Sintomas de Trauma (*Trauma Symptom Inventory*, TSI; Briere, 1995), inclui escalas para avaliar o viés de resposta. Para propósitos forenses, nos quais o viés de resposta pode ser especialmente importante, o avaliador pode considerar interessante incluir a TSI ou administrar a MMPI-2, que contém a escala PK e as subescalas de Validade. Além de escalas clínicas, o TSI também inclui subescalas que avaliam tendências a exagerar sintomas incomuns ou bizarros, a responder de maneira inconsistente ou aleatória e a negar sintomas que outras pessoas geralmente confirmam. Além das subescalas relacionadas ao TEPT, como Experiências Intrusivas, Evitação Defensiva e Excitação Ansiosa, também inclui subescalas que medem problemas frequentemente observados: Depressão, Raiva, Dissociação, Comportamentos de Redução de Tensão e Prejuízos à Autopercepção e à Função Sexual.

Avaliação psicofisiológica

A avaliação ideal deve ser feita em diversos canais de resposta, incluindo as respostas fisiológicas. Isso se aplica especialmente à avaliação do TEPT, porque a reatividade fisiológica aos sinais de trauma é um dos critérios do transtorno. Entretanto, um teste psicofisiológico pode não ser viável em *settings* clínicos, pois a tecnologia e a especialização nem sempre estão disponíveis. Apesar dessa limitação, importa estar ciente das pesquisas nessa área e alerta para sintomas fisiológicos evidentes nos pacientes quando falam de suas experiências de trauma (p. ex., sinais de agitação, suor, rubor). As pesquisas demonstraram diferenças coletivas consistentes na reatividade fisiológica entre indivíduos com e sem TEPT quando expostos a estímulos relacionados a traumas, tais como o uso de roteiros de trauma individualizados (para uma revisão sistemática desse corpo de pesquisa, ver Orr, Metzger, Miller e Kaloupek, 2004). Veteranos do Vietnã com TEPT foram considerados consistentemente mais reativos a imagens de combate do que os veteranos de guerra sem TEPT, mesmo quando as amostras de comparação continham outros transtornos de ansiedade ou outros problemas psicológicos (Keane, et al., 1998; Pitman, Orr, Forgue e Altman, 1990; Pitman, Orr, Forgue, de Jong e Claiborn, 1987). Resultados semelhantes foram encontrados em pessoas com TEPT como resultado de MVA e abuso sexual na infância (Blanchard, Hickling, Buckley e Taylor, 1996; Orr et al., 1998).

A maior investigação sobre reatividade fisiológica foi um estudo multicêntrico com mais de 1,3 mil veteranos (Heame et al., 1988). Usando quatro medidas psicofisiológicas, Keane e colaboradores (1998) conseguiram classificar corretamente dois terços dos que tinham TEPT, o que indica que, embora a reatividade psicofisiológica possa ajudar a distinguir entre muitos membros dos grupos com e sem TEPT, ela não deve ser usada como medida única de avaliação diagnóstica. Na verdade, vários fatores podem afetar a reatividade fisiológica e devem ser levados em conta quando se examina a validade das conclusões psicofisiológicas. Por exemplo, a presença de drogas psicotrópicas (i. e., benzodiazepínicos, bloqueadores beta-adrenérgicos) pode afetar a resposta de um indivíduo. Além das pessoas que não respondem psicofisiologicamente, algumas parecem ter uma resposta alternativa à excitação. Griffin e colaboradores (1997) estudaram a reatividade psicofisiológica em sobreviventes de trauma por estupro recente usando uma metodologia que diferia dos estudos anteriores em dois aspectos importantes. Em primeiro lugar, em vez de ouvir roteiros prontos, os participantes deveriam falar por cinco minutos sobre um tópico neutro de que se

lembrassem e sobre seus estupros. Essas fases neutra e de trauma foram intercaladas com condições basais. Em segundo lugar, em vez de observar o grupo de TEPT como um todo, os pesquisadores examinaram a reatividade fisiológica segundo o grau de *dissociação peritraumática* (DP), que é o grau de dissociação durante o evento traumático. Griffin e colaboradores concluíram que um pequeno grupo de mulheres com DP alta respondeu de maneira muito diferente de outras mulheres com TEPT. Enquanto a condutância da pele e os batimentos cardíacos das mulheres com escore de DP baixo aumentou como esperado enquanto elas estavam falando sobre o estupro, as que tinham escores de DP altos mostraram uma redução nas medidas fisiológicas. Quando o nível de aflição subjetiva das participantes durante cada uma das fases foi examinado, o grupo de alta DP informou o mesmo nível de aflição do grupo de baixo DP. Portanto, apesar de vivenciar aflição, as respostas fisiológicas do grupo de alta DP foram suprimidas. Griffin e colaboradores especularam que poderia haver um subtipo dissociativo de sujeitos com TEPT, que respondiam fisiologicamente de forma bastante diferente daqueles com o tipo mais fóbico do transtorno. A adição de neuroimagens demonstrou que, em vez de uma forte resposta da amígdala, indivíduos altamente dissociativos parecem ter uma resposta supermodulada e forte ativação dos lobos frontais (Lanius et al., 2010). Pesquisas como essas sustentam o subtipo dissociativo encontrado no DSM-5.

Em geral, há duas metas principais na avaliação da prática clínica: diagnóstico e planejamento de tratamento. Quer o propósito principal da avaliação seja o diagnóstico, quer seja planejar o tratamento, é desejável uma abordagem multidimensional, multiaxial. Como uma visão de corte transversal, a partir de um único ponto no tempo, pode não captar toda a gama e o padrão de sintomas, Denny, Robinowitz e Penk (1987) e Sutker, Uddo-Crane e Allain (1991) defenderam uma abordagem longitudinal em relação à avaliação. Certamente, para fins de tratamento, a avaliação permanente dos padrões de sintomas e da eficácia do tratamento é essencial. Mesmo quando se mede o TEPT de forma transversal, foi sugerido que se usem diversos métodos e medidas, dependendo do propósito da avaliação (Keane, Brief, Pratt e Miller, 2007; Weathers e Keane, 1999).

Algumas observações finais com relação à avaliação são pertinentes. Em primeiro lugar, dadas as evidências que relacionam o TEPT a um risco maior de suicídio, o risco de suicídio deve ser sempre avaliado e monitorado cuidadosamente. O *National Women's Study* (Kilpatrick, Edmunds e Seymour, 1992) concluiu que 13% de sobreviventes de estupro

tentaram o suicídio, em comparação a 1% de não vítimas. Além disso, 33% dos sobreviventes, comparados com 8% de não vítimas, declararam ter pensado seriamente em suicídio em algum momento. A presença de TEPT comórbido também já foi associada a um número maior de tentativas de suicídio entre pessoas com transtorno depressivo maior (Oquendo et al., 2003). Esses dados destacam a necessidade de se monitorar cuidadosamente a ideação suicida e o comportamento autodestrutivo entre indivíduos que estejam sendo avaliados ou tratados para TEPT.

Em segundo lugar, um crescente corpo de pesquisa sugere que as pessoas com TEPT têm maior risco de agredir fisicamente a terceiros. McFall, Fontana, Raskind e Rosenheck (1999) concluíram que veteranos do Vietnã internados, do sexo masculino, com TEPT, tinham mais probabilidade que internados sem TEPT ou do que uma amostra comunitária, de veteranos do Vietnã, de realizar atos de violência contra objetos ou outras pessoas. Os resultados do NVVRS indicam que 33% dos veteranos do Vietnã com TEPT agrediram suas parceiras no ano anterior (Jordan et al., 1992). O risco de violência não está limitado a veteranos do Vietnã. Há evidências de maior risco de violência em outras populações traumatizadas, incluindo mulheres (p. ex., Miller et al., 2004). Tendo em vista, também, que surtos de raiva são um dos sintomas do DSM-5 para TEPT, é importante que a história de conduta agressiva (sob o critério E), assim como impulsos atuais para a agressão (p. ex., surto de raiva no critério D), seja cuidadosamente avaliada e tratada.

TRATAMENTO

Tipos de tratamento para TEPT

Têm havido quatro formas predominantes de terapia para TEPT: enfrentamento, tratamentos voltados a habilidades, tratamentos baseados em exposições, terapia cognitiva e tratamentos combinados e dessensibilização e reprogramação por movimento dos olhos, (DRMO, que pode ser um tratamento combinado). Antes de revisar a pesquisa sobre resultados de tratamento para TEPT, descrevemos alguns dos protocolos de tratamento.

Treinamento com inoculação de estresse

A primeira abordagem ampla descrita especificamente para uso com sobreviventes de trauma por estupro foi o treinamento de inoculação de estresse (TIS; Kilpatrick e Amick, 1985; Kilpatrick et al., 1982). Baseado na abordagem de Meichenbaum (1985) em relação à ansiedade, seu objetivo é dar aos pacientes uma sensação de domínio sobre seus medos ao ensinar uma série de habilidades de enfrentamento.

A abordagem é desenhada especificamente para os problemas e as necessidades individuais de cada paciente, de forma que seja flexível e possa ser usada em *settings* individuais ou coletivos. O TIS é desenvolvido em fases. A primeira fase – preparação para o tratamento – inclui um elemento educativo que oferece um quadro explicativo ou conceitual a partir do qual o paciente pode entender a natureza e a origem de seu medo ou de sua ansiedade e entender o trauma e o período posterior a ele. No TIS, usa-se uma explicação baseada na teoria da aprendizagem social. Junto disso, explicam-se as reações de medo e ansiedade como algo que ocorre ao longo de três canais (Lang, 1968):

1. o canal físico ou autonômico;
2. o canal comportamental ou motor; e
3. o canal cognitivo.

Apresentam-se exemplos específicos de cada um deles e o paciente identifica suas reações dentro de cada canal e as inter-relações entre os três canais são explicadas e discutidas. A segunda fase do TIS é o treinamento de habilidades de enfrentamento dirigidas a cada um desses canais de resposta. Em sequência, inclui uma definição da habilidade de enfrentamento, uma explicação da fundamentação, uma descrição do mecanismo pelo qual a habilidade funciona, uma demonstração da habilidade, uma aplicação da habilidade por parte do paciente a um problema não relacionado aos comportamentos visados, uma revisão do funcionamento da habilidade, aplicação e prática das habilidades com um dos medos-alvo. As habilidades ensinadas com mais frequência para enfrentamento do medo no canal físico são o relaxamento muscular e o controle da respiração.

Para o canal comportamental, o modelo oculto e a dramatização são as habilidades de enfrentamento geralmente ensinadas. O paciente é ensinado a visualizar uma situação que provoque medo ou ansiedade e a imaginar a si próprio confrontando-a com êxito. Para o canal cognitivo, ensina-se autodiálogo ao paciente. Ele aprende a se concentrar em seu diálogo interno e é treinado para identificar autodeclarações negativas, irracionais e mal-adaptativas. A seguir, é ensinado a substituir por autoverbalizações mais adaptativas. O autodiálogo é ensinado em quatro categorias: preparação, confrontação e administração, enfrentamento de sensações de ser dominado e reforço. Para cada uma dessas categorias, gera-se uma série de perguntas e/ou declarações que estimulam o paciente a avaliar a probabilidade real de que o evento negativo venha a ocorrer, administrar o comportamento dominante de medo e evitação, controlar a autocrítica e a autodesvalorização, realizar o comportamento temi-

do e, por fim, reforçar a si mesmo por fazer a tentativa e seguir os passos.

Técnicas de exposição

A partir do início da década de 1980, investigaram-se formas de terapia de exposição como tratamento para TEPT. Embora se tenha demonstrado que a dessensibilização sistemática (DS) seja eficaz para tratar o TEPT em uma série de relatos de estudos de caso e estudos controlados, ela não foi adotada como forma de tratamento preferencial (Bowen e Lambert, 1986; Brom, Kleber e Defares, 1989; Frank et al., 1988; Frank e Stewart, 1983, 1984; Schindler, 1980; Shalev, Orr e Pitman, 1992). Como as pessoas com TEPT podem temer e evitar uma ampla gama de estímulos relacionados ao trauma, a DS pode demandar várias hierarquias que podem ser muito ineficazes.

A exposição ampliada a gatilhos de medo ou à própria recordação do trauma é um tratamento mais eficiente e tem sido mais explorada. Conhecida de várias formas, como exposição terapêutica direta (*direct therapeutic exposure*, DTE), inundação ou exposição prolongada (EP), essas técnicas de exposição requerem que os pacientes confrontem *in vivo* as situações temidas, imaginem-se em uma situação que gere medo ou relembrem seu drama particular por longos períodos. Rothbaum, Hodges, Ready, Graap e Alarcon (2001) fizeram experiências com o uso de realidade virtual para tratar veteranos do Vietnã. O veterano com TEPT pode andar de helicóptero virtualmente no Vietnã, com armas disparando, ou dirigir um veículo em ruas do Oriente Médio, bem como vivenciar outros estímulos que possam evocar recordações de eventos traumáticos.

Foa e colaboradores (1991; Rothbaum e Foa, 1992) foram os primeiros a tratar amplamente a recordação traumática específica em lugar de estímulos que produzam medo. A exposição prolongada é realizada individualmente em 9 a 12 sessões semanais ou quinzenais de 90 minutos. As duas primeiras sessões são para coleta de informação, planejamento de tratamento e explicação da fundamentação do tratamento. Também se ensina aos pacientes o retreinamento de respiração. Gera-se uma lista hierárquica de estímulos importantes que são temidos e evitados. Os pacientes são instruídos a confrontar os gatilhos temidos por, pelo menos, 45 minutos por dia, começando com um estímulo que provoque ansiedade moderada na hierarquia. A partir da terceira sessão, a cena do trauma é revivida na imaginação e o paciente deve descrevê-la em voz alta, usando frases no presente. O nível de detalhamento é deixado para o paciente nas duas primeiras exposições, mas depois é estimulado a incluir mais e mais detalhes sobre gatilhos internos e

externos, como pensamentos, respostas fisiológicas e consequências temidas. As descrições são repetidas várias vezes em cada sessão (por 60 minutos) e gravadas. Os pacientes têm tarefas de casa, como ouvir a gravação e realizar tarefas *in vivo*. Nas sessões, toma-se cuidado para garantir que sua ansiedade diminua antes do fim da sessão, com ajuda do terapeuta, se necessário (Foa e Rothbaum, 1998).

Marks, Lovell, Noshirvani, Livanou e Thrasher (1998) realizaram terapia de exposição de forma um pouco diferente. Sua versão da terapia inclui cinco sessões de exposição com imagens e depois cinco sessões de exposição *in vivo*. Durante a exposição a imagens, os pacientes devem reviver a experiência em voz alta na primeira pessoa, falando no presente sobre os detalhes de sua experiência e depois imaginar e descrever aspectos importantes do evento (rebobinar e parar). Eles ouvem suas gravações da terapia diariamente, entre as sessões. Durante a parte de exposição ao vivo, avançam (geralmente com a companhia do terapeuta) ao longo de uma hierarquia de estímulos temidos, evitados e prejudiciais. Pede-se que pratiquem a exposição ao vivo por uma hora entre sessões.

Intervenções cognitivas

A terapia cognitiva para TEPT geralmente assume duas formas. Uma delas é mais voltada ao presente e geralmente usa diários ou formas de acompanhamento para evocar pensamentos que o paciente tenha registrado durante a semana. Essas planilhas de trabalho de casa são a base das intervenções cognitivas que ocorrem durante o tratamento pelo uso de ensinamento e questionamento socrático. Os pacientes são ensinados a identificar e questionar seus pensamentos irrealistas ou exagerados acerca deles próprios, do mundo e de seu futuro, com raciocínio mais probabilístico e argumento baseado em evidências. Entre os pesquisadores que usaram esse modelo de reestruturação cognitiva estão Blanchard e colaboradores (2003) e Foa e colaboradores (2005).

A outra forma de terapia cognitiva é mais voltada ao trauma e construtivista, concentrando-se nos significados específicos que o(s) evento(s) têm para o paciente e como essas interpretações contradizem ou aparentemente confirmam crenças anteriores sobre si e sobre outras pessoas. Essas premissas distorcidas em relação ao evento (p. ex., “Eu deveria ter sido capaz de interromper o evento, então é minha culpa que tenha acontecido”) podem sustentar uma crença em um mundo justo ou em uma sensação de controlabilidade, mas geralmente à custa de autoestima reduzida, vergonha ou culpa. O tratamento se concentra em como os pacientes podem ter distorcido o evento em si para sustentar crenças anteriores sobre a justiça e

o papel dos outros (assimilação) ou, por outro lado, como podem ter modificado demais suas crenças sobre si mesmos e o mundo (superacomodação) em uma tentativa de recuperar uma sensação de controle ou de segurança no presente ou no futuro (“Não posso mais confiar nem um pouco nos outros”). O tratamento inclui o questionamento socrático e o uso de planilhas cognitivas para ensinar os pacientes a questionar seu pensamento sobre os eventos traumáticos e as implicações que eles construíram. Exemplos de terapias cognitivas voltadas ao trauma são os estudos de Resick e colaboradores (2002, 2008) ou Tarrier e colaboradores (1999).

A terapia de processamento cognitivo (TPC), foi desenvolvida inicialmente com o objetivo de tratar os sintomas específicos de TEPT em sobreviventes de violência sexual (Resick e Schnicke, 1992, 1993), mas, desde então, foi atualizada e aplicada a outras populações (Resick et al., 2007). A TPC, que pode ser aplicada em formatos individuais ou em grupo, é um programa de terapia estruturada de 12 sessões, que é predominantemente uma terapia cognitiva. Após uma apresentação dos sintomas de TEPT e da terapia, pede-se que os pacientes escrevam uma Declaração de Impacto, que é uma descrição de como o seu evento traumático mais angustiante os afetou. Os clientes devem se concentrar em qualquer autorresponsabilização com relação ao trauma e aos efeitos do evento em suas crenças sobre si e outros. Essa declaração é usada para entender como eles podem ter distorcido a causa do evento ou supergeneralizado seu significado, de tal modo que o seu funcionamento tenha sido comprometido. Por exemplo, se o indivíduo pensa que deveria ter sido capaz de parar o evento, ele pode sentir culpa posteriormente. Se um cliente decidiu que o evento significa que ninguém é confiável, ele vai se comportar como se isso fosse verdade.

Antes de examinar o trauma em profundidade, o cliente é ensinado a dar nome às emoções e reconhecer a conexão entre eventos, pensamentos e sentimentos. Em seguida, pede-se que escreva um relato detalhado sobre o evento traumático e o leia para si mesmo todos os dias. Nas sessões, ele o lê para o terapeuta e é incentivado a sentir quaisquer emoções que surjam e preencher planilhas em pontos travados sobre o trauma que sejam identificados. O terapeuta começa a questionar o pensamento problemático sobre o evento traumático com diálogo socrático. Depois de escrever e ler o relato uma segunda vez, o terapeuta se concentra em ensinar ao cliente a habilidade de questionar pensamentos e suposições com perguntas socráticas para si mesmo, por meio de uma série de planilhas. Inicialmente, o cliente é ensinado a questionar um único pensamento, depois,

a procurar padrões de pensamento problemático e, por último, a gerar pensamentos alternativos e mais equilibrados sobre o evento em si, e depois, suposições supergeneralizadas sobre ele mesmo e o mundo. Nas últimas cinco sessões, os clientes recebem módulos para ajudá-los a pensar em temas específicos que costumam ser prejudicados depois de eventos traumáticos: segurança, confiança, poder e controle, estima e intimidade. Numa versão alternativa que está recebendo cada vez mais atenção de pesquisas, o relato escrito é omitido. Isto é discutido a seguir na seção sobre pesquisa.

Tratamento combinados/estudos complementares

Alguns estudos que revisamos a seguir se referem a seus protocolos como terapia cognitivo-comportamental (TCC; p. ex., Blanchard et al., 2003). Esses pacotes terapêuticos geralmente são combinações de várias formas de exposição (por imagens, *in vivo*) ou terapia cognitiva, mas também podem incluir relaxamento ou outras habilidades de enfrentamento. Alguns desses protocolos podem ter sido desenvolvidos inicialmente como um tratamento combinado ou podem refletir estudos complementares nos quais se acrescenta um novo componente a um tratamento já existente para determinar se esse componente a mais agrega valor à terapia já existente. Uma distinção importante a ser feita entre esses dois tipos de protocolo é que os tratamentos combinados foram formulados para uma duração específica, com vistas a acomodar os componentes do tratamento. Em outras palavras, o pacote terapêutico foi formulado para atingir os objetivos ideais dos componentes de exposição ou cognitivos. Os estudos complementares devem se adequar ao tamanho do protocolo original, não podendo ser projetados com a quantidade de terapia ideal necessária para se obterem os objetivos dos componentes. Nos estudos complementares, a quantidade de exposição, administração do estresse ou terapia cognitiva combinadas é reduzida para se manter a extensão do protocolo original que esteja sendo comparado.

STAIR/MEP

Cloitre, Koenen, Cohen, e Han (2002) propuseram que os sobreviventes de abuso sexual na infância têm problemas de regulação do afeto e eficácia interpessoal, além de seu TEPT, que comprometem sua capacidade de aproveitar as intervenções voltadas ao trauma. Dessa forma, desenvolveram um protocolo chamado Treinamento de Habilidades de Regulação Afetiva e Interpessoal (cuja sigla em inglês é STAIR, ou escada, de *skills training in affective and interpersonal regulation*) que inclui tratamento para esses problemas antes de se imple-

mentar uma modificação de exposição prolongada (MEP). Esse tratamento combinado inicialmente treina os pacientes para administração da emoção e habilidades interpessoais por oito semanas, seguidas de uma segunda fase de tratamento, com exposição por imagens. Essa segunda fase também inclui administração emocional pós-exposição e terapia cognitiva.

Dessensibilização e reprogramação por movimento dos olhos

A terapia de dessensibilização e reprogramação por movimento dos olhos (DRMO) é uma terapia polêmica, que não evoluiu a partir da teoria nem da aplicação de técnicas eficazes para outros transtornos e sim de uma observação pessoal. Na forma desenvolvida originalmente por Shapiro (1989, 1995), a DRMO se baseava na observação casual de que os pensamentos preocupantes foram resolvidos quando seus olhos seguiram a oscilação de folhas em uma caminhada no parque. Shapiro desenvolveu a DRMO com base nessa observação e afirmou que os movimentos laterais dos olhos facilitam o processamento cognitivo do trauma. Posteriormente, a DRMO foi conceituada como um tratamento cognitivo-comportamental voltado a facilitar o processamento de informações de eventos traumáticos e intervenções cognitivas para cognições negativas relacionadas ao trauma. Nas primeiras apresentações, a DRMO foi considerada uma cura de sessão única para uma série de transtornos, mas estudos posteriores estão mais relacionados a sintomas de trauma, com um desenrolar semelhante ao de outras terapias para trauma. A DRMO é descrita atualmente como um tratamento em oito fases: anamnese, preparação do paciente, avaliação do objetivo, dessensibilização, instalação, varredura do corpo, fechamento e reavaliação dos efeitos do tratamento. A DRMO tem componentes de exposição e cognitivos, bem como movimentos laterais dos olhos.

No protocolo básico, os pacientes devem identificar e se concentrar em uma imagem ou recordação traumática (fase de avaliação do objetivo). A seguir, o terapeuta evoca cognições ou crenças negativas em relação à recordação. Os pacientes devem atribuir uma classificação à recordação e à cognição negativa em uma escala de aflição de 11 pontos e identificar a localização física da ansiedade. O terapeuta ajuda a gerar cognições positivas que seriam associadas preferencialmente à recordação, que são classificadas em uma escala de sete pontos sobre o quanto o paciente acredita na declaração. Uma vez que o terapeuta tenha explicado o procedimento básico de DRMO, o pa-

ciente deve fazer quatro coisas ao mesmo tempo (fase de dessensibilização):

1. visualizar a recordação;
2. ensaiar as cognições negativas;
3. concentrar-se nas sensações físicas da ansiedade; e
4. acompanhar visualmente o dedo indicador do terapeuta.

Enquanto isso, o terapeuta movimentará rapidamente o indicador para a direita e para a esquerda, entre 30 e 35 cm do rosto do paciente, com dois movimentos de ida e vinda por segundo. Eles são repetidos 24 vezes. A seguir, pede-se que o paciente esvazie a recordação e respire fundo. Depois, ele traz de volta a recordação e as cognições e classifica o nível de aflição. Conjuntos de movimentos dos olhos (sacádicos) são repetidos até que as classificações de aflição sejam iguais a 0 ou 1. Nesse momento, o paciente fala sobre o que sente com relação à cognição positiva e lhe dá uma classificação (fase de instalação).

Evidências de eficácia do tratamento

A TCC e a DRMO já foram estabelecidas como tratamentos eficazes em várias metanálises (p. ex., Bradley, Greene, Russ, Dutra e Westen, 2005; Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan e Foa, 2010; van Etten e Taylor, 1998). Também têm sido recomendadas como tratamentos de primeira linha em várias diretrizes de tratamento para TEPT (p. ex., Foa, Keane, Friedman e Cohen, 2008; National Institute of Clinical Excellence, 2005; US Departments of Veterans Affairs and Defense, 2010).

Ensaio clínico randomizado têm mostrado constantemente que a TCC é superior à lista de espera e condições normais de tratamento (p. ex., Chard, 2005; Foa et al., 1999; Monson et al., 2006; Resick et al., 2002) e geralmente é melhor do que as terapias destinadas a controlar os elementos essenciais e não específicos da psicoterapia eficaz (p. ex., Blanchard et al., 2003; Neuner, Schauer, Klaschik, Karunakara e Elbert, 2004; Schnurr et al., 2007). Testes comparativos mostraram poucas diferenças entre os distintos pacotes de TCC no pós-tratamento (p. ex., Bryant, Moldes, Guthrie, Dang e Nixon, 2003; Foa et al., 1999; Resick et al., 2002; Tarrier et al., 1999) e houve resultados ambíguos em relação à eficácia diferencial no seguimento de longo prazo (i. e., ≥ 5 anos após o tratamento; Resick et al., 2012; Tarrier e Sommerfield, 2004). Acrescentar ou remover diferentes elementos dos protocolos de TCC não afetou, em termos gerais, a eficácia desses pacotes (p. ex., Foa et al., 1999; Resick et al., 2008).

Ensaios clínicos randomizados mostram a DRMO como superior a condições de lista de espera (p. ex., Rothbaum, Astin e Marsteller, 2005). Entretanto, diversos estudos demonstraram que a TCC é mais eficaz do que a DRMO (p. ex., Devilly e Spence, 1999; Taylor et al., 2003); outros não relataram diferença (p. ex., Ironson, Freund, Strauss e Williams, 2002; Power et al., 2002; Rothbaum et al., 2005) e outros, ainda, relataram a superioridade da DRMO em relação à TCC para, pelo menos, os sintomas intrusivos (Lee, Gavriel, Drummond, Richards e Greenwald, 2002). Embora Shapiro afirme que os movimentos laterais dos olhos são um componente essencial da terapêutica da DRMO, estudos de desmantelamento (*dismantling studies*) que a examinaram tiveram resultados contraditórios (p. ex., Pitman, Orr, Altman, Longpre, Poire e Macklin, 1996; Renfrey e Spates, 1994; Wilson, Silver, Covi e Foster, 1996). Em resumo, diferentes formas de TCC com foco em desenvolvimento de competências ou processamento de trauma com métodos cognitivos ou comportamentais foram considerados eficazes no tratamento do TEPT e com efeitos sustentados no longo prazo. Estudos documentaram a eficácia da DRMO, embora as evidências para sustentar os movimentos laterais dos olhos como ingrediente ativo de tratamento sejam ambíguas.

Variáveis relacionadas a terapeuta, paciente e setting

Gênero e etnicidade

Segundo o recente estudo *National Comorbidity Survey Replication* (Kessler, Berglund, et al., 2005), as taxas e prevalência de TEPT ao longo da vida são três vezes mais altas nas mulheres (9,7%) do que nos homens (3,6%). A metanálise de Tolin e Foa (2006) sobre as diferenças de sexo no risco de exposição a eventos potencialmente traumáticos e TEPT indica que as mulheres teriam maior probabilidade do que os homens de atender aos critérios de TEPT, mas menor probabilidade de ter vivenciado eventos potencialmente traumáticos. As mulheres tiveram maior probabilidade do que os homens de vivenciar agressão sexual e abuso sexual na infância, mas menor probabilidade de ter acidentes, agressões não sexuais, testemunhar morte e lesão, desastre ou fogo e traumas relacionados à guerra. Dentro dos tipos específicos de eventos traumáticos, as mulheres ainda exibiam maior TEPT, sugerindo que o risco de exposição a tipos específicos de trauma explica apenas parcialmente o risco distinto de TEPT em homens e mulheres.

Como a agressão sexual é majoritariamente de autoria de homens e um crime altamente pessoal e íntimo, os sobreviventes muitas vezes não confiam

em homens. Consequentemente, a questão do gênero do terapeuta pode ser relevante. Frequentemente as pacientes preferem ou insistem em ser atendidas por uma terapeuta. A eficácia dos terapeutas do sexo masculino não foi estudada especificamente, mas eles podem ser muito eficazes se tiverem bom treinamento (Resick, Jordan, Girelli, Hutter e Marhofer-Dvorak, 1988). As questões relacionadas a esses terapeutas, discutidas por Silverman (1977) e Koss e Harvey (1991), incluem a tendência dos homens a considerar o estupro mais como um crime sexual do que como um crime de violência (Burt, 1980) e, portanto, concentrar-se demasiadamente em aspectos sexuais da experiência e do período seguinte a ela.

Ao tratar sobreviventes de agressão sexual, independentemente do gênero do terapeuta, é essencial que o terapeuta tenha conhecimentos de estupro e TEPT, o que inclui a literatura sobre as reações ao estupro, mitos e atitudes diante do tema. Os terapeutas trazem suas percepções culturalmente aprendidas consigo, assim como os pacientes, e isso pode prejudicar sua eficácia se eles aderirem a qualquer das percepções equivocadas que são comuns em relação ao estupro (p. ex., o estupro está relacionado principalmente a sexo, a maioria dos estupradores é de estranhos, não é estupro a menos que a mulher resista ativamente). Os sobreviventes de agressões sexuais são extremamente sensíveis a insinuações de que podem ter culpa, por exemplo, e muitos abandonam o tratamento se sentirem que o terapeuta pode atribuir algum tipo de culpa à vítima.

Da mesma forma, veteranos de guerra muitas vezes hesitam a começar o tratamento com terapeutas novatos que podem não conhecer informações específicas sobre a guerra ou sua história. É importante que os terapeutas reconheçam seu nível de familiaridade com o tema e trabalhem com pacientes para entender mais integralmente suas experiências traumáticas e o contexto que as cerca.

O papel da etnicidade na TCC para TEPT tem recebido pouca atenção na pesquisa de resultados. Infelizmente, essa limitação não está restrita à pesquisa com tratamento para TEPT; o suplemento sobre minorias étnicas do relatório do *Surgeon General* sobre saúde mental (U.S. Department of Health and Human Services, 2001) deixou claro que há uma carência de pesquisa empírica sobre o tratamento para depressão e ansiedade nas minorias étnicas. Os poucos estudos sobre taxas de prevalência entre grupos étnicos demonstraram resultados mistos que, em parte, podem refletir taxas diferenciadas de exposição ao trauma (Breslau, Davis e Andreski, 1995; Norris, 1992).

Dois estudos de avaliação de programas compararam veteranos afro-americanos e euro-america-

nos com TEPT. Rosenheck, Fontana e Cottrol (1995) encontraram menos melhora entre os primeiros em algumas medidas, mas Rosenheck e Fontana (1996) não sustentaram essa conclusão. Somente poucos estudos até hoje examinaram a eficácia da TCC com afro-americanas com TEPT. Zoellner, Feeny, Fitzgibbons e Foa (1999) compararam afro-americanas e euro-americanas sobreviventes de agressão sexual e não sexual. Os tratamentos compreendiam EP, TIS ou uma combinação de ambos. Não houve diferenças entre grupos étnicos em termos de eficácia de tratamento. Esses resultados foram atingidos apesar de uma incapacidade de associar pacientes e terapeutas por etnicidade. Lester, Resick, Young-Xu e Artz (2010) combinaram os conjuntos de dados de ambos os estudos de Resick e colaboradores (2002, 2008) para examinar o abandono e os resultados do tratamento entre 94 mulheres afro-americanas e 214 euro-americanas, vítimas de trauma interpessoal. O índice de abandono foi significativamente maior para pacientes afro-americanas (45% vs. 73% completaram todas as sessões). No entanto, apesar disso, na análise de intenção de tratar, em que todos foram randomizados, não houve diferenças entre grupos raciais em termos de resultado do tratamento. As diferenças pareciam ser devidas ao fato de que pacientes afro-americanas que abandonaram a terapia se beneficiaram mais do tratamento que as pacientes euro-americanas que a abandonaram. Embora os resultados sejam estimulantes, é importante que se continue dando atenção a questões étnicas e culturais (ver McNair e Neville, 1996).

Traumatização vicária

Trabalhar com vítimas de trauma pode ter efeitos negativos sobre os terapeutas, o que alguns chamaram de traumatização *vicária* ou *secundária*. McCann e Pearlman (1990) discutem esse impacto como um prejuízo aos próprios esquemas cognitivos do terapeuta em relação a si mesmo e ao mundo. Escutar as experiências traumáticas dos pacientes pode ser chocante e levaria a alterações duradouras nas premissas e nas expectativas, o que, por sua vez, afeta os sentimentos, comportamentos e relacionamentos dos terapeutas. Trabalhar com vítimas de trauma pode colocar em xeque os pressupostos dos terapeutas em relação à invulnerabilidade e segurança pessoais, bem como suas crenças de que o mundo é um lugar ordenado e com sentido, cheio de pessoas confiáveis. Segundo o modelo de McCann e Pearlman, a reação individual de um terapeuta depende do grau de discrepância entre o trauma do sobrevivente e os esquemas cognitivos do terapeuta. Por exemplo, se as experiências complexas do próprio terapeuta levaram ao desenvolvimento de pressupostos (esquemas) de segurança como algo

central a seu bem-estar, o trabalho com sobreviventes de trauma pode ser desconfortável por causa de uma sensação elevada de vulnerabilidade. Além disso, o sistema de memória do terapeuta pode ser alterado para incorporar imagens traumáticas que podem ser tornar intrusivas.

Para neutralizar os efeitos de trabalhar com indivíduos traumatizados, os terapeutas devem estar preparados para reconhecer e admitir esses efeitos e dar passos no sentido de lidar com eles. McCann e Pearlman (1990) recomendam o uso da rede profissional da pessoa como fonte de apoio para impedir o isolamento. Conversar com outros profissionais que trabalhem com sobreviventes de trauma pode ser particularmente útil porque eles podem ajudar o terapeuta a reconhecer os efeitos da traumatização vicária e normalizar essas reações. Outras estratégias de enfrentamento sugeridas por McCann e Pearlman são fazer um equilíbrio entre casos de trauma e casos não traumáticos, envolver-se em outras atividades pessoais e profissionais, reconhecer as próprias limitações, trabalhar em prol da mudança social e se concentrar no aspecto do impacto positivo do trabalho com esses sobreviventes e com as maneiras com que isso pode enriquecer sua vida.

“Resistência”

Os pacientes com TEPT podem ser difíceis de envolver e tratar, em função de sua ambivalência em relação à terapia. Eles querem ajuda, mas temem encarar suas recordações e têm dificuldades de confiar nos outros, incluindo os terapeutas. Também podem sentir muita vergonha em relação ao evento traumático, o que prejudica sua disposição de revelar informações que julgam gerar rejeição por parte de outras pessoas. É claro que é importante lembrar que os comportamentos de evitação, incluindo o de evitar pensamentos sobre o trauma, fazem parte dos critérios de TEPT, de modo que se deve esperar que a evitação ocorra no contexto do tratamento. As faltas às sessões são comuns e tanto comportamentos de evitação sutis quanto os óbvios são observados nas etapas iniciais da terapia. Se possível, os terapeutas devem considerar que o tratamento tem início ao telefone, antes da primeira sessão. O número de faltas provavelmente diminuirá se o terapeuta mostrar que entende a hesitação do paciente para vir à sessão e estimular sua presença. No início da terapia, o terapeuta deve descrever a evitação como um sintoma do TEPT e uma maneira ineficaz, ainda que compreensível, de enfrentar. Chamar de “resistência” provavelmente só fará com que o paciente se sinta mais julgado e prejudicará sua eficácia. Este e outros desafios ao se trabalhar com sobreviventes de trauma por estupro são discutidos por Koss e

Harvey (1991) e Kilpatrick e Veronen (1983). Shay e Munroe (1999) discutem os desafios de trabalhar com veteranos de guerra com TEPT complexo.

Vítimas de trauma múltiplo

Já se demonstrou que as abordagens de tratamento apresentadas aqui produzem melhoras significativas em vítimas civis de trauma em um prazo curto. Os estudos geralmente apresentados não excluíram quaisquer pessoas por seu histórico de trauma e, a maioria tinha amplos históricos de trauma, mesmo quando havia um trauma identificado que era o critério primário de inclusão (estupro, combate). Além disso, Resick e colaboradores (2003) em uma análise secundária do estudo de Resick e colaboradores (2002), constataram que 42% dos pacientes com vivência de abuso sexual na infância (ASI), além de seu nível de trauma, tiveram melhoras significativas em seu TEPT e não diferiram daqueles que não tinham histórico de ASI. Nos últimos anos, houve um crescimento nas evidências de sucesso dos tratamentos em indivíduos com história de trauma mais crônico ou repetido, como violência doméstica (Kubany et al., 2004), guerra (Monson et al., 2006) e abuso sexual duradouro na infância (Chard, 2005; Cloitre et al., 2004). Essa pesquisa aponta a utilidade de tratamentos baseados em evidências para casos complexos e derruba o mito de que a TCC só funciona em casos “simples”, de um trauma único. Dito isso, os terapeutas devem prestar atenção a questões especiais quando trabalham com esses casos. Por exemplo, algumas pesquisas sugerem que o TEPT em sobreviventes de trauma por agressão sexual pode influenciar na traumatização repetida (p. ex., Kilpatrick et al., 1987), embora essa relação pareça complexa (Wilson, Calhoun e Bernat, 1999). Os sobreviventes de abuso sexual na infância podem apresentar desafios adicionais (Cloitre, 1998), porque sua traumatização pode ter prejudicado o processo normal de desenvolvimento. Como o abuso geralmente envolve um familiar ou um adulto de confiança, ele representa uma traição grave por parte da pessoa da qual a criança dependia para segurança e proteção básicas. Eles podem precisar de mais ajuda também com o desenvolvimento de habilidades, especialmente habilidades interpessoais e de regulação de emoções. Em alguns casos, as disfunções sexuais devem ser tratadas e isso pode ser acrescentado a um programa individual de tratamento ou o paciente pode ser encaminhado a um especialista em terapia sexual, mas só depois de completado o tratamento para outros problemas relacionados ao trauma. Os veteranos podem ter questões específicas relacionadas a atos de violência, como agredir ou matar outras pessoas, desconfiança em relação ao governo e a figuras de auto-

ridade, estereótipos étnico-raciais e reações tardias de luto (Monson, Price e Ranslow, 2005).

Tratamento em grupo

A decisão de usar um formato individual ou em grupo para o tratamento geralmente é tomada com base em julgamento clínico e em questões práticas. Há pouca pesquisa comparando os dois formatos. Algumas intervenções que foram usadas com vítimas de trauma são adaptáveis a ambos os formatos. Pesquisas recentes mostraram que os tratamentos de grupo padronizados podem ser bem-sucedidos com veteranos de guerra e sobreviventes de trauma por abuso sexual na infância (Chard, 2005; Creamer, Morris, Biddle e Elliott, 1999). Recentemente, Morland, Hynes, Macintosh, Resick e Chard (2011) produziram dados-piloto para um estudo em curso no qual foi realizada TCC em grupo por meio de telessaúde com um grupo em uma das ilhas do Havaí, enquanto o terapeuta estava em outra ilha. Embora o principal estudo randomizado ainda não tenha sido concluído, os resultados parecem promissores de que haverá equivalência entre telessaúde e grupos presenciais.

O tratamento em grupo tem várias vantagens que o tornam preferido por sobreviventes de traumas e profissionais. Koss e Harvey (1991) discutiram uma série delas. O tratamento reduz a sensação de isolamento que sente a maioria dos sobreviventes que se afasta das interações e acredita que os outros não conseguem entender seus sentimentos. Isso proporciona apoio social isento de ambiguidade e recriminação, e ajuda a validar e normalizar os sentimentos e as reações ao trauma. O tratamento em grupo confirma a realidade da vivência traumática e possibilita compartilhar as experiências de enfrentamento. Além disso, neutraliza a autorrecriminação e promove a autoestima. Como é mais igualitária do que a terapia individual, a terapia de grupo pode promover fortalecimento e reduzir a dependência. Ela propõe um ambiente seguro para desenvolver vínculo e intimidade com outros e uma oportunidade para compartilhar luto e perda. Por fim, o tratamento em grupo pode ajudar os sobreviventes de trauma a atribuir sentido ao evento, promovendo o processamento cognitivo.

As abordagens em grupo também têm seus problemas e deve-se tomar cuidado ao selecionar pacientes, avaliando sua prontidão para participar de um grupo. McCann e Pearlman (1990) sugeriram que os pacientes com TEPT grave deveriam estar em terapia individual ao mesmo tempo em que fazem terapia de grupo porque os grupos podem evocar forte afeto e recordações que podem ser demais para um paciente despreparado. Por razões semelhantes, Resick e Markaway (1991) alertam que não se deve fazer os

membros dos grupos compartilharem suas experiências de estupro nas primeiras sessões. Embora sejam importantes para a recuperação, as “histórias de batalha” devem ser contadas em um momento posterior do processo em grupo ou em sessões individuais, para evitar assustar outros membros do grupo ou sensibilizá-los em relação a outras situações vulneráveis. Os pacientes com tendências suicidas são maus candidatos para terapia de grupo, como sugerido por Koss e Harvey (1991) e McCann e Pearlman, assim como os que têm problemas com drogas pesadas, os pacientes que desenvolvem automutilação ou os que abusam de drogas com diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline*, bem como pacientes com vidas muito instáveis e desorganizadas e os que nunca falaram sobre trauma antes disso ou cuja recordação é incompleta.

ESTUDO DE CASO

“Tom” é um rapaz branco, de 23 anos, solteiro, que se apresentou para tratamento há cerca de um ano, após um evento traumático que aconteceu durante seu serviço militar no Iraque. Ele recebeu TPC enquanto ainda estava na ativa no Exército.

Antecedentes

Tom é o terceiro entre os quatro filhos. Ele descreveu o pai como um alcoolista que estava ausente de casa com muita frequência, por causa de viagens de trabalho, antes do divórcio de seus pais. Tom era próximo de sua mãe e de seus irmãos. Ele nega ter tido qualquer problema de saúde mental relevante ou problemas de saúde física na infância, mas descreveu dois eventos traumáticos na adolescência, especificamente, descreveu ter assistido a seu melhor amigo cometer suicídio com um tiro na cabeça. Tom indicou que esse evento o afetou gravemente, assim como toda sua comunidade. Ele afirmava ainda se sentir responsável por não ter impedido o suicídio do amigo. O segundo evento traumático foi a morte de seu irmão em um acidente de carro quando Tom tinha 17 anos. Ele não recebeu qualquer tratamento de saúde mental durante sua infância nem após esses eventos traumáticos, embora tenha indicado que começou a usar álcool e substâncias ilícitas depois desses fatos, em sua juventude. Admitiu usar maconha quase todos os dias quando cursava o ensino médio, bem como álcool, diariamente, bebendo até 24 latas de cerveja por dia, até perder a consciência. Ele informou ter reduzido o consumo de álcool e deixado de usar maconha após o alistamento.

Tom serviu na infantaria, tendo realizado seu treinamento básico e depois cursado uma escola avançada de treinamento antes de ser mandado diretamente

para o Iraque. Enquanto estava lá, testemunhou e vivenciou vários incidentes traumáticos. Ele falava de companheiros mortos e feridos em serviço, bem como de comboios que viu ser atingidos por bombas improvisadas. Entretanto, o evento traumático que ele identificou como mais problemático e gerador de ansiedade foi ter atirado em uma mulher grávida e em seu filho.

Sua descrição do evento foi a seguinte: homens-bomba haviam detonado várias bombas na área onde ele servia, sendo instalado um posto de controle. Nos últimos dias de seu tempo de serviço, Tom estava patrulhando esse posto de controle e estava escuro. Um carro se aproximou e os soldados começaram a fazer sinais para que parasse. O carro não parou, apesar dos avisos, continuando a se aproximar do posto e entrando em uma área em que o próximo nível de soldados da infantaria guardava a entrada. Por protocolo, Tom fez um disparo para o alto com vistas a parar o carro que se aproximava, mas o carro continuou em direção ao posto de controle. A pouco mais de 20 metros do portão do ponto de controle, Tom e, pelo menos, outro soldado dispararam contra o carro várias vezes.

Depois de um curto período de desorientação, um homem saiu do carro chorando, com as roupas cheias de sangue e as mãos para o ar. O homem rapidamente caiu de joelhos, com as mãos e a cabeça no chão. Tom o ouvia soluçar e contou que os soluços eram guturais e cheios de desespero. Tom olhou para dentro do carro e viu, no assento do passageiro, uma mulher morta, que parecia estar grávida. No banco de trás, uma criança pequena também estava morta. Tom nunca confirmou essa informação, mas ele e seus companheiros achavam que o homem na estrada era o marido da mulher e pai da criança e do feto.

Tom ficou imediatamente abalado pelo evento e uma unidade de combate ao estresse o retirou de campo de helicóptero porque ele tinha cada vez mais sintomas de reviver a experiência e de hipervigilância. Tom acabou sendo trazido a um grande hospital do Exército e recebeu TPC individual dentro desse local.

Tom foi submetido à CAPS no pré-tratamento, seu escore estava na faixa grave e ele cumpria os critérios diagnósticos para TEPT. Também preencheu o Inventário de Depressão de Beck-II (*Beck Depression Inventory*, BDI-II) e o *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI). Seus sintomas de depressão e ansiedade no pré-tratamento estavam na faixa grave e ele foi informado sobre os resultados de sua avaliação em uma sessão que se concentrou em um panorama geral de seus resultados de avaliação psicológica e em obter seu consentimento informado para TPC. Depois de lhe informar sobre sua avaliação, o terapeuta descreveu em termos gerais a TPC, com ênfase em sua

natureza voltada ao trauma, expectativa de adesão à prática fora de sessão e papel ativo do paciente em sua própria melhora. Tom assinou um *Contrato de Tratamento por TPC* que detalhava essa informação e recebeu uma cópia para guardar. O protocolo da TPC começou na sessão seguinte.

Sessão 1

Tom chegou 15 minutos antes de sua primeira consulta para TPC. Sentou-se na cadeira que a terapeuta sinalizou, mas imediatamente ficou inquieto e mudava de posição com frequência. Em seguida, pediu para mudar para outra cadeira na sala para não ficar de costas para a porta da rua, de modo que seu olhar pudesse monitorar a porta e a janela. Ele perguntou à terapeuta quanto tempo a sessão duraria e se ele teria de “sentir alguma coisa”. A terapeuta respondeu que a sessão duraria entre 50 e 60 minutos e que, comparada às sessões seguintes, ela falaria mais. Ela acrescentou que, como se discutiu na sessão de contrato do tratamento, o foco estaria nos sentimentos de Tom em reação ao evento traumático, mas que aquela sessão trataria menos disso. A terapeuta também explicou que teria em seu colo o manual de tratamento e sempre o consultaria para certificar-se de que aplicara a psicoterapia segundo o prescrito. Ela incentivou Tom a fazer perguntas que surgissem no desenrolar da sessão.

A terapeuta explicou que, no começo de cada sessão, eles estabeleceriam uma agenda. Os propósitos da primeira sessão eram:

1. descrever os sintomas de TEPT;
2. dar a Tom uma estrutura para entender por que esse sintomas não tinham tido remissão;
3. apresentar uma visão geral do tratamento para ajudá-lo a entender por que era importante a prática fora das sessões e vir às sessões, gerar cooperação e explicar a natureza progressiva da terapia;
4. construir sintonia entre paciente e terapeuta;
5. dar ao paciente uma oportunidade de falar brevemente sobre o evento mais traumático ou outras questões.

A seguir, a terapeuta passou a dar informações didáticas sobre os sintomas de TEPT. Ela pediu que Tom desse exemplos dos vários conjuntos de sintomas de TEPT que estava sentindo, enfatizando como a volta deles estava relacionada a sintomas de hiperexcitação e como estes geraram um desejo de evitar ou de se tornar entorpecido. O efeito paradoxal da evitação na manutenção, ou até no aumento, dos sintomas de TEPT, também foi discutido. Tom indicou que essa

era a primeira vez que alguém lhe explicava os sintomas de TEPT e os colocava “em movimento”, descrevendo como eles interagiam.

A terapeuta passou a descrever os efeitos secundários do trauma dentro de uma estrutura de processamento de informações. Ela descreveu como os traumas podem ser eventos discrepantes dos esquemas, ou seja, os eventos traumáticos muitas vezes não se encaixam nas crenças anteriores que a pessoa tem sobre si mesma, de outros ou do mundo. Para incorporar esse evento à própria memória, a pessoa pode alterar sua percepção sobre ele (assimilar o evento em um sistema de crenças já existente). Entre os exemplos de assimilação estão ver o evento depois e achar que algum outro tipo de ação deveria ter sido desenvolvido (“desfazer” o evento) ou se recriminar por ele ter ocorrido. A terapeuta passou a explicar que Tom também poderia ter tentando mudar radicalmente seu sistema anterior de crenças para fazer uma superadaptação do evento a suas crenças anteriores. A *superadaptação* foi descrita como uma mudança excessiva das próprias crenças em função do evento traumático (p. ex., “eu não posso confiar em mim mesmo para nada”). Ela explicou que várias áreas de crenças costumam ser afetadas pelo trauma, incluindo segurança, confiança, poder-controle, estima e intimidade. Ela explicou, ainda, que essas crenças poderiam estar relacionadas a si e/ou aos outros. A terapeuta descreveu como as pessoas têm crenças nessas áreas em relação a si e aos outros. Também indicou que se Tom tivesse crenças negativas anteriores ao evento traumático em relação a qualquer desses tópicos, esse evento poderia servir para fortalecer essas crenças negativas.

Nesse momento, Tom descreveu suas experiências de infância e adolescência, e como elas tinham contribuído para suas crenças traumáticas anteriores ao serviço militar. A terapeuta observou que ele tendia a se recriminar e a internalizar as coisas ruins que aconteceram em sua família e o suicídio de seu amigo. Ela também apontou seu comentário: “Eu fico me perguntando se meu pai bebia para aguentar a mim e aos meus irmãos”. No caso de Tom, parecia provável que a experiência do trauma tivesse servido para confirmar ainda mais suas crenças preexistentes de que ele causara ou contribuíra para que coisas ruins acontecessem ao seu redor e a ele.

A seguir, Tom passou algum tempo descrevendo como as coisas tinham mudado muito depois de seus traumas militares. Antes de suas experiências militares e, especificamente, dos tiros na mulher e na criança, Tom se dizia “orgulhoso de ser soldado” e de “levar bem a sua vida”. Ele indicou que a estrutura

militar tinha sido muito boa para ele, desenvolvendo autodisciplina e melhorando sua autoestima. Ele disse que se sentia bem com “a missão de acabar com o terrorismo” e tinha orgulho de servir a seu país. Sentia companheirismo por seus colegas soldados e cogitava uma carreira militar. Negava qualquer problema com autoridade e, na verdade, achava que seus comandantes tinham sido modelos do tipo de líder que ele gostaria de ser. Antes de ser mandado ao Iraque, Tom conheceu sua mulher e se casou, e eles pareciam ter um relacionamento estável e íntimo. Depois de sua volta, Tom disse que já não confiava em ninguém, especialmente alguém associado ao governo dos Estados Unidos. Ele expressava sua decepção com o esforço de guerra e falta de confiança nos indivíduos que comandavam sua unidade. Ele também expressava não confiar em si mesmo: “Eu sempre tomo decisões erradas quando as situações se apresentam”. Ele declarava que se sentia completamente inseguro em seu ambiente. Às vezes, logo depois de sua baixa do serviço militar, Tom acreditava que franco-atiradores o haviam colocado na mira para matá-lo. Ele indicou que mal aguentava estar perto de sua esposa, incluindo contato sexual entre eles.

A terapeuta introduziu a noção de *pontos travados*, formas de entender o trauma ou pensar em si mesmo, em outros e no mundo, que estavam dificultando sua recuperação dos eventos traumáticos. A terapeuta chamou sua atenção de que uma grande quantidade de pessoas está exposta ao trauma. Na verdade, os militares estão entre os indivíduos mais expostos, mas a maioria se recupera de sua exposição. Assim, um objetivo central da terapia era descobrir o que havia impedido Tom de se recuperar (ou seja, como seu pensamento o havia deixado “travado”, levando à manutenção de seus sintomas de TEPT).

A seguir, a terapeuta pediu que Tom desse uma descrição de cinco minutos de seu evento traumático em questão. Ele respondeu imediatamente. “Tinha tanta coisa ruim lá. Como é que eu vou escolher uma?” A terapeuta perguntou: “De qual desses eventos você tem mais imagens ou pensamentos? Qual é o que você menos gosta de recordar?”. A terapeuta indicou que Tom não precisava dar uma imagem detalhada do evento, e sim uma visão geral do que aconteceu. Tom forneceu um rápido relato dos tiros que deu na mulher e na criança. A terapeuta o elogiou por contar a ela sobre o evento e lhe perguntou sobre seus sentimentos por compartilhar essas informações. Tom disse que se sentia ansioso e queria que a sessão terminasse. A terapeuta usava isso como oportunidade para descrever as diferenças entre emoções *naturais* e *fabricadas*.

Ela começou descrevendo as emoções *naturais* como aqueles sentimentos que são reações condizentes com experiências que ocorreram. Por exemplo, se percebemos que alguém agiu mal conosco, é natural sentir raiva. Se nos deparamos com uma situação ameaçadora, é natural sentir medo. As emoções naturais têm um rumo autolimitado e decrescente. Se nos permitimos sentir essas emoções naturais, elas vão se dissipar naturalmente.

A terapeuta usou a analogia da energia contida em uma garrafa de refrigerante para ilustrar esse conceito. Se a tampa da garrafa é removida, a pressão inicialmente sai com alguma força, mas essa força acaba cedendo e não há mais energia para sair. Por outro lado, há emoções *fabricadas* ou emoções em cuja produção a pessoa cumpre um papel. Nossos pensamentos contribuem para a natureza e o rumo dessas emoções. Quanto mais *alimentamos* essas emoções com nossas autodeclarações, mais podemos aumentar a *pressão* dessas emoções. Por exemplo, se uma pessoa diz a si mesma repetidas vezes que é burra e relembra muitas situações em que percebeu que cometeu erros, é mais provável que tenha cada vez mais raiva de si. A terapeuta reiterou que os objetivos da terapia eram:

1. permitir que Tom sentisse as emoções naturais que ele “guardou”, que impediam a recuperação do seu trauma;
2. descobrir como ele estava fabricando emoções que não lhe ajudavam.

A terapeuta resumiu para Tom os três principais objetivos da terapia:

1. lembrar e aceitar o que lhe aconteceu, não evitando essas recordações e os sentimentos associados;
2. permitir sentir suas emoções naturais e deixar que sigam seu curso, de forma que a recordação possa ser colocada de lado sem sentimentos tão fortes ainda associados;
3. equilibrar crenças que haviam sido interrompidas ou reforçadas de forma que Tom não fabricasse sentimentos inúteis.

A terapeuta argumentou fortemente em favor da importância da prática fora da sessão antes de dar a Tom sua primeira tarefa prática, dizendo que parecia não haver melhor indicador de sucesso de um tratamento do que a quantidade de esforço que o paciente dedicava. Ela mostrou que, das 168 horas da semana, Tom passaria entre uma e duas em sessões de psicoterapia (observação: achamos útil fazer sessões duas vezes por semana, pelo menos no início da terapia, para

facilitar a construção do *rapport*, para superar a evitação e para capitalizar os ganhos iniciais da terapia). Se Tom passasse apenas o tempo das sessões concentrado nessas questões, ele estaria passando menos de 1% de sua semana cuidando de sua recuperação. Para melhorar, ele usaria planilhas diárias e outras tarefas escritas para promover as habilidades necessárias em sua vida cotidiana e reduzir sua evitação. A terapeuta também disse que, no início de cada sessão, eles revisariam o trabalho de casa que Tom tivesse feito. A terapeuta lhe perguntou se isso fazia sentido, e ele respondeu: “Claro, faz sentido que se receba o que se investiu”.

A primeira tarefa de Tom foi redigir uma Declaração de Impacto sobre o significado do evento para determinar como ele via o evento traumático e para ajudá-lo a começar a determinar qual assimilação, acomodação e superacomodação havia acontecido desde o evento. Os pontos travados que dificultam a recuperação são identificados com essa primeira tarefa. Tom foi instruído a começar a escrever o trabalho posteriormente, naquele mesmo dia, para tratar diretamente de qualquer evitação em relação a realizar a tarefa. Ele foi lembrado especificamente de que *não* era uma descrição do trauma (que viria depois), e sim que essa tarefa era formulada especificamente para chegar ao significado do evento em sua vida, e como ele tinha influenciado seus sistemas de crença.

A tarefa específica era a seguinte:

Escreva pelo menos uma página sobre o que significa para você o fato de essa experiência traumática ter acontecido. Reflita sobre os efeitos que o evento teve em suas crenças a respeito de si mesmo, suas crenças sobre outras pessoas e suas crenças a respeito do mundo. Também reflita sobre os seguintes tópicos ao escrever sua resposta: segurança, confiança, poder/competência, estima e intimidade. Traga consigo à próxima sessão.

Sessão 2

Os propósitos da segunda sessão são:

1. discutir o sentido do evento;
2. ajudar Tom a começar a reconhecer seus pensamentos, dar nomes aos sentimentos e enxergar a conexão entre o que ele diz a si mesmo e o que sente.

Tom chegou com uma raiva visível e parecia defensivo durante a maior parte da sessão. Ele disse que tinha sentido muita raiva toda a semana e que sentia *asco* da sociedade e especialmente dos políticos, que trabalhavam, todos, “por interesses próprios ou para servir aos que têm dinheiro”. Ele expressou muita raiva em relação às informações sobre supostas

torturas na prisão de Abu Ghraib, que era uma notícia importante na época de sua terapia. A terapeuta estava interessada nos pensamentos por detrás da raiva de Tom em relação aos eventos em Abu Ghraib, mas antes revisou a tarefa de casa, a Declaração de Impacto, para reforçar a realização desse trabalho e manter a estrutura que ela havia estabelecido na primeira sessão.

A terapeuta pediu que Tom lesse sua Declaração de Impacto em voz alta. Sempre se pede que os pacientes de TPC individual leiam seus trabalhos de casa em voz alta. Se o terapeuta os lesse, o paciente poderia dissociar ou evitar as próprias reações ao conteúdo do trabalho. Tom escreveu:

A razão pela qual esse evento traumático me aconteceu foi por que fui um imbecil e tomei uma decisão errada. Eu matei uma família inocente sem pensar. Assassinei a esposa e o filho de um homem. Eu nem acredito que fiz isso. Eu tirei a mulher e o filho do homem, ah, e também seu filho que ainda não tinha nascido. Acho que não mereço viver, muito menos ter uma mulher e um filho na vida. Por que deveria ser feliz quando aquele homem está tomado pelo desespero, e aquela mulher, a criança e o bebê inocentes mortos? Agora, me sinto totalmente inseguro. Não me sinto seguro nem dentro do hospital, muito menos na cidade ou em casa, com a minha família. Eu sinto como se alguém, estivesse me observando e fosse atirar em mim porque os terroristas tinham informações sobre a situação e passaram adiante. Também não acho que as pessoas estejam seguras perto de mim. Eu posso explodir e machucar alguém e Deus me livre que seja a minha família. Com minha mulher grávida, estou mesmo preocupado de que possa machucá-la. Não confio em ninguém ao meu redor, principalmente alguém do governo. Não acredito nem nos militares que estão me tratando. Também não acredito em mim. Se tomei uma decisão errada naquela vez, quem vai dizer que não vou tomar outra decisão errada? Sobre poder e controle, me sinto completamente sem controle de mim mesmo e gosto que os militares e meu oficial superior tenham completo controle sobre mim. Minha autoestima está na sarjeta. Por que ela não sofreria pelas coisas horríveis que fiz? Não acho que haja muitas coisas positivas que tenha feito na minha vida e, nos momentos críticos, sempre fracasso e decepção os outros. Não tenho certeza do que significa gostar dos outros, mas gosto da minha mulher. Na verdade, não acho que ela mereça lidar comigo e acho que eles estariam melhor se eu estivesse

se longe. Eu não quero estar perto da minha mulher, nem de ninguém mais. Quando ela me toca, tenho vontade de me arrastar para fora do meu corpo. Acho que nunca vou sair disso, não era para ser assim.

A terapeuta perguntou a Tom como ele se sentia escrevendo e depois lendo em voz alta a Declaração de Impacto. Ele respondeu que tinha sido difícil e que tinha evitado a tarefa até a noite anterior à sua sessão de psicoterapia. A terapeuta imediatamente reforçou o esforço de Tom para completar a tarefa. Ela também usou a oportunidade para tratar suavemente do papel da evitação na manutenção dos sintomas de TEPT. Ela fez perguntas socráticas específicas voltadas a elucidar a aflição associada à ansiedade pela expectativa, e refletiu em voz alta com Tom sobre como teria sido ter feito a tarefa em um momento anterior da semana. Ela também fez perguntas socráticas com vistas a destacar o fato de que Tom se sentia melhor e não pior, depois de realizar a tarefa.

A primeira Declaração de Impacto de Tom e as informações que ele deu na primeira sessão deixaram evidente os pontos travados que teriam de ser trabalhados. Na TPC, as áreas de assimilação são priorizadas como os primeiros alvos do tratamento. A assimilação é visada em primeiro lugar, por que as mudanças na interpretação do próprio evento estão integralmente relacionadas às outras crenças, mais generalizadas, envolvidas na superacomodação. No caso de Tom, ele estava assimilando o evento ao se recriminar. Ele usou o termo *assassino* para descrever seu papel no evento, deixando de considerar importantes fatores contextuais que o cercavam. Essas crenças seriam as primeiras prioridades para questionamento. A superadaptação de Tom fica clara em sua desconfiança geral em relação à sociedade e às figuras de autoridade, e em sua crença de que tomará decisões erradas em situações difíceis. A superadaptação também fica evidente em sua sensação de ameaça em seu ambiente (p. ex., os franco-atiradores), na dificuldade de ter intimidade emocional e física com sua mulher e em sua estima reduzida por si e pelos outros.

A terapeuta retomou a raiva de Tom em relação a Abu Ghraib para entender melhor possíveis pontos travados e também para fazer uma experiência com o nível de sua rigidez cognitiva e de sua abertura a questionamento cognitivo. O seguinte diálogo se seguiu entre Tom e a terapeuta:

TERAPEUTA: Você mencionou, antes, que estava com raiva pelas notícias de Abu Ghraib. Você pode me dizer o que lhe deixa com raiva?

TOM: Não posso acreditar que eles fizeram isso com os prisioneiros.

TERAPEUTA: O que, especificamente, o incomoda em Abu Ghraib?

TOM: Você não viu as notícias? Não posso acreditar que eles os humilharam e torturaram daquela maneira. Mais uma vez, o uso da força pelos militares dos Estados Unidos é inaceitável.

TERAPEUTA: Você acha que seu uso da força como militar dos Estados Unidos foi inaceitável?

TOM: Sim, eu assassinei civis inocentes. Eu não sou diferente daqueles militares em Abu Ghraib. Na verdade, sou pior porque os assassinei.

TERAPEUTA: *Assassinato*. Essa palavra é forte.

TOM: É?

TERAPEUTA: Pelo que você me contou, parece que você matou pessoas que poderiam ser *inocentes* ou não. Você atirou em um lugar e em um momento muito específico, e sob determinadas circunstâncias.

TOM: Foi, eles morreram nas minhas mãos.

TERAPEUTA: Sim, eles morreram, e parece que, pelo menos em parte, por causa dos seus tiros. Isso faz de você um assassino?

TOM: Gente inocente morreu e puxei o gatilho. Eu os assassinei. Isso é pior do que o que aconteceu em Abu Ghraib.

TERAPEUTA: (*Tranquilamente*) Você acha mesmo que é pior?

TOM: Acho. Em um dos casos, as pessoas morreram e no outro, não. Os dois são ruins e os dois foram causados por soldados, mas eu matei pessoas, e eles, não.

TERAPEUTA: Os resultados são diferentes, isso é verdade. Eu gostaria de saber se a forma *como* aconteceu importa.

TOM: Como?

TERAPEUTA: Importa saber quais eram as intenções dos soldados nessas situações, independentemente do resultado?

TOM: Não. No fim das contas é matar *versus* não matar.

TERAPEUTA: (*Dando-se conta de que há flexibilidade mínima neste ponto*) Concordo que não se pode mudar o fato de que a mulher e a criança morreram e que os tiros que você deu tiveram alguma coisa relacionada a isso. Mas acho que talvez nós discordemos um pouco no uso do termo *assassinato*. Está claro que tem sido muito difícil para você aceitar suas mortes e que você está tentando entender isso. A visão que você parece ter tido de suas mortes é

que é um *assassino*. Acho que isso é um bom exemplo desses pontos travados que parecem ter impedido que você se recupere desse evento traumático. Certamente passaremos mais tempo juntos tentando entender seu papel nessas mortes.

Além de testar a flexibilidade cognitiva de Tom, a terapeuta também queria semear uma interpretação diferente sobre o evento. Ela tomou cuidado para não pressionar muito e recuou quando ficou claro que Tom não estava aberto a interpretações alternativas nesse ponto da terapia. Ele já estava defensivo e com um pouco de raiva e ela não queria exacerbar sua postura defensiva ou possivelmente contribuir para que ele desistisse da terapia.

A partir dali, a terapeuta descreveu a importância de ele ser capaz de dar nome aos sentimentos e começar a identificar o que estava dizendo a si mesmo. A terapeuta e Tom discutiram como as diferentes interpretações dos eventos podem levar a reações emocionais muito distintas. Eles geraram vários exemplos de como as mudanças em pensamento resultam em sentimentos muito diferentes. A terapeuta também lembrou Tom de que algumas interpretações e reações são naturais como decorrência de situações e não precisam ser alteradas. Por exemplo, Tom indicou que já estava entristecido pela morte de seu familiar, a terapeuta não questionou essa declaração e o estimulou a sentir sua tristeza e deixar que ela seguisse seu curso. Ele reconheceu que tinha perdido alguma coisa e que era perfeitamente natural sentir tristeza por isso. Nesse momento, Tom respondeu: “Eu não gosto de me sentir triste. Na verdade, não gosto de sentir nada. Eu tenho medo de enlouquecer”. A terapeuta questionou essa crença, de forma suave. “Você alguma vez já se permitiu sentir tristeza?” Tom respondeu que tinha se esforçado muito para evitar todo e qualquer sentimento. A terapeuta o estimulou: “Bom, considerando-se que você não tem muita experiência em sentir seus sentimentos, *não sabemos* se você vai enlouquecer se senti-los, não é?”. Ela também perguntou se ele havia observado alguém em sua vida que tivesse se sentido triste e não tivesse enlouquecido. Ele riu. A terapeuta acrescentou: “Não sentir seus sentimentos não funcionou até agora. Esta é sua oportunidade de experimentar esses sentimentos naturais em relação ao evento traumático para ver se lhe ajuda a se recuperar do que aconteceu”.

Tom recebeu uma série de planilhas A-B-C como tarefa prática para começar a identificar o que ele estava dizendo a si mesmo e as emoções resultantes disso. Na primeira coluna, em A, “Acontece alguma coisa”, ele foi instruído a contar um evento. Na coluna do meio, B, “Eu digo alguma coisa a mim mesmo”, ele

deveria registrar seus pensamentos sobre o evento. Na coluna C, “Sinto e/ou faço alguma coisa”, Tom deveria anotar suas respostas comportamentais e emocionais ao evento. A terapeuta apontou que se ele dissesse algo a si mesmo com muita frequência, isso se tornaria automático. Depois de algum tempo, não precisaria ter o pensamento conscientemente, podendo ir diretamente ao sentimento. É importante parar e reconhecer os pensamentos automáticos para decidir se eles fazem sentido ou se devem ser questionados e modificados.

Sessão 3

Tom deu sua tarefa prática à terapeuta assim que chegou. Ela repassou as planilhas A-B-C que ele havia preenchido e enfatizou seu bom trabalho em identificar os sentimentos e reconhecer os pensamentos. Parte do trabalho é mostrado na Figura 2.1.

O objetivo de revisar esse trabalho de casa nesse momento da terapia é identificar pensamentos e sentimentos, e não alterar muito o conteúdo. A terapeuta fez uma pequena correção na identificação que Tom fez do pensamento “Me sinto uma má pessoa” (em negrito na Fig. 2.1) como um sentimento. Ela comentou que os sentimentos quase sempre são uma única palavra e aquilo que você sente de forma visceral e que acrescentar a palavra “sinto”, não necessariamente transforma em sentimento. A terapeuta observou o padrão de pensamentos que Tom tendia a registrar (ou seja, internalização e autorrecriminação), assim como os sentimentos característicos que ele relatava.

A terapeuta observou os temas da assimilação que mais uma vez surgiam (ou seja, recriminar-se) e optou por questionar levemente esses pensamentos relacionados. Ela escolheu especificamente se concentrar nos pensamentos e sentimentos de Tom em relação à gravidez de sua esposa, que pareciam estar relacionados, em última análise, à sua assimilação do evento traumático.

TERAPEUTA: Você acha que não merece ter uma família? Você poderia falar mais sobre isso?

TOM: Por que deveria ter uma família quando tirei a de outra pessoa?

TERAPEUTA: Certo, parece que isso está relacionado ao primeiro pensamento que você escreveu na planilha A-B-C sobre ser assassino. Quando diz a si mesmo “eu tirei a família de outra pessoa”, como você se sente?

TOM: Eu me sinto mal.

TERAPEUTA: Vamos ver se a gente consegue ser um pouco mais preciso. Você se sente mal, como? Você se lembra de que conversamos sobre as cores primárias do sentimento? Qual dessas pode ser a que você sente?

EVENTO ATIVADOR	CRENÇA	CONSEQUÊNCIA
A	B	C
"Acontece alguma coisa"	"Digo alguma coisa a mim mesmo"	"Sinto alguma coisa"
Matei uma família inocente.	"Sou um assassino".	Me sinto uma má pessoa. Evito falar sobre isso.
Minha mulher está grávida.	"Não mereço ter uma família".	Culpado
Abu Ghraib	"O governo é uma porcaria".	Com raiva
Fazer terapia.	"Sou fraco, eu não deveria ter TEPT. O TEPT é só para os fracos".	Com raiva

Meus pensamentos em B são *realistas*?

Sim.

O que você pode dizer a si mesmo em ocasiões como essa no futuro?

?

FIGURA 2.1 Planilha A-B-C.

TOM: Sinto muita raiva de mim por ter feito o que fiz.

TERAPEUTA: Certo, vamos anotar isso – raiva de si mesmo. Então, estou curiosa, Tom, as outras pessoas a quem você contou sobre essa situação, ou que estavam lá no momento, acham que o que você fez foi errado?

TOM: Não, mas não foram eles que fizeram isso e eles não se importam com os iraquianos como eu me importo.

TERAPEUTA: Humm... isso me faz pensar em uma coisa, Tom, na zona de combate em que você estava no Iraque, era fácil saber contra quem você estava lutando?

TOM: Nem sempre era muito fácil. Havia muitos insurgentes que se pareciam com pessoas comuns.

TERAPEUTA: Como civis? Civis *inocentes*? (pausa)

TOM: Já entendo onde você quer chegar. Eu acho que isso está errado porque eles morreram.

TERAPEUTA: Eu acredito quando você diz que se *sente* assim, mas sentir alguma coisa não quer dizer que necessariamente ela esteja baseada nos fatos ou na verdade. Vamos trabalhar para ver se esse sentimento de culpa ou de equívoco faz sentido quando olhamos com muito cuidado a situação, em nosso trabalho juntos.

Como o objetivo é que Tom questione e desarme suas próprias crenças, a terapeuta sondou e semeou interpretações alternativas desse evento traumático, mas

não foi muito longe nisso. Embora Tom tenha alterado um pouco sua postura extrema na sessão, a terapeuta não tinha expectativa de mudanças profundas e se concentrava mais em ajudá-lo a estabelecer as conexões entre seus pensamentos, sentimentos e comportamentos e em desenvolver uma relação de colaboração, na qual se pudessem fazer as intervenções cognitivas com sucesso.

A terapeuta elogiou Tom por sua capacidade de reconhecer e dar nome a pensamentos e sentimentos e disse que queria que ele prestasse atenção a ambos em sua próxima tarefa, que seria escrever sobre o evento traumático. Tom deveria escrever, como tarefa prática, um relato detalhado do evento e incluir o maior número possível de detalhes sensoriais, assim como seus pensamentos e sentimentos durante o evento. Ele foi instruído a começar o trabalho assim que pudesse, de preferência naquele mesmo dia e escolher uma hora e um lugar onde tivesse privacidade e pudesse se permitir vivenciar suas emoções naturais. Sempre que tivesse de parar de escrever seu relato do evento, deveria traçar uma linha. (O lugar em que o paciente para muitas vezes é a localização de um ponto travado no evento, onde desistiu de lutar, onde ocorreu alguma coisa particularmente ruim, etc.). Tom também foi orientado a ler o relato para si mesmo todos os dias até a sessão seguinte. A terapeuta previu que ele tentaria evitar escrever o relato e protelaria o quanto pudesse. Ela lhe perguntou por que seria importante que ele fizesse a tarefa e a fizesse assim que pudesse. Essa era uma técnica para verificar até onde Tom conseguia se

lembrar da fundamentação da terapia e fortalecer sua determinação de superar a evitação. Tom respondeu que precisava parar de evitar ou ficaria com medo de sua recordação. A terapeuta acrescentou que a tarefa deveria ajudá-lo a recuperar toda a sua recordação, sentir emoções a respeito dela e contribuir para que terapeuta e paciente comessem a buscar pontos travados. Ela também voltou a afirmar a Tom que, embora pudesse ser difícil por um tempo, não continuaria a ser tão intenso e em seguida ele teria passado da parte mais complicada da terapia.

Sessão 4

Durante a parte inicial da sessão, Tom disse que havia escrito o relato do evento na noite anterior, embora tivesse pensado e temido aquilo todos os dias antes disso. Ele admitiu que tinha evitado em função de sua ansiedade. A terapeuta pediu que Tom lesse seu relato em voz alta. Antes de começar, ele perguntou por que era importante ler na sessão. A terapeuta relembrou o que eles haviam conversado na sessão anterior e acrescentou o fato de que ler em voz alta o ajudaria a acessar toda a recordação e seus sentimentos a respeito. Tom leu o que havia escrito rapidamente, como um boletim de ocorrência policial e sem muito sentimento:

Vários de nós havíamos sido designados para guardar um posto de controle na parte sul de Bagdá. Estávamos lá porque os insurgentes estavam começando a assumir aquela área, e estávamos lá para conter a área. Fui posicionado na parte de cima do posto. Estava entardecendo. Tinha sido um dia bastante comum, de rotina, com as pessoas passando pelo posto como se estivessem passando por um pedágio. Lá longe, eu vi um carro pequeno, escuro, que vinha mais rápido do que a maioria. Eu sabia que estava indo mais rápido porque havia mais poeira subindo atrás dele. Os homens na frente do posto estavam fazendo sinais para que o carro diminuísse a velocidade, mas ele não parecia diminuir. Alguém atirou para o alto para avisar, mas eles continuavam vindo. Eu conseguia ver duas cabeças no carro vindo na nossa direção. Tínhamos sido instruídos a atirar em qualquer veículo que chegasse a menos de 25 metros do portão e proteger os que estivessem ao redor do portão e a área ao redor dele. O carro continuava vindo. Eu disparei uns tiros na direção do carro.

Pelo menos mais uma pessoa também atirou. Houve muito caos depois disso. Me lembro de sentir a arma na minha mão enquanto estava ali. Depois de alguns momentos, também me lembro das minhas pernas me levando

até o carro. Não me lembro como cheguei ali, mas cheguei. Vários homens tinham cercado o carro e um homem saiu de dentro dele. O homem estava chorando. Não, ele soluçava de tanto chorar. E falava ligeiro enquanto chorava. Ele se virou para o carro, resistindo aos homens que tentavam retirá-lo da cena. Eu me virei para ver o que ele estava olhando e os vi pela primeira vez. Primeiro, vi a mulher.

Estava tudo ensanguentado, e ela tinha levado um tiro na cara. Então vi a menininha no banco de trás caída para frente, segurando uma boneca. Também tinha muito sangue nela. Eu vi os tiros por todo o carro. Olhei de novo para a mulher, mas evitei olhar o rosto dela. Vi um volume debaixo do seu vestido. Ela estava grávida.

Não me lembro de muito mais depois disso. Eu sei que voltei ao acampamento e basicamente desabei. Eles me tiraram do serviço por uns dias, mas acabaram me mandando de volta para a Base Operacional Avançada porque eu estava muito mal.

Depois de ler o relato, Tom o colocou rapidamente em sua pasta de materiais e a fechou, como que para indicar que estava pronto para passar a outra coisa. A terapeuta perguntou o que ele estava sentindo e ele disse que não estava sentindo *nada*. A terapeuta continuou, perguntando: “Absolutamente nada”? Tom relutou, mas admitiu que se sentia ansioso. A terapeuta então pediu que ele lesse o relato de novo, mas dessa vez mais lentamente e se permitisse vivenciar as emoções que havia sentido no momento do evento.

Depois de ler o relato de novo, a terapeuta tentou extrair os detalhes do evento que Tom tinha “maquiado” e concentrar no que pareciam ser os aspectos mais difíceis da situação.

TERAPEUTA: Qual parte do que você acaba de ler é a mais difícil?

TOM: É tudo difícil. A coisa toda é horrível.

TERAPEUTA: Mas qual é a coisa mais difícil?

TOM: Acho que o pior de tudo é ver aquela menininha no banco de trás do carro.

TERAPEUTA: Que aparência ela tinha quando você olhou para ela?

(*Tom descreve sua recordação da menina quando ele chegou ao carro.*)

TERAPEUTA: O que você está sentindo neste momento?

TOM: Eu sinto náuseas. Sinto-me como me senti naquela hora, com vontade de vomitar. Também estou com nojo e triste. Eu matei uma criança inocente. Tinha tanta coisa que poderia ter feito de outra forma para não tirar a vida dela.

(A terapeuta está ciente do processo de assimilação no uso que Tom faz de sua visão a posteriori. Ela guarda aquela informação para referências futuras, pois quer ter certeza de que ele está sentindo com muita intensidade o máximo possível de suas emoções naturais sobre o evento traumático.)

TERAPEUTA: Continue sentindo essas coisas. Não fuja delas. Alguma coisa mais que você esteja sentindo?

TOM: Sinto-me com raiva de mim mesmo, culpado.

TERAPEUTA: Você tinha raiva e culpa de si mesmo, naquele momento?

TOM: Não, estava aterrorizado.

TERAPEUTA: Certo, vamos ficar com esse sentimento.

TOM: *(Pausa.)* Eu não quero mais sentir isso.

TERAPEUTA: Eu sei que você não quer mais sentir isso.

Você está se saindo muito bem em não evitar seus sentimentos aqui. Para não sentir isso por muito tempo, você precisa sentir esses sentimentos absolutamente naturais. Deixe que eles sigam seu rumo. Eles vão diminuir se você se mantiver com eles.

Depois de um período em que Tom vivenciou seus sentimentos relacionados à situação e permitiu que eles se dissipassem, seguiu-se uma discussão com relação a quão sofrido foi para ele ouvir as reações de outras pessoas à guerra. Ele expressou frustração específica com a administração presidencial e sua política sobre a guerra. A terapeuta redirecionou suavemente a discussão mais filosófica de Tom sobre política internacional aos efeitos que o trauma teve sobre ele. A seguir, ele contou uma história de como havia descrito sua experiência traumática para um amigo da escola. Tom achou que essa pessoa reagiu negativamente a ele por causa da história e se sentiu julgado e não apoiado pelo amigo. Desde essa experiência com o amigo, Tom tinha deixado de contar a outras pessoas sobre sua experiência em combate. Usando o questionamento socrático, a terapeuta perguntou-lhe se poderia haver alguma razão, fora de suas ações, para que alguém pudesse ter uma reação negativa ao ouvir sobre os tiros. Durante essa conversa, Tom conseguiu reconhecer que quando as outras pessoas ouvem falar em eventos traumáticos, elas também estão tentando entender essas experiências à luz de seus sistemas de crenças. Em outras palavras, outros à sua volta podem cair na crença do *mundo justo* de que as coisas ruins só acontecem para as pessoas ruins. Elas podem também não levar em conta todo o contexto em que Tom atirou nos passageiros do carro. Esse reconhecimento resultou em Tom sentir menos raiva de seu amigo pelo julgamento que ele percebia. Ele também tinha alguma disposição de admitir que essa interpreta-

ção da reação de seu amigo pode ter sido influenciada por seu próprio julgamento de si mesmo. Em um momento posterior da terapia, Tom conseguiu perguntar diretamente a seu amigo sobre sua reação percebida, e o amigo disse que tinha sido difícil escutar, mas que ele não tinha julgado Tom de forma alguma. Na verdade, ele tinha pensado sobre a situação horrível a que Tom tinha sido submetido na época.

A terapeuta perguntou a Tom quais pontos travados ele tinha identificado na escrita e na leitura de seu relato, e eles tiveram o seguinte diálogo:

TOM: Eu não tenho certeza do que são pontos travados, mas pelo que você tem me perguntado, acho que o que você questiona é se eu matei ou não aquela família.

TERAPEUTA: É verdade, acho que vale a pena discutirmos a diferença entre recriminação e responsabilidade. Começemos com a responsabilidade. Segundo seu relato, parece que você foi responsável por atirar na família. Parece que outras pessoas também podem ter sido responsáveis, já que você não foi o único que atirou neles.

(A terapeuta guarda esse fato na cabeça, para questionar Tom mais tarde, sobre a adequação de suas atitudes. Isso também dá uma boa oportunidade para reforçar Tom por agir bem em uma situação de estresse.)

A questão principal é que a responsabilidade tem a ver com o seu comportamento causar um determinado resultado. A *recriminação* tem a ver com sua intenção. Tem a ver com suas motivações naquele momento. Nesse caso, você entrou na situação com a motivação e a intenção de matar uma família?

TOM: Não, mas o resultado é que matei.

TERAPEUTA: Alguém *morreu*. Pelo que você contou, se nos colocarmos de volta na situação daquele momento, não era nem um pouco a sua intenção que eles morressem. Eles estavam descendo a estrada à toda, não respondiam aos esforços muitos claros de alerta para que parassem. A sua intenção, assim como a de outros, era fazê-los parar no posto de controle. Sua intenção naquele momento não parece ter sido matá-los. Na verdade, sua intenção não era bem o contrário?

TOM: Era *(começa a chorar)*.

TERAPEUTA: *(Faz uma pausa até que Tom pare um pouco de chorar.)* Não parece que sua intenção fosse matá-los, de jeito nenhum. Sendo assim, a palavra *recriminação* não é adequada. Assassinato ou se considerar um assassino, não

é adequado à situação. A razão pela qual eu questionei os termos *assassinato* ou *assassino* todo o tempo foi porque não parece que sua intenção fosse atirar neles.

TOM: Mas por que me sinto culpado?

TERAPEUTA: Boa pergunta. Qual é seu melhor palpite para isso?

TOM: (*Ainda chorando.*) Se alguém morre, alguém deve assumir a responsabilidade.

TERAPEUTA: Você acha que é possível assumir a responsabilidade sem se recriminar? Uma situação que é sua responsabilidade, mas que você não tinha intenção que acontecesse? Se uma pessoa atirou em alguém, mas não tinha intenção de fazê-lo, como chamaríamos isso?

TOM: Um acidente, acho.

TERAPEUTA: Isso. Na verdade, como que você chamaria quando atira em uma pessoa ao tentar proteger alguém ou alguma coisa?

TOM: Legítima defesa.

TERAPEUTA: Isso, muito bem. Você não era responsável por guardar o posto de controle?

TOM: Era.

TERAPEUTA: Sendo assim, se você estava responsável por guardar o posto de controle e eles continuassem, isso não colocaria a área em risco?

TOM: Sim, mas era uma família, e não insurgentes.

TERAPEUTA: Como você sabia disso naquele momento?

TOM: Havia uma mulher e uma criança no carro.

TERAPEUTA: Você sabia disso naquela hora?

TOM: Não.

TERAPEUTA: Então, somente olhando agora é que você sabe que era uma família que *poderia* não ter más intenções. Na verdade, não sabemos qual era a intenção da família. Eles não atenderam aos vários avisos, não foi?

TOM: Sim (*pausa*). Não tinha me ocorrido que eles pudessem pensar em fazer alguma coisa ruim com uma mulher e uma criança no carro.

TERAPEUTA: Não sabemos, e não saberemos, essa é a questão. Mas o que sabemos é o que *você* sabia na época. O que você sabia na época é que eles não atenderam aos avisos, que você era responsável por garantir a segurança do posto de controle e que você agiu quando tinha de agir para proteger o posto. Pensando nesses fatos, no que aconteceu e no que você sabia naquela época, como você se sente?

TOM: Humm... Acho que me sentiria menos culpado.

TERAPEUTA: Você se sentiria menos culpado ou sente menos culpado?

TOM: Quando penso bem, me sinto menos culpado.

TERAPEUTA: Pode haver momentos em que você comece a se sentir culpado de novo. Seria importante que você se ativesse aos fatos do que aconteceu, em vez de recorrer à sua interpretação automática, que você tem há um tempo. Tem alguma parte nisso da qual você tem orgulho?

TOM: Orgulho?

TERAPEUTA: Sim, parece que você fez exatamente o que deveria fazer em uma situação estressante. Você não demonstrou coragem em combate?

TOM: É difícil para mim considerar corajoso o fato de tê-los matado.

TERAPEUTA: Claro. Você não tinha pensado por esse lado antes, mas é algo a ser considerado.

O diálogo socrático da terapeuta visava a ajudar Tom a considerar todo o contexto no qual estava operando. Ela também começou a semear a ideia de que ele não só não fez nada errado, como também fez o que deveria fazer para proteger o posto de controle. Sempre que possível, mostrar atos de heroísmo ou coragem podem ser intervenções poderosas com sobreviventes de trauma.

Antes de finalizar a sessão, a terapeuta verificou o estado emocional de Tom para ter certeza de que ele estava mais calmo do que tinha estado durante a sessão. Ela também perguntou sobre sua reação à sessão de terapia e ele comentou que tinha sido muito difícil, mas que se sentia melhor do que esperava indo ao âmago do que tinha acontecido. Ele também observou que havia coisas que ele não tinha levado em consideração sobre o evento, que “davam o que pensar”. A terapeuta o elogiou por fazer um ótimo trabalho ao escrever o relato e reforçou a importância de não desistir agora. Ela comentou que ele tinha completado um dos passos mais difíceis da terapia, que o ajudaria a se recuperar.

Ela pegou o primeiro relato do trauma e deu a Tom sua próxima tarefa prática: escrever todo o relato novamente. A terapeuta pediu que Tom acrescentasse qualquer detalhe que pudesse ter deixado de fora no primeiro relato e desse ainda mais detalhes sensoriais. Ela também lhe pediu que registrasse pensamentos e sentimentos que estivesse tendo no aqui e agora entre parênteses, junto de seus pensamentos e sentimentos na época do evento.

Sessão 5

Tom chegou à quinta sessão com melhor aspecto e olhando mais nos olhos da terapeuta. Ele disse que tinha reescrito o relato pouco depois da sessão anterior. Comentou que tinha sido difícil escrever, mas não tão difícil quanto da primeira vez. A terapeuta

usou a oportunidade para reforçar como as emoções naturais se resolvem *naturalmente* se for permitido que se expressem. Tom observou que tinha falado mais com sua mulher naquela semana, evitando-a menos. Sua maior comunicação permitiu que a esposa expressasse suas preocupações com o bem-estar dele. Ela disse que ele parecia desinteressado nela e em seu filho que estava para nascer. Tom tinha contado à sua mulher sobre o incidente, mas não tinha contado a informação específica de que a mulher no veículo parecia estar grávida, e considerou muito boa a reação dela a essa informação. Contou que ela lhe fez perguntas e seus comentários indicavam que ela não o recriminava pelo que tinha feito. Por exemplo, ela perguntou: “Como você ia saber, na época, que era uma família?”. Ela também teria dito: “É difícil saber, no caso do terrorismo, se eles eram só uma família viajando”. Tom riu quando contou que a conversa que tiveram soava como sua última sessão de psicoterapia.

A terapeuta pediu que Tom lesse seu segundo relato em voz alta, com o máximo de emoção possível. Tom havia escrito mais sobre o evento e a terapeuta notou que ele tinha incluído mais informações sobre o que ele e os outros soldados tinham feito para alertar os passageiros do carro a diminuir a velocidade para se aproximar do posto de controle. Tom leu o segundo relato mais devagar e não estava tão tenso quanto tinha estado na primeira vez em que leu em voz alta. O segundo relato de Tom era muito mais detalhado e se concentrava mais no veículo e em seus ocupantes depois que ele atirou neles.

TERAPEUTA: Notei que você escreveu mais sobre o carro e a família. O que você está sentindo sobre isso agora?

TOM: Sinto-me triste.

TERAPEUTA: Você se sente tão triste quanto se sentia na primeira vez que escreveu sobre isso?

TOM: Acho que talvez me sinta mais triste agora.

TERAPEUTA: Humm... Por que você acha que isso acontece?

TOM: Acho que é como o que escrevi entre parênteses sobre o que estou pensando agora. Agora, em vez de sentir tanta culpa por ter atirado neles, acho que é triste que eles não tenham atendido aos avisos.

TERAPEUTA: Você disse que está se sentindo menos culpado agora. Por quê?

TOM: Estou começando a me dar conta de que não fui o único a tentar fazê-los parar. Vários de nós estavam tentando. Ainda há alguma alguma culpa de que fui *eu* quem atirou neles.

TERAPEUTA: Se um dos soldados tivesse atirado neles, você o culparia por isso? Você esperaria que ele se sentisse culpado pelo que fez?

TOM: (*Ri.*) Comecei a pensar nisso esta semana. Fez-me pensar se fui eu mesmo que atirei neles. Enquanto escrevia e pensava mais nisso, entendi que pode ser que um dos guardas tenha atirado ao mesmo tempo.

TERAPEUTA: E o que significaria se um deles tivesse atirado ao mesmo tempo?

TOM: Se um deles estivesse atirando ao mesmo tempo, gostaria de dizer que ele pensou que atirar neles era a coisa certa a fazer naquela situação.

TERAPEUTA: *Poderia* ter sido a coisa certa a fazer?

TOM: (*Sorrindo.*) Sim, eu ainda questiono se poderíamos ter feito alguma outra coisa.

TERAPEUTA: Parece que você está tentando “desfazer” o que aconteceu. Estou curiosa, o que mais vocês poderiam ter feito?

TOM: Não ter atirado neles.

TERAPEUTA: E então, o que teria acontecido?

TOM: Eles poderiam ter parado (*pausa*). Ou, então, acho que eles poderiam ter passado pelo posto e machucado outras pessoas depois. Acho que eles poderiam estar equipados com um carro-bomba que poderia ter machucado muitas outras pessoas. Mas parece difícil acreditar nisso, por causa da mulher e da criança no carro.

TERAPEUTA: É impossível nós sabermos quais eram as suas intenções, como já discutimos. A questão é que você até agora tendeu a supor que fazer alguma coisa diferente, ou não fazer nada, levaria a um resultado melhor.

TOM: É verdade. Eu ainda me sinto triste.

TERAPEUTA: É claro que se sente, é natural. Eu considero um bom sinal que você se sinta triste. A tristeza parece uma reação muito natural e adequada diante do que aconteceu, muito mais coerente com o que aconteceu do que a culpa e a autorrecriminação que você estava sentindo.

Tom e a terapeuta discutiram que o objetivo da terapia não era esquecer o que aconteceu, e sim ter uma recordação sem toda ansiedade, culpa e outros sentimentos negativos associados. Tom disse que estava tendo menos medo e era mais capaz de tolerar seus sentimentos, mesmo quando eram intensos. Ele reconheceu que estava ficando mais fácil ler sua descrição, falar sobre seu trauma e vir às sessões de psicoterapia, e que seus sentimentos negativos estavam começando a diminuir.

Depois de discutir as reações de Tom a suas recordações, com foco em como ele tinha tentado

assimilar a recordação em suas crenças existentes, a terapeuta começou a discutir áreas de superadaptação. Uma delas foi a das crenças de Tom em relação aos militares dos Estados Unidos. Ele tinha entrado no serviço militar com uma visão muito positiva deles. Tom tinha uma história familiar de serviço militar e acreditava em servir ao país e na legitimidade dos militares.

Após seu evento traumático e seu serviço militar no Iraque, ele desenvolveu uma visão negativa dos militares que havia se estendido ao governo federal em geral. A terapeuta usou esse conteúdo para introduzir a primeira série de ferramentas para ajudar a mudar os pontos travados de Tom. Ela também enfatizou a forma como ele gradualmente assumiria o lugar de seu próprio terapeuta, capaz de questionar seus próprios padrões disfuncionais que o mantinham “travado”.

TERAPEUTA: Parece que você tem opiniões muito fortes sobre os militares norte-americanos e o governo dos Estados Unidos desde seu serviço militar. Eu gostaria de usar essas opiniões para introduzir novos materiais que vão lhe ajudar a começar a questionar seus pontos travados por conta própria. Você fez um ótimo trabalho ao refletir sobre a forma como pensa e sente as coisas. Você tem estado muito aberto para considerar interpretações alternativas das coisas. A começar nesta sessão, vou lhe ajudar a se tornar seu próprio terapeuta e a atacar diretamente seus próprios pontos travados.

TOM: Certo.

TERAPEUTA: Hoje trataremos do primeiro conjunto de habilidades. Vamos construir suas habilidades durante as próximas sessões. A primeira ferramenta é uma planilha chamada de Formulário de Perguntas Desafiadoras. Nosso primeiro passo é identificar uma única crença que você tenha que possa ser um ponto travado. Como eu disse, eu gostaria que usássemos suas crenças sobre o governo federal agora. Então, se você fosse resumir o que pensa sobre o governo federal e os militares, o que diria?

TOM: Não sei, não tenho certeza, acho que diria que os militares norte-americanos são extremamente corruptos.

TERAPEUTA: Muito bem, isso é muito claro e direto. Então vamos repassar essas questões e respondê-las naquilo que elas se relacionam com essas crenças. A primeira pergunta que você se faz é: “Quais são as evidências a favor e contra essa ideia?”.

TOM: A evidência a favor é Abu Ghraib. Dá para acreditar que eles fizeram isso? Eu também teria

colocado os tiros que dei na lista *a favor*, mas estou começando a questionar.

TERAPEUTA: Quais são as outras evidências de corrupção?

TOM: Ah, essas empresas de reconstrução... que escândalo! Isso me leva à atual administração e a seus interesses em ir à guerra e ganhar dinheiro em contratos bélicos. Além disso, é claro, em ganhar dinheiro com o petróleo que vem desses países!

TERAPEUTA: Certo, parece que você tem algumas evidências a favor. E as evidências *contra*?

TOM: Bom, alguns dos meus colegas soldados eram muito bons. Eles tinham muito compromisso com seu serviço e sua missão. Eu também tive vários bons líderes, ainda que alguns deles fossem uns sacanas. Alguns eram uns “filhos da mãe” em busca de poder.

TERAPEUTA: Então, parece que você tem alguns prós e contras que sustentam a corrupção dos militares norte-americanos. No processo de mudança, não é incomum ter pensamentos em ambos os lados. Essa é uma ótima notícia! Significa que você está considerando diferentes alternativas e não está “travado” em uma forma de ver as coisas. Vejamos a seguinte...

A terapeuta passou o restante da sessão repassando a lista de questões para ter certeza de que Tom as entendia. Embora a maioria das questões fosse sobre corrupção militar, outros pontos também foram trazidos para ilustrar o significado das questões. Por exemplo, ela introduziu as questões sobre probabilidade com o exemplo da vida de Tom, no qual ele acreditava que seria baleado por um atirador quando estivesse de volta em casa. Essas questões são mais bem ilustradas com relação a temas de segurança. A terapeuta apontou o fato de que talvez nem todas as questões se aplicassem à crença com a qual Tom estava trabalhando. A questão “Você está pensando em termos de tudo ou nada?” parecia estar mais em sintonia com Tom, porque se aplicava à sua crença sobre os militares. Ele comentou que estava aplicando alguns exemplos do que parecia ser corrupção ao conjunto dos militares. Ele também indicou que sua descrição dos militares como “extremamente corruptos” era coerente com a pergunta “Você está usando palavras ou expressões que são extremas ou exageradas?” Indicando seu entendimento da planilha, Tom também observou que a pergunta “Você está tirando exemplos específicos de contexto” se aplicava à sua visão anterior de seu comportamento como assassino no evento anterior.

Como tarefa prática anterior à sexta sessão, Tom aceitou preencher um Formulário de Perguntas Desafiadoras por dia. Ele e a terapeuta fizeram um *brainstorm* sobre pontos travados potenciais antes do fim da sessão, para facilitar a realização da tarefa prática. Esses pontos incluíam “Eu não mereço ter uma família”, “Eu assassinei uma família inocente” e “Eu sou fraco porque tenho TEPT”.

Sessão 6

Tom completou Formulários de Perguntas Desafiadoras sobre todos os pontos que ele e a terapeuta tinham gerado. Ela revisou essa planilha para determinar se ele tinha usado as perguntas como estava previsto.

Perguntou a Tom qual das planilhas ele tinha achado *menos* útil e ele respondeu que tinha tido mais dificuldade de completar a que dizia respeito a ter uma família. Depois, a terapeuta revisou essa planilha em detalhe com Tom (ver Fig. 2.2).

TERAPEUTA: Então, eu notei que, em suas respostas sobre as evidências a favor e contra a ideia de merecer uma família, você incluiu como evidência o fato de ter tirado a família de outro homem. Fico feliz em ver que você não incluiu a palavra *assassinato*, é um avanço. Mas como isso é uma evidência de que *você* não deve ter uma família?

Formulário de Perguntas Desafiadoras

A seguir, uma lista de perguntas a ser usada para ajudá-lo a questionar suas crenças mal-adaptativas e problemáticas. Nem todas as perguntas serão adequadas para as crenças que você decidiu questionar. Responda o máximo possível de perguntas relacionadas a essa crença.

Crença: Eu não mereço ter uma família.

1. Quais são as evidências a favor e contra essa ideia?

A FAVOR: Tirei a família de outro homem.

CONTRA: Eu não queria ter atirado em ninguém. “Olho por olho” não se aplica nesse caso.

2. Sua crença é um hábito ou está baseada em fatos?

É um hábito para mim pensar assim. Os fatos são que não fiz nada errado para ser punido dessa forma.

3. Suas interpretações da situação estão muito distantes da realidade para ser precisas?

Minha interpretação da situação original foi bastante fora da realidade e é de onde tiro essa crença.

4. Você está pensando em termos de “tudo ou nada”?

Sem resposta.

5. Você está usando palavras ou expressões extremamente exageradas? (como sempre, eternamente, nunca, é preciso, deve, tem que, não pode e todas as vezes)

Acho que talvez a palavra “merece” seja uma palavra extrema.

6. Você está tirando a situação do contexto e só olhando um aspecto do evento?

Sim, como no número 3, eu tendo a esquecer do que estava acontecendo no momento em que atirei.

7. A fonte de informação é confiável?

Não, eu não ando muito confiável ultimamente.

8. Você está confundindo uma baixa probabilidade com uma alta probabilidade?

Sem resposta.

9. Seus julgamentos são baseados em sentimentos em vez de fatos?

Estou me sentindo culpado como se tivesse feito alguma coisa errada, quando a verdade é que fiz o que deveria fazer.

10. Você está se concentrando em fatores irrelevantes?

Talvez o fato de eu merecer uma família não tenha nada que ver com outra pessoa perder a dela?

FIGURA 2.2 Formulário de Perguntas Desafiadoras.

TOM: É evidência porque acho que tirei a família de alguém, então não mereço ter uma. Parece justo.

TERAPEUTA: Lembre-me de ver o que você colocou na questão 9, sobre misturar sentimentos e fatos. Por enquanto, me ajude a entender a matemática de por que você não merece uma família, e sua felicidade com sua família, por causa do que aconteceu.

TOM: Não sei, só não parece justo.

TERAPEUTA: Justo? Isso quer dizer que você fez alguma coisa ruim, que merece ser punida.

TOM: Eu andei pensando mais nisso. Eu não acho que fiz nada de ruim quando penso bem, mas ainda *parece* que fiz alguma coisa errada e que não deveria ter alguma coisa boa, como uma mulher e um filho em minha vida.

TERAPEUTA: Quem sabe damos uma olhada na sua resposta à questão 9? O que você escreveu em resposta à pergunta “Seus julgamentos são baseados em sentimentos em vez de fatos?”.

TOM: Eu escrevi: “Estou me sentindo culpado como se tivesse feito alguma coisa errada, quando a verdade é que fiz o que deveria fazer”. Eu tento me lembrar do que conversamos, e do que minha mulher também me disse em relação a eles não terem respondido aos avisos e eu ter atirado neles, que pode ter impedido alguma outra coisa que era ruim. Eu ainda me sinto mal, não tão mal quanto antes, mas ainda acho que fiz alguma coisa errada.

(A terapeuta usa isso como oportunidade de falar da necessidade de praticar novos pensamentos alternativos com vistas a evocar mudanças emocionais.)

TERAPEUTA: Você está no caminho, Tom, para desfrutar e se recuperar. Sua cabeça está começando a entender e seus sentimentos precisam alcançá-la. Já faz algum tempo que você tem pensado no que aconteceu e no que fez de uma determinada maneira. Você já se culpou muitas vezes, dizendo a si mesmo que fez alguma coisa errada. Você se aplicou uma dieta forte desse tipo de raciocínio, o que o fez sentir-se culpado pelo que aconteceu. É como uma trilha de pensamento que já está aberta em seu cérebro e que automaticamente o leva pelo caminho de sentir culpa. O que você precisa fazer agora é começar um novo caminho de pensamentos, mais verdadeiro e realista, em relação à situação que, com o tempo, será uma trilha conhecida. Qual é a visão mais realista de seu papel nesse evento?

TOM: *(Em lágrimas)*. Eu tive de atirar no carro, e morreu gente.

TERAPEUTA: É isso. E vamos fingir, por um momento, que você realmente acredita nessa ideia. Nesse caso, o que sentiria?

TOM: Eu me sentiria muito mais leve. Não me sentiria culpado. Continuaria triste com essa situação horrível, mas não me recriminaria.

TERAPEUTA: Vamos avançar ao próximo passo. Se você não se responsabilizasse e se sentisse culpado, então acreditaria que merece ser feliz com sua mulher e com o bebê que já vai chegar?

TOM: Claro.

TERAPEUTA: Então, Tom, seu trabalho é praticar, praticar e praticar uma nova e mais precisa forma de ver o que aconteceu e seu papel nisso. Com a prática, o que você sente vai começar a corresponder à verdade do que aconteceu e ao fato de que você não é culpado.

TOM: É como treinar para usar uma arma. Eles nos fizeram praticar coisas com as nossas armas muitas vezes, até ficar automático. Depois de um tempo, era muito automático.

TERAPEUTA: É isso. Há outras questões nessa planilha que podem ser úteis para convencê-lo da verdade sobre isso em sua prática. O que você respondeu para a pergunta “Sua crença é um hábito ou está baseada em fatos?”.

Esse diálogo ilustra uma ocorrência comum nesse tipo de terapia. Tom estava começando a experimentar a mudança cognitiva, mas sua mudança emocional estava mais atrasada. A terapeuta reforçou a necessidade de praticar novas formas de pensar para se sentir diferente. Também é importante destacar os ganhos dos pacientes em mudar seu pensamento, mesmo se o que sentem não tenha mudado ou seja equivalente. Uma mudança em pensamento é mais do que meio caminho para uma mudança de sentimentos. Com efeito, mudar o pensar envolve pensamentos ou aprendizagem conflitante, e com mais repetições do novo pensamento, o sentimento associado vem e acaba prevalecendo.

Na parte seguinte da sessão, a terapeuta introduziu o Formulário de Padrões de Pensamento Problemático e deu uma explicação de como essa lista era diferente do Formulário de Perguntas Desafiadoras (ver Fig. 2.3). Mais especificamente, ela indicou que o Formulário de Padrões de Pensamento Problemático diz respeito a padrões mais gerais de pensamento em relação a questionar pensamentos mais individuais que Tom pudesse ter. O Formulário de Padrões de Pensamento Problemático lista sete

tipos de padrões equivocados de pensamento (p. ex., supersimplificação, supergeneralização e raciocínio emocional).

Tom e a terapeuta repassaram a lista e geraram exemplos para cada um dos padrões. Por exemplo, para “não levar em consideração aspectos importantes de uma situação” a terapeuta apontou uma coisa que Tom havia mencionado várias vezes durante a terapia. Inicialmente, ele não tinha incluindo a importante informação de que ele e outros guardas tinham tentado parar o carro antes de atirar nele. Ela também apontou que o raciocínio emocional era semelhante a confundir um sentimento com um fato, que havia sido um foco central da sessão.

Quando chegaram ao item “Supergeneralização de um incidente isolado”, Tom disse que tinha observado que estava começando a mudar suas ideias em relação ao governo e seus líderes. Ele comentou que tinha sido muito forte para ele refletir sobre o fato de que, em uma série de casos, seus colegas soldados tinham agido

com integridade e estavam comprometidos com a missão e com a segurança e a proteção de outras pessoas. Tom disse, espontaneamente: “Acho que isso também é meio como tirar conclusões precipitadas quando não há evidências ou elas até contradizem”. Ele disse que tinha começado a formar estereótipos após o evento traumático, aplicando atributos e opiniões negativas a todos os militares e ao governo de forma demasiado ampla. Tom e a terapeuta discutiram que o objetivo da terapia era encontrar uma visão equilibrada e realista das coisas, em vez da versão excessivamente ideal que ele tinha antes do trauma ou da visão excessivamente pessimista que tinha após o trauma. Em outras palavras, o objetivo era encontrar matizes e equilíbrio em seu pensamento sobre o governo, os militares e sua liderança. Tom acrescentou um exemplo de seu pensamento: “Há, pelo menos, algumas pessoas no governo que querem fazer o bem para os outros”.

Tom recebeu como tarefa prática ler a lista no Formulário de Padrões de Pensamento Problemático e

Padrões de Pensamento Problemático

Abaixo, vários tipos de padrões de pensamento problemático que as pessoas usam em diferentes situações da vida. Esses padrões muitas vezes se tornam automáticos e habituais, fazendo-nos desenvolver comportamentos de autossabotagem. Considerando seus próprios pontos travados, encontre exemplos para cada um desses padrões. Anote os pontos travados abaixo do padrão adequado e descreva como eles se encaixam naquele padrão. Pense sobre como esse padrão afeta a você.

1. **Tirar conclusões precipitadas** quando não há evidências ou elas são até mesmo contraditórias.
Tendo a tirar conclusões precipitadas de que eu fiz alguma coisa errada quando acontecem coisas ruins. Parto do pressuposto de que as coisas são minha culpa.
2. **Exagerar ou minimizar** uma situação (aumentar ou diminuir muito a importância das coisas).
Minimizo as coisas que fiz bem como militar.
3. **Desconsiderar aspectos importantes** de uma situação.
No passado, tendi a negligenciar o importante aspecto de que vários de nós tentaram impedir que o carro passasse pelo ponto de controle.
4. **Supersimplificar** as coisas como boas ou más ou como certas ou erradas.
Às vezes, sou capaz de pensar que todos os iraquianos são maus.
5. **Supergeneralizar** a partir de um único incidente (um evento negativo é considerado um padrão eterno).
Supus que, em função de meu evento traumático, não poderia estar em segurança, com meu filho que vai nascer.
6. **Leitura de pensamentos** (você parte do pressuposto de que as pessoas estão pensando mal de você quando não há evidências disso).
Eu acho que todo mundo me considera uma pessoa horrível, um assassino, por causa do que eu fiz.
7. **Raciocínio emocional** (você tem um sentimento e pressupõe que deve haver uma razão para isso).
Essa é fácil – me sinto culpado, então devo ser.

FIGURA 2.3 Formulário de Padrões de Pensamento Problemático.

apontar exemplos de vezes em que ele usou cada um dos padrões de pensamento problemático.

Sessão 7

Tom começou a sessão dizendo estar se sentindo melhor e que sua mulher também tinha observado a diferença nele e estava menos preocupada com que a terapia poderia deixá-lo pior em vez de melhorar. A terapeuta havia dado a Tom uma PCL e um BDI-II para completar enquanto ele esperava sua consulta. Ela calculou rapidamente os escores dessas medidas de avaliação e deu a Tom os resultados desses escores no início da sessão. Seu escore na PCL tinha diminuído de 68 para 39, que era uma mudança clara e clinicamente significativa em sua sintomatologia de TEPT.

Ela disse que seus sintomas de evitação e de reviver eram os que mais tinham diminuído; seus sintomas de hiperexcitação também tinham caído, mas menos. Seu escore no BDI caíra de 28 para 14, indicando claramente uma redução em seus sintomas depressivos.

A terapeuta perguntou a Tom se ele tinha realizado sua tarefa prática, preencher o Formulário de Padrões de Pensamento Problemático. Ele disse que não, mas que tinha pensando nisso durante a semana. Ele também riu e disse que tinha observado os padrões de pensamento em sua esposa e em outros. A terapeuta pediu que Tom completasse parte da planilha na sessão. Nesse ponto da terapia, a terapeuta estava mais recuada enquanto Tom assumia o papel de questionar suas próprias cognições. Ela proporcionava esclarecimentos mínimos e também exemplos adicionais que ela observava no trabalho com ele.

Nessa sessão, a terapeuta introduziu o Formulário de Questionamento de Crenças. Ela tomou o cuidado de apontar que a planilha integrava todos os trabalhos anteriores que Tom havia feito e acrescentava alguns elementos novos. O diálogo a seguir ilustra a introdução dessa planilha (ver Fig. 2.4).

TERAPEUTA: Quero lhe mostrar a última planilha que vamos usar.

TOM: Certo. Puxa, essa parece complicada!

TERAPEUTA: Na verdade, você já fez quase tudo o que está nesta planilha. Ela junta em um só lugar tudo o que já andamos trabalhando.

TOM: Se você diz, eu aceito, doutora.

TERAPEUTA: Você se lembra das planilhas A-B-C lá do início?

TOM: Lembro.

TERAPEUTA: (*Apontando as três primeiras colunas do Formulário de Questionamento de Crenças.*)

Estas são A, B e C. Na coluna A, você tem a situação “Evento ativador” que tinha na Planilha A-B-C. Na coluna B, estão os “Pensamentos automáticos” que é a parte “Crença” do formulário A-B-C. Por fim, a coluna C, “Emoções”, a parte “Consequência” do formulário A-B-C.

TOM: Por enquanto, tudo tranquilo.

TERAPEUTA: A coluna D é onde você identifica as “Perguntas Desafiadoras” daquele formulário que se aplicam ao pensamento ou ponto travado em que está trabalhando. Na coluna E, você identifica os tipos de “Padrões de Pensamento Problemático” que se aplicam ao pensamento ou ponto travado em que está trabalhando. Dá para entender?

TOM: Dá.

TERAPEUTA: Então, só a coluna F, “Pensamento Alternativo” é nova. Aqui, você identifica pensamentos alternativos que poderia ter sobre a situação. Em outras palavras, estamos em busca de declarações alternativas que você faz a si mesmo ou interpretações diferentes do evento. Nas colunas G e H, você pode ver como as suas crenças em seus pensamentos originais pode mudar e como os novos pensamentos afetam seus sentimentos.

TOM: Certo.

TERAPEUTA: Então, vejamos um ponto travado e comecemos a usar este Formulário de Questionamento de Crenças. Vamos conversar sobre segurança como um dos primeiros tópicos das próximas sessões. Você consegue pensar em um ponto travado que tenha relação com sua capacidade de se manter seguro ou com o quanto as pessoas à sua volta estão seguras?

TOM: Bom, eu ainda me pergunto se há pessoas no mundo que queiram me fazer mal, mesmo que agora eu entenda que não tem nenhum franco-atirador querendo me acertar.

TERAPEUTA: Então vejamos um evento específico, quanto mais específico, melhor.

TOM: Eu estava no mercado, e estava com a minha farda. Tinha um cara que parecia estar incomodado com isso, como se me odiasse ou alguma coisa do tipo.

TERAPEUTA: Então anote o evento na coluna A. (*Pausa.*) Qual foi o seu pensamento? Você já mencionou um deles.

TOM: Aquele cara estava incomodado comigo porque eu sou militar.

TERAPEUTA: Bom, quanto você acredita nesse pensamento?

A. Situação	B. Pensamentos	D. Questionar pensamentos	E. Padrões problemáticos	F. Pensamento alternativo
Descreva o evento, pensamento ou crença que leva à(s) emoção(ões) desagradável (is).	Escreva pensamentos relacionados à coluna A. Classifique a crença em cada pensamento abaixo, entre 0 e 100%. (Quanto você acredita nesse pensamento?)	Use Perguntas de Questionamento para examinar seus pensamentos automáticos da coluna B. O pensamento é equilibrado e factual ou extremo?	Use os Padrões de Pensamento Problemático para decidir se este é um deles.	O que mais posso dizer em vez da coluna B? De que outras formas posso interpretar o evento em vez da coluna B? Classifique a crença em pensamentos alternativos entre 0 e 100%.
	No mercado, de farda	<i>"Esse cara está incomodado porque eu sou militar". (100%)</i> C. Emoção(ões) Especifique como triste, bravo e avalie a intensidade de cada emoção de 0 a 100% Raiva (80%) Medo (30%)	Evidências? Hábito ou fato? <i>Hábito de pensar que todo mundo me detesta porque eu estive no Iraque.</i> Interpretações não precisas? Tudo ou nada? Extremo ou exagerado? Fora de contexto? Fonte não confiável? Eu Probabilidade alta versus baixa? Baseado em sentimentos ou fatos? Fatores irrelevantes?	Tirar conclusões precipitadas Exagerar ou minimizar Desconsiderar aspectos importantes Supersimplificar Supergeneralizar Leitura de pensamentos <i>Estou pressupondo que ele está pensando o pior de mim.</i> Raciocínio emocional

FIGURA 2.4 Formulário de Questionamento de Crenças preenchido na sessão.

TOM: 100%

TERAPEUTA: Certo, anotemos isso próximo ao pensamento. Agora, estamos classificando o quanto você acredita em seus pensamentos, porque vamos ver, no fim, o seu pensamento mudou. Qual sentimento, ou sentimentos, está associado a esses pensamentos?

TOM: Definitivamente, raiva.

TERAPEUTA: Seu pensamento tem sentido quanta raiva, entre 0 e 100%, com 100% sendo o máximo de raiva?

TOM: Humm... Eu diria 80%.

TERAPEUTA: Algum outro sentimento? Você pode ter mais de um.

TOM: Acho que se eu pensar bem, também tem um pouco de medo.

TERAPEUTA: Isso também tem sentido. Quanto medo, de 0 a 100%?

TOM: Ah, talvez uns 30%. Não é o sentimento mais forte, mas existe, porque eu fico pensando se ele vai dizer alguma coisa ou fazer alguma coisa.

TERAPEUTA: Bom trabalho. Passemos à coluna seguinte, que está relacionada ao Formulário de Perguntas Desafiadoras que você já fez. Dê uma olhada nessa lista. Quais perguntas podem se aplicar nesse caso?

TOM: Acho que posso estar confundindo um hábito com um fato. Parece que tenho o hábito de pressupor que todo mundo me detesta porque eu estive no Iraque. Eu realmente não sei se é por isso que ele parecia estar incomodado. Acho que nem tenho certeza se ele estava. Ele não me disse nada. (*Pausa.*) Acho que isso também é um exemplo de que a fonte de informação não é confiável, e a fonte sou eu! (*Ri.*)

TERAPEUTA: Enquanto você estava falando, eu estava pensando que as mesmas coisas se aplicam. Então, você escreveria essas nessa coluna. Você também pode escolher outras perguntas de questionamento que podem se aplicar, mas geralmente duas ou três chegam. Na coluna seguinte, vamos consultar o Formulário de Padrões de Pensamento Problemático. O que pode se encaixar lá?

TOM: Acho que a gente age como se lesse pensamentos.

TERAPEUTA: Como assim?

TOM: Estou pressupondo que ele está pensando o pior de mim e de eu ter servido ao meu país nessa guerra. Eu sou bom nisso.

TERAPEUTA: Escreva isso. Você pode acrescentar outras coisas mais tarde, se elas parecerem se

aplicar. A coluna seguinte é muito importante. É aqui que você começa a se treinar para ter pensamentos ou percepções alternativas sobre a situação. Depois de ter feito a si mesmo essas perguntas e observado os padrões de pensamento problemático, de que outras formas você pode pensar sobre essa situação?

TOM: Acho que uma coisa que eu posso me dizer é: “Eu não sei se ele está incomodado”. Eu também poderia dizer: “Se ele está mesmo incomodado, eu não sei a que se refere, talvez nem tenha a ver comigo, muito menos com eu ter servido no Iraque”.

TERAPEUTA: Ótimo! Você está se saindo muito bem nisso. Vamos anotar isso. Também anotemos o quanto você acredita nesses dois novos pensamentos. Abaixo desses pensamentos alternativos, está a coluna que lhe pede para reconsiderar quanto você acredita em seus pensamentos originais, aqui na coluna B. Quanto você acredita neles depois de passar por esse processo? Antes, você havia dito 100%.

TOM: Agora eu diria que são uns 35%.

TERAPEUTA: É uma mudança grande. Você passou de 100% de certeza para 35% de que ele estava incomodado porque você foi à guerra.

TOM: Até eu estou um pouco surpreso com isso.

TERAPEUTA: Passemos ao último passo. O que você está sentindo agora? Vamos reclassificar.

TOM: Minha raiva está muito reduzida, eu diria que uns 20%. A ansiedade ainda existe, porque eu realmente não queria ter de me proteger e ele pode estar incomodado comigo. Diminuiu um pouco, porque sei que não tenho 100% de certeza de que ele quer me pegar. Eu diria uns 15% de medo.

TERAPEUTA: Você tem alguma pergunta sobre o que acabamos de fazer aqui?

TOM: No momento, não. Mas eu lhe digo.

TERAPEUTA: Vou lhe pedir que faça um desses formulários sobre pontos travados por dia, até nos encontrarmos de novo. Também vou lhe dar alguns formulários como exemplo, que outros pacientes fizeram, que podem ser úteis.

TOM: Certo, isso deve ser interessante...

A terapeuta lembrou Tom de que ele pode descobrir que não está usando pensamento problemático e que, nesse caso, não são esperadas mudanças de sentimento. Ela também o alertou de que ele não deveria esperar que suas crenças e sentimentos mudassem completamente no processo de preencher o formulário.

O pensamento antigo teria de ser completamente desarmado, e o novo teria de se tornar mais habitual para que ele visse uma mudança permanente. A terapeuta sugeriu que Tom lesse para si mesmo as planilhas que completou, várias vezes, para facilitar o processo.

O módulo de segurança foi introduzido. Esse é o primeiro de cinco módulos (textos de duas a três páginas) que também incluem Confiança, Poder/Controle, Estima e Intimidade. A terapeuta orientou Tom em relação ao formato do módulo, que incluía a discussão sobre como as crenças com relação a si e aos outros nessa área podem ser “estraçalhadas” ou aparentemente confirmadas depois de um evento traumático, dependendo da história anterior ao evento. Os módulos descrevem como essas crenças problemáticas se manifestam emocional e comportamentalmente (p. ex., não sair de casa por crer que o mundo é inseguro). Também apresenta autodeclarações alternativas que são mais equilibradas e realistas em cada área.

Tom se sentia seguro com outras pessoas antes do evento traumático, e essa sensação de segurança havia sido destruída, como evidenciava a sensação de que outras pessoas ao seu redor estavam querendo pegá-lo. Antes do trauma, Tom também não se considerava um perigo para os outros. Depois, acreditava que não poderia estar seguro com outros, o que se expressava especificamente em suas preocupações com estar perto de sua mulher grávida. A terapeuta sugeriu que Tom completasse pelo menos uma planilha sobre seus pontos travados em relação aos outros estarem seguros, bem como sobre ser um perigo para outras pessoas. Ela também lembrou que ele deveria finalizar a tarefa com o Formulário de Padrões de Pensamento Problemático da última sessão.

Sessão 8

Tom chegou para a sessão tendo preenchido o Formulário de Padrões de Pensamento Problemático, bem como dois Formulários de Questionamento de Crenças. A terapeuta deu uma olhada em suas respostas ao Formulário de Padrões de Pensamento Problemático, porque não queria mandar inadvertidamente a mensagem de que fazer as tarefas não era importante. Ela pediu que Tom lesse os padrões que havia preenchido em casa, em oposição aos de sua sessão anterior.

Tom completou dois Formulários de Questionamento de Crenças relacionados ao tema da segurança, como a terapeuta havia orientado. Ele fez um sobre crenças de segurança de si e outro de outras pessoas, e não parecia entender que poderia usar o Formulário de Questionamento de Crenças em eventos cotidianos que lhe fossem desconfortáveis ou mesmo

positivos. Dessa forma, a terapeuta enfatizou como ele poderia usar esse processo de forma mais geral em sua vida cotidiana e ressaltou que mais prática levaria a mais resultados. Ela observou que usar o processo em temas menos aflitivos emocionalmente poderia até ajudar no seu domínio. Sempre é mais fácil aprender alguma coisa quando não se está lidando com as circunstâncias mais desafiadoras. Ela usou uma analogia militar com Tom, em relação a aprender a carregar uma arma e atirar, que se aprende melhor em uma situação fora de conflito, de forma que o comportamento seja habitual em um tiroteio.

A terapeuta passou os olhos nos dois formulários que Tom havia preenchido e observou que ele tivera mais dificuldade para produzir declarações alternativas sobre suas próprias sensações de ser perigoso em relação ao parto iminente de sua mulher, ao que se seguiu este diálogo (ver Fig. 2.5):

TERAPEUTA: Observei que pode ser que você tenha tido mais dificuldades de gerar pensamentos alternativos sobre o quanto pode estar seguro com sua mulher e seu filho que está para nascer.

TOM: É, não gosto muito de falar nisso. Isso faz minha mulher ter chuliques. Eu fico desconfortável perto dela, o que a faz sentir-se mal, mas eu só estou com medo de machucá-la ou machucar a criança.

TERAPEUTA: Vejamos seu primeiro pensamento, porque é meio geral. Como você acha que vai machucá-las? Você quer dizer física ou mentalmente?

TOM: Ah, é fisicamente que eu falo. Não sei bem como, mas de alguma maneira, de algum jeito, eu acho.

TERAPEUTA: Isso torna a coisa um pouco mais concreta. Como você acha que vai machucá-las fisicamente? Você acha que vai atirar nelas, em função de sua história de trauma?

TOM: Não, absolutamente. Não há armas de fogo na minha casa, e eu não vou caçar, nem tenho amigos ou parentes que caçam, nada que fizesse das armas parte da minha vida.

TERAPEUTA: Então, em que você pensou?

TOM: Acho que eu me preocupo que possa ficar violento fisicamente, do nada.

TERAPEUTA: Certo, agora estamos nos entendendo. Vamos anotar isso. “Do nada, vou ficar fisicamente violento.” Notei que na coluna C você não mencionou nada sobre probabilidades. Questões de segurança quase sempre têm a ver com avaliar as probabilidades. O mundo

não é um lugar completamente seguro e, todos os dias, nós corremos riscos calculados sobre nossa segurança com base na probabilidade de que aconteçam coisas ruins a nós ou a outras pessoas. Como você acha que as questões de probabilidade podem se aplicar?

TOM: Você está sugerindo que eu estou confundindo uma probabilidade baixa com uma probabilidade alta?

TERAPEUTA: Exatamente, como você acha que isso se aplica aqui?

TOM: Estou convencido que, “de alguma forma, de algum jeito”, eu vou machucar a minha família; então, acredito que essa é uma probabilidade alta, e não baixa. Acho que você acha que a probabilidade de que eu faça isso é baixa. Mas eu ainda estou preocupado com isso.

TERAPEUTA: Falemos dessa probabilidade concreta. Quantas vezes você machucou fisicamente sua família?

TOM: Nunca. Você está me gozando?

TERAPEUTA: Eu achei que não, mas fiz com que soasse como se fosse muito provável que acontecesse. Acho que isso é parte do problema, não é?

TOM: Você tem razão.

TERAPEUTA: Com que frequência você foi violento fisicamente com qualquer pessoa?

TOM: Não fui, além dos tiros. E com certeza não espero isso. Agora que falamos nisso, parece meio bobo.

TERAPEUTA: Então, parece que o que precisamos agora é descobrir qual é a probabilidade real disso. Pelo que conversamos, qual é uma declaração alternativa que você pode fazer a si mesmo e quanto acredita nela?

TOM: É improvável que eu machuque a minha família, e mais improvável que isso seja súbito e inesperado, já que nunca aconteceu.

TERAPEUTA: Continuemos para ver como isso pode mudar a forma como você se sente. Você escreveu que tinha 85% de medo. Qual é a porcentagem agora?

TOM: Menos de 10%. Há algum medo agora que eu sei que sou capaz de machucar uma família, mas, como já falamos – e que eu tenho de me lembrar –, é que isso aconteceu em uma determinada situação, e não em minha vida cotidiana, como civil, com minha família.

Esse diálogo entre Tom e a terapeuta ilustra o papel fundamental da probabilidade nas avaliações e crenças sobre segurança. É importante dar-se conta de que há algumas situações e comportamentos objetiva-

mente inseguros, e que não devem ser minimizados nem questionados. Se houver precauções ou crenças de segurança não razoáveis, a probabilidade real de dano deve ser cuidadosamente avaliada, tendo-se em mente que raramente se garantem 100% de segurança, se é que alguma vez isso acontece.

A terapeuta conduziu a sessão para introduzir o módulo de Confiança. Tom observou que tinha uma confiança bastante boa em si mesmo e em outras pessoas antes que seu melhor amigo cometesse suicídio quando estavam no ensino médio. Tom disse que, depois dessa experiência, ele às vezes não confiava em seu julgamento em relação a outras pessoas e que se considerava responsável por não prever o suicídio do amigo. O evento traumático militar serviu para confirmar essa crença de que ele não poderia confiar em seus julgamentos em relação às intenções de outros. Suas preocupações em relação à sua capacidade de estar em segurança com sua mulher e seu filho que está para nascer também correspondiam à questão da confiança. A terapeuta e Tom repassaram as informações no texto do módulo de Confiança, e ele parecia corresponder a todos os efeitos potenciais. Ele informou que tinha realmente tentado se abrir com sua mulher, e não evitá-la; observou que eles estavam se comunicando mais, o que a ambos mais relaxados e confortáveis nos últimos dias da gravidez.

A terapeuta encerrou a sessão recomendando que ele preenchesse Formulários de Questionamento de Crenças diariamente, pedindo que Tom fizesse pelo menos um sobre o tópico da confiança. Ela lembrou que, assim como em outras áreas, o objetivo é desenvolver pensamentos alternativos equilibrados. No caso da confiança, ela indicou que os pontos tratados relacionados à confiança muitas vezes giram em torno de julgamentos do tipo “tudo ou nada”, ou seja, confiar ou não confiar. O objetivo é considerar a confiança como multidimensional, com diferentes tipos de questões resultando em níveis diferentes de confiança em situações diferentes.

Sessão 9

Tom chegou à sessão tendo completado vários Formulários de Questionamentos de Crenças. Vários deles eram sobre confiança, incluindo seu nível de confiança em seu governo e em si mesmo como pai.

Ele também tinha usado as planilhas sobre tópicos não relacionados à confiança em sua vida cotidiana. Ele comentou que as planilhas tinham sido úteis para trabalhar seu pensamento antes de se tornar impulsivo ou se sentir muito mal.

A terapeuta o elogiou por preencher tão bem os formulários e perguntou a Tom se ele achava que seria útil ter alguma ajuda em algum deles. Ele

respondeu em seguida que queria se concentrar no formulário sobre paternidade, pois estava sentindo muita ansiedade pelo nascimento iminente de seu filho. Ao voltar sua atenção a essa planilha, a terapeuta imediatamente notou que Tom provavelmente tinha tido dificuldades com ela, porque havia listado muitos tipos diferentes de pensamento que estavam estimulando sua ansiedade por se tornar pai. Ela usou isso como uma oportunidade de fazer ajustes finos no uso que Tom fazia das planilhas. A opção da terapeuta por quais pensamentos questionar antes também ilustra a priorização de alvos de tratamento que contivessem restos de assimilação. Os pensamentos de Tom sobre merecer ser feliz e começar uma família, em função da morte da mulher, do feto e da criança, sugeriam que ele não tinha aceitado integralmente o evento traumático e as circunstâncias que o circundavam. Então ela tratou de seu primeiro pensamento (ver Fig. 2.6).

TERAPEUTA: Puxa, você tem muita coisa passando pela cabeça em relação a ser pai, não é? Uma planilha diferente para cada um dos grupos de pensamentos que você está tendo sobre o assunto. Acho que isso vai melhorar seu uso do Formulário de Questionamento de Crenças. Parece que alguns pensamentos estão diretamente relacionados à sua experiência traumática, outros têm relação mais direta com a gravidez e o parto de sua mulher, e outros, ainda, estão diretamente relacionados ao seu trauma. Você escreveu que um de seus sentimentos foi a culpa (85%), e estou pressupondo que esteja relacionado ao seu sentimento de que não está certo que você seja feliz com um filho para nascer, considerando-se o que aconteceu.

TOM: É verdade. Se eu for realmente honesto, ainda me sinto culpado porque a iraquiana estava grávida e ia ter um filho, e os tiros tiraram sua possibilidade de ter um filho e ser feliz, e eu estou me aprontando para ter essa felicidade.

TERAPEUTA: Já falamos nisso, mas nos concentramos mais no homem envolvido na situação.

TOM: É, acho que quanto mais minha mulher se aproxima do parto, mais eu penso na iraquiana. Fico imaginando que ela não era parte de uma trama potencial de atividade terrorista, e mais uma participante inocente. Aí eu vou e volto, pensando que ela pode ter estado envolvida e não me importo de ela estar grávida. Ou talvez tenha sido só um acidente, e eles não chegaram a entender que tinham de parar. Aiiiii, isso é desgastante.

TERAPEUTA: E você nunca vai saber. Se seu amigo estivesse lhe dizendo tudo isso, como você lhe responderia?

TOM: Eu diria a ele que parasse de se machucar e se sentir culpado.

TERAPEUTA: É mais fácil dizer que fazer. Alguma outra coisa? Talvez ajudasse dar uma olhada nos formulários de Perguntas Desafiadoras e de Padrões de Pensamento Problemático. Fico pensando se você está se concentrando em fatores irrelevantes, no item 10 das Perguntas Desafiadoras...

TOM: Hummm... o que é irrelevante nesse caso?

TERAPEUTA: Qual é a relevância das intenções *dela* para que você mereça ser feliz com ter um filho?

TOM: (*Pausa.*) Vou ter de pensar um pouco sobre isso.

TERAPEUTA: Não são as *suas* intenções nessa situação que são relevantes? Suas intenções naquele momento eram de tirar dela o direito de ter um filho e viver feliz para sempre?

TOM: Não, claro que não.

TERAPEUTA: Então, por que se sentir culpado? O que você fez de errado pelo qual deveria ser punido?

TOM: Ah, olha só. Eu não tinha pensado nisso. As intenções dela são irrelevantes. Tentar entrar na cabeça dela só me faz enlouquecer. Acho que isso seria ler pensamentos, não seria?

TERAPEUTA: Muito bom, uma visão diferente da leitura de pensamentos. Então, qual seria o pensamento alternativo, mais equilibrado e realista?

TOM: São as minhas intenções que importam; eu não tinha intenção que ela ou o bebê perdessem a vida.

TERAPEUTA: Continue... você não tem todo o direito do mundo de experimentar a felicidade?

TOM: Acho que sim. Só que parece estranho.

TERAPEUTA: É claro que parece, é diferente do que você tem pensado a respeito há um tempo. Diga, o que você sentiria se dissesse a si mesmo: "Eu não fiz nada intencionalmente para tirar de outra pessoa a felicidade em família. Eu mereço ser feliz por me tornar pai"?

TOM: Eu me sentiria menos culpado, com certeza, e até feliz.

TERAPEUTA: Vamos escrever tudo isso. Agora sua tarefa é manter essas novas ideias e praticá-las. Leia esta planilha todos os dias até vir de novo consultar. Eu também gostaria que você pegasse esses outros pensamentos que estão em seu Formulário de Questionamento de Crenças original em relação a esse assunto, e

A. Situação	B. Pensamentos	D. Questionar pensamentos	E. Padrões problemáticos	F. Pensamento alternativo
Descreva o evento, pensamento ou crença que leva à(s) emoção(ões) desagradável(is).	Escreva pensamentos relacionados à coluna A. Classifique a crença em cada pensamento abaixo, entre 0 e 100%. (Quanto você acredita nesse pensamento?)	Use Perguntas Desafiadoras para examinar seus pensamentos automáticos da coluna B. O pensamento é equilibrado e factual ou extremo?	Use os Padrões de Pensamento Problemático para decidir se este é um deles.	O que mais posso dizer em vez da coluna B? De que outras formas posso interpretar o evento em vez da coluna B? Classifique a crença em pensamentos alternativos entre 0 e 100%.
	<i>“Não é correto que eu esteja feliz, com um bebê a caminho, dado o que aconteceu.” (80%)</i>	Evidências? Hábito ou fato? Interpretações não precisas? Tudo ou nada? Extremo ou exagerado? Fora de contexto? Fonte não confiável? Probabilidade alta versus baixa?	Tirar conclusões precipitadas Exagerar ou minimizar Desconsiderar aspectos importantes Supersimplificar Supergeneralizar	
	<i>“Ela pode não ter sido parte de um plano terrorista, só uma passageira.” (50%)</i>		Leitura de pensamentos <i>Estou tentando entender o que ela pensava.</i>	<i>“As minhas intenções são o que importa. Eu não fiz nada para tirar de outra pessoa a felicidade em família.” (85%)</i>
		C. Emoção(ões) Especifique como triste, bravo, etc., e avalie a intensidade de cada emoção de 0 a 100%. Culpado (85%)		G. Reavaliar pensamentos antigos Reavaliar sua crença no pensamento na coluna B de 0 a 100%. 15% (O segundo não interessa)
		Fatores irrelevantes? <i>As intenções dela não são relevantes, e sim as minhas.</i>	Raciocínio emocional	H. Emoção(ões) E agora, o que você sente? 0 a 100% Culpado (5%) Feliz (10%)

FIGURA 2.6 Formulário de Questionamento de Crenças com relação ao trauma.

os colocasse em uma planilha separada. Você se compromete a fazer isso?

TOM: Sim, já me sinto mais leve.

TERAPEUTA: Este é um momento que entusiasma.

Você tem de continuar a trabalhar nisso, para que possa ter o prazer que merece!

Nesse momento, a terapeuta introduziu o módulo de Poder-Controle. Tom admitiu que, antes do evento traumático, ele era uma pessoa que gostava de estar no controle. Ele não gostava de imprevisibilidade, e notou que essa tendência ficou especialmente pior depois do suicídio de seu amigo. O estilo de vida militar parecia ser congruente com essa tendência. Tom disse que não teve problemas com autoridade antes do evento traumático, mas observava que questionava mais a autoridade desde seu trauma militar. Assim como em sessões anteriores, Tom recebeu a tarefa prática de preencher de preencher Formulários de Questionamento de Crenças todos os dias antes da sessão seguinte, e pelo menos uma foi designada a Poder-Controle.

Sessão 10

Tom começou a sessão dizendo que sua mulher tinha ido ao obstetra no dia anterior, e que o parto seria induzido dentro de uma semana se ela não entrasse em trabalho de parto natural antes disso. Ele contou que a última sessão havia sido muito boa para ajudá-lo a estar mais feliz com o nascimento iminente de seu filho, e que tinha lido o Formulário de Questionamento de Crenças sobre merecer ser feliz várias vezes antes da última sessão, e cada vez acreditava mais nisso. Contou que ainda tinha alguma ansiedade sobre ser pai, preocupando-se para que tudo saísse bem com o parto de sua mulher. A terapeuta situou como normal um pouco da ansiedade de Tom, algo bastante natural em alguém que seria pai pela primeira vez, e Tom conseguiu reconhecer essa ansiedade em outros que ele tinha visto terem filhos.

Tom declarou que desde que leu o módulo de Poder-Controle na última sessão, começou a entender que nem todo mundo que tinha autoridade sobre ele tinha usado essa autoridade de forma malévola. Isso era muito importante em função de sua história anterior de desejar exercer controle. Ele tinha confrontado diretamente sua ilusão de controle. A terapeuta e Tom repassaram essa planilha.

Tom continuou descrevendo como sua crença de que ele poderia e *deveria* controlar tudo resultava em baixa autoestima. Em geral, quando as coisas não saíam como ele desejava, ele se sentia fracassado por não controlar o resultado. Essa estrutura de crença o levou a pensar que deveria ter sido capaz

de controlar seu amigo e impedir que ele cometesse suicídio. Também o levou a acreditar que deveria ter sido capaz de gerar um resultado positivo para o evento militar traumático. Essa discussão serviu como uma transição natural para o tópico seguinte, a estima. Tom admitia ter se tornado uma pessoa que crescia muito a partir de conquistas. Isso havia afetado sua autoestima e fora especialmente importante para sua crença de que não havia conquistado seu objetivo na atividade militar, pois teve de ser retirado de avião do país depois do evento traumático no posto de controle.

Depois de revisar o módulo de Estima, a terapeuta pediu que ele preenchesse Formulários de Questionamento de Crenças sobre seus pontos travados restantes, assim como sobre qualquer ponto travado relacionado a estima. Ele também recebeu duas outras tarefas: praticar dar e receber elogios todos os dias e fazer alguma coisa boa para si mesmo diariamente, que não estivesse relacionada a “conquistar” alguma coisa. Essas tarefas deveriam ajudá-lo com sua autoestima e sua estima pelos outros.

Sessão 11

Tom preencheu um formulário sobre sua autoestima, relacionado à crença de que não teria conquistado seu objetivo no serviço militar. A terapeuta e Tom repassaram esse formulário e ambos observaram que ele havia tido avanços importantes usando a planilha para mudar a forma como pensava e sentia acerca de si mesmo.

Afirmou que estava começando a ver que as pessoas são muito mais do que suas realizações profissionais, elas também têm outras atividades e relações com suas famílias, com seus amigos e consigo mesmas.

A terapeuta perguntou sobre a tarefa de dar e receber elogios. Tom respondeu que tinha ido bem, mesmo que parecesse um pouco estranho e forçado. Ele até conseguiu observar que quando fazia elogios e era mais positivo com outras pessoas, parecia receber respostas mais positivas. A terapeuta observou que vários dos elogios eram para sua mulher, e disse que Tom parecia estar mais conectado a ela. Ele disse que estava começando a sentir um pouco de entusiasmo com o nascimento do filho, e relatou que ainda estava sentindo um pouco de ansiedade em relação a se tornar pai e sobre como seria o trabalho de parto, mas a ansiedade estava menor e mais administrável. Quando a terapeuta perguntou sobre Tom receber elogios, ele descreveu mais dificuldades. Ela perguntou o que ele costumava fazer quando o elogiavam, e ficou claro que ele costumava esquivar-se ou minimizar o que as pessoas diziam. Na mesma linha, disse que só

tinha feito uma coisa boa por si mesmo desde a última sessão, e que tinha sido desconfortável. Esse padrão parecia se adequar ao esquema geral que ele tinha de ter pouco valor e merecimento. Seguiu-se um diálogo entre a terapeuta e Tom:

TERAPEUTA: Parece que você tem dificuldades de deixar que alguém seja legal com você e também de ser legal com você mesmo.

TOM: É.

TERAPEUTA: Por que você acha que isso acontece?

TOM: Não sei (*pausa*). Eu não gosto disso. Parece que *as pessoas* não deveriam me tratar bem, e que eu não deveria me tratar bem.

TERAPEUTA: Humm... Fico pensando se tem alguma coisa não dita em relação a esse pensamento?

TOM: Quando me escuto dizer, soa um pouco estranho. Soa como se eu não merecesse ter coisas boas. Tipo não merecer ter uma família...

TERAPEUTA: Isso parece uma tendência mais ampla em sua vida – um desses padrões de pensamento problemáticos. Qual padrão você ouve em seu pensamento? Consulte o formulário, se quiser.

TOM: Talvez o raciocínio emocional. Eu me sinto como se não merecesse, então, não devo merecer. Isso parece o melhor. Talvez eu também esteja tirando uma conclusão quando não há evidências.

TERAPEUTA: Concordo. Considerando-se o quanto você parece seguir esse padrão de pensamento, aposto que ele já existe há tempos, talvez até mesmo antes do que aconteceu no Iraque.

TOM: Existe há tempos, sim. Acho que tem que ver com o meu pai, seu alcoolismo e com ele não estar próximo de mim. Quando eu era criança, eu sempre achava que tinha feito alguma coisa errada, ou que eu era tão ruim que ele não queria estar perto de mim.

TERAPEUTA: Agora, com seus olhos de adulto, o que você pensa em relação a seu pai não estar perto de você?

TOM: Eu entendi que ele bebia por uma razão, e que pode ter sido eu, meus irmãos e minhas irmãs.

TERAPEUTA: Por que você supõe que ele bebia por causa de vocês?

TOM: Não sei, acho que era estressante ter quatro filhos.

TERAPEUTA: Talvez fosse, às vezes, mas quando você se ouve falando disso, o que está faltando em como você entendeu a bebida e a distância dele em relação a você?

TOM: Eu conheço outras pessoas que tinham quatro filhos e não tinham problemas de bebida. Onde eu cresci tinha um monte de famílias grandes. Além disso, eu sei que ele e minha mãe tinham problemas financeiros quando nós éramos pequenos e que brigavam muito.

TERAPEUTA: Então, mais uma vez, por que você supõe que era *você* que o fazia beber e ficar distante?

TOM: Quando falamos disso, acho que entendo que pode não ter sido só eu.

TERAPEUTA: Ou pode nem ter sido você, *de forma alguma*. Todo mundo tem opção de como lidar com seu estresse, e parece que ele é distante de todo mundo, não só de você.

TOM: É verdade, ainda parece assim.

TERAPEUTA: Parece haver uma trilha bem definida na sua cabeça para supor que, quando tem alguma coisa errada, você culpa a si mesmo. O passo a seguir é que você merece ser punido, ou pelo menos que não merece nada de bom. Eu não acho que essa tendência vá mudar de um dia para outro. Você vai ter de se esforçar para dizer a si mesmo, de forma mais racional, para mudar o que sente. Para que essa nova trilha fique conhecida, você vai ter de percorrê-la algumas vezes. Em seguida, ela será mais familiar e automática. Vai dar um pouco de trabalho, mas você pode mudar a forma como se sente automaticamente. Eu gostaria que você fizesse um Formulário de Questionamento de Crenças sobre o que acabamos de conversar. Quando tivermos um bom formulário sobre isso, você poderá lê-lo e consultá-lo como parte de construir um novo caminho. Pode fazer isso?

TOM: Certo, acho que seria bom.

Essa conversa sobre o pai de Tom se ajustava bem ao módulo final, Intimidade. A terapeuta observou que as pessoas tendem a pensar na intimidade em termos de relacionamentos românticos e principalmente em termos de intimidade sexual. Ela destacou que existem todos os tipos de intimidade com diferentes pessoas. Em essência, a intimidade diz respeito ao quanto uma pessoa se sente aberta e próxima de outras. Ela continuou discutindo a noção de autointimidade e de como nós cuidamos, apoiamos e confortamos a nós mesmos. Em outras palavras, reflete a qualidade do relacionamento que temos conosco. Tom admitiu ter dificuldades de se aproximar de outras pessoas, o que ficara claro no trabalho que fez sobre sua mulher e sobre o filho ainda por nascer. Como se observou antes, ele também tinha dificuldades de fazer coisas boas e cuidar de si mesmo.

Essas ideias pareciam ser afetadas por seu esquema subjacente, segundo o qual ele não tinha méritos nem valor. A terapeuta estabeleceu a tarefa de preencher Formulários de Questionamento de Crenças diários e pediu que ele preenchesse alguns sobre ser bom para com ele próprio e estar próximo de sua mulher. Além disso, pediu que Tom escrevesse uma Declaração de Impacto final, especificamente em relação ao seu entendimento atual do trauma, depois de todo o trabalho que ele tinha feito. Ela pediu que ele escrevesse sobre seus pensamentos-crenças atuais nas áreas de segurança, confiança, poder-controle, estima e intimidade.

Sessão 12

No dia seguinte à 11ª sessão, Tom deixou um recado dizendo que sua mulher tinha dado à luz uma menina saudável. Ele dizia que se sentia feliz e aliviado, e o quanto a bebê era bonita, como sua mulher tinha ido bem no parto, como ele tinha tido prazer em segurar a filha em seus braços pela primeira vez. A 12ª sessão foi postergada em uma semana por causa da chegada da menina.

A esposa e a filha de Tom o acompanharam à última sessão. A terapeuta passou algum tempo admirando a filha recém-nascida e parabenizou a mulher antes de começar a sessão final. Tom parecia estar verdadeiramente orgulhoso e feliz com sua filha e disse que se tornar pai tinha sido mais natural do que ele esperava. Ele comentou que tinha se preocupado com a possibilidade de não querer segurar a menina, por medo de machucá-la ou porque faria alguma coisa errada. Em vez disso, percebeu que era quase *instintivo* segurá-la nos braços, e que cuidar dela era algo que tinha vindo de forma mais natural do que ele havia esperado. Tom parecia surpreso com o quão natural estava sendo seu papel de pai. A terapeuta perguntou como tinha ido o trabalho de casa. Ele disse que não tinha feito o quanto esperava fazer em função da chegada da filha, mas que tinha preenchido formulários sobre seu pai e sobre estar próximo à sua mulher. A terapeuta olhou os formulários que Tom tinha feito muito bem e perguntou quanto tinham ajudado ao que ele respondeu que fora bastante. Ele acrescentou que estava tendo dificuldades com o tema de seu pai, mas que começava a achar que nem tudo tinha a ver com ele, Tom, o que fazia com que se sentisse melhor consigo mesmo e menos culpado em termos gerais. Ele disse que estava pensando em escrever uma carta ao pai em função da chegada da filha e que pensava perguntar o porquê de ele beber se distanciar da família. A terapeuta reforçou Tom por cogitar isso e por não fazer suposições cegas sobre seu papel na bebida de seu

pai, mas também tentou instigá-lo para a possibilidade de seu pai culpar a ele ou aos seus irmãos por seu alcoolismo (dado que ela não conhecia o pai dele ou sua história) e que isso não significaria necessariamente que fosse verdade. Ela lembrou que ele precisava levar em consideração a fonte de informação, e que qualquer bom detetive se serviria de bons informantes. Tom parecia gostar da ideia de obter mais informações de outras pessoas, mencionando que ele e seus irmãos nunca tinham conversado de verdade sobre sua crença de que eles fossem culpados pelo alcoolismo do pai.

Tom também contou que tinha entendido melhor a ideia de ter intimidade, sem sexo, em sua relação com sua mulher. Ele disse que, desde o nascimento de sua filha, sentia-se mais próximo da mulher e estava mais aberto a ela e presente em termos gerais. A terapeuta perguntou em relação a fazer coisas boas por si mesmo, e Tom riu, dizendo que estava mais aberto a isso, mas que tinha menos tempo por causa do bebê. Ela pediu que Tom lesse a Declaração de Impacto final sobre o significado do evento para ele após o trabalho que tinha feito. Ele escreveu:

Não resta dúvida de que esse evento traumático teve um impacto profundo em mim. Meus pensamentos sobre mim mesmo, sobre as outras pessoas e sobre o mundo foram modificados. Quando comecei a fazer terapia, acreditava que era um assassino. Eu me culpava completamente. Agora, acredito que atirei em uma família, mas não assassinei. Entendo que eu e outros ao meu redor tínhamos de fazer o que fizemos naquele momento, e que escolhemos atirar porque assim tínhamos de fazer. Eu nunca vou saber o que aquele homem, ou talvez até a família, estava tentando fazer ao passar pelo posto de controle, mas agora sei que não tive escolha que não fosse atirar para pará-los. Em relação à segurança, eu costumava pensar que as pessoas estavam tentando me pegar, mas agora entendo que a probabilidade disso é pequena. Ainda me sinto um pouco ansioso em relação a mim, à minha mulher e, agora, à minha filha, a nos machucarmos, mas não por causa de um franco-atirador, isso é improvável. Agora eu me preocupo com as coisas que todo mundo se preocupa, com motoristas loucos, doenças ou com algum acidente. Em relação à segurança, eu costumava me preocupar que iria “explodir” e machucar a minha família. Não acho que vá fazer isso, porque nunca fiz isso, e, basicamente, esse trauma bagunçou a minha cabeça em relação à probabilidade de que eu tivesse de machucar alguém a menos que precisasse. Estou con-

fiando mais em mim em termos das decisões que tomo, e tenho um pouco mais de fé e confiança em meu governo, agora que entendo que deveria atirar naquela situação. Acho que talvez eu sempre tenha dificuldades com o poder e o controle das situações, mas estou trabalhando com não controlar tudo. O fato é que eu não tenho controle, mesmo que goste de pensar que tenho. Minha autoestima está melhorando. Tenho de me lembrar que nem tudo o que acontece de ruim é minha culpa, e mereço ser feliz mesmo que ainda não acredite totalmente nisso. Uma das maiores coisas que parece estar mudando é que estou gostando de estar próximo à minha esposa e à minha filha. Eu costumava evitar minha esposa, porque achava que não merecia ser feliz e poderia machucá-la. Aos poucos, vou entendendo que não é muito provável que eu machuque minha mulher e minha filha pequena, pelo menos intencionalmente. A minha mulher parece mais feliz agora. Eu quero aproveitar esta época de minha vida e dar uma vida boa para minha mulher e minha filha. Fico feliz que minha filha não vá conhecer alguém que acha que há franco-atiradores querendo pegá-la, e que era ansioso, evitava tudo e todos. Parece bobo, mas, de certa forma, fico feliz por ter passado por tudo isso, porque acho que, assim, vou ser um pai e uma pessoa melhores.

Tom tinha lágrimas nos olhos quando terminou de ler. A terapeuta lhe perguntou se ele se lembrava do que tinha escrito na primeira vez. Ele disse que não, então ela leu para ele a sua primeira Declaração de Impacto. Ela apontou que Tom tinha percorrido um longo caminho, e ele concordou. Os dois repassaram todo o processo terapêutico, os pontos de que tinham tratado e os pontos “travados” que Tom tinha questionado. Ele disse que ia continuar usando os formulários, porque tinham ajudado muito a pensar sobre as coisas em lugar de simplesmente reagir. Os formulários ajudaram a planejar um pouco, e a terapeuta perguntou a Tom o que ele poderia fazer se sentisse que estava enfrentando TEPT ou sintomas depressivos, ou colocando em xeque sua nova forma de pensar. Ele disse que ia mostrar os materiais à sua mulher, porque ela era muito boa para lhe ajudar a “colocar a cabeça no lugar”. Ele também incluiu em sua primeira lista uma revisão dos materiais que havia preenchido durante a terapia. A sessão de terapia terminou com uma discussão do objetivo de Tom de escrever uma carta a seu pai e aumentar o contato com seus irmãos. Ele estava planejando usar esses contatos para descobrir mais sobre as razões pelas quais seu pai era alcoolista

e parecia ter abandonado sua família. Tom também contou seu objetivo sobre o tipo de pai e marido que pretendia ser, e qual era o seu futuro profissional quando deixasse o serviço militar. A terapeuta deu os parabéns a Tom por sua disposição de fazer o árduo trabalho de se recuperar do que havia acontecido e lhe desejou o melhor. Tom expressou seu agradecimento pela terapia.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Astin, M. C., Layne, C. M., Camilleri, A. J., & Foy, D. W. (1994). Posttraumatic stress disorder in victimization-related traumata. In I. J. Briere (Ed.), *Assessing and treating victims of violence: New directions for mental health services* (pp. 39–51). San Francisco: Jossey-Bass.
- Becker, J. V., Skinner, L. J., Abel, G. G., Axelrod, R., & Cichon, J. (1984). Sexual problems of sexual assault survivors. *Women and Health*, 9, 5–20.
- Beckham, J. C., Feldman, M. E., & Kirby, A. C. (1998). Atrocities exposure in Vietnam combat veterans with chronic posttraumatic stress disorder: Relationship to combat exposure, symptom severity, guilt, and interpersonal violence. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 777–785.
- Blake, D. D., Weathers, F. W., Nagy, L. M., Kaloupek, D. G., Gusman, F. D., Charney, D. S., et al. (1995). The development of a Clinician-Administered PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 75–90.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Buckley, T. C., & Taylor, A. E. (1996). Psychophysiology of posttraumatic stress disorder related to motor vehicle accidents: Replication and extension. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 742–751.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Devine, T., Veazey, C. H., Galovski, T. E., & Mundy, E. (2003). A controlled evaluation of cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress in motor vehicle accident survivors. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 79–96.
- Bowen, G. R., & Lambert, J. A. (1986). Systematic desensitization therapy with post-traumatic stress disorder cases. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Vol. II. Traumatic stress theory, research, and intervention* (pp. 280–291). New York: Brunner/Mazel.
- Bradley, R., Greene, J., Russ, E., Dutra, L., & Westen, D. (2005). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *American Journal of Psychiatry*, 162, 214–227.
- Breslau, N., Davis, G. C., & Andreski, P. (1995). Risk factors for PTSD-related traumatic events: A prospective analysis. *American Journal of Psychiatry*, 152, 529–535.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686.

- Briere, J. (1995). *The Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Brom, D., Kleber, R. J., & Defares, P. B. (1989). Brief psychotherapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 607–612.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M., Dang, S. T., & Nixon, R. D. V. (2003). Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 706–712.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1998). A confirmatory factor analysis of posttraumatic stress symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1091–1099.
- Burt, M. R. (1980). Cultural myths and supports for rape. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38, 217–230.
- Chard, K. M. (2005). An evaluation of cognitive processing therapy for the treatment of posttraumatic stress disorder related to childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 965–971.
- Chemtob, C., Roitblat, H. L., Hamada, R. S., Carlson, J. G., & Twentyman, C. T. (1988). A cognitive action theory of post-traumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253–275.
- Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In V. M. Follette, J. I. Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive-behavioral therapies for trauma* (pp. 278–304). New York: Guilford Press.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: A phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 1067–1074.
- Cloitre, M., Petkova, E., Wang, J., & Lu Lassell, F. (2012). An examination of the influence of a sequential treatment on the course and impact of dissociation among women with PTSD related to childhood abuse. *Depression and Anxiety*, 29, 707–717.
- Cloitre, M., Stovall-McClough, K. C., Miranda, R., & Chemtob, C. M. (2004). Therapeutic alliance, negative mood regulation, and treatment outcome in child abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 411–416.
- Cox, B. J., Clara, I. P., & Enns, M. W. (2002). Posttraumatic stress disorder and the structure of common mental disorders. *Depression and Anxiety*, 15, 168–171.
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reactions to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 452–459.
- Creamer, M., Morris, P., Biddle, D., & Elliott, P. (1999). Treatment outcome in Australian veterans with combat-related posttraumatic stress disorder: A cause for cautious optimism? *Journal of Traumatic Stress*, 12, 545–558.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130, 228–260.
- Denny, N., Robinowitz, R., & Penk, W. (1987). Conducting applied research on Vietnam combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 56–66.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual-II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Devilly, G. J., & Spence, S. H. (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131–157.
- Dohrenwend, B. P., Turner, J. B., Turse, N. A., Adams, B. G., Koenen, K. C., & Marshall, R. (2006). The psychological risks of Vietnam for U.S. veterans: A revisit with new data and methods. *Science*, 313, 979–982.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319–345.
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., et al. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1024–1032.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K., & Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: The warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 995–1002.
- Falsetti, S. A., Resnick, H. S., Resick, P. A., & Kilpatrick, D. G. (1993). The Modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 16, 161–162.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Gibbon, M. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV-Patient Edition (SCID-P)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B. (1995). *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (manual)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Foa, E. B., Dancu, C. V., Hembree, E. A., Jaycox, L. H., Meadows, E. A., & Street, G. P. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training, and their combination for reducing posttraumatic stress disorder in female assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 194–200.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., Cahill, S. E., Rauch, S. A. M., Riggs, D. S., Feeny, N. C., et al. (2005). Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: Outcome at academic and community clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 953–964.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-

- traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459–473.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Rothbaum, B., Riggs, D., & Murdock, T. (1991). Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral Procedures and counseling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 715–723.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155–176.
- Frank, E., Anderson, B., Stewart, B. D., Dancu, C., Hughes, C., & West, D. (1988). Efficacy of cognitive behavior therapy and systematic desensitization in the treatment of rape trauma. *Behavior Therapy*, 19, 403–420.
- Frank, E., & Stewart, B. D. (1983). Treating depression in victims of rape. *Clinical Psychologist*, 36, 95–98.
- Frank, E., & Stewart, B. D. (1984). Depressive symptoms in rape victims: A revisit. *Journal of Affective Disorders*, 1, 269–277.
- Green, B. L. (1996). Trauma History Questionnaire. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 366–369). Lutherville, MD: Sidran.
- Griffin, M. G., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (1997). Objective assessment of peritraumatic dissociation: Psychophysiological indicators. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1081–1088.
- Griffin, M. G., Uhlmansiek, M. H., Resick, P. A., & Mechanic, M. B. (2004). Comparison of the Posttraumatic Stress Disorder Scale versus the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale in domestic violence survivors. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 497–504.
- Gutner, C., Rizvi, S. L., Monson, C. M., & Resick, P. A. (2006). Changes in coping strategies, relationship to the perpetrator, and posttraumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 813–823.
- Hoge, C. W., Auchterlonie, J. L., & Milliken, C. S. (2006). Mental health problems, use of mental health services, and attrition from military service after returning from deployment to Iraq or Afghanistan. *Journal of the American Medical Association*, 295, 1023–1032.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 351, 13–22.
- Holmes, M. R., & St. Lawrence, J. S. (1983). Treatment of rape-induced trauma: Proposed behavioral conceptualization and review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 3, 417–433.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2nd ed.). New York: Aronson.
- Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., & Williams, J. (2002). Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113–128.
- Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Vol. I. The study and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp. 15–35). New York: Brunner/Mazel.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jordan, B. K., Marmar, C. R., Fairbank, J. A., Schlenger, W. E., Kulka, R. A., Hough, R. L., et al. (1992). Problems in families of male Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 916–926.
- Keane, T. M., Brief, D. J., Pratt, E. M., & Miller, M. W. (2007). Assessment and its comorbidities in adults. In M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp. 279–305). New York: Guilford Press.
- Keane, T. M., Caddell, J. M., & Taylor, K. L. (1988). Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 85–90.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20, 245–260.
- Keane, T. M., Kolb, L. C., Kaloupek, D. G., Orr, S. P., Blanchard, E. B., Thomas, R. G., et al. (1998). Utility of psychophysiology measurement in the diagnosis of posttraumatic stress disorder: Results from a Department of Veteran's Affairs cooperative study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 914–923.
- Keane, T. M., Malloy, P. F., & Fairbank, J. A. (1984). Empirical development of an MMPI subscale for the assessment of combat-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 888–891.
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 8, 9–12.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617–627.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.
- Kilpatrick, D. G. (1983). Rape victims: Detection, assessment and treatment. *Clinical Psychologist*, 36, 92–95.
- Kilpatrick, D. G., & Amick, A. E. (1985). Rape trauma. In M. Hersen & C. Last (Eds.), *Behavior therapy casebook* (pp. 86–103). New York: Springer.

- Kilpatrick, D. G., Edmunds, C. N., & Seymour, A. K. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Freedy, J. R. (1991). *The Potential Stressful Events Interview*. Unpublished instrument, National Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina, Charleston.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E., Veronen, L. J., Best, C. L., & Von, J. M. (1987). Criminal victimization: Lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33, 479–489.
- Kilpatrick, D. G., & Veronen, L. J. (1983). Treatment for rape-related problems: Crisis intervention is not enough. In L. H. Cohen, W. L. Claiborn, & G. A. Specter (Eds.), *Crisis intervention* (pp. 165–185). New York: Human Sciences Press.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Best, C. L. (1985). Factors predicting psychological distress among rape victims. In C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: Vol. 1. The study and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp. 114–141). New York: Brunner/Mazel.
- Kilpatrick, D. G., Veronen, L. J., & Resick, P. A. (1982). Psychological sequelae to rape: Assessment and treatment strategies. In D. M. Doleys, R. L. Meredith, & A. R. Ciminero (Eds.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies* (pp. 473–497). New York: Plenum Press.
- Koss, M. P., & Harvey, M. R. (1991). *The rape victim: Clinical and community interventions* (2nd ed.). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Watson, S. B., et al. (2000). Development and preliminary validation of a brief broad-spectrum measure of trauma exposure: The Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment*, 12, 210–224.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., & Tremayne, K. J. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 3–18.
- Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., & Kelly, M. P. (2000). Validation of a brief measure of posttraumatic stress disorder: The Distressing Event Questionnaire (DEQ). *Psychological Assessment*, 12, 197–209.
- Kulka, R. A., Schlenger, W. E., Fairbank, J. A., Hough, R. L., Jordan, B. K., Marmar, C. R., et al. (1990). *Trauma and the Vietnam war generation: Report of findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner/Mazel.
- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. In J. M. Schlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90–102). Washington, DC: American Psychological Association.
- Lang, P. J. (1977). Imagery in therapy: An information processing analysis of fear. *Behavior Therapy*, 8, 862–886.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. J., Brand, B., Schmahl, C., Bremner, J. D., et al. (2010). Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 640–647.
- Lauterbach, D., & Vrana, S. R. (1996). Three studies on the reliability and validity of a self-report measure of post-traumatic stress disorder. *Assessment*, 3, 17–25.
- Lauterbach, D., Vrana, S., King, D. W., & King, L. A. (1997). Psychometric properties of the civilian version of the Mississippi PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 499–513.
- Lee, C., Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J., & Greenwald, R. (2002). Treatment of PTSD: Stress inoculation training with prolonged exposure compared to EMDR. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071–1089.
- Lester, K. M., Resick, P. A., Young-Xu, Y., & Artz, C. E. (2010). Impact of ethnicity on early treatment termination and outcomes in PTSD treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 480–489.
- Mahoney, M. J., & Lyddon, W. J. (1988). Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *Counseling Psychologist*, 16, 190–234.
- Marks, I., Lovell, K., Noshirvani, H., Livanou, M., & Thrasher, S. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 317–325.
- McCann, I. L., & Pearlman, L. A. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding the psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 131–149.
- McFall, M., Fontana, A., Raskind, M., & Rosenheck, R. (1999). Analysis of violent behavior in Vietnam combat veteran psychiatric inpatients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 501–517.
- McNair, L. D., & Neville, H. A. (1996). African American women survivors of sexual assault: The intersection of race and class. In M. Hill & E. D. Rothblum (Eds.), *Classism and feminist therapy: Counting costs* (pp. 107–118). New York: Haworth.
- Meichenbaum, D. H. (1985). *Stress inoculation training*. Elmsford, NY: Pergamon.
- Miller, M. W., Greif, J. L., & Smith, A. A. (2003). Multidimensional Personality Questionnaire profiles of veterans with traumatic combat exposure: Externalizing and internalizing subtypes. *Psychological Assessment*, 15, 205–215.
- Miller, M. W., Kaloupek, D. G., Dillon, A. L., & Keane, T. M. (2004). Externalizing and internalizing subtypes of combat-related PTSD: A replication and extension using the PSY-5 scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 113, 636–645.
- Miller, M. W., & Resick, P. A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: Implications for the understanding of complex PTSD. *Behavior Therapy*, 38, 58–71.
- Monson, C. M., Gradus, J. L., Young-Xu, Y., Schnurr, P. P., Price, J. A., Schumm, J. A. (2008). Change in post-traumatic stress disorder symptoms: Do clinicians and patients agree? *Psychological Assessment*, 20, 131–138.

- Monson, C. M., Price, J. L., & Ranslow, E. (2005, October). Treating combat PTSD through cognitive processing therapy. *Federal Practitioner*, 22(10), 75–83.
- Monson, C. M., Schnurr, P. P., Resick, P. A., Friedman, M. J., Young-Xu, Y., & Stevens, S. P. (2006). Cognitive processing therapy for veterans with military-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 898–907.
- Morland, L. A., Hynes, A. K., Mackintosh, M., Resick, P. A., & Chard, K. M. (2011). Group cognitive processing therapy delivered to veterans via telehealth: A pilot cohort. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 465–469.
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning—a re-interpretation of “conditioning” and “problem-solving.” *Harvard Educational Review*, 14, 102–148.
- National Institute of Clinical Excellence. (2005). *Post-traumatic stress disorder (PTSD): The treatment of PTSD in adults and children*. London: Author.
- Neuner, F., Schauer, M., Klaschik, C., Karunakara, U., & Elbert, T. (2004). A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an African refugee settlement. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 579–587.
- Norris, F. H. (1990). Screening for traumatic stress: A scale for use in the general population. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1704–1718.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 409–418.
- Oquendo, M. A., Friend, J. M., Halberstam, B., Brodsky, B. S., Burke, A. K., Grunebaum, M. F., et al. (2003). Association of comorbid posttraumatic stress disorder and major depression with greater risk for suicidal behavior. *American Journal of Psychiatry*, 160, 580–582.
- Orr, S. P., Lasko, N. B., Metzger, L. J., Berry, N. J., Ahern, C. E., & Pitman, R. K. (1998). Psychophysiological assessment of women with posttraumatic stress disorder resulting from childhood sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 906–913.
- Orr, S. P., Metzger, L. J., Miller, M. W., & Kaloupek, D. G. (2004). Psychophysiological assessment of PTSD. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed., pp. 289–343). New York: Guilford Press.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Altman, B., Longpre, R. E., Poire, R. E., & Macklin, M. L. (1996). Emotional processing during eye movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419–429.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Fargue, D. F., & Altman, B. (1990). Psychophysiological responses to combat imagery of Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder versus other anxiety disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 49–54.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Fargue, D. F., de Jong, J., & Claiborn, J. M. (1987). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry*, 44, 970–975.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., & Swanson, V. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus wait list in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 299–318.
- Powers, M. B., Halpern, J. M., Ferenschak, M. P., Gillihan, S. J., & Foa, E. B. (2010). A meta-analytic review of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 635–641.
- Prins, A., Ouimette, P., Kimerling, R., Camerond, R. P., Hugelshofer, D. S., Shaw-Hegwer, J., et al. (2004). The Primary Care PTSD Screen (PC-PTSD): Development and operating characteristics. *Primary Care Psychiatry*, 9, 9–14.
- Renfrey, G., & Spates, C. R. (1994). Eye movement desensitization: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 231–239.
- Resick, P. A., Galovski, T. E., Uhlmansiek, M. O., Scher, C. D., Clum, G., & Young-Xu, Y. (2008). A randomized clinical trial to dismantle components of cognitive processing therapy for posttraumatic stress disorder in female victims of interpersonal violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 243–258.
- Resick, P. A., Jordan, C. G., Girelli, S. A., Hutter, C. K., & Marhofer-Dvorak, S. (1988). A comparative outcome study of behavioral group therapy for sexual assault victims. *Behavior Therapy*, 19, 385–401.
- Resick, P. A., & Markaway, B. E. (1991). Clinical treatment of adult female victims of sexual assault. In C. R. Hollin & K. Howells (Eds.), *Clinical approaches to sex offenders and their victims* (pp. 261–284). London: Wiley.
- Resick, P. A., Monson, C. M., & Chard, K. M. (2007). *Cognitive processing therapy: Veteran/military version*. Washington, DC: Department of Veterans Affairs.
- Resick, P. A., Nishith, P., & Griffin, M. G. (2003). How well does cognitive-behavioral therapy treat symptoms of complex PTSD?: An examination of child sexual abuse survivors within a clinical trial. *CNS Spectrums*, 8, 340–355.
- Resick, P. A., Nishith, P., Weaver, T. L., Astin, M. C., & Feurer, C. A. (2002). A comparison of cognitive processing therapy, prolonged exposure and a waiting condition for the treatment of posttraumatic stress disorder in female rape victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 867–879.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1992). Cognitive processing therapy for sexual assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 748–756.
- Resick, P. A., & Schnicke, M. K. (1993). *Cognitive processing therapy for rape victims: A treatment manual*. Newbury Park, CA: Sage.
- Resick, P. A., Williams, L. F., Suvak, M. K., Monson, C. M., & Grads, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder

- among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 201–210.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, B. S., Saunders, B. E., & Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 984–991.
- Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., & Lipovsky, J. A. (1991). Assessment of rape-related posttraumatic stress disorder: Stressor and symptom dimensions. *Psychological Assessment*, 3, 561–572.
- Robins, L. N., Helzer, J. E., Croughan, J., & Ratcliff, K. S. (1981). National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: Its history, characteristics, and validity. *Archives of General Psychiatry*, 38, 381–389.
- Rosenheck, R., & Fontana, A. (1996). PTSD and community-based treatment: A commentary on “PTSD diagnosis and treatment for mental health clinicians.” *Community Mental Health Journal*, 32, 191–193.
- Rosenheck, R., Fontana, A., & Cottrol, C. (1995). Effect of clinician–veteran racial pairing in the treatment of post-traumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 555–563.
- Rothbaum, B. O., Astin, M. C., & Marsteller, F. (2005). Prolonged exposure versus eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) for PTSD rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 607–616.
- Rothbaum, B. O., & Foa, E. B. (1992). Exposure therapy for rape victims with post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapist*, 15, 219–222.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L. F., Ready, D., Graap, K., & Alarcon, R. (2001). Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with PTSD. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 617–622.
- Saunders, B. E., Arata, C. M., & Kilpatrick, D. G. (1990). Development of a crime-related posttraumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist–90–Revised. *Journal of Traumatic Stress*, 3, 439–448.
- Schindler, F. E. (1980). Treatment by systematic desensitization of a recurring nightmare of a real life trauma. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 53–54.
- Schnurr, P. P., Friedman, M. J., Engel, C. C., Foa, E. B., Shea, T., Chow, B. K., et al. (2007). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 297, 820–830.
- Shalev, A. Y., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (1992). Psychophysiologic response during script-driven imagery as an outcome measure in posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53, 324–326.
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211–217.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shay, J., & Munroe, J. (1999). Group and milieu therapy for veterans with complex posttraumatic stress disorder. In P. A. Saigh & J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 391–413). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Silverman, D. (1977). First do no more harm: Female rape victims and the male counselor. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 91–96.
- Street, A. E., Gradus, J. L., Vogt, D. S., Giasson, H. L., & Resick, P. A. (2013). Gender differences among veterans deployed in support of the wars in Afghanistan and Iraq. *Journal of General Internal Medicine*, 28(Suppl. 2), 556–562.
- Sutker, P. B., Uddo-Crane, M., & Allain, A. N. (1991). Clinical and research assessment of posttraumatic stress disorder: A conceptual overview. *Psychological Assessment*, 3, 520–530.
- Tarrier, N., Pilgrim, H., Sommerfield, C., Faragher, B., Reynolds, M., Graham, E., et al. (1999). A randomized trial of cognitive therapy and imaginal exposure in the treatment of chronic posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 13–18.
- Tarrier, N., & Sommerfield, C. (2004). Treatment of chronic PTSD by cognitive therapy and exposure: 5-year follow-up. *Behavior Therapy*, 35, 231–246.
- Taylor, S., Kuch, K., Koch, W. J., Crockett, D. J., & Passey, G. (1998). The structure of posttraumatic stress symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 154–160.
- Taylor, S., Thordarson, D. S., Maxfield, L., Fedoroff, I. C., Lovell, K., & Orgodniczuk, J. (2003). Comparative efficacy, speed, and adverse effects of three PTSD treatments: Exposure therapy, EMDR, and relaxation training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 330–338.
- Tolin, D. F., & Foa, E. B. (2006). Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 959–992.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2001). *Mental health: A report of the Surgeon General*. Washington, DC: Author.
- U.S. Departments of Veterans Affairs and Defense. (2010). *VA/DoD clinical practice guideline for the management of PTSD*. Washington, DC: Author. van Etten, M. L., & Taylor, S. (1998). Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126–144.
- Vogt, D., Smith, B., Elwy, R., Martin, J., Schultz, M., Draim, M.-L., et al. (2011). Predeployment, deployment, and postdeployment risk factors for posttraumatic stress symptomatology in female and male OEF/OIF veterans. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 819–831.

- Vrana, S., & Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289–302.
- Weathers, F. W., Blake, D. D., Schnurr, P. P., Kaloupek, D. G., Marx, B. P., & Keane, T. M. (2013). *Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5*. Washington, DC: U.S. Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder.
- Weathers, F., Litz, B. T., Herman, D. S., Huska, J. A., & Keane, T. M. (1993, October). *The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity, and diagnostic utility*. Presentation at the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (1999). Psychological assessment of traumatized adults. In P. A. Saigh & J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 219–247). Boston: Allyn & Bacon.
- Weathers, F. W., Keane, T. M., & Davidson, J. R. (2001). Clinician-Administered PTSD Scale: A review of the first ten years of research. *Depression and Anxiety*, 13, 132–156.
- Weathers, F. W., Litz, B., Keane, K. M., Palmieri, P. A., Marx, B., & Schnurr, P. P. (2013). *PTSD Checklist–5*. Washington, DC: U.S. Veterans Affairs National Center for Posttraumatic Stress Disorder.
- Weathers, F. W., Ruscio, A. M., & Keane, T. M. (1999). Psychometric properties of nine scoring rules for the Clinician-Administered Posttraumatic Stress Disorder Scale. *Psychological Assessment*, 11, 124–133.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale–Revised. In J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 399–411). New York: Guilford Press.
- Wilson, A. E., Calhoun, K. S., & Bernat, J. A. (1999). Risk recognition and trauma-related symptoms among sexually revictimized women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 705–710.
- Wilson, D., Silver, S. M., Covi, W., & Foster, S. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and automatic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 219–229.
- Wolf, E. J., Lunney, C. A., Miller, M. W., Resick, P. A., Friedman, M. J., & Schnurr, P. P. (2012). The dissociative subtype of PTSD: A replication and extension. *Depression and Anxiety*, 29, 679–688.
- Zoellner, L. A., Feeny, N. C., Fitzgibbons, L. A., & Foa, E. B. (1999). Response of African American and Caucasian women to cognitive behavioral therapy for PTSD. *Behavior Therapy*, 30, 581–595.

CAPÍTULO 3

TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

Richard G. Heimberg

Leanne Magee

Muitas pessoas são bastante tímidas e um tanto inibidas. Por isso, o sofrimento associado ao transtorno de ansiedade social costuma ser minimizado como uma característica comum na população, que não requer a artilharia pesada dos tratamentos formalizados (sejam tratamentos com drogas, sejam psicológicos). Nada poderia estar mais distante da verdade. Para membros de um segmento muito grande da população com ansiedade social debilitante (mais de 12%, e aumentando), em algum momento da vida, o processo aparentemente simples de interagir com outras pessoas ou formar relacionamentos causa um terror avassalador, muitas vezes evitado. Os efeitos em termos de profissão e qualidade de vida podem ser devastadores. Este capítulo examina a mais recente aplicação de um tratamento psicológico estabelecido para o transtorno de ansiedade social. Assim como acontece cada vez mais com a nova geração de intervenções psicológicas, a terapia cognitivo-comportamental se mostrou bem melhor do que intervenções psicológicas igualmente confiáveis, mas menos dirigidas, e seu efeito é cada vez mais poderoso com o passar do tempo. Como tal, esse tratamento está entre os melhores da nova geração de tratamentos psicológicos caracterizados por força e especificidade. O caso de “Josie”, com um relato do seu progresso no seguimento de cinco anos, que é novo nesta edição, também ilustra a maturidade e a sofisticação clínica dessa abordagem extraordinária à ansiedade social. — D. H. B.

O *National Comorbidity Survey Replication Study* (NCS-R), que avaliou mais de 9 mil pessoas não institucionalizadas nos Estados Unidos, concluiu que 12,1% delas têm transtorno de ansiedade social em algum momento de suas vidas (Kessler et al., 2005). Nessa pesquisa, o transtorno de ansiedade social (também conhecido como fobia social, Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers e Stein, 2000) foi o quarto transtorno psiquiátrico mais comum, sendo mais prevalentes apenas o transtorno depressivo maior, o abuso de álcool e a fobia específica. Estimativas mais conservadoras de prevalência ao longo da vida sugerem que a ansiedade social clinicamente significativa afeta uma fatia relevante da população, embora modesta, cerca de 4% (Narrow, Rae, Robins e Regier, 2002).

Quando o transtorno de ansiedade social foi incluído pela primeira vez nas categorias de diagnóstico na terceira edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-III; Ame-

rican Psychiatric Association, 1980), pensava-se que ele resultava de um prejuízo mínimo às funções da pessoa. Desde então, as pesquisas revelaram que o transtorno de ansiedade social pode gerar muita incapacidade. A ampla maioria das pessoas com o transtorno relata que seu funcionamento profissional, acadêmico e social em geral foi seriamente prejudicado por seus medos (Acarturk, de Graaf, van Straten, ten Have e Cuijpers, 2008; Aderka et al., 2012; Katzelnick et al., 2001; Schneier et al., 1994). Em comparação com pessoas não ansiosas, indivíduos com transtorno de ansiedade social informam menos ter amigos e namorados (Rodebaugh, 2009; Wenzel, 2002), e têm menor probabilidade de se casar, mesmo em comparação a pessoas com outros transtornos de ansiedade. Em um estudo, apesar de uma idade média que está nos 30 e poucos anos, 50% dos indivíduos com transtorno de ansiedade social nunca se casaram, em comparação com 36% das pessoas com transtorno de pânico e agorafobia e 18% das que têm

transtorno de ansiedade generalizada (Sanderson, Di Nardo, Rapee e Barlow, 1990). Em outro estudo, as pessoas com transtorno de ansiedade social tiveram maior probabilidade do que as equivalentes não ansiosas de trabalhar em um emprego abaixo de seu grau de instrução e acreditar que seus supervisores não confiavam que elas eram adequadas ao ambiente de trabalho (Bruch, Fallon e Heimberg, 2003). Os sintomas de ansiedade social também estão associados a baixos níveis de satisfação na vida, mesmo depois de levar em conta o nível de deficiências causado por esses sintomas (Hambrick, Turk, Heimberg, Schneier e Liebowitz, 2003).

O transtorno de ansiedade social começa mais comumente durante o início da infância ou na adolescência (Schneier; Johnson, Hornig, Liebowitz e Weissman, 1992), e geralmente segue um rumo contínuo em amostras clínicas (Bruce et al., 2005). Mesmo assim, a maioria dos indivíduos com transtorno de ansiedade social não busca tratamento a menos que desenvolva um outro transtorno (Schneier et al., 1992). Em contraste, as taxas de remissão têm sido mais altas nas amostras epidemiológicas do que em amostras clínicas (Blanco et al., 2011; Vriends, Becker, Meyer, Williams, et al., 2007).

Cerca de 70 a 80% das pessoas que têm transtorno de ansiedade social cumprem os critérios de outros diagnósticos, e na maioria dos casos, o transtorno de ansiedade social é anterior ao início do problema comórbido (W.J. Magee, Eaton, Wittchen, McGonagle e Kessler, 1996; Schneier et al., 1992). Em amostras da comunidade, os diagnósticos adicionais mais comuns são fobia específica, agorafobia, depressão grave e transtornos relacionados ao uso de álcool (W.J. Magee et al., 1996; Schneier et al., 1992). Em comparação com indivíduos com transtorno de ansiedade social não complicado, as pessoas com esse transtorno e outras comorbidades têm taxas mais altas de tentativas de suicídio, maior probabilidade de informar prejuízos importantes às funções e usam com maior frequência medicação para controlar seus sintomas (W.J. Magee et al., 1996; Schneier et al., 1992).

A comorbidade também está associada a prejuízos mais graves antes e depois da terapia cognitivo-comportamental (TCC), embora os indivíduos com e sem comorbidades tenham ganhos semelhantes (Erwin, Heimberg, Juster e Mindlin, 2002). Os transtornos de humor comórbidos parecem ter uma associação mais alta com o prejuízo do que os transtornos de ansiedade comórbidos (Erwin et al., 2002).

SUBTIPOS DE TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL E TRANSTORNO DA PERSONALIDADE EVITATIVA

Pessoas com ansiedade social compõem um grupo heterogêneo em termos de penetração e gravidade dos seus medos. Muitas pessoas têm um leque de medos sociais, incluindo medos relacionados a interação social (p. ex., namorar, participar de uma conversa, ser assertivo), medos relacionados a desempenho (p. ex., falar em público, tocar um instrumento musical na frente dos outros) e medos relacionados a observação (p. ex., trabalhar na frente dos outros, andar na rua). Em edições anteriores do DSM, isso era chamado de subtipo *generalizado* de ansiedade social, termo que está ausente no DSM-5. Em vez disso, o DSM-5 inclui um subtipo relacionado *apenas a desempenho*, refletindo indivíduos para os quais o medo se restringe a falar ou atuar em público (American Psychiatric Association, 2013).

Em relação ao subtipo relacionado apenas a desempenho do DSM-5, ter ansiedade social em muitas situações foi associado a idade precoce para início do problema, ao desempenho educacional inferior, a índices mais altos de desemprego e a uma probabilidade maior de não ser casado (Heimberg, Hope, Dodge e Becker, 1990; Mannuzza et al., 1995). Esse grupo também experimenta mais depressão, ansiedade social, evitação, medo de avaliação negativa e prejuízos funcionais (p. ex., Brown, Heimberg e Juster, 1995; Herbert, Hope e Bellack, 1992; Turner, Beidel e Townsley, 1992). Não obstante, após a TCC, os pacientes que têm medo de muitas situações sociais melhoram tanto quanto os que têm medo apenas de situações de desempenho (Brown et al., 1995; Hope, Herbert e White, 1995; Turner; Beidel, Wolff, Spaulding e Jacob, 1996). Contudo, por começarem o tratamento com maior prejuízo, os pacientes com vários medos sociais permanecem com maior prejuízo após receber o mesmo número de sessões de tratamento. Sendo assim, essas pessoas podem precisar de um tratamento mais longo para chegar a resultados semelhantes aos dos pacientes com o subtipo relacionado apenas a desempenho. No entanto, não está claramente estabelecido que o regime de subtipos do DSM-5 fornece mais informações do que uma simples contagem do número de situações sociais temidas (Vriends, Becker, Meyer, Michael e Margraf, 2007).

Com exceção do subtipo apenas de desempenho, o transtorno de ansiedade social tem muitas

características em comum com transtorno da personalidade evitativa (TPE). No atual sistema de diagnóstico, o TPE é caracterizado por um longo padrão “de inibição social, sentimentos de inadequação e hipersensibilidade à avaliação negativa” (American Psychiatric Association, 2013, p. 672). Considerando-se a semelhança entre as descrições dos dois transtornos, não é de estranhar que muitos indivíduos que cumprem os critérios para o transtorno de ansiedade social também cumpram os de TPE. Em amostras clínicas e de comunidade (Cox, Pagura, Stein e Sareen, 2009; Huppert, Strunk, Ledley, Davidson e Foa, 2008; Marques et al., 2012), indivíduos que cumpriram os critérios de transtorno de ansiedade social e TPE eram mais deprimidos e demonstravam maior dificuldade funcional e pior qualidade de vida. No entanto, em um estudo, essas diferenças desapareceram quando a gravidade da ansiedade social foi controlada (Chambless, Fydrich e Rodebaugh, 2008). A descrição mais parcimoniosa da relação entre transtorno de ansiedade social e TPE pode ser a de que eles não são transtornos diferentes, e que as pessoas que atendem aos critérios de ambos são simplesmente as que têm os prejuízos mais graves entre as que têm transtorno de ansiedade social (Chambless et al., 2008; Heimberg, Holt, Schneier, Spitzer e Liebowitz, 1993). Com relação aos resultados do tratamento, alguns estudos concluíram que pacientes com e sem TPE comórbido têm ganhos semelhantes (Brown et al., 1995; Hofmann, Newman, Becker, Taylor e Roth, 1995; Hope, Herbert, et al., 1995), embora outros tenham concluído que o TPE está associado a pior resposta ao tratamento (Chambless, Tran e Glass, 1997; Feske, Perry, Chambless, Renneberg e Goldstein, 1996), apesar de mais melhoras no início do processo de tratamento em um estudo (Huppert et al., 2008). Assim como os que cumprem os critérios para transtorno de ansiedade social, os pacientes com TPE podem demandar um tratamento longo para ter um resultado ideal.

VISÃO GERAL DA LITERATURA SOBRE RESULTADOS DO TRATAMENTO

Os pesquisadores investigaram a eficácia de uma ampla gama de tratamentos para transtorno de ansiedade social, incluindo treinamento de habilidades sociais, terapia cognitiva, treinamento para relaxamento, exposição, psicoterapia interpessoal, psicoterapia de apoio de orientação dinâmica e várias farmacoterapias. Esta revisão examina apenas estudos que testaram a eficácia de tratamento combinando exposição e terapia cognitiva. A combinação de exposição e reestruturação cognitiva tem sido a forma mais estudada de intervenção psicossocial para transtorno de ansie-

dade social e representa o foco de intervenção descrita neste capítulo (revisões mais amplas da literatura sobre resultados de tratamento podem ser encontradas em Pontoski, Heimberg, Turk e Coles, 2010; Wong, Gordon e Heimberg, 2012).

Os pesquisadores têm tentado muitas vezes demonstrar que a eficácia da exposição é aumentada ao se acrescentar a reestruturação cognitiva. Os resultados dessas iniciativas são heterogêneos. Uma metanálise realizada por Powers, Sigmarsson e Emmelkamp (2008) não revelou mais benefícios em se acrescentar reestruturação cognitiva à exposição. No entanto, uma metanálise mais recente feita por Ougrin (2011) demonstrou uma diferença significativa em favor dessa combinação, avaliada tanto imediatamente após o tratamento quanto em avaliações de seguimento. Essa diferença ficou clara no tratamento de transtorno da ansiedade social, mas não no tratamento de outros transtornos de ansiedade.

Heimberg, Dodge e colaboradores (1990) realizaram o primeiro teste controlado de seu tratamento em grupo para transtorno de ansiedade social, que inclui exposição, reestruturação cognitiva e tarefas de casa (i. e., terapia cognitivo-comportamental em grupo [TCCG]). Esse tratamento foi comparado a um tratamento de controle de atenção que incluiu educação sobre transtorno de ansiedade social e terapia de apoio não diretiva em grupo. Os participantes da TCCG informaram sentir menor ansiedade durante um teste comportamental individualizado e tiveram maior probabilidade de ser classificados como melhores por um avaliador clínico do que os participantes do grupo-controle. Um estudo de seguimento de cinco anos de um subconjunto de participantes da amostra original indicou que os indivíduos que tinham recebido TCCG tinham maior probabilidade de manter seus ganhos do que os participantes da atenção controlada (Heimberg, Salzman, Holt e Blendell, 1993).

Em uma análise de componentes da TCCG, Hope, Heimberg, e Bruch (1995) relataram que esta e a exposição isolada foram ambas mais eficazes do que um controle de lista de espera. No pós-teste, havia evidências de que a condição de exposição isolada era mais eficaz do que TCCG, mas essas diferenças desapareceram depois de seis meses de seguimento.

Em um estudo em dois centros, 133 pacientes foram designados aleatoriamente para receber TCCG, o inibidor da monoaminoxidase fenelzina, placebo ou psicoterapia de controle de atenção desenvolvida por Heimberg, Dodge e colaboradores (1990; Heimberg et al., 1998). No pós-teste, avaliadores independentes consideraram que 21 entre os 28 indivíduos que completaram a TCCG (75%; 58% da amostra com

intenção de tratar, IT) e 20 dos 26 que completaram a fenelzina (77%; 65% da amostra IT) como tendo respondido ao tratamento. As taxas de resposta para pacientes de fenelzina e a TCCG foram significativamente melhores do que para os pacientes que receberam o placebo ou a psicoterapia de controle de atenção. Na segunda fase desse estudo, os pacientes que responderam à TCCG ou fenelzina continuaram por mais seis meses de tratamento de manutenção e um período de seis meses de seguimento (Liebowitz et al., 1999). No fim do estudo, 50% dos pacientes que previamente haviam respondido ao tratamento, tendo recebido fenelzina, tiveram recaída, comparados a somente 17% dos que receberam TCCG.

Outro estudo examinou a eficácia apenas da TCCG, em comparação à fenelzina, e em combinação com a fenelzina (Blanco et al., 2010). As taxas de resposta no pós-teste sugeriram que o tratamento combinado foi superior ao placebo, mas a TCCG e a fenelzina isoladas não diferiram entre si, do tratamento combinado ou do placebo. No entanto, outro exame sugeriu que a fenelzina era muitas vezes superior à TCCG nessas análises de curto prazo, o que não é coerente com as conclusões de Heimberg e colaboradores (1998).

Dois estudos compararam a TCCG a tratamentos baseados em atenção e aceitação e *mindfulness*. Koszyski, Benger, Shilk e Bradwejn (2007) compararam a TCCG à redução do estresse baseada em *mindfulness* (MBSR; Kabat-Zinn, 1990). Nesse estudo, a MBSR incluiu oito sessões em grupo de 2 horas e 30 minutos e um dia inteiro de retiro para meditação. Ambos os tratamentos produziram melhorias no humor, funcionamento e qualidade de vida; no entanto, a TCCG foi associada a reduções significativamente maiores na ansiedade social autoavaliada e avaliada por clínicos, bem como maiores taxas de resposta e remissão. Piet, Hougaard, Hecksher e Rosenberg (2010) compararam TCCG a terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (MBCT; Segal, Williams e Teasdale, 2002) em adultos jovens socialmente ansiosos com idades entre 18 e 25 anos. Usando um delineamento cruzado, os participantes foram distribuídos aleatoriamente a oito sessões de 2 horas de MBCT em grupo e 12 sessões de 2 horas de TCCG. A MBCT produziu efeitos moderados ($d = 0,78$), que foram menores, mas não significativamente diferentes do que os produzidos por TCCG ($d = 1,15$), e os participantes continuaram a melhorar durante os seis meses de seguimento.

Recentemente, foi realizado um estudo controlado de lista de espera com uma versão administrada individualmente desse tratamento (Ledley et

al., 2009). O tratamento cognitivo-comportamental individual teve constantemente um resultado melhor do que a lista de espera, assim como a autoavaliação e as escalas aplicadas por profissionais para ansiedade social. Os tamanhos de efeito foram grandes e houve poucas desistências. Essas conclusões positivas foram replicadas, em sua essência, por Goldin e colaboradores (2012) em uma amostra independente.

Os estudos controlados da terapia cognitiva (TC) de Clark para transtorno de ansiedade social também tiveram grandes tamanhos de efeito e parecem promissores. A TC inclui exposição e reestruturação cognitiva com ênfase na identificação e na eliminação de comportamentos de segurança. Na TC, terapeuta e paciente criam uma conceituação personalizada dos fatores que servem para manter a ansiedade social do primeiro (p. ex., seus pensamentos idiossincráticos, imagens, comportamentos de segurança e estratégias de atenção). Ao longo da terapia, as autorrepresentações negativamente distorcidas do paciente são modificadas usando *feedback* em vídeo, no qual o desempenho previsto é comparado ao real. Além disso, o terapeuta incentiva o deslocamento da atenção das experiências internas aversivas (i. e., sintomas de ansiedade) para a tarefa. A TC demonstrou eficácia para indivíduos com transtorno de ansiedade social (Clark et al., 2003; 2006), bem como superioridade em relação à terapia interpessoal (Stangier, Schramm, Heidenreich, Berger e Clark, 2011). Os ganhos obtidos durante a TC foram mantidos ao ser avaliada após cinco anos (Mörtberg, Clark e Bejerot, 2011).

Em resumo, parece que um pacote combinado de exposição e reestruturação cognitiva é uma intervenção eficaz para o transtorno de ansiedade social. Dado o número limitado de estudos e os resultados heterogêneos, é mais difícil saber se é mais eficaz do que a exposição isolada. Contudo, mais importante para os profissionais são as crescentes evidências de que três entre quatro pacientes com transtorno de ansiedade social provavelmente terão mudanças clínicas significativas depois de um estudo razoavelmente intenso de exposição e reestruturação cognitiva combinadas.

UM MODELO COGNITIVO-COMPORTAMENTAL INTEGRADO PARA O TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

O modelo cognitivo-comportamental integrado desenvolvido por Rapee e Heimberg (1997), que descreve como os indivíduos com transtorno de ansiedade social processam a informação ao se deparar com uma situação com potencial para avaliação negativa foi atualizado recentemente por Heimberg, Brozovich

e Rapee (2010). O processo começa quando a pessoa socialmente ansiosa está na presença de público. O termo *público* capta o sentido que os indivíduos socialmente ansiosos têm de estar *no palco* na presença de outras pessoas, seja em uma fala, uma interação social ou outra situação em que a pessoa possa ser observada por outras. Pessoas socialmente ansiosas percebem esse público como inerentemente crítico (p. ex., Leary, Kowalski e Campbell, 1988) e com padrões aos quais elas provavelmente não corresponderiam (p. ex., Wallace e Alden, 1991).

Na presença de um público, os indivíduos socialmente ansiosos constroem uma representação mental de como parecem a outras pessoas. Essa representação mental de si compreende imagens negativas e distorcidas na qual se vê da perspectiva de um observador (Hackmann, Surawy e Clark, 1998). Concluiu-se que essas imagens estão relacionadas a memórias de eventos sociais adversos, como sofrer agressões e provocações (Hackmann, Clark e McManus, 2000). Por exemplo, uma paciente descreveu as provocações implacáveis que sofreu de colegas quando era adolescente, por ser alta e muito magra. Embora fosse uma adulta atraente na época do tratamento, ela ainda descrevia sua aparência como *desajeitada, esquisita e feia*. As pesquisas também mostraram que indivíduos ansiosos classificam seu próprio comportamento social com mais rigidez do que observadores objetivos (Rapee e Lim, 1992; Stopa e Clark, 1993) e superestimam a visibilidade de sua ansiedade em relação a classificações de observadores objetivos (Bruch, Gorsky, Collins e Berger, 1989; Norton e Hope, 2001). Sem dúvida, essas crenças têm um impacto negativo na imagem que eles fazem de como são aos olhos dos outros. A imagem que têm de si é ainda influenciada por sinais internos (p. ex., sensações somáticas de sudorese podem produzir imagens de suor pingando no rosto da pessoa) e sinais externos, como as reações de outros (p. ex., alguém que olhe as roupas da pessoa e franza a testa pode fazê-la se sentir desalinhada).

Crenças de que são inaceitáveis aos outros, de que as outras pessoas são inerentemente críticas e que a avaliação dos outros é extremamente importante motivam os indivíduos com transtorno de ansiedade social a estar hipervigilantes em busca de indicações precoces de desaprovação (p. ex., franzir a testa, bocejar) e aspectos de seu próprio comportamento e aparência que possam evocar avaliação negativa (fazer um comentário bobo, não estar vestido adequadamente, tremer visivelmente). A divisão dos recursos de atenção entre ameaças sociais externas, a representação mental (distorcida) de si aos olhos dos outros e as demandas da atual tarefa social *podem* resultar em déficits reais de desempenho (os quais, por sua vez,

podem gerar avaliação social negativa). Com efeito, as pessoas socialmente ansiosas operam a partir do equivalente a um paradigma de múltiplas tarefas, que aumenta a probabilidade de desempenho social ruim (MacLeod e Mathews, 1991). Sendo assim, as tarefas sociais complexas têm maior probabilidade do que as menos complexas de resultar em mau desempenho, devido aos recursos de processamento limitados.

As pessoas com transtorno de ansiedade social também tentam prever os padrões que o público vai aplicar a elas na situação em questão. As características do público (p. ex., importância, atratividade) e da situação (informal ou formal) influenciam os padrões projetados do público. Então, as pessoas que têm transtorno de ansiedade social tentam julgar até onde sua representação mental atual sobre seu comportamento e sua aparência corresponde aos padrões preditivos do público. É claro, dado o viés negativo presente em suas representações mentais de si mesmas, elas provavelmente concluirão que estão aquém das expectativas do público, e as consequências sofridas prováveis são perda de *status* social e rejeição. Os indicadores negativos resultam em sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos de ansiedade, que acabam por realimentar a representação mental de viés negativo sobre a forma como os outros às veem e perpetuam o ciclo de ansiedade.

Uma recente mudança importante no modelo aborda o que se considera o medo central no transtorno de ansiedade social, geralmente caracterizado como medo de avaliação negativa. No entanto, pesquisas recentes sugerem que indivíduos socialmente ansiosos temem *qualquer* avaliação, seja ela negativa ou positiva (p. ex., Weeks, Heimberg, Rodebaugh e Norton, 2008). O medo de avaliação positiva (FPE) pode surgir quando o desempenho social bem sucedido ativa a crença de que os outros esperarão sucesso continuado em futuras interações sociais, mas a pessoa duvida de sua capacidade de atender a essas expectativas elevadas. No entanto, o construto do FPE é derivado de um modelo evolutivo do transtorno de ansiedade social, que postula que os indivíduos socialmente ansiosos trabalham para manter seu (baixo) *status* social ao não chamar a atenção para si (Gilbert, 2001). Dessa forma, não arriscam perder o *status* nem têm que se envolver em conflito com outros mais poderosos para defender qualquer *status* social elevado que possam ter alcançado. A atualização para o modelo de Rapee-Heimberg reflete essa linha de pensamento e o modelo agora postula que as pessoas socialmente ansiosas temem e atendem a sinais de avaliação, independentemente da valência. O modelo atualizado por Heimberg e colaboradores (2010) é apresentado na Figura 3.1. Veja o capítulo daquele livro para uma explicação mais completa das revisões do modelo original.

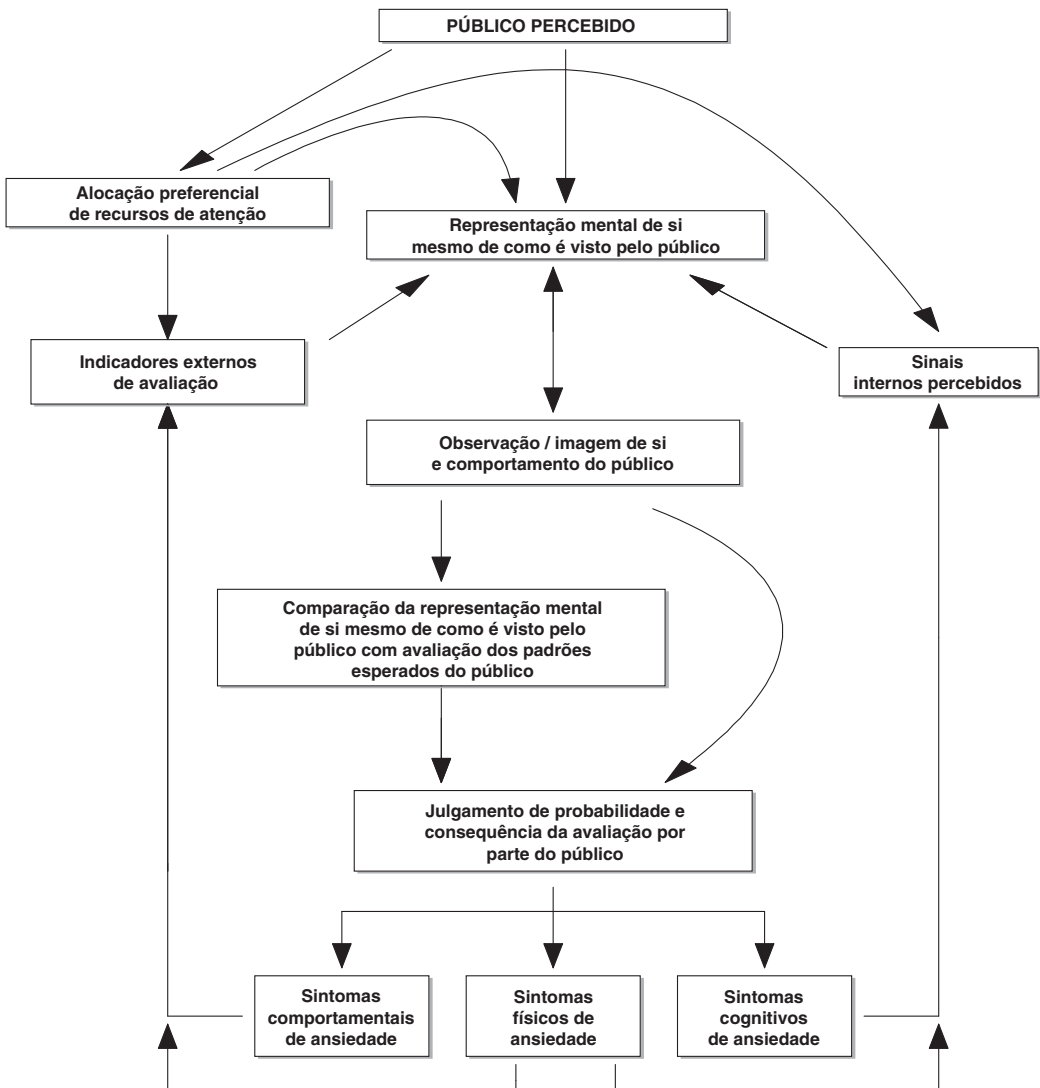


FIGURA 3.1 Modelo atualizado do transtorno de ansiedade social. De Heimberg, Brozovich e Rapee (2010, Figura 15.2, p. 416). Direitos autorais de 2010, Elsevier Science Ltd. Reimpressa com permissão.

FUNDAMENTAÇÃO DO TRATAMENTO DO PONTO DE VISTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

O centro de nossa abordagem ao tratamento é a integração da exposição e da reestruturação cognitiva (Heimberg e Becker, 2002; Hope, Heimberg e Turk, 2010a, 2010b). A exposição é benéfica por várias razões que são informadas ao paciente. Um dos aspectos mais importantes da exposição é a oportunidade de testar as crenças disfuncionais (p. ex., “Eu vou ficar ansioso demais para terminar a palestra”) e gerar

formas mais realistas de entender a si e aos outros (p. ex., “Posso continuar a palestra, mesmo que esteja ansioso”).

A exposição também permite que os pacientes vivenciem a redução natural da ansiedade ligada a permanecer em uma situação temida por um tempo longo em várias ocasiões (ou seja, habituação). Por fim, a exposição permite que os pacientes pratiquem habilidades há muito evitadas (convidar alguém para sair, ser assertivo) e desenvolver comportamentos coerentes com seus objetivos pessoais (jogar conver-

sa fora com as pessoas hoje pode levar a amizades no futuro).

A reestruturação cognitiva também é importante por várias razões que são informadas aos pacientes. Eles aprendem a tratar seus pensamentos e crenças que geram ansiedade como hipóteses e a explorar se essas são formas mais úteis ou realistas de ver a situação, a si mesmo e aos outros. À medida que passam a considerar as situações sociais menos ameaçadoras, muitas vezes estão mais dispostos a confrontar essas situações em exposições. Mais do que isso, tratar das cognições disfuncionais muitas vezes libera recursos de atenção que podem ser usados para aumentar o foco na tarefa social em questão e potencialmente melhorar o desempenho. A reestruturação cognitiva também pode ajudar os pacientes a receber o crédito pelos êxitos e enfrentar decepções após as exposições. O uso de habilidades cognitivas para dispersar o processamento posterior a eventos pode ser especialmente importante, já que a ruminação depois de um evento que gera ansiedade está associada a mais ansiedade inicial antes de outro evento que provoque ansiedade (para uma revisão, ver Brozovich e Heimberg, 2008). Por fim, à medida que as avaliações dos pacientes acerca do perigo inerente em situações sociais se tornam mais realistas, seus sintomas fisiológicos de ansiedade também costumam diminuir.

As exposições em sessão, com a reestruturação cognitiva ocorrendo antes, durante e depois de cada exposição, são particularmente cruciais. Com estímulo suave e apoio emocional por parte do terapeuta, os pacientes muitas vezes se dispõem a realizar na sessão comportamentos que evitaram fora dela por muitos anos. As exposições bem-sucedidas na sessão podem dar aos pacientes a confiança e a motivação para experimentar esses comportamentos na vida real. Essas exposições também podem ser mais facilmente graduadas do que as exposições *in vivo*. Por exemplo, um paciente que tenha horror de falar formalmente em público pode fazer uma primeira exposição em sessão que consista em ler em voz alta, sentado, um artigo de uma revista. A exposição seguinte pode ser ficar em pé enquanto lê o artigo em voz alta e, depois, responder a perguntas de um público pequeno. As exposições em sessão também dão ao terapeuta a oportunidade de ensinar ao paciente os princípios da exposição eficaz, como permanecer em uma situação temida por um tempo prolongado, sem evitação, mesmo se a ansiedade aumentar. As exposições em sessão também permitem que o terapeuta observe em primeira mão algum comportamento evitativo sutil (comportamentos de segurança) que o paciente possa empregar para administrar a ansiedade. Por exem-

plo, um paciente que tenha medo de ser rejeitado por outras pessoas se elas se aproximarem dele pessoalmente pode fazer muitas perguntas a um parceiro de conversa sem revelar qualquer informação pessoal. Um paciente com medo da reação dos outros à sua fala pode nunca tirar os olhos das anotações, para que nunca tenha de ver rostos entediados ou críticos (e, é claro, também perde a chance de ver algum rosto interessado ou que aprove). Como observado por Clark e Wells (1995), esses comportamentos de segurança são essencialmente tentativas de evitar resultados temidos, mas podem ter o efeito involuntário de fazer as pessoas parecerem esquisitas socialmente e aumentar a probabilidade de reações negativas delas. Além disso, os pacientes não aprendem que poderiam ter administrado da mesma forma a situação social, quando não melhor, sem os comportamentos de segurança. As exposições em sessão dão ao terapeuta a oportunidade de apontar esses comportamentos e estabelecer esses objetivos para a próxima exposição, que envolvam enfrentar integralmente a situação temida (p. ex., olhar o público enquanto fala, revelar informações pessoais enquanto fala). As exposições em sessão também dão a oportunidade para que os pacientes recebam avaliação direta sobre seu desempenho de uma forma que muitas vezes não é possível na vida real. Por exemplo, uma paciente que acredite que treme tanto quando fala em público que os outros têm pena dela pode perguntar a quem lhe escuta quanto se notava seu tremor e o que pensaram dela (raras vezes o público responde que sentiu pena de uma pessoa ansiosa).

Por fim, as exposições em sessão dão a oportunidade ao terapeuta de ajudar os pacientes a aplicar habilidades de reestruturação cognitiva a uma situação real que provoque ansiedade. Uma vez começadas essas exposições, o trabalho de casa é confrontar situações semelhantes fora da sessão. Assim como acontece com as exposições em sessão, os pacientes devem realizar atividades de reestruturação cognitiva antes, durante e depois de cada exposição *in vivo*.

VARIÁVEIS RELACIONADAS AO TRATAMENTO

Tratamento em grupo comparado a tratamento individual

O tratamento do transtorno de ansiedade social tem sido realizado com mais frequência em formato de grupo (p. ex., Blanco et al., 2010; Heimberg, Dodge, et al., 1990; Heimberg et al., 1998), no qual se identificou uma série de vantagens em relação ao formato individual. Ele dá oportunidades para a aprendizagem indireta, proporciona apoio de outras pessoas com problemas semelhantes, disponibilidade de múltiplos parceiros para dramatização, exposição informal ge-

rada pela participação em grupo e várias pessoas para oferecer evidências que contrariem o pensamento distorcido (Heimberg e Becker, 2002; Sank e Shaffer, 1984). Não obstante, o formato de grupo também tem uma série de desvantagens potenciais. O tratamento não pode começar até que se reúna um grupo de aproximadamente seis pacientes, o que significa que os primeiros indivíduos a chegar ao grupo terão de esperar um bom período até começar o tratamento. Algumas dessas pessoas perdem a motivação e desistem antes que o grupo comece. O tratamento em grupo também dá menos flexibilidade para recuperar sessões perdidas. Embora possibilite a aprendizagem indireta, esse benefício pode ser prejudicado pelo reduzido tempo disponível para as necessidades idiossincráticas de cada paciente. Clinicamente, alguns parecem perder o estímulo ao verem outros membros do grupo avançar em um ritmo mais rápido do que o seu. Além disso, mesmo quando se tomam iniciativas para selecionar membros potenciais, o grupo pode incluir um paciente que seja dominador, agressivo e difícil de administrar em algum outro aspecto, e ele pode ter um impacto negativo sobre o grupo. Por fim, alguns indivíduos nunca se habituem totalmente ao *setting* de grupo e sua ansiedade pode prejudicar a capacidade de processar a informação durante as sessões.

Há poucos dados disponíveis que comparem os resultados das terapias individual e de grupo. Em sua metanálise, Powers e colaboradores (2008) informaram que intervenções cognitivo-comportamentais em grupo e individuais para transtorno de ansiedade social tiveram tamanhos de efeito semelhantes, mas outra metanálise baseada em uma pequena amostra de estudos (Aderka, 2009) sugeriu uma vantagem modesta do tratamento individual. Os formatos em grupo e individuais raras vezes foram comparados dentro do mesmo estudo. Scholing e Emmelkamp (1993) examinaram várias combinações de exposição e reestruturação cognitiva aplicadas em formatos de grupo ou individual e não encontraram vantagem clara em qualquer das modalidades. Da mesma forma, Wlazlo, Schroeder-Hartwig, Hand, Kaiser e Münchau (1990) não encontraram diferenças nos resultados em tratamentos de exposição em grupo e individual. Um estudo concluiu que uma versão individual de TCC para transtorno de ansiedade social foi superior à versão em grupo e que ambos os formatos foram superiores a uma lista de espera (Stangier et al., 2003). Entretanto, os dados não sugerem claramente uma vantagem para qualquer das modalidades no tratamento de transtorno de ansiedade social.

Heimberg e Becker (2002) dão uma descrição de TCCG para transtorno de ansiedade social. Este

capítulo apresenta uma descrição da versão individual desse tratamento, que tem sido o foco de nossa pesquisa nos últimos anos (ver, também, Hope et al., 2010a; 2010b).

Pacientes adequados

Até o presente, nos estudos de ansiedade, o transtorno de ansiedade social tem sido o principal diagnóstico dos participantes. Como discutido anteriormente, o transtorno de ansiedade social muitas vezes é comórbido com outros transtornos (W. J. Magee et al., 1996; Schneier et al., 1992). Nesses casos, o profissional e o paciente precisam chegar a uma decisão conjunta de que a ansiedade social vai ser o foco do tratamento por um determinado tempo (p. ex., 16 semanas). Clinicamente, é importante esclarecer a questão antes do início do tratamento, porque alguns pacientes podem expressar um desejo de redirecionar o tratamento a outro problema quando for o momento de iniciar as exposições. Em geral, nossa política é lembrar o paciente do contrato original do tratamento e seus objetivos, estimulando-o a “evitar a evitação”. Em alguns casos, a melhor decisão clínica é mudar o foco do tratamento devido a modificações nas circunstâncias de vida do paciente ou em seus sintomas. Porém, temos um cuidado especial com alterar o plano de tratamento quando o desejo do paciente de redirecionar esse tratamento coincide com o início das exposições. Os terapeutas que não tenham uma formação sólida em TCC ou em terapia de exposição podem correr o risco de mudar o foco do tratamento muito prontamente, em parte devido a seu próprio desconforto com a condução de exposições na sessão. Às vezes, pode-se chegar a um meio-termo em que as exposições permaneçam no plano de tratamento, mas se reserva algum tempo na sessão para tratar de outras questões.

Terapeutas adequados

O terapeuta ideal tem uma sólida formação nas bases teóricas da TCC para os transtornos de ansiedade, experiência na condução de exposições, boas habilidades terapêuticas básicas e experiência específica com ansiedade social. Pouco se sabe da eficácia de tratamentos especializados quando implementados por profissionais sem ampla formação nas bases teóricas e nos procedimentos do manual (Chambless e Ollendick, 2001), embora estejam sendo acumulados dados sugerindo que os tratamentos aqui descritos ou similares mantêm sua eficácia quando implementados em *settings* de comunidade (Gaston, Abbott, Rapee e Neary, 2006; Lincoln et al., 2003; McEvoy, 2007; McEvoy, Nathan, Rapee e Campbell, 2012). Nossa experiência clínica sugere que com boa supervisão, esse tratamen-

to pode ser implementado com êxito por terapeutas novatos que atendem a seus primeiros pacientes (na verdade, a paciente que é apresentada posteriormente foi tratada por L. Magee, que era terapeuta novata na época) e por terapeutas experientes com uma orientação teórica que não seja a cognitivo-comportamental. Profissionais experientes, com boa formação cognitivo-comportamental, provavelmente se sairão bem no trabalho com esse tratamento manualizado. Além disso, nosso caderno de tarefa de casa do paciente (Hope et al., 2010a) e nosso guia do terapeuta (Hope et al., 2010b) foram elaborados com a intenção de ser suficientemente detalhados para permitir que os terapeutas com origens e formações muito diversas apliquem o tratamento, embora seja útil ter supervisão e/ou consultas com um terapeuta cognitivo-comportamental experiente nos primeiros casos e em casos mais complexos.

Medicação e TCC para transtorno de ansiedade social

Muitos pacientes já estão tomando medicamentos psicotrópicos quando procuram a terapia. Alguns tomam medicação para controlar sua ansiedade social, enquanto outros o fazem para problemas comórbidos. Não exigimos que os pacientes interrompam a medicação antes de dar início à TCC (a menos que isso seja dito em um protocolo de pesquisa específico), mas pedimos que estabilizem suas doses antes de começar e não as alterem nem experimentem remédios novos durante o tratamento. Clinicamente, queremos que os pacientes atribuam mudanças positivas em seus sintomas ao trabalho que estão realizando na terapia em vez de mudanças na prescrição da medicação. A indivíduos que tomam medicação, *se necessário* pede-se que não o façam antes das sessões ou de tarefas de casa que envolvam exposição. A mesma solicitação é apresentada a indivíduos que usem medicamentos que não precisam de receita, álcool ou outras substâncias para controlar sua ansiedade.

AValiação prévia e preparação para o tratamento

A avaliação deve fazer parte do diagnóstico, conceituação do caso, planejamento do tratamento e decisões sobre o término. Embora não seja prático administrar todas as escalas apresentadas aqui em todos os *settings* clínicos, recomendamos muito que se administre um subconjunto dos instrumentos de autoavaliação e de avaliação por parte dos profissionais, descritos a seguir, e uma avaliação comportamental, se for possível (para um exame mais minucioso da avaliação do transtorno de ansiedade social, ver Heimberg e Turk, 2002).

Entrevista clínica

A Entrevista Estruturada para Transtornos de Ansiedade para o DSM-IV (ADIS-IV; Brown, Di Nardo e Barlow, 1994) e a ADIS-IV, versão para a vida (*Life-time Version*, ADIS-IV-L; Di Nardo, Brown e Barlow, 1994), bem como o ADIS para DSM-5 (ADIS-5-L; Brown, Di Nardo e Barlow, 2013), oferecem uma avaliação diagnóstica minuciosa dos transtornos de ansiedade e incluem módulos para transtornos de humor, transtornos relacionados ao uso de substâncias e os que coincidem com os transtornos de ansiedade em termos de sintomas apresentados (p. ex., hipocondria, transtorno de somatização). Há perguntas de triagem para outros transtornos relevantes (p.ex., psicose). Uma classificação de gravidade de 0 a 8 por parte dos profissionais (*clinician's severity rating*, CSR) indica o grau de aflição e interferência associado com cada diagnóstico.

Uma CSR de 4 ou mais sugere que o paciente cumpre os critérios para o diagnóstico. Quando transtornos múltiplos recebem uma CSR de 4 ou mais, o transtorno que receber a classificação mais alta é considerado como diagnóstico principal, e os outros, como adicionais. Em um importante estudo de confiabilidade do ADIS-IV-L, 362 pessoas que buscaram tratamento em uma clínica especializada em ansiedade receberam duas administrações independentes do ADIS-IV (Brown, Di Nardo, Lehman e Campbell, 2001). O transtorno de ansiedade social demonstrou boa confiabilidade como diagnóstico principal ($kappa = 0,77$), como diagnóstico clínico (principal ou adicional) ($kappa = 0,77$) e como diagnóstico passado (de toda a vida) ($kappa = 0,72$). A CSR para o transtorno de ansiedade social ($r = 0,80$) também demonstrou boa confiabilidade.

Nós empregamos com frequência o ADIS durante a primeira consulta do paciente. Entrevistas semiestruturadas como o ADIS ajudam no diagnóstico diferencial e na melhoria da avaliação sistemática para uma ampla gama de comorbidades que podem afetar o desenvolvimento do tratamento. Não obstante, as entrevistas diagnósticas podem ser onerosas e demoradas. Independentemente de se usar uma entrevista clínica semiestruturada ou estruturada, é crucial que se dedique tempo a uma avaliação diagnóstica minuciosa e precisa, para planejar bem o tratamento. Os pacientes cujos sintomas são mais bem explicados por outros diagnósticos podem sentir, entre outras coisas, poucos avanços com tratamentos que visem à ansiedade social, prolongando desnecessariamente o sofrimento por não receberem o tratamento adequado, e aumentando sua falta de esperança e suas dificuldades financeiras.

Instrumentos de autoavaliação

Os instrumentos de autoavaliação são um importante complemento à entrevista de diagnóstico. Os pacientes podem sentir vergonha e constrangimento durante uma entrevista clínica e dar descrições de seus problemas que não refletem totalmente a gravidade e a penetração de seu medo social e de sua evitação. Além disso, os dados normativos sobre os questionários permitem que o profissional avalie a gravidade dos sintomas do paciente em relação a pontos de referência significativos. Um elemento importante é que os escores anteriores ao tratamento fornecem uma base em relação à qual o avanço do tratamento pode ser avaliado.

Medidas de ansiedade social

Há vários questionários disponíveis para avaliar ansiedade social e evitação. A *Social Interaction Anxiety Scale* (SIAS) e a *Social Phobia Scale* (SPS) costumam ser usadas em conjunto, especificamente para avaliar o transtorno de ansiedade social (Mattick e Clarke, 1998). A SIAS avalia o medo de interagir em duplas e grupos, e a SPS avalia o medo de ser observado por outras pessoas (p. ex., comer na frente dos outros). Na maioria dos estudos publicados, a SIAS e a SPS contêm 20 itens cada uma. Para cada instrumento, os respondentes classificam o quanto cada declaração lhes caracteriza em uma escala tipo Likert de 5 pontos (0, *nem um pouco*; 4, *extremamente*). Muitos estudos sugerem que a SIAS e a SPS são medidas confiáveis e válidas e sensíveis aos efeitos da TCC (p. ex., Brown et al., 1997; Cox, Ross, Swinson e Dorenfeld, 1998; Heimberg, Mueller, Holt, Hope e Liebowitz, 1992; Ries et al., 1998). No entanto, pesquisas recentes sugerem que os 17 itens formulados de forma direta da SIAS são mais sensíveis ao construto de ansiedade social do que os três itens com pontuação inversa, que parecem mais relacionados à construção de extroversão (Rodebaugh, Woods e Heimberg, 2007). Alguns estudos atualmente sustentam o uso da escala de 17 itens (p. ex., Rodebaugh et al., 2011). Recentemente, foram desenvolvidas inclusive formas mais curtas de ambos instrumentos (Fergus, Valentiner, McGrath, Gier-Lonsway e Kim, 2012; Kupper e Denollet, 2012; Peters, Sunderland, Andrews, Rapee e Mattick, 2012), assim como um instrumento curto derivado de uma análise fatorial do conjunto de itens (*Social Interaction Phobia Scale*; Carleton et al., 2009). Contudo, ainda é prematuro sugerir que é hora de colocar os originais de lado em favor das variantes recentes.

Outro instrumento muito usado que foi desenvolvido para avaliar o transtorno de ansiedade social, o Inventário de Ansiedade e Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI; Turner, Beidel,

Dancu e Stanley, 1989), compreende uma subescala de Fobia Social, uma subescala de Agorafobia e um escore de Diferença derivada (ou Total; i. e., subescalas de Fobia Social-Agorafobia). O SPAI contém 45 questões, das quais 21 requerem múltiplas respostas. Por exemplo, para o item que começa com “Tento evitar situações sociais onde haja...”, o paciente classifica separadamente a frequência com que evita situações que envolvam estranhos, figuras de autoridade, o sexo oposto e as pessoas em geral. O paciente realiza um total de 109 questões, tornando a administração e o cálculo do escore do SPAI relativamente demorados. Apesar das desvantagens impostas pela duração da escala, a quantidade e a especificidade da informação que ela oferece podem ser muito úteis na formulação do caso e no planejamento do tratamento. A subescala de Fobia Social avalia respostas somáticas, cognitivas e comportamentais a uma série de interações, desempenhos e situações de observação. A subescala de Agorafobia avalia a ansiedade em situações comumente temidas por pessoas com transtorno de pânico com agorafobia (p. ex., esperar na fila). Os respondentes classificam a frequência com que se sentem ansiosos em cada situação usando uma escala do tipo Likert de 7 pontos (1, *nunca*; 7, *sempre*). O escore de Diferença visa proporcionar um índice de ansiedade social e evitação distinto das preocupações por vezes semelhantes de pacientes com agorafobia. Contudo, a correlação muito alta que existe entre o escore da Diferença e o escore da subescala de Fobia Social ($r = 0,91$) (Ries et al., 1998) sugere que pode haver poucos benefícios nessa estratégia. Vários estudos sugerem que o SPAI é um instrumento confiável e válido (p. ex., Beidel, Turner, Stanley e Dancu, 1989; Herbert, Bellack e Hope, 1991; Turner et al., 1989) e sensível às mudanças relacionadas a tratamentos (p. ex., Cox et al., 1998; Ries et al., 1998; Taylor, Woody, McLean e Koch, 1997).

Outra escala que pode se revelar bastante útil é o Inventário de Fobia Social (*Social Phobia Inventory*) de 17 questões, também conhecido como SPIN (Antony, Coons, McCabe, Ashbaugh e Swinson, 2006; Connor et al., 2000), que demonstrou boa confiabilidade, correlações significativas com medidas relacionadas e a capacidade de diferenciar pacientes com ansiedade social dos que têm outros transtornos de ansiedade. Uma versão do SPIN com três questões, o Mini-SPIN, também demonstrou ser bastante útil como dispositivo de triagem para o transtorno de ansiedade social no atendimento de saúde geral (Connor, Kobak, Churchill, Katelnick e Davidson, 2001) e em *settings* clínicos especializados em ansiedade (Weeks, Spokas e Heimberg, 2007).

Embora tenha sido desenvolvido e validado com estudantes universitários antes da inclusão do transtorno de ansiedade social no DSM, a escala original de Medo de Avaliação Negativa (*Fear of Negative Evaluation Scale*, FNE; Watson e Friend, 1969) e a versão resumida da escala (BFNE; Leary, 1983) continuam a ser amplamente usadas, porque visam ao construto central do transtorno. A FNE tem 30 questões e emprega um formato de *verdadeiro ou falso*. Nos estudos de tratamento, concluiu-se que as mudanças na FNE indicavam o funcionamento final (Mattick e Peters, 1988). A FNE parece ser sensível aos efeitos do tratamento, embora as mudanças sejam geralmente menores em efeito (Heimberg, 1994). A BFNE contém 12 questões, usa um formato de tipo Likert de cinco pontos (1, *nem um pouco característico de mim*; 5, *extremamente característico de mim*) e tem alta correlação com a escala original ($r = 0,96$) (Leary, 1983). Em um estudo recente de Rodebaugh, e colaboradores (2004) que usou uma amostra grande de universitários, que a BFNE foi mais sensível do que a FNE a diferentes graus de medo de avaliação negativa. Um estudo de Weeks e colaboradores (2005), que usou uma grande amostra de pacientes com transtorno de ansiedade social, concluiu que a BFNE tinha alta consistência interna, correlacionada com medidas de ansiedade social, demonstrando boa validade discriminante e sensibilidade aos efeitos da TCC. Esses dois estudos sugerem de forma bastante contundente que, assim como a SIAS, os itens de escore reverso da BFNE podem prejudicar sua validade, e atualmente calculamos apenas o escore com questões formuladas de forma direta. Outros podem ter assumido uma abordagem semelhante reformulando as questões com escore reverso para que estejam coerentes com as questões formuladas diretamente (p. ex., Collins, Westra, Dozois e Stewart, 2005).

O Índice de Mudança por Sessão na ansiedade Social (SASCI; Hayes, Miller, Hope, Heimberg e Juster, 2008), foi desenvolvido para avaliação da mudança a cada sessão, no tratamento do transtorno de ansiedade social. Os pacientes usam uma escala do tipo Likert de sete pontos para indicar o quanto acham que mudaram desde o começo da terapia em quatro dimensões: ansiedade, evitação, preocupação com humilhação e constrangimento e interferência. Um escore total de 16 indica nenhuma mudança desde o início do tratamento. Escores de 4 a 15 indicam melhoria, ao passo que um escore de 17 a 28 indica deterioração. A coerência interna do SASCI entre sessões ficou entre 0,84 e 0,94 ($M = 0,89$) nos estudos de Hayes e colaboradores (2008). A mudança no SASCI estava relacionada a medo de avaliação negativa e a taxa de melhora atribuída pelo profissional, mas não

a classificações de sensibilidade à ansiedade ou depressão. O uso do SASCI e da BFNE como medidas a cada sessão é demonstrado no estudo de caso relatado posteriormente neste capítulo.

Outras medidas de autoavaliação

Além de medidas voltadas à ansiedade social, administramos questionários que avaliam outros construtos relevantes à conceituação do caso e resultado de tratamento. Administramos com frequência o Inventário para a Depressão de Beck-II (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; A. T. Beck, Steer e Brown, 1996), que avalia sintomas de depressão, incluindo os componentes afetivo, cognitivo, comportamental, somático e motivacional, bem como desejos suicidas.

Também usamos a Escala de Deficiência Auto-avaliada de Liebowitz (*Liebowitz Self-Rated Disability Scale* (Schneier et al., 1994), que avalia prejuízos em 11 domínios (p. ex., estudo, trabalho, abuso de álcool), e o Inventário de Qualidade de Vida (*Quality of Life Inventory*; Frisch, 1994), que avalia a sensação geral de bem-estar do paciente e sua satisfação com a vida.

Entrevista de apresentação da avaliação e contrato de tratamento

Na sessão seguinte à entrevista de admissão, o entrevistador revisa os dados de avaliação com o paciente, explica os diagnósticos, responde a perguntas e oferece recomendações de tratamento. Para pacientes com diagnósticos comórbidos, os benefícios de fazer da ansiedade social o foco básico do tratamento por 12 a 16 sessões semanais é discutido, como se observou anteriormente. Por fim, assegura-se aos pacientes que a gravidade de seus sintomas de ansiedade social e de qualquer problema comórbido será reavaliada seguindo esse desenvolvimento inicial de tratamento e, se necessário, serão feitas recomendações adicionais de tratamento nesse momento. Outras avaliações podem ser feitas nessa consulta ou se pode marcar outra sessão para isso, com vistas a fazer mais avaliações antes de começar o tratamento. Essas outras avaliações podem incluir medidas de ansiedade social e testes de comportamento administrados pelo profissional.

Medidas de ansiedade social administradas pelo profissional

As duas medidas de ansiedade social administradas por profissionais mais usadas são a Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale*, LSAS; Liebowitz, 1987) e a Escala Breve de Fobia Social (*Brief Social Phobia Scale*, BSPS; Davidson et al., 1991, 1997). Nós costumamos usar a LSAS, e por isso a descrevemos aqui. Essa medida é completada na segunda consulta clínica, em gran-

de parte para evitar alongar demais a sessão inicial de admissão. A LSAS avalia separadamente Medo e Evitação de 11 situações de interação (p. ex., falar com pessoas em posição de autoridade) e 13 de desempenho (p. ex., trabalhar sendo observado) usando escalas de tipo Likert de 4 pontos.

Somando-se as classificações de Medo e Evitação para todas as 24 questões, tem-se um índice de gravidade geral. A LSAS demonstrou ter boa confiabilidade e validade convergente/discriminante (p. ex., Cox et al., 1998; Heimberg et al., 1999). Ela diferencia bem pacientes com transtorno de ansiedade social e transtorno de ansiedade generalizada (Heimberg e Holaway, 2007). Também demonstrou sensibilidade a tratamento cognitivo-comportamental e farmacológico no transtorno de ansiedade (p. ex., Blanco et al., 2010; Heimberg et al., 1998). Quando a LSAS é acompanhada de instruções detalhadas, ela parece também ter boa confiabilidade e validade como instrumento de autoavaliação (Fresco et al., 2001; Rytwinski et al., 2009).

Avaliação comportamental

Os testes comportamentais ou *role play* (dramatizações) de situações sociais relevantes ao paciente, podem ser um complemento muito útil às medidas de autoavaliação e administradas pelos profissionais, descritas aqui. Embora esses testes possam provocar ansiedade no paciente, as informações obtidas durante um teste comportamental são únicas e importantes, em vários aspectos. Indivíduos com transtorno de ansiedade social têm probabilidades de descrever seu comportamento social como inadequado (p. ex., Rapee e Lim, 1992; Stopa e Clark, 1993) e sua ansiedade como sendo muito visível aos outros (p. ex., Norton e Hope, 2001). Contudo, os testes comportamentais demonstram que esses relatos são bastante imprecisos e são exemplos essenciais de crenças distorcidas. Além disso, o nível de ansiedade e a qualidade do desempenho demonstrados por um paciente durante um teste de desempenho podem ser usados para calibrar a dificuldade das exposições e a probabilidade de que o terapeuta crie uma primeira exposição que proporcione ao paciente um desafio e uma experiência bem-sucedida.

Durante os testes de comportamento, o clínico pode pedir classificações de ansiedade antes da dramatização, em vários momentos no seu decorrer e depois. Outras avaliações, como pedir aos pacientes que classifiquem a qualidade de seu desempenho ou listem os pensamentos que tiveram durante a dramatização, são facilmente incorporados. Equipamentos ambulatoriais para medidas fisiológicas que não são dispendiosos, especialmente monitores de pulso,

estão cada vez mais disponíveis e acrescentam uma medida útil. O clínico pode optar por testar os limites da capacidade de um paciente de realizar tarefas quando está ansioso pedindo-lhe que permaneça na situação por algum tempo (geralmente entre 4 e 5 minutos). Por outro lado, o clínico pode dar ao paciente permissão explícita para parar (p. ex., Ries et al., 1998) quando a ansiedade for excessiva e a latência para escapar de uma situação se tornar uma medida de evitação.

Os testes de comportamento podem ser padronizados ou individualizados. A dramatização padronizada possibilita a observação de diferenças entre pacientes em uma determinada tarefa. Entre as tarefas comumente utilizadas estão a conversa com um estranho do mesmo sexo, com um estranho do sexo oposto, com duas ou mais pessoas e falar a um público pequeno. Por outro lado, a vantagem dos testes individualizados é que eles podem ser elaborados mais precisamente para medos idiossincráticos. Por exemplo, um paciente com medo de mostrar tremor nas mãos ao comer na frente de outros pode sentir pouca ansiedade durante uma conversa com outra pessoa, mas se tiver de realizar uma conversa com outra pessoa enquanto come uma tigela de sopa, sua ansiedade pode ter mais chance de ser ativada.

TCC INDIVIDUAL PARA TRANSTORNO DE ANSIEDADE SOCIAL

Princípios e logística

Para nossos estudos de tratamento individual do transtorno de ansiedade social, estabelecemos diretrizes que os terapeutas devem seguir (Hope et al., 2010b). Uma questão com que se deparam os tratamentos manualizados é que não está claro até onde se podem tomar liberdades na condução do tratamento e ainda esperar resultados semelhantes aos obtidos em estudos de eficácia. Portanto, embora reconheçamos que esse tratamento possa ser aplicado de forma mais flexível em *settings* clínicos, apresentamos essas diretrizes para ajudar os terapeutas a entender o tratamento como ele foi estudado mais profundamente.

O tratamento compreende 16 sessões semanais de uma hora, em um período de 16 a 20 semanas. Embora seja ideal completar 16 sessões em 16 semanas, permite-se até 20 semanas para levar em consideração sessões perdidas em razão de questões de saúde, férias, feriados e assim por diante. Levar mais do que 20 semanas para completar as 16 sessões pode comprometer o ritmo da terapia. As 2 a 3 sessões pré-tratamento descritas anteriormente, assim como a avaliação pós-tratamento e as sessões de *feedback*, não são contadas como parte da fase de tratamento de 16 sessões.

Nosso tratamento individual requer que o paciente use um caderno de tarefas (Hope et al., 2010a) com o terapeuta, durante cada sessão e para as tarefas de casa. Esse caderno tem 13 capítulos, mas o programa de tratamento não segue um formato de uma sessão por capítulo, pois é dividido em cinco segmentos, e o terapeuta tem flexibilidade em termos de ritmo, até certo ponto, e do conteúdo dos segmentos. Pedimos que os pacientes leiam determinados capítulos antes de ir à sessão.

Os pacientes devem levar seu caderno de tarefas a todas as sessões. Geralmente, os terapeutas também trazem seus próprios exemplares do caderno e/ou um exemplar do guia do terapeuta. O terapeuta também se certifica de que haja algo para escrever, para o qual ele e o paciente possam olhar juntos durante a sessão. Em nossa clínica, costuma-se usar um cavalete com papel-jornal ou um quadro branco na parede (para facilitar, de aqui em diante faremos referência ao uso de um cavalete). Contudo, às vezes, simplesmente colocamos duas cadeiras lado a lado, para que terapeuta e paciente possam escrever e ler o mesmo pedaço de papel em uma prancheta. Importante, cada sessão introduz conceitos fundamentais que são anotados (p. ex., o terapeuta pode desenhar um contínuo de ansiedade na primeira sessão; os pensamentos automáticos e as respostas racionais do paciente também são anotados). Anotar as coisas durante as sessões ajuda os pacientes a acompanhar e processar melhor a informação que está sendo tratada e é um componente necessário do tratamento.

A relação terapêutica é estimulada ativamente durante o tratamento. Como indicaram Kendall, Chu, Gifford, Hayes e Nauta (1998), alguns críticos partem da premissa de que a relação terapêutica não é considerada relevante quando se usa um manual (ver, também, Kendall, Gosch, Furr, e Sood, 2008). Pelo contrário, nosso manual de adesão do terapeuta (Hope, Van Dyke, Heimberg, Turk e Fresco, 2002) inclui notas explícitas da relação terapêutica dentro de cada segmento de tratamento. Os terapeutas são classificados em relação a sua escuta ativa, resposta a sinais verbais e não verbais, facilitação do investimento do paciente no tratamento e transmissão de apoio e investimento do paciente. Além disso, os terapeutas devem ajudar os pacientes a vivenciar e aprofundar o afeto segundo o que for apropriado na situação em questão. Por exemplo, espera-se que um terapeuta ajude um paciente a estar aberto à experiência de ansiedade durante exposições, auxiliando-o a processar e elaborar as perdas que são consequência de muitos anos de evitação social.

Em outras situações, o terapeuta deve ajudar o paciente a usar sensações desconfortáveis como sinais de prática de enfrentamento cognitivo adicional. Por exemplo, o terapeuta ajudaria o paciente que sente muita vergonha ou culpa após cometer um pequeno erro social (p. ex., virar um copo de bebida, chamar uma pessoa pelo nome errado) para que faça a reestruturação cognitiva com vistas a mudar o sentido do evento que evoca essas emoções. Os terapeutas são supervisionados ativamente nesses aspectos do tratamento, e não estar prestando a devida atenção à relação terapêutica ou respondendo adequadamente ao que está acontecendo em sessão são falhas consideradas graves no cumprimento do protocolo.

Dados recentes sugerem que a relação terapêutica está, na verdade, relacionada com resultados bem-sucedidos em nosso protocolo (Hayes, Hope, Van Dyke e Heimberg, 2007). A classificação dos pacientes sobre a aliança terapêutica foi relacionada positivamente às suas percepções da utilidade da sessão. Curiosamente, a relação entre aliança terapêutica e redução da ansiedade durante exposições em sessão foi curvilínea, ou seja, quando a classificação da aliança foi mais alta ou baixa, os pacientes demonstraram menos redução de ansiedade do que quando a classificação da aliança foi moderada. O efeito com a baixa classificação da aliança pode não requerer explicação, mas conjecturamos que, se o paciente se sente demasiado confortável com o terapeuta, isso pode prejudicar a evocação de ansiedade durante as exposições e, portanto, com o processamento emocional. É importante manter a aliança terapêutica *correta* na TCC para transtorno de ansiedade social (Hayes et al., 2007).

Os terapeutas também devem realizar uma administração do tempo eficiente. Nosso manual de adesão do terapeuta classifica sua capacidade de cobrir adequadamente os tópicos requeridos, sem apressar nem entediar o paciente ao insistir com vários pontos (Hope et al., 2002). Dois tipos de problemas tendem a surgir em relação à administração do tempo, e podem ter impacto negativo na relação terapêutica. Alguns terapeutas caem na armadilha de transformar cada sessão em uma palestra psicoeducativa, e essa tendência pode se agravar se o terapeuta estiver trabalhando com um paciente que esteja muito silencioso nas primeiras sessões. A recomendação básica nessa situação é fazer perguntas abertas que levem o paciente a relacionar suas experiências pessoais ao conteúdo. As verbalizações do paciente em resposta a essas perguntas são então reforçadas por meios de habilidades de escuta ativa, que evocam mais verbalizações por parte do paciente. A outra armadilha na

qual alguns terapeutas caem é permitir que o paciente domine a sessão com histórias longas e detalhadas sobre experiências com ansiedade social. Em alguns casos, o terapeuta pode ter ensinado inadvertidamente o paciente a levar a sessão dessa forma, ao usar de forma indiscriminada habilidades de escuta ativa e sinais não verbais, mesmo quando o paciente está discutindo material de importância tangencial ou repetitivo. Em outros casos, os pacientes podem estar acostumados a dominar as sessões por meio de experiências anteriores com terapia tradicional, ou podem tentar dominar a sessão de propósito, para evitar conteúdos ameaçadores, especialmente exposições realizadas na sessão. Nessa situação, é necessário fazer um redirecionamento verbal suave. Em alguns casos, uma discussão direta de questões de administração e negociação do tempo da sessão pode trazer benefícios.

Por fim, queremos enfatizar nossa crença de que os tratamentos manualizados como este não significam um conjunto inflexível de procedimentos aplicados de maneira indiscriminada a todos os pacientes. Em vez disso, esperamos que os terapeutas desenvolvam uma conceituação individualizada do problema com que cada paciente se apresenta, que será continuamente refinada no decorrer do tratamento e incorporará as características singulares do paciente (p. ex., grupos culturais, sexo, nível de instrução). Os procedimentos de tratamento serão então adaptados para tratar os aspectos específicos de cada caso.

Segmento 1: psicoeducação

O segmento 1 cobre o material dos capítulos 1 a 4 do caderno de tarefas do paciente (Hope et al., 2010a). Estabelecer uma boa relação de trabalho é fundamental para esse segmento da terapia, de forma que, se o terapeuta não foi também o entrevistador inicial, geralmente são necessárias três ou quatro sessões para o segmento de psicoeducação possibilitar uma atenção adequada a criar *rapport*. Se foi estabelecida uma boa aliança de trabalho durante a avaliação inicial e se o paciente é especialmente inteligente e está motivado, pode ser possível dar conta de dois capítulos por sessão, finalizando essa parte do tratamento em até duas semanas. Os terapeutas não devem atribuir mais de dois capítulos por semana em momento algum da terapia, porque os pacientes provavelmente não processarão o material integralmente nem farão o restante dos exercícios associados e o trabalho de casa de automonitoramento.

Com relação a trabalho de casa durante esse segmento, define-se um ou dois capítulos no fim de cada sessão, cada um com uma série de formulários que o paciente também tenta preencher. No começo da sessão seguinte, o terapeuta pergunta por reações

e dúvidas sobre as leituras, e eles repassam os formulários correspondentes preenchidos pelo paciente. Se o paciente não tentou completar um formulário, ele é completado no fim da sessão, ao revisar o trabalho de casa.

Os terapeutas devem repassar determinados tópicos de cada sessão no caderno de tarefas do paciente. Outros tópicos são opcionais, dependendo das necessidades de cada paciente. Para o capítulo 1, o terapeuta deve repassar dois tópicos:

1. ansiedade social normal e problemática;
2. investimento demandado pelo tratamento.

A discussão de ansiedade social normal e problemática transmite ao paciente a ideia de que a ansiedade social existe em um contínuo, com algumas pessoas raramente sentindo qualquer ansiedade social, outras vivenciando uma ansiedade muito forte e com muita frequência, e a maioria delas ficando em algum lugar entre esses extremos. As pessoas que estão no meio do contínuo vivenciam ansiedade social em algumas situações, como em um primeiro encontro ou em uma entrevista para emprego, mas essa ansiedade geralmente é administrável e diminui à medida que a pessoa se mantém na situação. Fatores como a intensidade e a duração da ansiedade antes e durante situações sociais, o número de situações que a evocam e o grau de prejuízo diferenciam a ansiedade social normal da problemática, para a qual se pode dar um diagnóstico. Perguntando-lhe que tipos de situação geram ansiedade social para muitas pessoas e que propósito ela pode cumprir, o terapeuta pode fazer o paciente exemplificar a noção de que a ansiedade tem valor adaptativo (p. ex., preocupar-se com o que outras pessoas pensam pode causar ansiedade, mas também ajuda as pessoas a se tratarem melhor). O terapeuta geralmente usa essa oportunidade para discutir o que o paciente deve esperar em termos de resultado do tratamento. Em primeiro lugar, o terapeuta aponta que a ansiedade social é parte da condição humana, de forma que é impossível removê-la completamente, mesmo que esse seja um objetivo desejável. Livrar-se totalmente de ansiedade social não é uma expectativa razoável para o tratamento, mas se pode esperar descer no contínuo de níveis problemáticos, até um nível mais comum na maioria das pessoas. Nem todos os pacientes estão dispostos a aceitar que a ansiedade social existe em um contínuo ou que possa ter valor adaptativo já no início do tratamento. Essa primeira sessão é meramente uma introdução a esses conceitos, e discuti-los com o paciente provavelmente será improdutivo. Em vez disso, o terapeuta se solidariza com a visão de mundo atual do paciente (p. ex., “Você se

sente calmo ou extremamente ansioso, e acha que não há meio-termo”), mas não concorda com ela.

A discussão do investimento necessário no tratamento envolve semear no paciente a esperança de que ele conseguirá fazer mudanças importantes e fazê-lo entender o tempo, o esforço e a energia emocional que as atividades do tratamento exigem. As pesquisas mostraram que as expectativas positivas estão associadas a resultados mais favoráveis na TCC para ansiedade social (Chambless et al., 1997; Safren, Heimberg e Juster, 1997). O terapeuta conta ao paciente que em estudos com indivíduos que completaram a TCC, aproximadamente 75 a 80% foram classificados por entrevistadores clínicos independentes como tendo experimentado reduções significativas em sua ansiedade social (p. ex., Heimberg et al., 1998). O terapeuta também enfatiza que ir às sessões regularmente, fazer o trabalho de casa, estar disposto a sentir ansiedade durante as exposições e estar aberto a novas formas de ver o mundo, outras pessoas e a si mesmo são fatores que influenciam substancialmente a resposta da pessoa ao tratamento, e esses fatores estão, em grande medida, sob o controle do paciente. Durante esse tempo, recomenda-se que os pacientes falem de seus medos em relação ao tratamento e seus objetivos de ter uma vida melhor depois dele. Há um exercício motivacional incluído, em que se pede que o paciente cite vantagens e desvantagens de trabalhar em sua ansiedade social e uma lista semelhante com relação a não fazê-lo, como forma de aumentar o compromisso com o processo de tratamento.

A seguir, o terapeuta revisa com o paciente os três componentes da ansiedade, que são apresentados no capítulo 2 do caderno de tarefas (Hope et al., 2010a). Descreve-se cada um dos três componentes da ansiedade:

1. o componente fisiológico compreende reações corporais, como aceleração dos batimentos cardíacos;
2. o componente cognitivo compreende o que uma pessoa pensa, como “Eu me sinto com cara de bobo”;
3. o componente comportamental compreende o que a pessoa faz quando está ansiosa, como evitar olhar nos olhos.

Ao apresentar o componente comportamental, o terapeuta enfatiza como os comportamentos de fugir e evitar podem reduzir a ansiedade no curto prazo, mas no longo, levam a perda de oportunidades, a uma vida menos satisfatória e a outros sentimentos negativos, como culpa e vergonha.

A seguir, o terapeuta ajuda o paciente a praticar a identificação de cada um desses componentes com um exemplo hipotético. Com o passar dos anos, descobrimos que usar um exemplo hipotético inicialmente conduz muito mais à aprendizagem do que começar com um exemplo da própria experiência do paciente. Questões como medo de avaliação negativa, postura defensiva, ansiedade e falta de objetividade podem resultar em um paciente ter dificuldade de identificar os três componentes de uma experiência pessoal já no início do tratamento (p. ex., “Eu não estava pensando nada”). A opção preferencial é o terapeuta simplesmente revisar os exemplos hipotéticos do caderno de tarefas que ilustram os três componentes, mas geralmente recomendamos que se use um exemplo hipotético diferente na sessão, para dar ao paciente mais prática. Outra possibilidade é usar o exemplo da versão de tratamento em grupo (Heimberg e Becker, 2002), na qual se pede que o paciente imagine uma pessoa esperando no saguão para uma entrevista de emprego que seja extremamente atraente em termos de responsabilidades, salário e horários. Diz-se ao paciente que a pessoa está se sentindo ansiosa em relação à entrevista e se pergunta o que ela pode estar sentindo ao esperar ansiosamente para ser chamada à sala. Usando o cavalete, o terapeuta escreve as respostas do paciente sob o título apropriado (p. ex., “sentindo náusea” anotado sob “Componente fisiológico”). Depois de classificar as respostas espontâneas do paciente, o terapeuta faz perguntas para evocar vários exemplos de cada um dos três componentes (p. ex., “A pessoa pode ter algum pensamento relacionado às mãos suadas? O que ela pode dizer a si mesma a esse respeito?”). O terapeuta faz um esforço para explicar como esses três componentes interagem, resultando em uma espiral de ansiedade (p. ex., mãos suadas podem levar a pensar “O entrevistador vai achar que eu estou ansioso”, o que pode fazer a pessoa secar as mãos no próprio terno). O terapeuta conclui que o tratamento envolve aprender formas de interromper a espiral de ansiedade. Supondo-se que o paciente se saia razoavelmente bem nesse exercício, o terapeuta o ajuda a repeti-lo com uma experiência pessoal recente de ansiedade social. Nesse ponto da terapia, o terapeuta não faz qualquer esforço para ajudar o paciente a questionar as cognições que provocam ansiedade, somente para identificar os três componentes de ansiedade e para entender como eles interagem. Além das leituras do caderno de trabalho, o paciente recebe como tarefa de casa identificar todos os três componentes em uma situação social durante a semana.

Referindo-se ao material abordado no capítulo 3 do caderno do paciente, o terapeuta o ensina a

usar a Escala de Unidades Subjetivas de Desconforto (SUDS; Wolpe e Lazarus, 1966) e a construir uma hierarquia de medo e evasão. A tarefa da semana anterior é repetida aqui, e mais uma vez ao longo das próximas sessões, para solidificar o aprendizado nesse domínio importante, e tem início a avaliação semanal do progresso usando o SASCI.

A seguir, o terapeuta descreve para o paciente fatores que se consideram relacionados ao desenvolvimento da ansiedade social problemática, que também são apresentados no capítulo 4 do caderno de tarefas. O terapeuta diz ao paciente que as pesquisas sugerem uma influência da genética na etiologia do transtorno de ansiedade social e enfatiza que o que se herda é provavelmente uma tendência a ser uma pessoa sensível e reativa emocionalmente, e não um gene que inevitavelmente resulte em ansiedade social (Barlow, 2002). Essa sensibilidade herdada pode não ser problemática em nenhum aspecto e até pode ser uma coisa boa. Por exemplo, a pessoa pode ser especialmente empática em relação a outras e ter uma maior capacidade de sentir alegria, bem como ansiedade. Entretanto, se um indivíduo biologicamente sensível for exposto a experiências sociais importantes durante o desenvolvimento e aprender que as outras pessoas são ameaçadoras e prejudiciais, a vulnerabilidade biológica pode contribuir para o desenvolvimento de ansiedade social problemática. O terapeuta pode interrogar se outros membros da família parecem ter problemas com ansiedade social ou outros tipos de ansiedade, sugerindo uma predisposição genética. A seguir, apresenta as experiências dentro da família como outro fator potencial que contribui para a ansiedade social. Por exemplo, uma mãe socialmente ansiosa pode ensinar ao filho que as opiniões dos outros são extremamente importantes e que a avaliação negativa deve ser evitada a qualquer custo. Ou um pai que abusa verbalmente pode proporcionar experiências que ensinem ao filho que outras pessoas são perigosas e que a evitação é uma boa estratégia de autoproteção. Mais uma vez, o terapeuta pergunta ao paciente se essa informação se enquadra em suas experiências pessoais. Por fim, descreve como as experiências fora da família também podem ensinar uma pessoa que outras são fonte de ameaça. Por exemplo, ser ameaçado por colegas parece estar relacionado à ansiedade social posterior (Roth, Coles e Heimberg, 2002). Essa discussão é facilitada por uma tarefa de casa realizada antes da sessão, na qual o paciente responde a uma série de questões relevantes para suas próprias experiências pessoais de ansiedade social e como elas se associam a essas três principais fontes de contribuição, e completa um gráfico de *pizza* indican-

do sua crença na importância relativa de cada uma. No decorrer da discussão, o terapeuta destaca a ideia de que, por ser aprendida muito pela experiência, a ansiedade social pode ser alterada pela experiência.

Essa discussão da etiologia da ansiedade social leva a uma discussão dos pensamentos disfuncionais. Os terapeutas podem perguntar aos pacientes quais lições eles aprendem sobre si mesmos e outras pessoas por meio de uma experiência social precoce em suas vidas, como a de ser ameaçado (p. ex., “Eu aprendi que não me enquadrar”). Sendo assim, os terapeutas instruem os pacientes em relação às origens de muitos de seus pensamentos automáticos, o que é importante, dado que muitos pacientes consideram sua tendência a ter cognições negativas como sinal de defeitos pessoais inerentes em vez de consequência lógica de suas experiências. Então, pedem que os pacientes pensem sobre como essas maneiras disfuncionais de pensar condicionam os tipos de pensamento e reações que eles têm agora, ao se deparar com situações sociais (p. ex., pensamentos de não se enquadrar quando se está em festas, esperar que os colegas de trabalho rião deles). Nesse momento da terapia, pede-se que os pacientes simplesmente considerem a possibilidade de que mudar algum desses vieses de pensamento automático possa alterar a experiência de ansiedade. A seguir, os terapeutas apresentam a fundamentação para intervenções básicas de reestruturação cognitiva, exposições e trabalho de casa.

Segmento 2: reestruturação cognitiva

O treinamento para reestruturação cognitiva geralmente requer de 2 a 3 sessões. O material é apresentado nos capítulos 5 e 6 do caderno de tarefas do paciente (Hope et al., 2010a). Depois de três sessões, uma pequena minoria de pacientes ainda pode estar lutando para dominar os aspectos cognitivos devido a fatores como baixo nível de instrução e/ou habilidades de pensamento abstrato reduzidas. Nossa experiência sugere que em lugar de forçá-lo, é melhor simplesmente avançar para o próximo segmento do tratamento depois de três sessões. Nessa circunstância, Heimberg e Becker (2002) recomendam que, no restante da terapia, a parte cognitiva do tratamento seja minimizada em favor do uso mais amplo da exposição repetida. Além disso, esses pacientes podem conseguir gerar autodeclarações realistas (p. ex., “Eu já fiz isso antes”) ou autoinstruções (“Começo me apresentando”) informalmente, com ajuda do terapeuta; para uso em situações que provoquem ansiedade, em lugar de depender de reestruturação cognitiva mais formal.

Como no segmento anterior, cada sessão começa com uma revisão do trabalho de casa e termi-

na com a definição de outro. Entre as tarefas de casa estão as leituras do caderno de tarefas do paciente, formulários relacionados e exercícios de automonitoramento. Alguns pacientes começam exposições *in vivo* espontaneamente nesse momento do tratamento, sem que se lhes dê especificamente essa tarefa. Caso saiam bem, essas exposições podem ser benéficas, mas os terapeutas não devem estimular ativamente exposições como tarefas de casa até que se faça o treinamento completo em reestruturação cognitiva e uma exposição em sessão. Nesse momento, os pacientes ainda têm poucas estratégias adaptativas para administrar a ansiedade e enfrentar situações sociais que têm resultados decepcionantes. Eles também provavelmente irão escapar de uma situação ao primeiro sinal de problema. Portanto, a possibilidade de uma experiência menos do que positiva nessa fase do tratamento poderia levar à resistência a futuras tentativas de exposição.

Nesse segmento do tratamento, apresenta-se explicitamente aos pacientes o preceito básico do modelo cognitivo-comportamental, que propõe que as reações emocionais ocorrem como resultado das *interpretações* de situações e não das situações em si. Os *pensamentos automáticos* são pensamentos negativos, distorcidos e irracionais em relação à própria pessoa, ao mundo ou ao futuro, que geram ou aumentam a experiência da ansiedade problemática. Esses conceitos são demonstrados inicialmente com um exemplo hipotético em vez de um exemplo carregado emocionalmente relacionado à vida do paciente. O caderno de tarefas do paciente descreve pensamentos muito diferentes de dois homens jovens depois de conhecer uma mulher. Os pensamentos negativos levam um deles a abrir mão de qualquer tentativa de conhecê-la melhor e a ter vários outros pensamentos e emoções desagradáveis. Os pensamentos mais neutros e realistas do outro homem facilitam seus esforços continuados para estabelecer uma conversa. São apresentados outros exemplos para que terapeuta e paciente examinem se este parece precisar de mais instruções sobre o conceito de pensamentos automáticos. A seguir, pede-se que os pacientes examinem seus próprios pensamentos, inicialmente relacionados a uma situação social hipotética e, depois, da forma como foi registrado em formulários de trabalho de casa preenchidos anteriormente.

Os *erros de pensamento* são definidos como categorias comuns em que podem cair os pensamentos automáticos. Os pacientes muitas vezes acham que têm uma tendência especial a se envolver em determinados tipos de pensamento distorcido (p. ex., ler pensamentos, prever a sorte, desqualificar o positivo) e a identificação desses erros de pensamentos

habituais pode ajudar no questionamento dos pensamentos automáticos (p. ex., “Aqui estou eu lendo pensamentos de novo, não tenho razões para pressupor que eles estão pensando o pior”). Apresenta-se aos pacientes uma adaptação da lista de erros de pensamento estabelecida por Judith Beck (1995) em seu livro *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática*.^{*} O paciente terá supostamente conhecido essa lista ao fazer suas leituras como trabalho de casa e, junto com o terapeuta, pode discutir brevemente quais erros de pensamento ele considerou mais relevantes pessoalmente. Se o paciente não fez o trabalho de casa, cada erro de pensamento é revisado brevemente pelo terapeuta e pelo paciente na sessão. Os dois podem praticar a identificação de erros de pensamento nos exemplos do caderno de tarefas e os pensamentos automáticos do paciente registrados como parte de trabalhos de casa anteriores, e examinar mais os pensamentos automáticos que o paciente pode ter em relação a situações vindouras. Como trabalho de casa, os pacientes monitoram seus pensamentos automáticos, sua crença nesses pensamentos (numa escala de 0 a 100 pontos), os erros de pensamento que eles contêm e as emoções que eles causam em uma ou duas situações que ocorrem naturalmente durante a semana.

Os passos seguintes na reestruturação cognitiva são questionar os pensamentos automáticos e desenvolver respostas racionais a eles. O processo de questionar pensamentos automáticos se inicia com a ajuda de questionamentos, adaptados originalmente do trabalho de Sank e Shaffer (1984). Essas perguntas genéricas podem ser aplicadas aos pensamentos automáticos (p. ex., “Tenho certeza de que _____?”, “Que evidências eu tenho de que _____?”, “Quais evidências eu tenho de que o oposto é verdadeiro?”, “Qual é a pior coisa que poderia acontecer? E até que ponto é tão ruim? Como posso enfrentá-la?”, “O que quer dizer _____?” Isso quer dizer que eu sou um _____?”). Antes de o paciente aplicar essas perguntas a seus próprios pensamentos, o terapeuta revisa com ele dois exemplos hipotéticos do caderno de tarefas. Posteriormente, são tratados os pensamentos automáticos examinados na discussão anterior dos erros de pensamento. Juntos, paciente e terapeuta questionam os pensamentos automáticos usando as perguntas e as respondem para chegar a formas alternativas e mais realistas de ver a situação. As próprias respostas aos questionamentos costumam incluir pensamento automáticos, que devem ser ainda

^{*} N. de E.: A segunda edição desta obra foi publicada no Brasil pela Artmed em 2013.

mais questionados. Esse processo, a que chamamos de *Diálogo entre o eu ansioso e o eu de enfrentamento*, acaba por ajudar o paciente a chegar a respostas aos questionamentos originais que lhe são mais críveis e mais aceitáveis. O resultado desse diálogo é resumido em uma ou em duas declarações que servem como respostas racionais. Uma resposta racional oferece uma visão realista e equilibrada da situação que geralmente é mais positiva do que a dos pensamentos automáticos. Como próxima tarefa de casa, o paciente está pronto para registrar seus pensamentos automáticos de uma situação que provoque ansiedade durante a semana, quantificar a crença nos pensamentos automáticos, identificar os erros de pensamento que eles contêm, questionar os pensamentos automáticos, desenvolver uma resposta racional e quantificar a sua crença nessa resposta racional. Como se pode ver, essas tarefas de casa partem de outras anteriores, tornando-se cada vez mais complexas, mas construindo cada vez mais fortalecimento pessoal.

Próximo ao fim da última sessão desse segmento, o terapeuta informa o paciente que as exposições começarão na semana seguinte. Se o início das exposições tornar o paciente ansioso, recomenda-se que *evite a evitação*, vindo à próxima sessão e identificando os pensamentos automáticos relacionados à exposição, questionando-os e chegando a uma resposta racional. O terapeuta garante ao paciente que uma situação desafiadora, mas não insuportável, será usada para a primeira exposição. Terapeutas mais experientes seguidamente discutem algumas possibilidades para a primeira exposição durante essa sessão. Os que são novos nessa abordagem geralmente discutem detalhes da exposição com o paciente na semana seguinte, após terem tido supervisão.

Segmento 3: exposições

O início das exposições não deve passar da oitava sessão e pode já começar na quinta, dependendo da velocidade com que o material inicial seja tratado. O capítulo 7 do caderno de tarefas do paciente revisa a fundamentação para as exposições e apresenta o conceito de estabelecer objetivos alcançáveis. O conteúdo do capítulo 7 é abordado brevemente; muitos desses conceitos foram tratados antes (p. ex., por que as exposições são importantes) e o material novo é demonstrado durante a própria exposição. Da mesma forma, os terapeutas raramente dedicam uma sessão inteira à discussão do capítulo 8 (Exposições permanentes) ou a capítulos sobre tópicos específicos (cap. 9, Medos relacionados à observação; cap. 10, Medos relacionados à interação; cap. 11, Medos relacionados a falar em público). Em lugar disso, o conteúdo só é tratado brevemente durante a revisão do

trabalho de casa e se realiza uma exposição em sessão. Durante essa fase do tratamento, os terapeutas se esforçam para completar uma exposição quase todas as sessões. Para seguir o protocolo de nossos estudos de pesquisa, deve-se realizar um mínimo de quatro exposições na sessão. É mais comum que se realizem pelo menos seis exposições na sessão e, quanto mais, melhor. Assim, embora o protocolo não possibilite ao terapeuta a liberdade de usar algumas sessões durante o tratamento somente para fazer reestruturação cognitiva ou para repassar algum tópico em detalhe, nossa crença é que o tempo é melhor aproveitado para exposições na sessão que integre reestruturação cognitiva.

Todas as sessões de exposição seguem o mesmo formato básico (ver Tab. 3.1). A sessão começa com uma revisão do trabalho de casa e termina com uma nova tarefa, geralmente relacionada a automonitoramento e exposição *in vivo* e reestruturação cognitiva associada, que costuma se basear na exposição feita na sessão. A primeira exposição costuma incluir uma dramatização com o terapeuta de uma situação a que o paciente atribui uma classificação SUDS de, pelo menos, 50. A regra prática é que os pacientes devem considerar as exposições desafiadoras, mas não insuportáveis ou além de sua capacidade de usar habilidades de enfrentamento cognitivo. Os terapeutas fazem as exposições mais realistas possíveis ao reposicionar os móveis, usar objetos de estímulo e instruir parceiros de dramatização (ou seja, assistentes do terapeuta trazidos à sessão para ajudar nas exposições) para que se comportem de determinadas formas.

Um pouco de esforço para tornar a situação mais realista pode significar a diferença entre uma exposição que evoca ansiedade significativa e uma que seja demasiado artificial para ser relevante. Entre os objetos que costumam ser usados estão comidas ou bebidas para pessoas com medo de comer, beber ou servir comida na frente dos outros e anotações preparadas pelo paciente para apresentações. Deve-se prestar atenção aos aspectos que fazem a situação provocar mais ou menos ansiedade. Por exemplo, um paciente que tenha medo de comer na frente dos outros pode ficar mais ansioso quando come alguma coisa fácil de derramar (p. ex., sopa) do que quando come com as mãos.

A essência do tratamento é a coordenação entre o trabalho de reestruturação cognitiva e a exposição (ver Tab. 3.1). O terapeuta começa o reprocessamento da exposição descrevendo brevemente uma situação de exposição. O paciente pode sugerir modificações ou alternativas. Entretanto, o terapeuta precisa equilibrar uma abordagem à tarefa de exposição que seja conjunta com estar muito vigilante para discussões demasiadas detalhadas que mais servem para evitar o

TABELA 3.1 Descrição das sessões de exposição

1. Revisar trabalho de casa da semana anterior.
2. Realizar exposição na sessão.
 - a. Processamento anterior à exposição.
 - Negociar brevemente os detalhes da exposição.
 - Evocar pensamentos automáticos.
 - Paciente quantifica as crenças nos pensamentos automáticos.
 - Paciente dá nome aos erros nos pensamentos automáticos.
 - Paciente questiona um ou dois pensamentos automáticos.
 - Paciente desenvolve resposta(s) racional(is) e quantifica a crença na(s) resposta(s) racional(is).
 - Paciente estabelece objetivos comportamentais não perfeccionistas.
 - b. Dramatização por cerca de 10 minutos.
 - Solicitar a SUDS e a resposta racional a cada minuto.
 - Paciente utiliza questionamentos e respostas racionais na medida em que os pensamentos automáticos ocorrem.
 - Acompanhar o progresso do paciente em objetivos comportamentais.
 - c. Processamento posterior à exposição.
 - Revisar que objetivos foram alcançados.
 - Revisar a ocorrência de pensamentos automáticos.
 - Revisar o uso de resposta(s) racional(is).
 - Discutir quaisquer pensamentos automáticos inesperados ou novos.
 - Paciente, terapeuta e participantes da dramatização reagem ao desempenho do paciente.
 - Colocar em forma gráfica e interpretar os padrões de classificação do SUDS.
 - Examinar evidências relacionadas aos pensamentos automáticos e às respostas emocionais.
 - Paciente requantifica a crença nos pensamentos automáticos e as respostas racionais.
 - Paciente resume o que foi aprendido com a exposição.
3. Atribuição do trabalho de casa.
 - a. Relacionar exposições *in vivo* com reestruturação cognitiva associada.
 - b. Outras atribuições quando apropriado.

começo da exposição. A seguir, o terapeuta evoca os pensamentos automáticos do paciente em relação à situação escolhida e os registra no cavaletê. O terapeuta escolhe um ou dois pensamentos automáticos para questionar em vez de tentar ajudar o paciente a questionar todos eles. O paciente classifica sua crença no

pensamento automático e identifica os erros de pensamento que ela contém. Na medida do possível, o paciente toma a frente em desafiar os pensamentos com questionamentos e desenvolve uma resposta racional. O terapeuta só ajuda quando necessário. A resposta racional é anotada em uma folha em branco, para que o paciente possa consultá-la durante a exposição, sem ser distraído por pensamentos automáticos listados na mesma página.

A seguir, são estabelecidos os objetivos comportamentais para a exposição. Sem orientação, os pacientes com transtorno de ansiedade social tendem a estabelecer objetivos não realistas e perfeccionistas (p. ex., “Não vou ficar ansioso” ou “Não vou tropeçar nas palavras nenhuma vez”) ou objetivos que são baseados nas reações de outras pessoas e não estão sob seu controle (p. ex., causar uma boa impressão). O terapeuta ajuda o paciente a desenvolver dois ou três objetivos mensuráveis e observáveis para a situação (p. ex., fazer pelo menos três perguntas para conhecer melhor a pessoa, declarar uma opinião, falar sobre três questões diferentes durante uma fala). Esses objetivos são registrados abaixo da resposta racional, de forma que o paciente possa consultá-los ao longo da exposição.

Durante a exposição, os terapeutas solicitam classificações de SUDS em intervalos de um minuto e sempre que a ansiedade parecer aumentar ou diminuir. A cada pedido de SUDS, o paciente também lê sua resposta racional em voz alta. Os pacientes se adaptam rapidamente a essa interrupção, especialmente se o(s) participante(s) da dramatização ajudar(em) com um sinal verbal para reorientá-los (p. ex., “Você estava falando sobre...”). A exposição deve continuar até que a ansiedade tenha começado a diminuir ou a estabilizar, e se tenham atingido os objetivos, geralmente em torno de 10 minutos. O terapeuta deve ser quem termina a exposição para ajudar o paciente a superar qualquer tendência a escapar da situação quando ela se torna difícil.

A fase de processamento posterior à exposição inclui uma revisão dos objetivos atingidos, com o terapeuta observando a ocorrência de pensamentos automáticos que estiveram no foco da reestruturação cognitiva antes da exposição, uma discussão da utilidade da resposta racional e uma identificação de qualquer pensamento automático que deva ser tratado no futuro. Em vez de perguntar ao paciente como foi a dramatização segundo a sua perspectiva, o terapeuta pergunta se os objetivos com que o paciente concordara foram atingidos, não dando abertura para que ele redirecione a discussão para outros objetivos não atingidos, como não ficar ansioso. O terapeuta também dá

sua opinião sobre os objetivos atingidos, respondendo a preocupações levantadas pelo paciente e não permitindo que este desqualifique o positivo. Em exposições posteriores, também se pode pedir que os participantes externos para a dramatização exponham suas reações e respondam a alguma pergunta que o paciente possa ter sobre como foi a exposição. O *feedback* do terapeuta e de qualquer participante deve enfatizar a informação que contradiga as crenças negativas do paciente. Por exemplo, o paciente pode acreditar que fica muito vermelho e chato, parecendo inadequado aos outros e não conseguindo manter uma conversa por 10 minutos. Talvez ele tenha mesmo ficado vermelho no início da exposição, só tenha respondido às perguntas dos participantes e tenha SUDS muito alta (90 ou mais) durante todos os 10 minutos. Entretanto, o paciente atingiu seu objetivo de contar alguma coisa sua e permanecer na exposição até o terapeuta dizer para parar. Nessa situação, o terapeuta mostraria que o paciente atingiu seu objetivo e quantas das consequências que ele temia não aconteceram (p. ex., ficar demasiado ansioso para manter uma conversa). Além disso, só em casos raros os pacientes parecem tão ansiosos quanto acham que parecem, de forma que costuma ser bastante adequado reconhecer que o paciente mostrou algum sintoma de ansiedade, mas que ela não ficou tão visível como podem sugerir suas classificações SUDS, que não prejudicou o prazer da conversa e assim por diante. Os terapeutas que neguem ter visto qualquer ansiedade em um paciente que estava visivelmente ansioso correm o risco de prejudicar sua credibilidade. Principalmente no início do tratamento, os terapeutas devem pensar muito antes de apresentar uma lista de comportamentos dos pacientes que prejudicam a qualidade da conversa (p. ex., o paciente só respondeu às perguntas e não fez nenhuma, deveria ter olhado mais nos olhos). Muitos pacientes descontam os aspectos positivos da exposição e se concentram só nas opiniões negativas. Portanto, é melhor guardar temporariamente essa informação e se certificar de que esses comportamentos sejam incluídos como objetivos para a próxima dramatização, principalmente se o paciente não sugerir espontaneamente um deles. Para os pacientes que são muito autocríticos durante o processamento posterior à exposição em relação a um comportamento objetivamente ruim, como nunca fazer perguntas, a estratégia mais comum é expor a eles a conceituação do comportamento problemático como uma resposta de evitação à ansiedade significativa (em vez de evidência de más habilidades sociais ou de alguma inadequação do paciente). Trabalhando a partir dessa conceituação, o terapeuta pode perguntar sobre os pensamentos automáticos que levam ao

comportamento problemático. As respostas do paciente costumam ser bastante esclarecedoras (p. ex., “Eu posso fazer uma pergunta, sem me dar conta, sobre um tema delicado, que ofenderá a outra pessoa”). Nesse caso, o terapeuta planejaria com o paciente trabalhar nesses pensamentos automáticos e abordar o comportamento social temido, incluindo-o em uma exposição futura.

A seguir, o padrão de classificações SUDS é exposto rapidamente, de forma gráfica, ao paciente. Diferentes padrões podem ser usados para sustentar diferentes argumentos. O padrão mais comum é que as classificações iniciais sejam altas e decaiam com o tempo. Nesses casos, o terapeuta pode dizer que começar parece ser a parte mais difícil, e que se o paciente se mantiver firme, as coisas parecem ficar mais fáceis. Caso se mantenha em exposições futuras, esse padrão pode levar a uma nova resposta racional (p. ex., “Fica mais fácil”, “O mais difícil é começar”). Para pacientes com altas classificações SUDS durante toda a exposição, o terapeuta pode apontar a possibilidade de a pessoa estar bastante ansiosa e, ainda assim, fazer o que tem de fazer em uma dada situação social (p. ex., uma resposta racional futura pode ser “Eu posso estar ansioso e ainda assim dar minha opinião”). O terapeuta também pergunta sobre qualquer pensamento automático que pode ter prejudicado a habituação, para que possa ser tratado antes da exposição seguinte. Outro padrão comum é de SUDS decrescentes ou estáveis, que têm um pico quando o paciente percebe uma dificuldade que surge durante a exposição. Às vezes, o terapeuta consegue observar o que levou ao pico de ansiedade (p. ex., uma pausa na conversa). Outras vezes, pode não ser tão evidente, e o paciente precisa explicar o que aconteceu (p. ex., não houve pausa, mas teve um pensamento automático de que a discussão do tópico atual havia atingido seus limites e temia que não conseguisse continuar a conversa). Essas discussões podem levar a novos objetivos (p. ex., “Permita-se fazer duas pausas durante a conversa, para se dar conta de que consegue se recuperar de pausas e não ter medo delas”) e alvos para reestruturação cognitiva (ou seja, a crença de que as pausas refletem incompetência social pode ser questionada e levar a uma resposta racional, como “As pausas são normais em uma conversa” ou “Eu só tenho metade da responsabilidade por terminar uma pausa”). Pedese que os pacientes reclassifiquem seu grau de crença em seus pensamentos automáticos e respostas racionais, com base especificamente em sua experiência com a exposição em sessão. Por fim, pergunta-se ao paciente o que ele aprendeu a partir da exposição que possa ser aplicado à vida fora da clínica.

As tarefas de casa são uma parte muito importante do tratamento nesse segmento porque se pede que o paciente entre em situações semelhantes às que foram vivenciadas nas exposições em sessão. Para ajudá-los a realizar reestruturação cognitiva antes da conduta propriamente dita da exposição como trabalho de casa, os pacientes recebem cópias do formulário *Seja seu Próprio Terapeuta Cognitivo (Be Your Own Cognitive Therapist, BYOCT)*, que também é discutido na sessão e exemplificado no caderno de tarefas do paciente. Esse formulário conduz os pacientes por cada um dos passos da reestruturação cognitiva descritos anteriormente e muitas vezes é usado em exposições em sessão, assim como as que são estabelecidas como trabalho de casa. Após completar a exposição em casa, a segunda parte do formulário ajuda os pacientes a realizar uma análise cognitiva e a consolidar a aprendizagem que aconteceu durante e após a experiência com a tarefa de casa.

Segmento 4: reestruturação cognitiva avançada

Após três ou quatro sessões de exposição, terapeuta e paciente devem começar a observar temas comuns nos pensamentos automáticos. Isso é uma indicação de que, em breve, será hora de avançar para a reestruturação cognitiva avançada (capítulo 12 do caderno de tarefas do paciente). Esse segmento ajuda o paciente a ir além de pensamentos automáticos que são específicos de determinadas situações aplicando a técnica da seta descendente (ver J. S. Beck, 1995) a pensamentos que tenham acontecido com frequência no decorrer do tratamento. Para realizar essa tarefa com eficiência, paciente e terapeuta revisam todas as tarefas de casa escritas anteriormente, que envolveram o registro de pensamentos automáticos, bem como os pensamentos registrados antecipadamente nas exposições em sessão, e trabalham com o formulário Descascando a sua Cebola, do caderno de tarefas do paciente, que apresenta uma abordagem sistemática para questionar os pensamentos automáticos e investigar mais as respostas a essas perguntas, até que se tenha(m) identificado a(s) crença(s) central(is) do paciente.

O começo da reestruturação cognitiva avançada não sinaliza o fim das exposições. Em vez disso, terapeuta e paciente criam exposições na sessão e *in vivo* para questionar as crenças centrais. Por exemplo, se tiver uma crença central do tipo “eu tenho de ser perfeito para ser aceito pelos outros”, o paciente pode realizar exposições que o façam cometer erros ou dar passos equivocados socialmente (p. ex., derramar uma bebida, entregar um relatório com um erro de digitação) e notar se os outros continuam aceitando. As crenças centrais também podem ser questionadas de outras formas. Por exemplo, além das exposições,

pode-se pedir que o paciente observe exemplos em que os erros dos outros tornam mais fácil se identificar com eles ou ser aceito. Geralmente, se dedica uma sessão completa para ajudar o paciente a usar a técnica da seta descendente e questionar crenças centrais. Sessões adicionais não apenas continuam a explorar crenças centrais, mas também incluem uma exposição na sessão.

Segmento 5: encerramento

À medida que o tratamento se aproxima da 16ª sessão, a questão do encerramento e/ou avaliação do contrato terá sido mencionada informalmente pelo terapeuta, várias vezes. Após a 15ª sessão, o capítulo 13 do caderno de tarefas do paciente é designado como tarefa de casa. A 16ª sessão se concentra formalmente na avaliação do progresso, na prevenção de recaída e na questão do encerramento. O terapeuta e o paciente trabalham com um formulário onde este relata coisas que aprendeu durante o tratamento (como identificar e questionar os pensamentos automáticos, a importância de evitar a evitação). O terapeuta pede que o paciente dê classificações atualizadas a todos os itens da hierarquia de medo e evitação desenvolvida anteriormente no tratamento. Segue-se uma discussão com relação ao progresso que foi feito e onde é necessário trabalhar mais. Quando terapeuta e paciente concordam que está na hora de encerrar o tratamento, os fatores de risco para recaída são discutidos (p. ex., pressão social de outras pessoas, novas situações que surgem à medida que continua a melhorar). Também se planejam formas de lidar com sinais de recaída (p. ex., o paciente pode revisar capítulos do seu caderno de tarefas ou telefonar para o terapeuta). Também se processam emoções confusas (p. ex., orgulho, tristeza pelo fim da relação terapêutica) associadas ao encerramento.

Em nossa clínica, as mesmas medidas administradas no pré-tratamento são repetidas após a sessão 16. O paciente recebe informações sobre essas avaliações, com dados apresentados no contexto da avaliação de resultados iniciais pré-tratamento. No fim das 16 sessões, muitos pacientes ainda sentem ansiedade social problemática em alguns domínios. Como dissemos na primeira sessão, a eliminação da ansiedade social não é o critério para encerrar o tratamento. Em lugar disso, se o paciente parou de evitar situações sociais importantes, sentiu uma redução relevante da ansiedade em algumas áreas e acredita que pode usar as habilidades obtidas na terapia para continuar trabalhando de forma independente, ele está pronto para encerrar o tratamento. A maioria dos indivíduos que responde ao tratamento dessa forma provavelmente continuará fazendo progressos depois do encerramen-

to. Consultas de seguimento são recomendadas para acompanhar a situação clínica do paciente (p. ex., em um e em seis meses após o tratamento).

Para alguns indivíduos, os ganhos com o tratamento serão visíveis, mas a ansiedade e a evitação continuam graves e generalizadas para que o paciente siga sozinho. O fenômeno é mais comum entre pacientes com ansiedade social muito grave no início do tratamento, geralmente os que têm ansiedade social generalizada ou os que temem muitas situações sociais. Os pacientes com comorbidades relevantes podem também levar mais tempo para ter ganhos suficientes com o tratamento. Nesses casos, recomenda-se a continuação do tratamento. O novo contrato, assim como o original, deve ser de 16 sessões ou menos, e então outra avaliação deveria acontecer. O plano de tratamento geralmente consiste em mais reestruturação cognitiva e exposições, embora se costumem introduzir novos domínios (p. ex., no início estava trabalhando as amizades e, agora, avança para relações amorosas).

ESTUDO DE CASO

Para melhor ilustrar como a TCC individual para transtorno de ansiedade social é implementada, apresentamos um exemplo de caso. Em primeiro lugar, descrevem-se os dados da história e a avaliação pré-tratamento, seguidos por uma descrição dos avanços da paciente no decorrer das 16 semanas de tratamento e sua situação um ano e cinco anos depois. Note que o tratamento foi realizado em conformidade com a primeira edição do caderno de tarefas do paciente (Hope, Heimberg, Juster e Turk, 2000) e do guia do terapeuta (Hope, Heimberg e Turk, 2006), resultando em algumas diferenças no procedimento em relação à versão atualizada do protocolo apresentada anteriormente. Tomamos essa decisão para que pudéssemos apresentar um exemplo de caso que incluísse um exame das informações sobre seguimento de longo prazo.

Josie, de 22 anos, apresentou-se para o tratamento com ansiedade significativa em relação a interação social e a situações que envolvessem desempenho. Ela estudava música em tempo integral em uma faculdade local e dividia um apartamento com uma colega. Ela não trabalhava, apesar de ter muita necessidade financeira. Josie se descreveu como tímida e com problemas de se conectar com os outros. Ela convivia com sua colega de apartamento e com seu namorado, mas costumava recusar oportunidades de conviver com amigos em função da ansiedade. Dizia não ter amigos íntimos próprios e que sua ansiedade impedia que ela estabelecesse amizades próximas, especialmente com mulheres de sua idade. A ansiedade

social de Josie também tinha resultado em prejuízos ocupacionais e acadêmicos. Por exemplo, embora tivesse feito muitas entrevistas para emprego e até lhe tivessem sido oferecidos alguns, ela estava desempregada porque tinha dificuldade de aceitar as ofertas por medo de ser demitida. Ela informava sentir muita ansiedade em suas aulas e não participava, a menos que lhe fizessem uma pergunta direta, mesmo que a participação fosse muito importante para sua nota. Muitas vezes, deixava de se matricular em disciplinas que lhe interessavam por que era necessário participar. Além disso, ela tinha de apresentar recitais e se submeter a avaliações em sala de aula de suas composições musicais várias vezes por semestre. Embora nunca evitasse esses eventos, ela se preocupava com eles durante semanas por antecipação e sofria devido à grande ansiedade. Josie temia que sua ansiedade social lhe causasse inclusive mais dificuldade depois da graduação, quando ela teria de se submeter a entrevistas e testes de emprego.

Avaliação pré-tratamento

Josie veio à clínica buscando ajuda para ansiedade social, mas também tinha dificuldades com preocupações gerais e tensão, depressão e ataques de pânico. Foi-lhe administrado o ADIS-IV-L e uma série de instrumentos de autoavaliação. Com base nessas informações, foi diagnosticado um transtorno de ansiedade social generalizado, com classificação de gravidade pelo profissional para o ADIS-IV-L de 5, que indica sintomas entre moderados e graves. Ela também recebeu diagnósticos de transtorno de ansiedade generalizada, transtorno depressivo maior recorrente de gravidade moderada, transtorno de estresse pós-traumático relacionado a um recente acidente de carro e transtorno de pânico com agorafobia.

Com relação a medidas de ansiedade social, os escores de Josie indicam medo significativo tanto em situações de interação social, quanto de desempenho/observação (ver Tab. 3.2). Heimberg e colaboradores (1992) sugeriram ponto de corte de 34 para todos os 20 itens da versão do SIAS (medos de interação) e de 24 para a SPS (medos de desempenho-observação) para diferenciar indivíduos com e sem transtorno de ansiedade social. Os escores de Josie em ambas as medidas excediam esses pontos de corte. Da mesma forma, na LSAS, Josie relatava medo de evitação de situações de interação e desempenho, e seu escore total estava bem acima do ponto de corte deduzido empiricamente para a presença de transtorno de ansiedade social (Mennin et al., 2002).

O ideal seria que o tratamento resultasse em redução de sintomas e melhora da funcionalidade, bem como promovesse uma sensação geral de bem-

-estar e satisfação com a vida para a paciente. Safren, Heimberg, Brown e Holle (1997) relataram um escore médio de 0,8 no Inventário de Qualidade de Vida (*Quality of Life Inventory*) para pacientes com transtorno de ansiedade social, o que é significativamente mais baixo do que o escore médio da amostra adulta não clínica relatada por Frisch (1994; $M = 2,6$; $DP = 1,3$). O escore de Josie indicava que seu grau de satisfação com a vida era muito baixo, mas semelhante ao de outras pessoas com transtorno de ansiedade social.

O prejuízo ao funcionamento causado pela ansiedade social e pela baixa qualidade de vida associada a ela muitas vezes resulta em disforia. O escore de Josie no BDI-II indica um nível de depressão mais grave do que geralmente se vê entre pessoas em nosso programa de tratamento (Elting, Hope e Heimberg, 1997).

Josie não confirmava pensar em suicídio. Com base em entrevista clínica, determinamos que o atual humor abatido de Josie estava relacionado a depressão maior recorrente. Esse episódio depressivo mais recente começou aproximadamente seis meses antes de sua avaliação e foi associado a vivências sociais negativas enquanto estudava no exterior. Josie informou que seu humor deprimido era um pouco menos desconfortável e prejudicial do que sua ansiedade social. Dessa forma, a depressão foi considerada secundária em relação à ansiedade social e com baixa probabilidade de ter um impacto adverso em seu tratamento. Da mesma forma, determinou-se que seus outros diagnósticos, embora significativos clinicamente, não chegavam ao nível de preocupação que pode in-

terferir ou prejudicar o tratamento de seu transtorno de ansiedade social.

Tratamento

Segmento psicoeducativo

Sessões 1 – 2

As primeiras quatro sessões foram dedicadas a construir o alicerce para o tratamento, estabelecer *rapport*, instruir Josie sobre o modelo cognitivo-comportamental do transtorno de ansiedade social e definir seus objetivos com o tratamento.

Nas duas primeiras reuniões, Josie falava de forma muito suave, pouco olhava nos olhos e expressava desesperança em relação à sua capacidade de melhorar. Ela fazia muitas perguntas em relação a como outros pacientes tinham se saído com o programa de tratamento, e a terapeuta enfatizava que muitas vezes o resultado depende da capacidade do paciente de se esforçar permanentemente durante o tratamento. A terapeuta usava algumas das experiências da própria Josie para estabelecer paralelos com os desafios e as recompensas que ela pode enfrentar no tratamento, como perguntar há quanto tempo tocava piano e se havia observado alguma mudança com o tempo. Josie informou que quando começou, o processo era muito custoso, desafiador e até mesmo desanimador, mas, com formação e prática permanentes, ela havia atingido um ponto em que era agradável e fácil. Com isso, Josie parecia se sentir muito encorajada em relação a seu prognóstico, dizendo que estava ávida para começar o tratamento e motivada para trabalhar muito. A maior parte da primeira sessão foi usada para esta-

TABELA 3.2 Autoavaliações e avaliações administradas por profissional no pré-tratamento e no seguimento de um ano e de cinco anos

Medida	Pré-tratamento	Seguimento de um ano	Seguimento de cinco anos
Autoavaliação			
Escala Breve de Medo de Avaliação Negativa	49	23	29
Escala de Ansiedade por Interação Social	48	22	23
Escala de Fobia Social	38	12	24
Inventário de Depressão de Beck-II	25	8	8
Inventário de Qualidade de Vida	-0,9	1,1	-0,6
Avaliação por clínico			
Classificação de Gravidade por Profissional ADIS-IV L	5	3	3
Escala de Ansiedade Social de Liebowitz-Total	48	37	31

belecer *rapport* e introduzir material psicoeducativo sobre a ansiedade social e os componentes do tratamento. Para estimular Josie a falar sobre suas próprias experiências com a ansiedade social, a terapeuta usou perguntas abertas, questionando se os exemplos pareciam familiares, e pediu que ela descrevesse algumas situações nas quais a ansiedade era melhor ou pior do que em outras. Por exemplo, ainda que Josie achasse que tinha muita ansiedade quando tocava na frente de um público, ela também achava que essa ansiedade era comum para maioria das pessoas nessa situação. Entretanto, sua ansiedade enquanto interagia com outros em recepções, antes e depois de apresentações era grave, e ela muitas vezes evitava essas situações, chegando aos recitais no último minuto e saindo assim que terminavam. Ao participar dessa forma, ela demonstrava uma compreensão do conceito importante de que a ansiedade social existe em um contínuo.

Sessão 3

Na terceira sessão, investigou-se o desenvolvimento da ansiedade social de Josie e como ela se manteve com o passar dos anos. Depois de perguntar à sua mãe, ela soube que havia sido muito tímida mesmo quando era pequena, e que a mãe muitas vezes tinha de pressioná-la para participar de atividades sociais com outras crianças. Josie também relatou que sua mãe sempre teve tendência a ser reservada e limitar interações com outras pessoas, o que Josie pode ter usado como modelo desde pequena. Além disso, contou que tinha de lutar com sentimentos de que ficaria aquém do esperado desde pequena. Por exemplo, ela informou que nunca conseguiu participar das principais equipes de futebol embora fosse uma atleta habilidosa e nunca recebera mais do que o terceiro lugar e menções honrosas em recitais e competições. A terapeuta discutiu com Josie de que forma essas experiências podem ter definido suas crenças de que ela não é boa o suficiente, e também destacou como sua tendência a ver os aspectos negativos das situações (p. ex., não ser primeiro lugar) muitas vezes a levavam a desqualificar outros êxitos (como estar entre os cinco primeiros músicos em uma grande competição).

Sessões 4 – 5

Na parte inicial da quarta sessão, a terapeuta e Josie completaram uma discussão da terceira sessão sobre o papel dos padrões perfeccionistas e da baixa autoeficácia em sua ansiedade social. O restante dessa sessão e a seguinte foram usados para desenvolver e refinar a hierarquia de medo e evitação de Josie (ver Tab. 3.3). Ela contava que a interação com os outros pessoalmente era mais fácil do que falar ao telefone, porque o contato cara a cara lhe possibilitava inter-

pretar a linguagem corporal e as expressões faciais para determinar como estava indo a interação. Além disso, achava mais fácil interagir com homens do que com mulheres, que ela considerava mais críticas. Josie também se sentia mais ansiosa com indivíduos que ela respeitava e admirava do que com estranhos.

Segmento de treinamento para reestruturação cognitiva

Sessão 6

Na Sessão 6, Josie foi apresentada à reestruturação cognitiva. Embora tenha demonstrado entender a importância dos pensamentos na produção dos sentimentos de ansiedade, ela informava ter dificuldades contínuas de identificar seus próprios pensamentos automáticos. Especificamente, tendia a identificar questões que passavam por sua cabeça antecipando situações que provocavam ansiedade ou durante essas situações. Por exemplo, quando se lembrava de uma situação recente que provocasse ansiedade, na qual ela tinha de apresentar seu trabalho em uma aula, Josie identificava o pensamento “o que os outros vão pensar de mim?”. A terapeuta a ajudou a reformular sua pergunta como uma declaração daquilo de que tinha medo, pedindo que Josie deixasse seu “*self* ansioso” responder à pergunta. Ela conseguiu gerar pensamentos automáticos, como “Outras pessoas vão pensar que eu sou uma idiota” e “Outras pessoas vão pensar que estou despreparada para esta apresentação”. Ela identificou outros pensamentos, como “Estou desperdiçando o meu tempo”, “Eles vão se entediar comigo” e “O meu professor ficará decepcionado por eu não ter feito nada melhor”. Muitos dos pensamentos automáticos pareciam estar relacionados com uma sensação geral de decepcionar os outros. A terapeuta a estimulou, dizendo que, com prática frequente, ela conseguiria reconhecer melhor seus pensamentos automáticos.

Sessão 7

Na Sessão 7, Josie se esforçou mais uma vez para identificar os pensamentos automáticos, mas com indução foi cada vez mais capaz de fazê-lo. Ela também teve alguma dificuldade de identificar os erros de pensamento contidos em seus pensamentos automáticos, muitas vezes insistindo em que todos os pensamentos eram inúteis e improdutivos, ou seja, verdadeiros, mas prejudiciais. A terapeuta fez a Josie algumas perguntas com vistas a questionar se os pensamentos não eram verdadeiros ou totalmente precisos, e que poderia haver outros erros de pensamento. No fim da sessão, Josie já tinha um melhor domínio de erros de pensamento e conseguia começar a usar algumas perguntas com sucesso. Ela informou que o trabalho de

TABELA 3.3 Hierarquia de medo e evitação, com classificações de pré-tratamento, pós-tratamento, seguimento de um ano e seguimento de cinco anos

Situação	Pré-tratamento	Pós-tratamento	Seguimento de um ano	Seguimento de cinco anos
1 Andar de transporte público sozinho		20	9	90
Medo	100	20	6	85
Evitação	100			
2 Ficar depois de recitais para socializar com as pessoas		7	3	55
Medo	95	8	0	60
Evitação	95			
3 Ir a recitais				
Medo	90	7	3	45
Evitação	70	8	0	15
4 Telefonar para pessoas de quem costumava ser próxima		5	3	65
Medo	75	5	1	60
Evitação	60			
5 Avaliações em sala de aula e falar de minhas composições em aula		6	1	60
Medo	65	1	0	20
Evitação	50			
6 Falar com professores e figuras de autoridade que eu respeito		4	5	75
Medo	65	2	5	60
Evitação	50			
7 Estabelecer/manter conversas com amigos e pessoas que eu respeito		3	4	25
Medo	60	1	2	10
Evitação	60			
8 Fazer o primeiro telefonema				
Medo	55	2	4	65
Evitação	5	0	1	35
9 Passear com as namoradas de amigos do namorado	50	6	3	40
Medo	85	2	0	15
Evitação				
10 Falar com velhos amigos com os quais perdi contato		7	4	30
Medo	40	4	2	45
Evitação	70			

reestruturação cognitiva foi muito mais difícil do que ela esperava, mas estava ávida para colocá-la em ação durante as exposições.

Sessão 8

A terapeuta decidiu fazer mais uma sessão com trabalho de reestruturação cognitiva antes de passar a exposições, para que Josie estivesse com máxima preparação. A prática de reestruturação cognitiva se concentrou em uma situação recente na qual Josie recusou entradas para uma exposição de seu artista favorito, oferecidas por um professor na escola. Ela conseguiu identificar muito melhor seus pensamentos automáticos relacionados a essa situação. Que incluíam os seguintes:

1. “Outros alunos vão ficar furiosos comigo se eu aceitar as entradas.”
2. “Eu vou ficar assustada demais para ir e vou desperdiçar as entradas.”
3. “Não vou conseguir pegar transporte público para ir até lá.”
4. “Se eu pegar o transporte público, vou me perder e não chegarei para a exposição.”
5. “Outros alunos querem as entradas mais do que eu.”

Josie conseguiu identificar erros de pensamento como adivinhar o futuro, ler pensamentos e catastrofizar, entre outros. Entretanto, havia evidências de que ela foi crítica em relação a si mesma e à sua dificuldade ocasional de entender os conceitos da reestruturação cognitiva. Inicialmente, Josie teve dificuldades de classificar os erros em seus pensamentos automáticos e procurar a resposta racional adequada. A terapeuta lhe sugeriu que não há forma certa ou errada de questionar pensamentos automáticos ou de desenvolver uma resposta racional, mas Josie continuava a considerar suas sugestões como não boas o suficiente. Ela também ficou muito frustrada e pessimista quando usou questionamentos para colocar em dúvida seus pensamentos automáticos. Especificamente, teve dificuldades de questionar o pensamento de que perder-se no metrô a faria perder a apresentação completamente. Ela contou que duvidava de sua própria capacidade de ler o mapa do metrô ou pedir ajuda e previa que se perderia de tal maneira que simplesmente voltaria para casa ou chegaria ao *show* depois que já tivesse começado. A ansiedade de Josie sobre entrar na apresentação atrasada a faria, na sua predição, ir para casa de qualquer forma. Ela dizia que se sentiria decepcionada, constrangida e envergonhada de se perder no transporte público, porque isso significaria não ter conseguido ir à apresentação e, com isso, ter deixado furiosos os seus colegas, que pensariam que ela desperdiçou uma

oportunidade. Josie ficou cada vez mais frustrada com a força de seus pensamentos ansiosos e contava que se sentia burra por não conseguir questioná-los com sucesso. Isso destacou alguns padrões observados durante o tratamento, incluindo sua tendência a usar padrões perfeccionistas de pensamento e pensamentos tudo ou nada (p. ex., avaliar seus pensamentos e suas respostas comportamentais como completamente certas ou completamente erradas), e impaciência com seu próprio progresso no tratamento. Apesar disso, ela se dizia disposta a continuar praticando e avançando em exposições na sessão. A terapeuta trabalhou com ela pelo restante da sessão para questionar seus pensamentos automáticos. Foi particularmente útil para ela identificar que não tinha evidências de que se perderia e reconhecer que, mesmo isso acontecendo, seria tão importante ir à apresentação que ela pediria informações e instruções.

Segmento de exposição

Sessão 9

Durante a revisão do trabalho de casa, Josie contou que conseguiu usar suas habilidades de reestruturação cognitiva quando encontrou uma antiga colega de quarto em um café. A interação se deu de forma muito mais tranquila do que ela imaginava e lhe deu estímulo para se sentir mais confiante e entender ou conseguir usar ativamente as habilidades de reestruturação cognitiva em situações sociais. Com relação à exposição na sessão, a terapeuta queria escolher uma situação que parecesse relevante para seus objetivos de tratamento, evocasse uma quantidade moderada de ansiedade e na qual ela provavelmente tivesse um desempenho razoável. A exposição na sessão foi um seguimento da recente interação que Josie havia tido com sua colega de aula Anne, que lhe mencionou que algumas pessoas da turma se encontrariam em um fim de semana para passear. Entretanto, Anne não telefonou para Josie para fazer planos específicos, nem Josie fez planos de participar do evento e acabou perdendo. Josie pensou que Anne não ligou porque pode ter interpretado os sintomas de ansiedade de Josie (p. ex., timidez, silêncio, não olhar nos olhos) como uma falta de interesse em socializar. A exposição de Josie implicava que ela falasse com Anne, cujo papel foi interpretado pela terapeuta, em relação ao mal-entendido. Os trechos a seguir são de reestruturação cognitiva anterior à exposição:

TERAPEUTA: Em primeiro lugar, vejamos a planilha do “seja seu próprio terapeuta cognitivo” (BYOCT) para trabalhar a situação antes da situação acontecer. Quando pensa nessa situação acontecendo agora, que tipo de pensamentos automáticos lhe vem à mente?

JOSIE: Não vou falar com ela, porque não sei o que dizer. Eu também não devo dizer nada sobre ela me ligar, porque ficaria estranho. Eu tenho de ser simpática e sorrir o tempo todo.

TERAPEUTA: Você está fazendo alguma previsão sobre como será essa interação?

JOSIE: Claro, vou me engasgar e ela vai me julgar. Acho que é isso.

TERAPEUTA: Certo, você fez um bom trabalho identificando pensamentos automáticos. Então, que tipos de sentimentos lhe surgem quando você tem esses pensamentos?

JOSIE: Eu me sinto triste. A ansiedade quase some, e eu simplesmente não tenho vontade de falar com ela. Também fico com um pouquinho de raiva e frustração comigo mesma, porque não consigo confrontá-la em relação a isso e não quero que ela se sinta desconfortável.

TERAPEUTA: Então, parece que esse tipo de pensamento pode fazê-la não dizer nada, evitando a interação?

JOSIE: É, eu definitivamente evitaria.

TERAPEUTA: Bom, essa exposição nos permitirá praticar o enfrentamento a esses pensamentos automáticos, mas primeiro precisamos fazer um pouco de prática de reestruturação cognitiva. Por que não começamos identificando alguns erros de pensamentos?

JOSIE: Imediatamente eu já vejo ideias do tipo “eu devo” e me vejo adivinhando o futuro. E achar que ela está me julgando, isso é ler pensamentos.

TERAPEUTA: Muito bom. Agora tentemos questionar alguns desses pensamentos. Começemos com o pensamento automático “não vou falar com ela porque não vou ter nada para dizer”. Você tem certeza disso?

JOSIE: (*Sorrindo.*) Não, na verdade eu quero falar com ela e sempre posso lhe dizer alguma coisa. Eu não tenho nenhuma evidência de que não vou ter nada para dizer.

TERAPEUTA: Então, você poderia pensar em alguma coisa para dizer?

JOSIE: Poderia, mesmo que fosse só conversa, eu pensaria em alguma coisa. Quero perguntar o que aconteceu, mas não quero parecer agressiva nem confrontativa demais. Eu me sinto mal quando confronto as pessoas.

TERAPEUTA: Então vamos descobrir algumas formas de fazer você se sentir confortável convidando ela para passear, formas que permitam que você transmita a mensagem sem se sentir

agressiva ou direta. Isso pode nos ajudar a começar a identificar alguns objetivos comportamentais para a exposição. Vamos dar uma olhada no que é que você quer perguntar ou dizer a ela.

JOSIE: Bom, eu quero perguntar se podemos sair algum dia, como ela não me ligou na última vez. Mas tenho o pensamento automático de que não devo dizer nada, porque vai ficar estranho. Acho que seu eu questionar isso, não sei realmente se vai ser estranho.

TERAPEUTA: Qual poderia ser outro resultado do que você disse?

JOSIE: Ela pode me pedir desculpa e perguntar se quero ir, e eu posso lhe dizer que adoraria ir, na próxima vez que ela me convidar. Afinal, ela me convidou antes de tudo, só não chegou a ligar para confirmar, porque achava que eu não queria ir.

TERAPEUTA: Certo. Então, identificamos alguns pensamentos automáticos e você disse que eles lhe faziam sentir triste e frustrada. Então, nós os questionamos e geramos alguns pensamentos de enfrentamento. Como você se sente com esses pensamentos?

JOSIE: Melhor, me sinto muito melhor.

TERAPEUTA: Como poderíamos sintetizar isso em uma resposta racional? Tem alguma coisa que se destaque para você?

JOSIE: “Dizer alguma coisa pode ter um resultado positivo” me parece bom. Eu me sentiria melhor e as coisas sairiam melhor se me lembrasse disso. Vai me ajudar a questionar o pensamento de que vou me engasgar ou ficar sem ter o que dizer.

A terapeuta selecionou esse pensamento automático para reestruturação cognitiva, porque ele havia sido recorrente para Josie no trabalho de casa e parecia relevante para a próxima exposição. Além disso, a terapeuta fez um esforço para levar Josie pela reestruturação cognitiva com relativa rapidez, pois quanto mais se postergava a exposição, mais ansiosa ela ficaria e mais difícil seria para ela se concentrar na reestruturação cognitiva em função de sua ansiedade. O próximo passo era estabelecer objetivos para a exposição. Josie decidiu que seus objetivos viáveis para essa exposição seriam dizer a Anne que estava interessada no último evento social, dizer-lhe que estaria interessada em sair com ela algum dia e dar a Anne seu número de telefone.

A exposição começou com Josie e a terapeuta levantando-se para simular de forma mais real a interação que poderia ocorrer quando elas se encontra-

sem no corredor da escola. Josie ficou onde conseguia ver sua resposta racional e seus objetivos comportamentais no cavalete.

TERAPEUTA: Josie, qual é sua classificação SUDS inicial?

JOSIE: Uns 45.

TERAPEUTA: Certo, e qual é sua resposta racional?

JOSIE: Dizer alguma coisa pode ter um resultado positivo.

Josie começou a conversar sobre a aula com a terapeuta e em seguida mencionou o evento social que acabara de acontecer. A terapeuta deixou que a exposição acontecesse por cerca de 5 minutos. Depois de ser estimulada por ela, Josie deu classificações SUDS em intervalos de um minuto durante a interação e leu sua resposta racional em voz alta. Após a exposição terminar, começou o processamento posterior.

TERAPEUTA: Você chegou a atingir seus objetivos comportamentais?

JOSIE: Eu disse a ela que queria sair e que ela me ligasse de novo.

TERAPEUTA: Então você atingiu seus objetivos. Muito bom. Algum pensamento automático surgiu?

JOSIE: Notei que fiquei muito inquieta. Ficava pensando “isso me dá medo”, mas ela também parecia muito tranquila em relação à interação. Eu pensei que não tinha motivo para estar nervosa.

TERAPEUTA: Os pensamentos que antes identificamos apareceram?

JOSIE: Sim, eu achei que não ia saber o que dizer, e houve uma pausa na conversa, mas foi tranquilo quando disse alguma coisa. Eu estava preocupada com deixá-la desconfortável, mas acho que foi mais desconfortável para mim, porque fiquei muito nervosa.

TERAPEUTA: Como funcionou sua resposta racional?

JOSIE: Funcionou bem, ficou mais fácil lembrar e acho que era verdade quando eu disse. Ajuda muito pensar mais em pensamentos racionais do que nos ansiosos.

TERAPEUTA: Vamos dar uma olhada na sua SUDS. Você começou em 45 e subiu para 55 quando a conversa começou. Quando você disse alguma coisa sobre querer que ela lhe chamasse, subiu para 60. Quando ela lhe disse o que aconteceu, caiu para 40. Depois de um pouco de conversa trivial, baixou para 20. É uma queda bastante importante.

JOSIE: Ficou bem melhor depois de eu superar aquele obstáculo, quando lhe disse que queria sair.

TERAPEUTA: Que pensamento você se lembra de ter tido naquele momento?

JOSIE: “Eu não devo dizer nada.” “Deveria ir embora.” “Tenho de dizer alguma coisa.”

TERAPEUTA: Então, o que aconteceu?

JOSIE: Eu disse a minha resposta racional quando você perguntou, pouco depois de perguntar a ela o que aconteceu e me senti muito melhor. Pareceu-me que as coisas estavam indo bem, me sinto bem com a maneira como as coisas aconteceram.

Depois de processar a exposição, a terapeuta ajudou Josie a planejar uma exposição *in vivo* para fazer sozinha, durante a semana. Ela planejou se encontrar com sua ex-colega para um café, usando os formulários BYOCT para orientar sua reestruturação cognitiva, a exposição e seu próprio processamento posterior da experiência.

Sessão 10

Na décima sessão, Josie informou que tinha tido uma semana muito desafiadora, mas muito gratificante. Ela descreveu uma avaliação de seu trabalho em sala de aula e, embora a ansiedade tivesse sido intensa, conseguiu administrá-la e permanecer na aula ao se lembrar de sua resposta racional: “Eu posso aprender alguma coisa com as opiniões deles”. Josie também observou que havia realizado duas exposições *in vivo*, incluindo tomar um café com sua antiga colega de quarto e uma conversa com sua colega de aula Anne, bem como havia praticado na sessão da semana anterior. Josie parecia muito estimulada com os resultados dessas situações e com sua capacidade de usar as técnicas de reestruturação cognitiva antes e durante eventos que provoquem ansiedade.

Para a exposição dessa semana, Josie planejava interagir com duas mulheres que fariam o papel das noivas dos amigos do seu namorado, com as quais ela achava que não conseguia se relacionar. A terapeuta previu que essa exposição seria mais difícil para ela, porque envolvia uma interação com muito pouca estrutura e, provavelmente, uma conversa sobre tópicos que ela conhecia pouco, como planejar um casamento. Josie informou que teve os seguintes pensamentos automáticos antes da exposição:

1. “Eu ainda não sou casada, então o que vou saber de relacionamentos e casamentos?”
2. “Eu vou ofendê-las com as minhas opiniões.”
3. “Elas vão pensar que sou esquisita.”
4. “Elas vão pensar que tenho uma atitude infantil.”
5. “Eu não vou dar as respostas corretas às perguntas delas.”

Assim como aconteceu com os pensamentos automáticos em sua primeira exposição, Josie conseguiu identificar erros de pensamento, incluindo tentar adivinhar o futuro, ler pensamentos, rotular e pensamentos *tudo ou nada*. Usando os questionamentos, ela conseguiu questionar os pensamentos automáticos que identificava. Em resposta ao primeiro pensamento, Josie determinou que, embora não fosse casada, tinha um relacionamento a alguns anos, de forma que conseguiria se relacionar com as outras mulheres naquele nível. Além disso, ajudou sua irmã a planejar um casamento e conhecia alguns aspectos disso. Em relação a seu medo de ser ofensiva, Josie observou que não tinha certeza de que as ofenderia com suas opiniões e que sua visão diferente poderia levar a uma conversa interessante. O pensamento automático de que as outras mulheres achariam que ela é esquisita foi mais difícil de questionar, mas ela ficou satisfeita quando determinou que conseguiria sobreviver se elas achassem que ela era um pouco incomum, e que isso não deveria afetar seu relacionamento com elas. Sobre seus medos de ter uma atitude muito infantil, Josie usou o questionamento de que só tinha dois anos menos do que essas mulheres, mas tinha escolhido um caminho diferente, de continuar sua formação e deixar o casamento até se sentir mais estabelecida na vida, uma decisão que ela considerava muito madura. Em resposta ao pensamento automático de que não daria a resposta correta às perguntas delas, Josie afirmou que talvez não houvesse resposta certa ou errada, e que mesmo que ela desse uma resposta que não estivesse de acordo com as opiniões delas, ela poderia se recuperar desses erros, e as diferenças de opinião poderiam levar a uma conversa interessante.

Josie decidiu que uma resposta racional apropriada seria aquela que a ajudasse a sentir que podia relacionar-se com essas mulheres, apesar de suas situações diferentes. Sua resposta racional para essa exposição foi: “Eu não sou tão diferente”. Seus objetivos eram falar de seus próprios interesses (p. ex., música), fazer uma pergunta, dar uma opinião e permanecer na conversa até que a exposição terminasse. Suas classificações SUDS partiram de 45, baixaram até cerca de 20 no quarto minuto da exposição e chegaram até 15 no último minuto da exposição de 8 minutos. Josie atingiu todos os seus objetivos comportamentais e embora estivesse em silêncio em comparação às pessoas que cumpriam os papéis anteriormente na conversa, pareceu ir ficando mais à vontade com o passar do tempo. Josie informou que a exposição transcorreu bastante bem e estava contente que uma história que contou durante a conversa levou a uma mudança de assunto e a mais conversa.

Embora não compartilhasse das opiniões nem das experiências delas, Josie conseguiu encontrar uma forma de se relacionar com elas e participar da conversa. Ela relatava ter pensamentos sobre ir embora, mas se convenceu a ficar ao se lembrar de que se beneficiaria ao permanecer na conversa. O trabalho de casa de Josie foi telefonar para um ex-colega de aula de composição musical, conversar ao telefone com ele e pedir que a escutasse tocando uma peça em que estava trabalhando para uma apresentação.

Sessão 11

Antes da sessão 11, Josie estava muito ocupada com o trabalho de aula e com a preparação para um recital de suas composições, que fazia parte de um exame final e, por isso, tinha faltado a várias sessões. Ela contou que, no decorrer do último mês, tinha feito uma entrevista para trabalhar em uma livraria local. Foi-lhe oferecido um cargo e ela aceitou. Disse que teve muita ansiedade na entrevista e nos primeiros dias de trabalho, mas agora estava se sentindo muito mais confiante em relação às coisas. Embora tivesse melhorado muito sua ansiedade autoavaliada e continuasse a melhorar durante o hiato de um mês no tratamento regular, a terapeuta discutiu a importância de completar as cinco a seis semanas restantes do programa de tratamento. Josie se comprometeu a seguir com o tratamento e a fazer seu trabalho de casa com mais constância. Embora não tivesse feito o trabalho de casa formalmente nesse período, nem tenha havido exposição na sessão, a terapeuta repassou seu progresso até aquele momento, em relação à sua hierarquia de medo e evitação. Conviver com um grupo de amigas e andar de transporte público sozinha foram identificadas como áreas nas quais deveria continuar trabalhando. Como trabalho de casa, ela recebeu a tarefa de entregar folhetos de propaganda a amigos e parentes divulgando o recital que iria acontecer, o que demandaria várias interações e uma discussão a respeito de seu trabalho. Ela também recebeu a tarefa de ler o capítulo do caderno de tarefas do paciente relacionado a interações sociais e conversar sobre temas triviais.

Sessão 12

Na revisão do trabalho de casa da 12ª sessão, Josie interagiu com muitas pessoas no *campus* e na cidade enquanto promovia o *show*, e as conversas tinham saído muito melhor do que o previsto. Ela disse que foi útil se lembrar de que ela era uma especialista em suas composições musicais, pois poderia falar pelo menos sobre a apresentação que estava divulgando. A terceira exposição em sessão, realizada nessa sessão, visava a ajudar Josie a trabalhar em alguns de seus

pensamentos automáticos relacionados a seu recital que aconteceria naquele fim de semana. A terapeuta tinha planejado uma exposição na qual Josie deveria interagir com membros do público em uma recepção depois de seu recital, e os funcionários da clínica se ofereceram para fazer esses papéis. Josie concordou em que essa exposição era muito relevante para suas atuais preocupações e a deixaria muito ansiosa. Ela descreveu os seguintes pensamentos automáticos na perspectiva da exposição:

1. “Vou soar pretensiosa se falar de minha apresentação com segurança.”
2. “Eles só estão falando comigo porque têm pena de mim”.
3. “Tenho que impressioná-los.”
4. “Eles vão achar chato.”
5. “Não vou saber o que dizer.”

Josie conseguiu identificar erros de pensamento, incluindo pensamento *tudo ou nada*, rotulação, prever o futuro e leitura de pensamentos. Durante a reestruturação cognitiva, ela foi estimulada a observar suas experiências bem-sucedidas nas duas exposições anteriores, como evidência de que ela tinha coisas para dizer que eram interessantes a outras pessoas. Com a ajuda da terapeuta, Josie chegou a esta resposta racional: “Eu posso falar da minha apresentação, pois fui eu que a criei”.

Seus objetivos eram falar devagar, dar informações sobre si mesma, responder às perguntas que lhe fossem feitas e permanecer em uma interação até que outra pessoa a encerrasse. Sua classificação inicial de SUDS foi 80, mas tinha caído a 30 em três minutos. No fim da exposição de 10 minutos, a SUDS estava abaixo de 20. Mais uma vez, Josie atingiu seus objetivos comportamentais e sua apresentação foi objetivamente habilidosa. Ela disse que, além de sua resposta racional, ajudou dizer a si mesma que não tinha de levar tão a sério tudo o que as outras pessoas dissessem. Josie considerava que a exposição havia saído muito bem e que até se divertiu interagindo com o público e sendo o centro das atenções. Ela achava que essa prática seria muito útil quando se deparasse com a situação real no recital do fim de semana. O trabalho de casa foi usar os formulários BYOCT antes e depois do recital verdadeiro para se preparar para enfrentar os pensamentos ansiosos que poderiam surgir antes, durante e depois da apresentação.

Sessão 13

Josie veio à sessão informando que sua ansiedade na recepção depois do recital da semana anterior tinha sido muito mais administrável do que fora no passado, e que ela tinha conseguido desfrutar de conversas

que teve com parentes, professores de música e colegas. Ela disse que se sentiu confiante em relação à sua apresentação, o que a ajudou a se sentir segura e confortável ao interagir com outras pessoas na recepção. Embora tenha relatado sentir bastante ansiedade quando começou a conversar com parentes e amigos depois da apresentação, Josie disse que a ansiedade caiu muito à medida que ela continuava a falar com outros sobre o recital e que em nenhum momento pensou em sair da recepção. Josie considerava que o recital e a recepção tinham sido um sucesso e que sua ansiedade não a impedira de ter prazer nessas situações, como havia acontecido no passado.

Para uma exposição na sessão, ela disse que seria importante praticar o recebimento de *feedback*, tanto positivos quanto negativos, em relação a seu desempenho musical e acadêmico. Essa situação era relevante porque, como parte do exame final no curso de composição musical de Josie, ela deveria apresentar uma composição musical na frente de outros alunos e de seu professor, e depois ouvir o *feedback* deles. Embora sua capacidade de fazer isso tivesse melhorado um pouco no decorrer do seu curso, essa avaliação específica gerava uma ansiedade considerável, e ela queria alguma ajuda direta com a reestruturação cognitiva e com a prática comportamental. A terapeuta decidiu realizar duas exposições menores, uma em que Josie recebia *feedback* neutro ou positivo dos colegas e de seu professor, e outra em que ela recebia *feedback* negativo. Cada exposição foi projetada para durar cerca de 5 a 10 minutos e permitir que Josie discutisse sua composição e sua apresentação de forma adequada e recebesse e respondesse aos *feedbacks*. Alguns funcionários da clínica se ofereceram para ajudar na exposição.

Antes da exposição, Josie identificou os seguintes pensamentos automáticos para ambas as exposições:

1. “Eu vou fazer besteira nisso.”
2. “Eu tenho de parecer profissional.”
3. “Eu tenho de fazer uma apresentação perfeita para causar uma boa impressão neles.”
4. “Eu não vou saber o que dizer.”
5. “Eu não vou entender as perguntas deles.”

Josie conseguiu identificar os erros de pensamento, como adivinhar o futuro, pensamento *tudo ou nada*, catastrofização e declarações do tipo *devo*. Ela também observou como seus padrões perfeccionistas e a baixa autoeficácia foram rapidamente evocados por essa situação envolvendo uma avaliação aberta de seu desempenho e suas habilidades de interação. Depois de questionar seus pensamentos automáti-

cos, Josie decidiu que uma resposta racional em cada uma das exposições seria: “Eu conheço o meu trabalho, porque fui eu que fiz”. Ela achava que isso a estimularia a continuar falando com segurança sobre sua própria composição e sua apresentação, independentemente do *feedback* que recebesse. Os objetivos comportamentais de Josie eram responder a perguntas que lhe fizessem e fazer perguntas a partir dessas, se precisasse de esclarecimentos.

As exposições foram planejadas para acontecer imediatamente após a apresentação e começaram com Josie dizendo “Obrigada, eu gostaria de ouvir as opiniões de vocês sobre essa peça”. Na primeira exposição, ela recebeu uma mescla de *feedbacks* neutros e positivos em relação à sua composição, sua apresentação e sua capacidade de se conduzir durante a avaliação. Seu escore de SUDS começou em 45 e caiu para 15 em três minutos e ela atingiu todos os seus objetivos comportamentais. A segunda exposição começou da mesma forma, mas, dessa vez, recebeu uma mescla de *feedbacks* neutros e positivos, o público apontou erros que ela cometeu, dizendo que ela parecia nervosa e indicando que não gostara da música que compôs. O escore dela na SUDS mais uma vez começou em 45 e chegou a 60 quando recebeu o primeiro comentário negativo. Aos 15 minutos de exposição, o escore estava em 30 e, no fim, em 20. Josie mais uma vez atingiu seus objetivos comportamentais e disse que lidou muito bem com ambas as situações. Observou que embora sua ansiedade tenha subido quando ela recebeu as opiniões negativas, achava que havia respondido aos comentários educadamente e até conseguira aprender com eles. Achou que a exposição havia sido muito útil na preparação das sessões de *feedback* que ela faria em aula. Como trabalho de casa, pediu-se que Josie lesse o capítulo do caderno de tarefas do paciente sobre crenças centrais e fizesse uma exposição *in vivo*, pegando transporte público para ir e voltar da escola com um amigo. Ela também deveria completar um formulário BYOCT antes e depois de sua apresentação e avaliação em aula.

Segmento sobre reestruturação cognitiva avançada **Sessão 14**

Josie fez sua tarefa de casa de exposição, que consistia em tomar um ônibus para ir e voltar da escola, com um amigo, e disse que não ficou muito ansiosa. Ela disse que na próxima vez tomaria o ônibus sozinha e tentaria ir a lugares mais distantes e menos conhecidos. Josie também informou que as coisas saíram bem com sua avaliação em sala de aula, que a apresentação da música que havia composto foi exitosa, mas achava que tinha errado uma ou duas vezes. Contudo, observou que nenhum colega emitiu opinião que

indicasse que havia notado os erros. Ela contou que se sentiu incrivelmente ansiosa depois de terminar de tocar, e que um pouco antes da sessão de avaliação ela até chegou a pensar em pedir licença por uns minutos. Lembrar-se de sua resposta racional, “posso aprender alguma coisa com o *feedback* deles”, estimulou-a a permanecer em aula e a completar a avaliação. Embora tenha recebido algumas perguntas desafiadoras sobre como compôs a música e quem a havia influenciado, Josie pensou que tinha feito um trabalho razoável, embora tivesse tropeçado nas palavras algumas vezes. Ela observou que alguns alunos comentaram que não gostavam do estilo de música específico que ela escolhera, mas disse que não levou esses comentários para o plano pessoal. Em termos gerais, ela achava que tinha aprendido muito com as opiniões do professor e dos alunos, e que, embora ansiosa, considerava que era um nível aceitável de ansiedade em função dos aspectos de apresentação e avaliação da situação.

Josie não leu o capítulo sobre crenças centrais, de forma que a terapeuta passou tempo na sessão apresentando o conceito. Josie se esforçou na sessão para identificar suas crenças centrais usando o formulário Descascando sua Cebola. Ela entendia que seus pensamentos automáticos mais comuns em várias situações eram rotular a si mesma, sentir-se como se não fosse corresponder às expectativas de outros e achar que os outros iriam julgá-la negativamente em função de suas habilidades sociais ou desempenho. Josie achava que o tema de “não estar à altura” era conhecido e estava potencialmente relacionado às suas crenças sobre nunca estar à altura dos padrões de seus pais e nunca fazer nada direito, o que levou a um perfeccionismo mais generalizado. Ela relacionou o pensamento, “não estou à altura”, com um medo de que não teria sucesso na vida e que, para ter sucesso, achava que teria de ser perfeita. A identificação dessa cadeia de raciocínio a deixou triste, frustrada e decepcionada. A partir desse ponto, ela trabalhou no formulário e identificou a crença central: “Se não for perfeita, serei inútil”. Passou-se um tempo levantando muitas possibilidades de exposições que ela poderia fazer por conta própria para testar e questionar sua crença central. Como trabalho de casa, a terapeuta pediu que ela erasse intencionalmente enquanto estivesse tocando o piano para alguns membros da família, para questionar sua crença central de que qualquer coisa menos do que a perfeição representaria fracasso. Josie também identificava outra situação em que poderia errar intencionalmente, enquanto usava o sistema de comunicação interno no seu trabalho. A terapeuta também desafiou Josie a identificar formas com que

suas imperfeições poderiam vir a contribuir para seu valor como pessoa. Ela estava hesitante em fazê-lo, mas concordou quando se lembrou da importância de enfrentar situações temidas.

Sessão 15

Josie chegou à 15ª sessão e contou que não tinha conseguido cometer o erro intencionalmente em sua apresentação musical na frente de familiares, mas conseguiu fazê-lo ao usar o intercomunicador no trabalho. A terapeuta continuou a usar reestruturação cognitiva para explorar a crença central de Josie, “se não for perfeita, serei inútil”.

TERAPEUTA: Então, na semana passada, começamos a falar sobre algumas questões fundamentais e fiquei com a impressão de que você saiu daqui se sentindo um pouco sufocada. Como você está se sentindo em relação às coisas agora?

JOSIE: Foi uma sessão difícil, porque eu estava me sentindo muito bem por superar coisas difíceis no início, como aprender a identificar pensamentos automáticos, ver como eles estavam errados, encontrar uma resposta boa que os questionasse e realmente acreditar nela. Senti-me bem porque consigo fazer isso agora, quase automaticamente ou pelo menos sem muito esforço. Achei que estava pronta, e aí tive de enfrentar coisas muito assustadoras de novo. Parece que dei um passo enorme para chegar a um nível ainda mais difícil.

TERAPEUTA: As coisas de que falamos na semana passada eram mais difíceis. Isso é um bom sinal de que realmente trabalhamos bem em suas crenças principais, porque parece tão diferente. Mas lembre-se de que todo o trabalho e prática que você investiu em identificar e questionar todos os outros pensamentos automáticos ou situações em que trabalhamos não aconteceu imediatamente. Em termos de crenças centrais, vamos fazer a mesma coisa. Tudo o que fizemos foi identificar. Agora vamos passar algum tempo questionando e testando o pensamento “se não for perfeita, serei inútil”. Vamos começar na sessão de hoje, mas isso é um trabalho que você irá continuar por conta própria. Quais podem ser alguns dos erros de pensamento? O que é limitante em pensar que qualquer coisa menos do que 100% seria um fracasso?

JOSIE: Isso é catastrofizar. Provavelmente também é uma declaração do tipo *eu devo*, porque acho que devo ser perfeita. E talvez adivinhar o futuro, porque parece que estou pressupondo que as coisas vão acabar dando errado. É isso.

TERAPEUTA: E o pensamento *tudo ou nada*?

JOSIE: Sim, definitivamente, na minha cabeça, é 0% de sucesso ou 100% de sucesso.

TERAPEUTA: Então, quais serão algumas formas com que você pode questionar isso? Não vai ser fácil, mas podemos tentar.

JOSIE: Humm... Acho que desafios simples, como “Como eu sei que vou ser inútil se não for perfeita?”. Eu não sei, acho que não ser perfeita não tem de ser igual a ser inútil.

TERAPEUTA: Fale mais disso.

JOSIE: Algumas coisas podem ter valor, mesmo que não sejam perfeitas. Como as pessoas. Ou a arte.

TERAPEUTA: Então, às vezes, as falhas das pessoas, ou suas peculiaridades, as tornam mais interessantes?

JOSIE: É, é isso o que eu mais gosto no meu namorado. Essas coisas que incomodam as outras pessoas, mas acho simpático. Eu gosto das coisas que são imperfeitas, que têm a sua própria personalidade, que não estão totalmente certas. Eu não tenho muito problema quando o defeito é de outras pessoas, mas comigo, é diferente.

TERAPEUTA: Você é mais crítica consigo mesma do que com os outros?

JOSIE: Certamente, é uma pena que eu não consiga me ver da forma como vejo os outros.

TERAPEUTA: Talvez você consiga, talvez possamos tentar isso. É difícil, porque faz muito tempo que você se vê de forma crítica. Vai ser uma mudança, e será necessário experimentar e praticar, mas qual pode ser a recompensa por tentar algo além de ser mais dura consigo mesma do que com os outros?

JOSIE: Acho que o esforço vai compensar, como eu fiz com todo o resto. Com a prática, eu até me diverti com a minha apresentação. Eu não achava que ia ser um fracasso, achava que conseguiria, e foi um sucesso enorme.

TERAPEUTA: Houve algum problema menor naquela noite? Coisas que tenham saído erradas, mas que você enfrentou?

JOSIE: Ah, sim, muitas. Esqueci o nome da minha amiga quando ia apresentá-la a meus pais, mas isso não estragou a noite. Em termos gerais, as coisas foram bem e eu me senti bem por isso. Eu consegui deixar para lá esses problemas e simplesmente aproveitar.

TERAPEUTA: Então, pensando na situação, parece verdade você achar que, se não for perfeita, será inútil?

JOSIE: Quando entrei, me senti sufocada por tudo; agora que podemos ver todo o trabalho que fizemos, me sinto melhor. Acho que posso questionar isso. Não acho que ainda pareça ser totalmente verdadeiro.

TERAPEUTA: Certo, então, diga alguma evidência de que isso pode não ser verdade.

JOSIE: Bom, não tem problema que qualquer outra pessoa não seja perfeita. Talvez um pouco mais de problema para mim, mas acho que ainda não tem problema. E algumas pessoas são mais valiosas para mim em função de suas imperfeições. Acho que ser perfeito é chato, ser perfeito é impossível.

TERAPEUTA: Parece um padrão muito alto para exigir de você mesma.

JOSIE: (Ri.) É, eu não conheço ninguém perfeito. Todo mundo comete erros. Até eu. Principalmente eu. Todas as pessoas na história do mundo foram imperfeitas.

TERAPEUTA: É verdade. Voltemos a você, além dos outros. Temos evidências de que você pode ter valor mesmo sem ser perfeita? Tem alguma vantagem na imperfeição?

JOSIE: Eu seria mais singular, mais indivíduo. Isso proporciona desafios interessantes, poderia possibilitar uma vida realmente interessante. Eu poderia aprender muito sobre formas diferentes de fazer as coisas, de experimentar tudo o que é coisa nova. Cometer muitos erros e simplesmente aprender a fazer melhor da próxima vez. Não perfeito, simplesmente melhor. E dar espaço para o erro.

TERAPEUTA: Então, quanto você acredita que se não for perfeita, vai ser inútil?

JOSIE: Talvez uns 20%. Neste momento, pelo menos 20%.

TERAPEUTA: Então, como podemos sintetizar alguns desses questionamentos que lhe fizeram acreditar nisso só uns 20%? Qual pode ser uma resposta racional a essa crença central, “se não for perfeita, serei inútil”.

JOSIE: Não sei, é difícil. Se eu não sou perfeita, eu valho alguma coisa? Eu não acredito nisso, mas me faz rir. Acho que não tem problema se eu não for perfeita.

TERAPEUTA: Isso soa convincente?

JOSIE: Não muito. Eu estou tentando resolver tudo com a resposta racional correta.

TERAPEUTA: E se reconhecermos que essa resposta racional não vai ser perfeita? Talvez tenhamos de

encontrar uma que seja boa o suficiente para você. Vamos continuar tentando.

JOSIE: Ah, sei, aí está o raciocínio perfeccionista de novo. Acho que não é humanamente possível ser perfeito, mesmo. E acho que eu nem gostaria de ser essa pessoa que finalmente foi perfeita.

TERAPEUTA: Então parece que dá muito trabalho estar em busca da perfeição quando ela não existe. Parece que não importa o quanto você se esforce, sempre haveria a tentativa de ser melhor do que perfeita.

JOSIE: É, tipo, não importa o que eu faça, nunca vou conseguir ser perfeita. Não é humanamente possível. Acho que se eu tivesse de fazer disso uma resposta racional, me diria algo como “não existe perfeição”. Gosto disso. Acho que isso funcionaria por agora. Vou pensar mais nisso. É um desafio, mas queria trabalhar mais nisso.

TERAPEUTA: Certo, então talvez possamos experimentar essa resposta racional esta semana, com você fazendo algumas exposições que vão lhe permitir questionar a crença central “se não for perfeita, serei inútil”.

JOSIE: Está bem, preciso fazer isso todos os dias, questionar isso, aceitar mais as minhas imperfeições. Pode ser divertido errar de propósito, mas muitas vezes eu erro naturalmente, e mesmo aí não acho que seja inútil. Os erros vão acontecer, porque a perfeição não existe.

Para trabalho de casa nessa seção, Josie recebeu a tarefa de cometer erros intencionalmente em uma conversa (p. ex., esquecer os nomes das pessoas, pedir que repitam algo que acabam de dizer), no trabalho (p. ex., apertar o botão errado quando estiver usando o intercomunicador, pedir ajuda em uma tarefa), e em apresentações (p. ex., tocar a nota errada no piano com amigos e familiares ouvindo).

Segmento de encerramento

Sessão 16

Na última sessão, Josie e a terapeuta discutiram seus avanços e os desafios que ela tinha pela frente. Josie reclassificou sua hierarquia de medo e evitação, e a redução em suas classificações foi considerada significativa e importante (ver Tab. 3.3). Ela relatou que, durante o tratamento, aprendeu habilidades novas, como reconhecer e questionar pensamentos automáticos e considerar aceitáveis todos os aspectos de si mesma, incluindo a imperfeição. A mudança mais importante que ela observou foi conseguir e manter um emprego em uma livraria, onde tem de interagir

com clientes e colegas de trabalho o dia todo. Josie relatou que, como resultado de seu tratamento, pela primeira vez conseguia se ver como igual em vez de inferior aos outros e estava otimista em relação a seus objetivos futuros, pessoais e profissionais.

Avaliação sessão por sessão

A Figura 3.2 mostra os escores de Josie sessão por sessão no SASCI e na BFNE. Lembre-se de que um escore de 16 no SASCI corresponde a nenhuma mudança, com os escores inferiores indicando uma melhoria cada vez maior em relação aos níveis basais. Josie começou a apresentar melhorias modestas após a terceira sessão. Seu escore subiu na oitava, depois começou a decair de forma estável, chegando a um mínimo de 4 na sessão 12, permanecendo ali até o fim do tratamento.

Para o BFNE, Weeks e colaboradores (2005) relataram um escore médio de 46,91 ($DP = 9,27$) em uma amostra ampla com transtorno de ansiedade social e uma média de 26,81 ($DP = 4,78$) entre controles normais. No início do tratamento, os escores da sessão de Josie estavam acima da média da amostra clínica em até 10 pontos. Esses escores diminuíram constantemente mais tarde, e no fim do tratamento estavam abaixo da média da amostra de controle.

Avaliação de seguimento de um ano

Depois de um ano sem tratamento, Josie mostrou melhorias consideráveis em todas as medidas de autoavaliação e administradas por profissionais, comparadas com sua avaliação pré-tratamento (ver Tab. 3.2). Na verdade, ela não cumpria mais o diagnóstico de transtorno de ansiedade social. Ela estava pensando em se candidatar a programas de pós-graduação para continuar seus estudos de música e tinha planos para fazer testes para a orquestra local. Josie contou que estava fazendo amigos no trabalho e que sentia que agora tinha um núcleo de apoio social com o qual poderia contar.

Avaliação de seguimento de cinco anos

Cerca de cinco anos após a conclusão do tratamento, tivemos a oportunidade de avaliar Josie e discutir como as coisas tinham ido para ela desde que ela fez a TCC como descrevemos aqui. Ela não tinha feito nenhuma outra terapia, com exceção de um breve período de aconselhamento pré-marital com um religioso. Josie tinha se casado, mudado para uma cidade grande e tido um filho; ela teve um episódio de depressão pós-parto que se resolveu sem tratamento. Ela tinha participado de um prestigioso programa de bolsas em música onde ganhara mais experiência

e autoconfiança como compositora e intérprete. Na época da nossa avaliação, Josie esperava dedicar mais tempo à sua música, talvez como professora. Ela estava muito orgulhosa de informar que tinha conseguido se esforçar para se envolver em situações sociais que eram difíceis no começo, e que aprendera que muitas vezes as coisas não são tão difíceis quanto ela temia no início. Josie informou o retorno de alguns sintomas de ansiedade, refletidos nas classificações em sua hierarquia de medo e evitação, que eram mais elevados do que os relatados no seguimento de um ano, mas, em termos gerais, mais baixos do que os da avaliação pré-tratamento (Tab. 3.3).

No entanto, ela informou que isso não interferiu significativamente em seu funcionamento cotidiano, como refletido em seus escores na maioria das medidas autoavaliadas e administradas por clínicos (ver Tab. 3.2). Como no seguimento de um ano, Josie não cumpria os critérios para transtorno de ansiedade social. No entanto, ela sentia algum desconforto em situações sociais que não haviam sido relevantes para a sua vida no momento do tratamento. Por exemplo, a socialização com os pais de outras crianças na escola e na igreja era um novo desafio que tinha gerado um pouco de ansiedade e evitação nos últimos anos. Josie pensava poder se beneficiar de algumas sessões de reforço, mas informou que continua a rever seu caderno de atividades do paciente e suas anotações da terapia de vez em quando, para manter suas habilidades de TCC.

INDICADORES CLÍNICOS DE SUCESSO E FRACASSO

O tratamento de Josie acabou bem, como acontece com muitos pacientes. Entretanto, a resposta ao tratamento é um fenômeno variável e os pesquisadores investigaram uma série de preditores de resultados da TCC (uma revisão mais minuciosa desse tema pode ser encontrada em L. Magee, Erwin e Heimberg, 2009).

A expectativa de melhora, o subtipo de transtorno de ansiedade social e a comorbidade com outros transtornos de humor ou ansiedade, bem como TPE, foram discutidas em outras partes deste capítulo. Aqui, revisamos rapidamente três outras variáveis: adesão ao trabalho de casa estabelecido pela TCC, raiva e mudança cognitiva.

A adesão às tarefas de casa foi associada a resultados positivos no tratamento e as evidências sugerem que a adesão a componentes específicos do trabalho de casa na TCC pode ser um preditor diferencial de resultado. Por exemplo, a adesão às tarefas de reestruturação cognitiva e exposição entre sessões é um preditor de re-

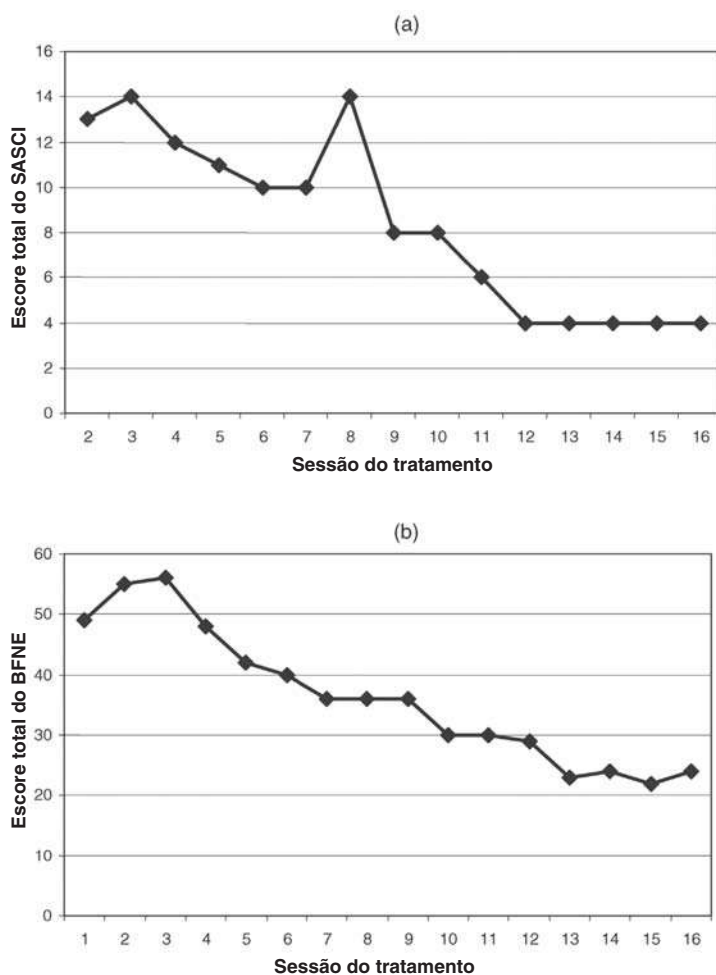


FIGURA 3.2. Escores semanais do (a) Índice de Mudança pós-sessão na Ansiedade Social (*Social Anxiety Session Change Index – SASCI*) e da (b) Escala Breve de Medo de Avaliação Negativa (*Brief Fear of Negative Evaluation Scale – BFNE*).

sultados melhor do que a adesão às tarefas mais relacionadas à psicoeducação no início do tratamento (Leung e Heimberg, 1996). Outros estudos não repetiram esses efeitos imediatamente após o tratamento (Edelmann e Chambless, 1995; Woody e Adessky, 2002), mas avaliações de seguimento em seis meses revelaram que indivíduos que cumpriam o trabalho de casa informavam menos comportamentos evitativos, menos medo de avaliação negativa e menos ansiedade ao falar em público do que os indivíduos que apresentaram menor adesão (Edelman e Chambless, 1995).

A raiva também é um preditor importante do resultado da TCC. Em um estudo de Erwin, Heimberg, Schneier e Liebowitz (2003), indivíduos com

traço de raiva em níveis elevados tiveram maior probabilidade de encerrar prematuramente o tratamento. Além disso, os níveis de raiva como estado e como traço, bem como a supressão da raiva antes do tratamento, tiveram uma correlação significativa com a gravidade da ansiedade social no pós-tratamento.

Por fim, em um estudo comparando condições de TCC em grupo, terapia de exposição em grupo e controle de lista de espera, as mudanças em termos de custo social estimado ou avaliação cognitiva negativa mediarão as mudanças entre pré-tratamento e pós-tratamento em ambos os grupos (Hofmann, 2004). Além disso, somente o grupo que recebeu técnicas cognitivas, além da exposição, continuou a mostrar

melhorias no pós-tratamento até a avaliação de seguimento de seis meses. Houve benefícios continuados associados a uma redução geral em custo social entre as avaliações pré-tratamento e pós-tratamento, sugerindo que a intervenção cognitivo-comportamental está associada a maiores ganhos no tratamento que são mediados por mudanças no custo social estimado (Hofmann, 2004). Mais recentemente, Boden e colaboradores (2012) demonstraram que as mudanças nas crenças interpessoais fundamentais mediavam o efeito da TCC em sintomas de ansiedade social, e Goldin e colaboradores (2012) demonstraram que uma maior crença na própria capacidade de fazer reavaliação cognitiva tinha o mesmo efeito.

RESUMO E CONCLUSÕES

Nosso propósito principal neste capítulo foi proporcionar uma análise passo a passo da condução da TCC individual para transtorno de ansiedade social, desde a avaliação inicial ao seguimento de longo prazo. As dificuldades que podem surgir durante a realização da TCC para transtorno de ansiedade social não são discutidas em detalhe aqui em função de limitações de espaço, mas são debatidas detalhadamente por Heimberg e Becker (2002). Pessoas como Josie, que fazem melhorias enormes em suas vidas, estimulam a continuação das pesquisas sobre o transtorno de ansiedade social – um transtorno potencialmente debilitante, com um prognóstico que entusiasma cada vez mais.

REFERÊNCIAS

- Acarturk, C., de Graaf, R., van Straten, A., ten Have, M., & Cuijpers, P. (2008). Social phobia and number of social fears, and their association with comorbidity, health-related quality of life and help seeking. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 273–279.
- Aderka, I. M. (2009). Factors affecting treatment efficacy in social phobia: The use of video feedback and individual vs. group formats. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 12–17.
- Aderka, I. M., Hofmann, S. G., Nickerson, A., Hermesh, H., Gilboa-Schechtman, E., & Marom, S. (2012). Functional impairment in social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 393–400.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Antony, M. M., Coons, M. J., McCabe, R. E., Ashbaugh, A., & Swinson, R. P. (2006). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory: Further evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1177–1185.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Stanley, M. A., & Dancu, C. V. (1989). The Social Phobia and Anxiety Inventory: Concurrent and external validity. *Behavior Therapy*, 20, 417–427.
- Blanco, C., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Fresco, D. M., Chen, H., Turk, C. L., et al. (2010). A placebo-controlled trial of phenelzine, cognitive behavioral group therapy and their combination for social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 286–295.
- Blanco, C., Xu, Y., Schneier, F., Okuda, M., Liu, S.-M., & Heimberg, R. G. (2011). Predictors of persistence of social anxiety disorder: A national study. *Journal of Psychiatric Research*, 45, 1557–1563.
- Boden, M. T., John, O. P., Goldin, P. R., Werner, K., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2012). The role of maladaptive beliefs in cognitive behavioral therapy: Evidence from social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 287–291.
- Brown, E. J., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1995). Social phobia subtype and avoidant personality disorder: Effect on severity of social phobia, impairment, and outcome of cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 26, 467–486.
- Brown, E. J., Turovsky, J., Heimberg, R. G., Juster, H. R., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1997). Validation of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale across the anxiety disorders. *Psychological Assessment*, 9, 21–27.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. New York: Oxford University Press.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (2013). *Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5: Lifetime version (ADIS-5-L)*. Manuscript in preparation.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, S. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49–58.
- Brozovich, F., & Heimberg, R. G. (2008). An analysis of post-event processing in social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 891–903.
- Bruce, S. E., Yonkers, K. A., Otto, M. W., Eisen, J. L., Weisberg, R. B., Pagano, M., et al. (2005). Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: A 12-year prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1179–1187.
- Bruch, M. A., Fallon, M., & Heimberg, R. G. (2003). Social phobia and difficulties in occupational adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 50, 109–117.

- Bruch, M. A., Gorsky, J. M., Collins, T. M., & Berger, P. (1989). Shyness and sociability reexamined: A multi-component analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 904–915.
- Carleton, R. N., Collimore, K. C., Asmundson, G. J. G., Mc-Cabe, R. E., Rowa, K., & Antony, M. M. (2009). Refining and validating the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Depression and Anxiety*, 26, E71–E81.
- Chambless, D. L., Fydrich, T., & Rodebaugh, T. L. (2008). Generalized social phobia and avoidant personality disorder: Meaningful distinction or useless duplication? *Depression and Anxiety*, 25, 8–19.
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685–716.
- Chambless, D. L., Tran, G. Q., & Glass, C. R. (1997). Predictors of response to cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 221–240.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568–578.
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., et al. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1058–1067.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). The cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). New York: Guilford Press.
- Collins, K. A., Westra, H. A., Dozois, D. J. A., & Stewart, S. H. (2005). The validity of the brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 345–359.
- Connor, K. M., Davidson, J. R. T., Churchill, E., Sherwood, A., Foa, E. B., & Weisler, R. H. (2000). Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN): A new self-rating scale. *British Journal of Psychiatry*, 176, 379–386.
- Connor, K. M., Kobak, K. A., Churchill, E., Katelnick, D., & Davidson, J. R. T. (2001). Mini-SPIN: A brief screening assessment for generalized social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 14, 137–140.
- Cox, B. J., Pagura, J., Stein, M. B., & Sareen, J. (2009). The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depression and Anxiety*, 26, 354–362.
- Cox, B. J., Ross, L., Swinson, R. P., & Drenfeld, D. M. (1998). A comparison of social phobia outcome measures in cognitive-behavioral group therapy. *Behavior Modification*, 22, 285–297.
- Davidson, J. R. T., Miner, C. M., De Veugh-Geiss, J., Tupper, L. A., Colket, J. T., & Potts, N. L. (1997). The Brief Social Phobia Scale: A psychometric evaluation. *Psychological Medicine*, 27, 161–166.
- Davidson, J. R. T., Potts, N. L., Richichi, E. A., Ford, S. M., Krishnan, R. R., Smith, R. D., et al. (1991). The Brief Social Phobia Scale. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(Suppl. 11), 48–51.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime version (ADIS-IV-L)*. New York: Oxford University Press.
- Edelmann, R. E., & Chambless, D. L. (1995). Adherence during session and homework in cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 537–577.
- Elting, D. T., Hope, D. A., & Heimberg, R. G. (1997). Inter-relationships among measures commonly used in research on social phobia. *Depression and Anxiety*, 4, 246–248.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Juster, H. R., & Mindlin, M. (2002). Comorbid anxiety and mood disorders among persons with social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 19–35.
- Erwin, B. A., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Anger experience and expression in social anxiety disorder: Pretreatment profile and predictors of attrition and response to cognitive-behavioral treatment. *Behavior Therapy*, 34, 331–350.
- Fergus, T. A., Valentiner, D. P., McGrath, P. B., Gier-Lonsway, S. L., & Kim, H.-S. (2012). Short forms of the Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Journal of Personality Assessment*, 94, 310–320.
- Feske, U., Perry, K. J., Chambless, D. L., Renneberg, B., & Goldstein, A. J. (1996). Avoidant personality disorder as a predictor for severity and treatment outcome among generalized social phobics. *Journal of Personality Disorders*, 10, 174–184.
- Fresco, D. M., Coles, M. E., Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hani, S., Stein, M. B., et al. (2001). The Liebowitz Social Anxiety Scale: A comparison of the psychometric properties of self-report and clinician-administered formats. *Psychological Medicine*, 31, 1025–1035.
- Frisch, M. B. (1994). *Manual and treatment guide for the Quality of Life Inventory*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Gaston, J. E., Abbott, M. J., Rapee, R. M., & Neary, S. A. (2006). Do empirically supported treatments generalize to private practice?: A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 33–48.
- Gilbert, P. (2001). Evolution and social anxiety: The role of attraction, social competition, and social hierarchies. *Psychiatric Clinics of North America*, 24, 723–751.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R. G., et al. (2012). Cognitive reappraisal self-efficacy mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 1034–1040.

- Hackmann, A., Clark, D. M., & McManus, F. (2000). Recurrent images and early memories in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 601–610.
- Hackmann, A., Surawy, C., & Clark, D. M. (1998). Seeing yourself through others' eyes: A study of spontaneously occurring images in social phobia. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 3–12.
- Hambrick, J. P., Turk, C. L., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). The experience of disability and quality of life in social anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 18, 46–50.
- Hayes, S. A., Hope, D. A., Van Dyke, M., & Heimberg, R. G. (2007). Working alliance for clients with social anxiety disorder: Relationship with session helpfulness and within-session habituation. *Cognitive Behaviour Therapy*, 36, 34–42.
- Hayes, S. A., Miller, N. A., Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (2008). Assessing client progress session-by-session: The Social Anxiety Session Change Index. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 203–211.
- Heimberg, R. G. (1994). Cognitive assessment strategies and the measurement of outcome of treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 269–280.
- Heimberg, R. G., & Becker, R. E. (2002). *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2010). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder: Update and extension. In S. G. Hofmann & P. M. DiBarotolo (Eds.), *Social anxiety: Clinical, developmental, and social perspectives* (2nd ed., pp. 395–422). New York: Academic Press.
- Heimberg, R. G., Dodge, C. S., Hope, D. A., Kennedy, C. R., Zollo, L. J., & Becker, R. E. (1990). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Comparison with a credible placebo control. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 1–23.
- Heimberg, R. G., & Holaway, R. M. (2007). Examination of the known-groups validity of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety*, 24, 447–454.
- Heimberg, R. G., Holt, C. S., Schneier, F. R., Spitzer, R. L., & Liebowitz, M. R. (1993). The issues of subtypes in the diagnosis of social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 7, 249–269.
- Heimberg, R. G., Hope, D. A., Dodge, C. S., & Becker, R. E. (1990). DSM-III-R subtypes of social phobia: Comparison of generalized social phobics and public speaking phobics. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 178, 172–179.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., Schneier, F. R., et al. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29, 199–212.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., Welkowitz, L. A., et al. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs. phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55, 1133–1141.
- Heimberg, R. G., Mueller, G. P., Holt, C. S., Hope, D. A., & Liebowitz, M. R. (1992). Assessment of anxiety in social interaction and being observed by others: The Social Interaction Anxiety Scale and the Social Phobia Scale. *Behavior Therapy*, 23, 53–73.
- Heimberg, R. G., Salzman, D. G., Holt, C. S., & Blendell, K. A. (1993). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and Research*, 17, 325–339.
- Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2002). Assessment of social phobia. In R. G. Heimberg & R. E. Becker (Eds.), *Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies* (pp. 107–126). New York: Guilford Press.
- Herbert, J. D., Bellack, A. S., & Hope, D. A. (1991). Concurrent validity of the Social Phobia and Anxiety Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 13, 357–368.
- Herbert, J. D., Hope, D. A., & Bellack, A. S. (1992). Validity of the distinction between generalized social phobia and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 332–339.
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 392–399.
- Hofmann, S. G., Newman, M. G., Becker, E., Taylor, C. B., & Roth, W. T. (1995). Social phobia with and without avoidant personality disorder: Preliminary behavior therapy outcome findings. *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 427–438.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Bruch, M. A. (1995). Dismantling cognitive-behavioral group therapy for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 637–650.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., Juster, H., & Turk, C. L. (2000). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (client workbook)*. New York: Oxford University Press.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2006). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach (therapist guide)*. New York: Oxford University Press.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2010a). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach* (Client Workbook, 2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Hope, D. A., Heimberg, R. G., & Turk, C. L. (2010b). *Managing social anxiety: A cognitive-behavioral therapy approach* (Therapist Guide, 2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Hope, D. A., Herbert, J. D., & White, C. (1995). Diagnostic subtype, avoidant personality disorder, and efficacy of cognitive behavioral group therapy for social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 399–417.
- Hope, D. A., Van Dyke, M., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). *Cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder: Therapist adherence scale*. Unpublished manuscript, available from Richard G. Heimberg, Adult Anxiety Clinic, Department

- of Psychology, Temple University, Philadelphia, PA 19122-6085.
- Huppert, J. D., Strunk, D. R., Ledley, D. R., Davidson, J. R. T., & Foa, E. B. (2008). Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: Structural analysis and treatment outcome. *Depression and Anxiety*, 25, 441–448.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Dell.
- Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., DeLeire, T., Henk, H. J., Greist, J. H., Davidson, J. R. T., et al. (2001). Impact of generalized social anxiety disorder in managed care. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1999–2007.
- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 177–198.
- Kendall, P. C., Gosch, E., Furr, J. M., & Sood, E. (2008). Flexibility within fidelity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 987–993.
- Kessler, R. C., Berglund, P. D., Demler, O., Olga, J. R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Koszycski, D., Benger, M., Shlik, J., & Bradwejn, J. (2007). Randomized trial of a meditation-based stress reduction program and cognitive behavior therapy in generalized social anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2518–2526.
- Kupper, N., & Denollet, J. (2012). Social anxiety in the general population. Introducing abbreviated versions of the SIAS and SPS. *Journal of Affective Disorders*, 136, 90–98.
- Leary, M. R. (1983). A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 9, 371–375.
- Leary, M. R., Kowalski, R. M., & Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality*, 22, 308–321.
- Ledley, D. R., Heimberg, R. G., Hope, D. A., Hayes, S. A., Zaidler, T. I., Van Dyke, M., et al. (2009). Efficacy of a manualized and workbook-driven individual treatment for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 40, 414–424.
- Leung, A. W., & Heimberg, R. G. (1996). Homework compliance, perceptions of control, and outcome of cognitive-behavioral treatment for social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 423–432.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141–173.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: What's in a name? *Archives of General Psychiatry*, 57, 191–192.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., Holt, C. S., et al. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Long-term outcome. *Depression and Anxiety*, 10, 89–98.
- Lincoln, T. M., Rief, W., Hahlweg, K., Frank, M., von Wittleben, I., Schroeder, B., et al. (2003). Effectiveness of an empirically supported treatment for social phobia in the field. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 1251–1269.
- MacLeod, C., & Mathews, A. (1991). Biased cognitive operations in anxiety: Accessibility of information or assignment of processing priorities? *Behaviour Research and Therapy*, 29, 599–610.
- Magee, L., Erwin, B. A., & Heimberg, R. G. (2009). Psychological treatment of social anxiety disorder and specific phobia. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Handbook of anxiety and the anxiety disorders* (pp. 334–349). New York: Oxford University Press.
- Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H.-U., McGonagle, K. A., & Kessler, R. C. (1996). Agoraphobia, simple phobia, and social phobia in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 53, 159–168.
- Mannuzza, S., Schneier, F. R., Chapman, T. F., Liebowitz, M. R., Klein, D. F., & Fyer, A. J. (1995). Generalized social phobia: Reliability and validity. *Archives of General Psychiatry*, 52, 230–237.
- Marques, L., Porter, E., Keshaviah, A., Pollack, M. H., Van Ameringen, M., Stein, M. B., et al. (2012). Avoidant personality disorder in individuals with generalized social anxiety disorder: What does it add? *Journal of Anxiety Disorders*, 26, 665–672.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455–470.
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 251–260.
- McEvoy, P. M. (2007). Effectiveness of cognitive behavioural group therapy for social phobia in a community clinic: A benchmarking study. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 3030–3040.
- McEvoy, P. M., Nathan, P., Rapee, R. M., & Campbell, B. N. C. (2012). Cognitive behavioural group therapy for social phobia: Evidence of transportability to community clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 258–265.
- Mennin, D. S., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Davies, S. O., & Liebowitz, M. R. (2002). Screening for social anxiety disorder in the clinical setting: Using the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 661–673.
- Mörtberg, E., Clark, D. M., & Bejerot, S. (2011). Intensive group cognitive therapy and individual cognitive therapy for social phobia: Sustained improvement at 5-year follow-up. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 994–1000.
- Narrow, W. E., Rae, D. S., Robins, L. N., & Regier, D. A. (2002). Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: Using a clinical significance criterion to reconcile two surveys' estimates. *Archives of General Psychiatry*, 59, 115–123.

- Norton, P. J., & Hope, D. A. (2001). Kernels of truth or distorted perceptions: Self and observer ratings of social anxiety and performance. *Behavior Therapy, 32*, 765–786.
- Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta analysis. *BMC Psychiatry, 11*, 200.
- Peters, L., Sunderland, M., Andrews, G., Rapee, R. M., & Mattick, R. P. (2012). Development of a short form Social Interaction Anxiety (SIAS) and Social Phobia Scale (SPS) using nonparametric item response theory: The SIAS-6 and the SPS-6. *Psychological Assessment, 24*, 66–76.
- Piet, J., Hougaard, E., Hecksher, M. S., & Rosenberg, N. K. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral Therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology, 51*, 403–410.
- Pontoski, K., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Coles, M. E. (2010). Psychotherapy for social anxiety disorder. In D. Stein, E. Hollander, & B. Rothbaum (Eds.), *American Psychiatric Publishing textbook of anxiety disorders* (2nd ed., pp. 501–521). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Powers, M. B., Sigmarsson, S. R., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). A meta-analytic review of psychological treatments for social anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*, 94–113.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 741–756.
- Rapee, R. M., & Lim, L. (1992). Discrepancy between self and observer ratings of performance in social phobias. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 728–731.
- Ries, B. J., McNeil, D. W., Boone, M. L., Turk, C. L., Carter, L. E., & Heimberg, R. G. (1998). Assessment of contemporary social phobia verbal report instruments. *Behaviour Research and Therapy, 36*, 983–994.
- Rodebaugh, T. L. (2009). Social phobia and perceived friendship quality. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 872–878.
- Rodebaugh, T. L., Heimberg, R. G., Brown, P. J., Fernandez, K. C., Blanco, C., Schneier, F. R., et al. (2011). More reasons to be straightforward: Findings and norms for two scales relevant to social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders, 25*, 623–630.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., & Heimberg, R. G. (2007). The reverse of social anxiety is not always the opposite: The reverse-scored items of the Social Interaction Anxiety Scale do not belong. *Behavior Therapy, 38*, 192–206.
- Rodebaugh, T. L., Woods, C. M., Thissen, D. M., Heimberg, R. G., Chambless, D. L., & Rapee, R. M. (2004). More information from fewer questions: The factor structure and item properties of the original and Brief Fear of Negative Evaluation Scale. *Psychological Assessment, 16*, 169–181.
- Roth, D. A., Coles, M. E., & Heimberg, R. G. (2002). The relationship between memories for childhood teasing and anxiety and depression in adulthood. *Journal of Anxiety Disorders, 16*, 149–164.
- Rytwinski, N. K., Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Coles, M. E., Liebowitz, M. R., Cissell, S., et al. (2009). Screening for social anxiety disorder with the self-report version of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Depression and Anxiety, 26*, 34–38.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Brown, E. J., & Holle, C. (1997). Quality of life in social phobia. *Depression and Anxiety, 4*, 126–133.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., & Juster, H. R. (1997). Client expectancies and their relationship to pretreatment symptomatology and outcome of cognitive-behavioral Group treatment for social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 694–698.
- Sanderson, W. C., Di Nardo, P. A., Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1990). Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 308–312.
- Sank, L. I., & Shaffer, C. S. (1984). *A therapist's manual for cognitive behavior therapy in groups*. New York: Plenum Press.
- Schneier, F. R., Heckelman, L. R., Garfinkel, R., Campeas, R., Fallon, B. A., Gitow, A., et al. (1994). Functional impairment in social phobia. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 322–331.
- Schneier, F. R., Johnson, J., Hornig, C. D., Liebowitz, M. R., & Weissman, M. M. (1992). Social phobia: Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample. *Archives of General Psychiatry, 49*, 282–288.
- Scholing, A., & Emmelkamp, P. M. G. (1993). Exposure with and without cognitive therapy for generalized social phobia: Effects of individual and group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 667–681.
- Segal, Z. V., Williams, J. M., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Stangier, U., Heidenreich, T., Peitz, M., Lauterbach, W., & Clark, D. M. (2003). Cognitive therapy for social phobia: Individual versus group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 991–1007.
- Stangier, U., Schramm, E., Heidenreich, T., Berger, M., & Clark, D. M. (2011). Cognitive therapy vs. interpersonal therapy in social anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry, 68*, 692–700.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 255–267.
- Taylor, S., Woody, S., McLean, P. D., & Koch, W. J. (1997). Sensitivity of outcome measures for treatments of generalized social phobia. *Assessment, 4*, 181–191.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Stanley, M. A. (1989). An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety: The Social Phobia and Anxiety Inventory. *Psychological Assessment, 1*, 35–40.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., & Townsley, R. M. (1992). Social phobia: A comparison of specific and generalized subtype and avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 101*, 326–331.

- Turner, S. M., Beidel, D. C., Wolff, P. L., Spaulding, S., & Jacob, R. G. (1996). Clinical features affecting treatment outcome in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 795–804.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Michael, T., & Margraf, J. (2007). Subtypes of social phobia: Are they of any use? *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 59–75.
- Vriends, N., Becker, E. S., Meyer, A., Williams, S. L., Lutz, R., & Margraf, J. (2007). Recovery from social phobia in the community and its predictors: Data from a longitudinal epidemiological study. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 320–337.
- Wallace, S. T., & Alden, L. E. (1991). A comparison of social standards and perceived ability in anxious and nonanxious men. *Cognitive Therapy and Research*, 15, 237–254.
- Watson, D., & Friend, R. (1969). Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 448–457.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Hart, T. A., Turk, C. L., Schneier, F. R., et al. (2005). Empirical validation and psychometric evaluation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale in patients with social anxiety disorder. *Psychological Assessment*, 17, 179–190.
- Weeks, J. W., Heimberg, R. G., & Rodebaugh, T. L., & Norton, P. J. (2008). Exploring the relationship between fear of positive evaluation and social anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 386–400.
- Weeks, J. W., Spokas, M. E., & Heimberg, R. G. (2007). Psychometric evaluation of the Mini-Social Phobia Inventory (Mini-SPIN) in a treatment-seeking sample. *Depression and Anxiety*, 24, 382–391.
- Wenzel, A. (2002). Characteristics of close relationships in individuals with social phobia: A preliminary comparison with nonanxious individuals. In J. H. Harvey & A. Wenzel (Eds.), *A clinician's guide to maintaining and enhancing close relationships* (pp. 199–214). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wlazlo, Z., Schroeder-Hartwig, K., Hand, I., Kaiser, G., & Münchau, N. (1990). Exposure *in vivo* vs. social skills training for social phobia: Long-term outcome and differential effects. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 181–193.
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques*. New York: Pergamon.
- Wong, J., Gordon, E. A., & Heimberg, R. G. (2012). Social anxiety disorder. In P. Sturmey & M. Hersen (Eds.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology: Volume II, Adult disorders* (pp. 621–649). New York: Wiley.
- Woody, S. R., & Adessky, R. S. (2002). Therapeutic alliance, group cohesion, and homework compliance during cognitive-behavioral group treatment of social phobia. *Behavior Therapy*, 35, 5–27.

CAPÍTULO 4

TRANSTORNO OBSESSIVO-COMPULSIVO

Martin E. Franklin

Edna B. Foa

O leitor não demorará a ver que a terapia bem-sucedida para o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) é bastante diferente, em termos de estrutura e conteúdo, das abordagens terapêuticas comuns. Por isso, infelizmente, poucos terapeutas se sentem com autoeficácia suficiente para desenvolver essa terapia, ainda que a abordagem seja claramente a opção de tratamento com melhores efeitos de curto e de longo prazo no TOC, segundo estudos clínicos. As informações apresentadas detalhadamente neste capítulo devem ser suficientes para qualquer profissional de saúde mental com boa formação realizar o tratamento, principalmente se houver poucas alternativas disponíveis. O sofrimento envolvido no TOC pode ser muito grande e mesmo tentativas imperfeitas de terapia podem aliviar muito. Este capítulo descreve a conduta detalhada de sessões diárias intensivas que envolvem prática *in vivo*, por imagens e direta. Também é digna de nota a criatividade que os terapeutas precisam ter (p. ex., onde se encontram animais mortos?). A importância de envolver outras pessoas que façam parte da vida do paciente é um tema que foi descrito inicialmente por Craske e Barlow, no Capítulo 1, em que cônjuges parceiros ou outras pessoas próximas ao indivíduo com o problema se tornam uma parte importante do tratamento. Por fim, este capítulo contém uma revisão da atual situação das abordagens psicológicas e farmacológicas do TOC. — D. H. B.

Os avanços nos tratamentos farmacológicos e cognitivo-comportamentais nas últimas quatro décadas melhoraram em muito os prognósticos para pacientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Neste capítulo, discutimos inicialmente as questões de diagnóstico e teóricas do TOC e revisamos os tratamentos disponíveis; a seguir, descrevemos os procedimentos de avaliação e ilustramos detalhadamente como implementar o tratamento cognitivo-comportamental (TCC) intensivo que envolva exposição e prevenção de ritual (EPR) para TOC. Ao longo do capítulo, usamos casos para ilustrar as interações que acontecem entre terapeuta e paciente, com vistas a demonstrar o processo que ocorre durante o tratamento.

DEFINIÇÃO

Na quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5; American Psychia-

tric Association, 2013), o TOC se caracteriza por obsessões e/ou compulsões recorrentes que prejudicam substancialmente o funcionamento cotidiano. As obsessões são “pensamentos, impulsos ou imagens recorrentes e persistentes que, em algum momento durante a perturbação, são experimentados como intrusivos e indesejados e que, na maioria dos indivíduos, causam acentuada ansiedade ou sofrimento” (p. 237). Entre as obsessões comuns, estão pensar repetidas vezes sobre ter prejudicado os outros, sobre contaminações e duvidar sobre ter fechado a porta de casa. As compulsões são “comportamentos repetitivos (p. ex., lavar as mãos, organizar, verificar) ou atos mentais (p. ex., orar, contar ou repetir palavras em silêncio) que o indivíduo se sente compelido a executar em resposta a uma obsessão ou de acordo com regras que devem ser rigidamente aplicadas” (p. 237). No DSM-5, o TOC é classificado entre os

transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados (p. ex., Stein et al., 2010), que destacam a semelhança formal e funcional entre o TOC e várias outras doenças que envolvem ansiedade intensa e compulsões associadas (p. ex., transtorno dismórfico corporal), bem como os que envolvem comportamentos repetitivos que parecem ser conduzidos por impulsos de apetência (p. ex., tricotilomania [arrancar o cabelo], escoriação [*skin-picking*]; American Psychiatric Association, 2013).

No DSM, enfatiza-se a relação funcional entre obsessões e compulsões: as *obsessões* são definidas como pensamentos, imagens ou impulsos que *causam* ansiedade ou aflição intensos, e as *compulsões* são definidas como ações explícitas (comportamentais) ou implícitas (mentais) realizadas como tentativa de *reduzir* a aflição causada por obsessões ou por regras rígidas. Essa modificação é sustentada por conclusões do estudo de campo do DSM-IV sobre TOC, na qual 90% dos participantes informaram que o objetivo de suas compulsões era impedir os problemas associados a suas obsessões ou reduzir a aflição causada por elas (Foa et al., 1995).

Dados do estudo de campo do DSM-IV também indicam que a ampla maioria (mais de 90%) dos indivíduos com TOC tem obsessões e rituais comportamentais. Quando há rituais mentais incluídos, somente 2% da amostra informaram obsessões “puras” (Foa et al., 1995). Os rituais comportamentais (p. ex., lavar as mãos) são equivalentes aos rituais mentais (como repetir silenciosamente orações especiais) em seu relacionamento funcional com as obsessões, ou seja, ambos servem para reduzir a aflição das obsessões, para impedir prejuízos temidos ou para restaurar a segurança. Assim, enquanto todas as obsessões são, na verdade, eventos mentais, as compulsões podem ser mentais ou comportamentais. A identificação de rituais mentais é um aspecto importante do planejamento do tratamento, já que as obsessões e as compulsões são tratadas com técnicas diferenciadas. Por exemplo, uma vez tratamos um paciente que se descrevia como “obsessivo puro”, que vivenciava imagens intrusivas e indesejadas de problemas que atingiam sua namorada, na forma de um ataque de um animal. O paciente inseria rápida e intencionalmente sua própria imagem na cena para se tornar a vítima do ataque do animal, reduzindo assim a sua aflição e, segundo sua avaliação, reduzindo a probabilidade de que algum prejuízo futuro acontecesse à sua namorada. A colocação de sua própria imagem na cena constituía um ritual mental e o sucesso de exercícios de exposição a imagens requeria que o paciente abandonasse essa forma de compulsão.

Um consenso cada vez maior sobre um *continuum* de *insights* nas pessoas com TOC em relação ao seu problema (p. ex., Foa et al., 1995; Insel e Akiskal, 1986) levou à inclusão no DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) de um subtipo de TOC “com *insight* reduzido” para incluir indivíduos que têm de fato obsessões e compulsões, mas não reconhecem sua falta de sentido. No DSM-5, os indivíduos são classificados como tendo *insight* bom ou razoável, *insight* pobre ou *insight* ausente/crenças delirantes, refletindo ainda mais reconhecimento de um *continuum* de *insights* no TOC (Leckman et al., 2010). Clinicamente, é importante avaliar até onde a pessoa tem consciência antes de iniciar a TCC, porque se concluiu que a crença fixa em relação às consequências de se abster de compulsões e comportamentos evitativos está associada a resultados inferiores no tratamento (p. ex., Foa, Abramowitz, Franklin e Kozak, 1999; Neziroglu, Stevens, Yaryura-Tobias e McKay, 2000).

Para haver diagnóstico de TOC, as obsessões e/ou as compulsões devem ser consideradas graves o suficiente para causar marcada aflição, perda de tempo e prejuízos ao funcionamento cotidiano. Se houver outro transtorno de Eixo I presente, as obsessões e as compulsões não podem estar restritas ao conteúdo desse transtorno (p. ex., preocupação com a comida na presença de transtornos alimentares).

PREVALÊNCIA E CURSO DO TOC

Depois de já ter sido considerado um transtorno extremamente raro, o TOC teve uma prevalência de 12 meses estimada em 1% no recente *National Comorbidity Survey Replication*, que envolveu mais de 9 mil participantes adultos nos Estados Unidos (Kessler et al., 2005). Estudos epidemiológicos realizados com crianças e adolescentes sugerem taxas de prevalência durante a vida semelhantes nessas amostras (p. ex., Flament et al., 1988; Valleni-Basille et al., 1994). Pouco mais da metade dos adultos que sofrem de TOC são mulheres (Rasmussen e Tsuang, 1986), mas se observou uma razão de 2:1 entre homens e mulheres em várias amostras clínicas pediátricas (p. ex., Hanna, 1995; Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane e Cheslow, 1989). A idade de início do transtorno geralmente vai do começo da adolescência até a época do jovem adulto, com início anterior em homens; a idade modal de início é entre 13 e 15 anos em homens e entre 20 e 24 em mulheres (Rasmussen e Eisen, 1990). Entretanto, foram documentados casos de TOC em crianças de até dois anos (Rapoport, Swedo e Leonard, 1992).

O desenvolvimento do transtorno geralmente é gradual, mas já foi relatado início agudo em alguns

casos. Embora comum uma oscilação na intensidade dos sintomas, foram observados cursos episódicos e de deterioração em cerca de 10% dos pacientes (Rasmussen e Eisen, 1989). Em alguns casos de TOC pediátrico e transtornos de tique, o início é súbito e está associado à infecção por estreptococo; o tratamento da infecção está associado à redução substancial dos sintomas, mas a recorrência da infecção associa-se mais uma vez à exacerbação dos sintomas (Swedo et al., 1998). A apresentação do TOC nesses casos, que é muito mais comum em meninos do que em meninas, ficou conhecida como transtorno neuropsiquiátrico pediátrico associado a processo autoimune desencadeado por infecção (*PANDAS*) e mais recentemente foi revisto e ampliado sob o termo geral *síndrome pediátrica neuropsiquiátrica autoimune* (PANS; Swedo, Leckman e Rose, 2012); a prevalência do PANDAS ou PANS ainda precisa ser determinada. O TOC está frequentemente associado a prejuízos ao funcionamento geral, como dificuldade de um bom emprego (Koran, 2000; Leon, Portera e Weissman, 1995) e dificuldades de relacionamento interpessoal (Emmelkamp, de Haan e Hoogduin, 1990; Riggs, Hiss e Foa, 1992). Adolescentes identificados com TOC (Flament et al., 1988) informaram, em um estudo de seguimento, que haviam se retraído socialmente para impedir a contaminação e para conservar energia para comportamentos obsessivo-compulsivos (Flament et al., 1990). Muitos indivíduos com TOC sofrem durante anos antes de procurar tratamento. Em um estudo, os indivíduos se apresentaram pela primeira vez para tratamento sete anos após o início de sintomas relevantes (Rasmussen e Tsuang, 1986). O transtorno pode causar prejuízos graves ao funcionamento, resultando em perda do emprego e impedindo relacionamentos conjugais e outras relações pessoais. Os problemas conjugais são relatados em cerca de 50% dos indivíduos casados que procuram tratamento para TOC (Emmelkamp et al., 1990; Riggs et al., 1992).

COMORBIDADE

Dados epidemiológicos e clínicos convergentes indicam que o TOC poucas vezes ocorre isoladamente. Embora as taxas de comorbidade sejam diferentes entre estudos, em função de escolha de população e de metodologia, a comorbidade geralmente é alta. Por exemplo, Weissman e colaboradores (1994) concluíram que 49% das pessoas diagnosticadas com TOC sofriam de um transtorno de ansiedade comórbido e 27% de transtorno depressivo maior (TDM) comórbido. Entre estudos realizados especificamente dentro de clínicas de ansiedade, há muita variabi-

lidade, mas as condições comórbidas geralmente são comuns (para uma revisão, ver Ledley, Pai e Franklin 2007). No maior estudo realizado no contexto de uma clínica de ansiedade, Brown, Campbell, Lehman, Grisham e Mancill (2001) concluíram que 57% de 77 adultos com um diagnóstico principal de TOC tinham, na época, uma comorbidade de Eixo I; a quantidade subiu para 86% para problemas comórbidos de Eixo I durante toda a vida. O índice subiu para 86% para condições comórbidas de Eixo I que durem a vida toda. De modo mais específico, quando o TOC ocorre com outros transtornos de ansiedade, geralmente ele é o principal diagnóstico (p. ex., o diagnóstico de maior gravidade; ver Antony, Downie e Swinson, 1998). Também parece ser o caso de que o início do TDM tende a seguir o do TOC, sugerindo que a depressão pode ser uma resposta a sintomas de TOC (Bellodi, Sciuto, Diaferia, Ronchi e Smeraldi, 1992; Diniz et al., 2004).

Os dados são ambíguos com relação à influência da comorbidade sobre a apresentação do TOC. Em um estudo, Denys, Tenney, van Megen, de Geus e Westenberg (2004) concluíram que a comorbidade não influencia a gravidade dos sintomas de TOC, ao passo que outros (Angst, 1993; Tukul, Polat, Ozdemir, Aksut e Turksoy, 2002) identificaram uma relação entre a comorbidade e a gravidade dos sintomas de TOC. Uma conclusão mais constante é a de que a comorbidade está associada à qualidade de vida mais baixa, especialmente no caso de depressão comórbida (Lochner e Stein, 2003; Masellis, Rector e Richter, 2003).

Com relação ao efeito de ansiedade e depressão comórbidas sobre os resultados do tratamento, a influência da depressão recebeu mais atenção empírica até o momento. Alguns estudos concluíram que altos níveis de depressão no pré-tratamento estão relacionados a resultados inferiores (p. ex., Keijsers, Hoogduin e Schaap, 1994; Steketee, Chambless e Tran, 2001), enquanto outros encontraram pouco ou nenhum efeito (Mataix-Cols, Marks, Greist, Kobak e Baer, 2002; O'Sullivan, Noshirvani, Marks, Monteiro e Lelliott, 1991; Steketee, Eisen, Dyck, Warshaw e Rasmussen, 1999). Alguns sugeriram que, mais especificamente, a *gravidade* da depressão comórbida pode influenciar seus efeitos sobre o resultado do tratamento do TOC: Abramowitz, Franklin, Street, Kozak e Foa (2000) concluíram que apenas os pacientes gravemente deprimidos tinham menos probabilidades de responder à terapia EPR para TOC. Da mesma forma, pacientes com TOC altamente deprimidos parecem correr mais riscos de recaída depois da interrupção

do tratamento (Abramowitz e Foa, 2000; Basoglu, Lax, Kasvikis e Marks, 1988). A influência dos transtornos de ansiedade comórbidos sobre os resultados recebeu menos atenção até agora: um estudo relatou que pacientes com TOC e transtorno de ansiedade generalizada (TAG) comórbido interrompem o tratamento para TOC mais do que outros pacientes (Steketee et al., 2001), e outro concluiu que a existência de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) em pacientes com TOC atenua a resposta ao EPR (Gershuny, Baer, Jenike, Minichiello e Wilhelm, 2002). Especificamente dentro do TOC pediátrico, a comorbidade que não seja um segundo transtorno de ansiedade (p. ex., transtorno de externalização, transtorno de humor) foi associada a pior resposta aguda a TCC (Storch et al., 2008), e outro relatório recente indicou que comorbidade de déficit de atenção/transtorno de hiperatividade (THDA) atenuava especificamente os resultados da TCC no seguimento, entre crianças e adolescentes (Farrell, Waters, Chapeleiro, e Ollendick, 2012). Contudo, os mecanismos pelos quais essas condições comórbidas influenciam os resultados ainda precisam ser investigados.

A síndrome de Tourette e outros transtornos de tique também parecem estar relacionados ao TOC, embora não o suficiente para serem agrupados dentro dos transtornos obsessivo-compulsivos e relacionados no DSM-5. As estimativas de comorbidades da síndrome de Tourette e TOC vão de 28 a 63% (Comings, 1990; Kurlan et al., 2002; Leckman e Chittenden, 1990; Pauls, Towbin, Leckman, Zahner e Cohen, 1986). Por outro lado, considera-se que até 17% dos pacientes com TOC possam ter síndrome de Tourette (Comings, 1990; Kurlan et al., 2002; Rasmussen e Eisen, 1989). Em um relatório recente, a comorbidade com tiques foi associada a resultados inferiores do tratamento em geral (Matsunaga et al., 2005), ainda que em um estudo pediátrico recente se tenha concluído que influencia os resultados do tratamento farmacológico, mas não a resposta à TCC (March et al., 2007).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

A alta comorbidade do TOC com outros transtornos mencionados anteriormente, assim como as semelhanças dos critérios para TOC e outros transtornos do DSM, pode representar dilemas diagnósticos. A seguir, examinamos algumas das dificuldades de diagnóstico que os profissionais enfrentam com mais frequência e damos recomendações para fazer esses difíceis discernimentos diagnósticos.

Obsessões e ruminação depressiva

Por vezes, é difícil diferenciar ruminações depressivas e obsessões. A distinção está situada principalmente no conteúdo dos pensamentos e na resistência informada do paciente a esses pensamentos. Diferentemente das obsessões, as ruminações são geralmente ideias pessimistas em relação a si e ao mundo, cujo conteúdo muda com frequência. Além disso, os ruminadores depressivos tendem a não fazer repetidas tentativas de suprimir suas ruminações da maneira como as pessoas com TOC tendem a suprimir as obsessões. Quando a depressão e o TOC ocorrem ao mesmo tempo, ambos os fenômenos podem estar presentes, mas devem-se visar apenas às obsessões com os exercícios de exposição. Também se concluiu, clinicamente, que a apresentação em geral pessimista dos pacientes deprimidos pode prejudicar a esperança de melhorar com a EPR; dessa forma, essas crenças podem demandar intervenção terapêutica, mesmo que não sejam obsessivas.

Transtornos de ansiedade

O TOC foi classificado anteriormente como um transtorno de ansiedade no DSM-IV, e com frequência coocorre com transtornos de ansiedade. Por vezes, os critérios de diagnóstico são semelhantes entre esses transtornos (de ansiedade) relacionados, mas os sintomas associados a cada diagnóstico, em geral, podem ser diferenciados. Por exemplo, as excessivas preocupações que são características de TAG podem parecer semelhantes às do TOC, mas, diferentemente das obsessões, as preocupações são inquietações excessivas com circunstâncias da vida real e o indivíduo as considera adequadas (egossintônicas). Em contraste, o pensamento obsessivo tem mais probabilidade de ser mágico ou estar fora da realidade, e o indivíduo geralmente considera as obsessões inadequadas (egodistônicas). Contudo, há exceções em relação a essa regra geral: as pessoas que têm TAG ou TOC podem se preocupar com questões cotidianas, com os filhos ficarem doentes, mas quando se preocupam com a possibilidade de os filhos pegarem um resfriado, os pais com TAG podem dirigir suas atenções às consequências de longo prazo (p. ex., prejuízos escolares, desenvolver um padrão de fragilidade para toda a vida). Os pais com TOC, por sua vez, podem se concentrar mais no aspecto de contaminação da enfermidade (p. ex., que seus filhos sejam infectados com “germes de resfriado”). O problema de se distinguirem obsessões e preocupações em um determinado paciente é mais relevante quando a pessoa não exhibe compulsões, mas, como mencionamos

anteriormente, os obsessivos puros são cerca de 2% dos indivíduos com TOC (Foa et al., 1995).

Na ausência de rituais, a evitação associada a fobias específicas também pode parecer semelhante ao TOC. Por exemplo, o medo excessivo de germes e as fobias específicas podem resultar, ambos, em medo persistente de cachorros, mas, ao contrário de um indivíduo com TOC, uma pessoa que tem uma fobia específica pode conseguir evitar cachorros na maior parte do tempo ou reduzir a aflição rapidamente escapando deles quando a evitação não é viável. Em comparação, o indivíduo com TOC que está obcecado com “germes de cachorros” continua a se sentir contaminado mesmo depois de o cachorro ter ido embora, e, às vezes, saber que um cachorro esteve nas proximidades várias horas antes pode produzir aflição obsessiva mesmo que não haja possibilidade de o cachorro voltar. Essa aflição muitas vezes desencadeia comportamentos evitativos subsequentes (p. ex., tirar roupas que possam ter estado próximas ao cachorro contaminante) que geralmente não são observados em fobias específicas.

Transtorno dismórfico corporal

A preocupação com defeitos físicos imaginados do transtorno dismórfico corporal (TDC) é formalmente semelhante às obsessões do TOC, e o TDC é agrupado no DSM-5 com os transtornos obsessivo-compulsivos e outros relacionados. A melhor maneira de diferenciar esse transtorno do TOC é procurar especificidade no conteúdo dos pensamentos que causam medo. A maioria das pessoas com TDC tem uma única obsessão, ao passo que a maior parte dos indivíduos com TOC tem múltiplas obsessões.

Transtorno de Tourette e transtornos de tique

Para diferenciar os transtornos motores estereotipados que caracterizam o transtorno de Tourette e o transtorno de tique das compulsões, deve-se examinar a relação funcional entre esses comportamentos e quaisquer pensamentos obsessivos. Os tiques motores geralmente são involuntários e não visam a neutralizar a aflição causada por obsessões. Não há maneira convencional de diferenciá-los de compulsões “puras”, mas o TOC com compulsões “puras” é extremamente raro (Foa et al., 1995). Como observado anteriormente, parece existir uma alta taxa de comorbidade entre TOC e transtorno de tique (p. ex., Pauls et al., 1986); sendo assim, um paciente pode apresentar ambos os transtornos ao mesmo tempo. Curiosamente, os tiques responderam de forma semelhante a um protocolo de EPR quando compara-

dos, em um estudo randomizado, o treinamento para reversão de hábitos, no qual uma resposta concorrente substitui o tique; essa conclusão sugere que o modelo conceitual subjacente ao tratamento do tique pode requerer modificação (Verdellen, Keijsers, Cath e Hoogduin, 2004).

Transtorno delirante e esquizofrenia

Indivíduos com TOC podem apresentar obsessões de intensidade delirante (para uma revisão, ver Kozak e Foa, 1994). Cerca de 5% dos pacientes com TOC relatam convicção total de que suas obsessões e compulsões são realistas, com outros 20% informando ter convicção forte, mas não fixa. Sendo assim, é importante considerar o diagnóstico de TOC “com *insight* reduzido” mesmo que essas crenças sejam muito fortes. A diferenciação entre transtorno delirante e TOC pode depender da presença dessas compulsões no TOC (Eisen et al., 1998). No TOC, as obsessões de intensidade delirante geralmente são acompanhadas por compulsões.

Também é importante reconhecer que o conteúdo das obsessões no TOC pode ser bastante bizarro, assim como os delírios na esquizofrenia, mas isso, por si só, não indica um diagnóstico de TOC. Por exemplo, uma paciente atendida em nosso centro tinha receio de que pedacinhos de sua “essência” se perderiam para sempre se ela passasse muito perto de latas de lixo. Essa paciente não informava outros sintomas de transtorno formal do pensamento, como afrouxamento do curso associativo, alucinações, afeto embotado ou muito inadequado e inserção ou projeção de pensamentos. A partir do desenvolvimento da EPR que se concentrava em exercícios voltados a expor a paciente à perda de sua “essência” (p. ex., passar dirigindo pelo depósito de lixo da cidade), seus sintomas de TOC foram reduzidos em muito. Ocasionalmente, os pacientes realmente cumprem os critérios para TOC e esquizofrenia, casos esses em que um diagnóstico duplo é pertinente. É importante fazer EPR com esses pacientes somente se os exercícios de tratamento associados não exacerbarem os sintomas do transtorno de pensamento comórbido.

MODELOS COGNITIVOS E COMPORTAMENTAIS

A teoria de duas etapas de Mowrer (1939) sobre aquisição e manutenção de comportamento de medo e evitação foi adotada com frequência para explicar fobias e TOC. Na forma aprofundada por Mowrer (1960), essa teoria propõe que, na primeira etapa, um evento neutro é associado ao medo ao ser relaciona-

do a um estímulo que, por natureza, causa aflição ou ansiedade. Mediante processos de condicionamento, objetos, bem como pensamentos e imagens, adquirem capacidade de produzir aflição. Na segunda etapa desse processo, desenvolvem-se respostas de fuga ou evitação para reduzir a ansiedade ou a aflição evocados pelos vários estímulos condicionados, que são mantidos por seu êxito. Dollard e Miller (1950) adotaram a teoria de duas etapas de Mowrer para explicar o desenvolvimento de fobias e de neurose obsessivo-compulsiva. Como observado anteriormente, em função da natureza intrusiva das obsessões, muitas situações que provocam obsessões não podem ser evitadas prontamente. Os comportamentos passivos de evitação, como os utilizados por fóbicos, também são menos eficazes para controlar a aflição causada pelas obsessões. A seguir, são desenvolvidos padrões de evitação ativa na forma de rituais, que se mantêm em função do quanto aliviam a aflição.

Devido à frágil sustentação empírica da teoria das duas etapas e suas limitações para explicar a etiologia das obsessões, já foram apresentadas várias explicações cognitivas para o desenvolvimento e a manutenção dos sintomas do TOC (p. ex., Beck, 1976; Carr, 1974). Salkovskis (1985) apresentou uma análise cognitiva mais abrangente do TOC, postulando que os pensamentos obsessivos intrusivos são estímulos que podem provocar certos tipos de pensamentos automáticos negativos. Um pensamento intrusivo só levaria a mais perturbações se desencadeasse pensamentos automáticos por meio da interação entre intrusão inaceitável e o sistema de crenças do indivíduo (p. ex., só as pessoas ruins têm pensamentos sexuais). Segundo Salkovskis, o sentido de responsabilidade exagerada e a autorrecriminação são os temas centrais no sistema de crenças de uma pessoa com TOC. A neutralização, na forma de compulsões comportamentais ou cognitivas, pode ser vista como uma tentativa de reduzir esse sentido de responsabilidade e impedir a autorrecriminação. Além disso, pensamentos frequentes com relação a ações inaceitáveis podem ser percebidos pelo indivíduo com TOC como equivalentes às ações em si, de forma que, por exemplo, mesmo que a pessoa não tenha pecado, pensar em pecar é tão ruim quanto o próprio pecado.

Salkovskis (1985) propôs ainda cinco premissas disfuncionais que caracterizariam os indivíduos com TOC e os diferenciariam de pessoas sem o transtorno:

1. ter um pensamento sobre uma ação é como realizar a ação; 2. deixar de impedir (ou deixar de tentar impedir) o prejuízo a si ou a outros é

o mesmo que causar o prejuízo; 3. a responsabilidade não é amenizada por outros fatores (p. ex., baixa probabilidade de ocorrência); 4. não neutralizar quando ocorre uma intrusão é semelhante ou equivalente a buscar ou querer que o prejuízo envolvido nessa intrusão aconteça de verdade; 5. a pessoa deve (e pode) exercer controle sobre os pensamentos (p. 579).

Sendo assim, se a obsessão pode ser egodistônica, o pensamento automático que ela gera será egossintônico. Por extensão, esse modelo sugere que o tratamento do TOC deve se concentrar principalmente na identificação das premissas equivocadas e modificar os pensamentos automáticos. Essa teoria abriu caminho a várias elaborações nos modelos cognitivos, estudos experimentais do modelo e o desenvolvimento de terapias cognitivas que derivam do papel central desses fatores cognitivos fundamentais.

A teoria de Salkovskis (1985) estimulou o exame do papel da responsabilidade na psicopatologia do TOC (Ladouceur et al., 1995; Rachman, Thorndarson, Shafran e Woody, 1995; Rhêame, Freeston, Dugas, Letarte e Ladouceur, 1995). Examinou-se também o que Rachman (1998) chamou de fusão de pensamento-ação (FPA), em que as pessoas acreditam que o simples fato de se ter um pensamento inaceitável aumenta a probabilidade da ocorrência do evento temido, e que pensar em realizar atividades repugnantes equivale a realmente tê-las realizado. Teóricos cognitivos contemporâneos sugeririam, então, que as crenças obsessivo-compulsivas como a FPA, o excesso de responsabilidade e a intolerância à incerteza provavelmente resultariam em esforços maiores e inúteis de supressão de pensamentos, assim como outras estratégias de controle mental infrutíferas, que acabariam por aumentar a frequência desses pensamentos e da aflição associada (Purdon e Clark, 2002). Assim, um ciclo vicioso de evitação mantém e fortalece o TOC, e as terapias cognitivas que derivam desses modelos contemporâneos visariam diretamente a essas crenças obsessivo-compulsivas em um esforço de romper o ciclo.

Em uma explicação cognitivo-comportamental integrada, Foa e Kozak (1985) conceituaram os transtornos de ansiedade em geral como prejuízos específicos às redes de memória emocional. A partir de Lang (1979), os autores consideram o medo como uma rede de informações existente na memória, que inclui representação sobre estímulos temidos, respostas baseadas ao medo e seu significado. Com relação a conteúdos relacionados ao medo, Foa e Kozak sugeriram que as redes de medo dos indivíduos com transtornos de ansiedade são carac-

terizadas pela presença de avaliações equivocadas sobre ameaças, um valor negativo excepcionalmente elevado atribuído ao evento temido, e elementos de resposta exagerada (p. ex., reatividade fisiológica) e são resistentes à modificação. Essa persistência pode refletir a incapacidade de acessar a rede do medo, em função de evitação ativa ou porque o conteúdo dessa rede impede encontros espontâneos com situações que evoquem a ansiedade na vida cotidiana. Mais do que isso, a ansiedade pode persistir em função de algum prejuízo no mecanismo de extinção. Defesas cognitivas, excitação excessiva com incapacidade de se habituar, premissas incorretas e regras equivocadas de inferência são problemas que prejudicariam o processamento da informação necessária para modificar a estrutura do medo e reduzir o comportamento relacionado a ele.

Foa e Kozak (1985) sugeriram várias formas de medo que ocorrem em indivíduos com TOC. O paciente que tem medo de contrair doenças venéreas em banheiros públicos e se lava para se prevenir tem uma estrutura de medo que inclui associações excessivas entre os estímulos (p. ex., um banheiro) e as respostas de ansiedade/aflição, bem como crenças equivocadas sobre o dano relacionado ao estímulo. Para outros indivíduos com TOC, as respostas de medo estão associadas a significados equivocados em lugar de um determinado estímulo. Por exemplo, alguns pacientes incomodados pela percepção de assimetria e que reduzem sua aflição reorganizando objetos não temem os objetos em si nem preveem desastres em função da assimetria; o que lhes incomoda é sua visão de que determinadas disposições de estímulos são *inadequadas*.

Assim como Reed (1985), Foa e Kozak (1985) propuseram que, além do conteúdo patológico das obsessões, o TOC se distingue de outros transtornos pela patologia nos mecanismos subjacentes ao processamento de informações. Especificamente, sugeriram que os pacientes com TOC têm dificuldades de avaliar as regras para fazer inferências em relação a danos, concluindo muitas vezes que uma situação é perigosa com base na ausência de evidências de segurança, e que costumam não fazer inferências desse tipo sobre segurança a partir de informações sobre a ausência de perigo. Consequentemente, os rituais realizados para reduzir a probabilidade de dano nunca conseguem proporcionar a segurança e precisam ser repetidos. Em uma reflexão sobre a teoria do processamento emocional e o mecanismo de funcionamento da exposição, Foa, Huppert e Cahill (2006) sugeriram que a exposição *in vivo* ao estímulo temido na ausência do dano previsto corrige a estimativa

de probabilidade exagerada; a exposição a imagens não apenas corrige o custo exagerado, mas também fortalece a discriminação entre *pensamentos sobre dano* e *dano real*, alterando assim as associações entre o significado da ameaça do estímulo e/ou elementos de resposta na estrutura do medo.

Em contraste com as teorias mais gerais do TOC descritas anteriormente, alguns teóricos propuseram hipóteses específicas para explicar a patologia observada em determinados subtipos de TOC. Por exemplo, observações clínicas levaram investigadores à hipótese de que déficits de memória para ação estão na base do hábito de verificar coisas compulsivamente (p. ex., Sher, Frost e Otto, 1983). Contudo, os resultados das investigações experimentais sobre essa hipótese são duvidosos. Encontrou-se alguma sustentação para um déficit de ação-memória em indivíduos não clínicos com rituais de verificação (p. ex., Rubenstein, Peynircioglu, Chambless e Pigott, 1993; Sher et al., 1983). Em contraste, um estudo usando uma amostra clínica concluiu que, em comparação com não pacientes, os pacientes com TOC que têm rituais de verificação se lembravam *mais* de suas ações relacionadas a medos (p. ex., ligar um ferro de passar na tomada, desembainhar uma faca), mas não de ações não relacionadas ao medo (p. ex., colocar cliques de papel em uma caixa; Constans, Foa, Franklin e Mathews, 1995). A partir desses dados, parece que a verificação não é motivada principalmente por problemas de memória; sendo assim, ensinar estratégias mnemônicas a pacientes com TOC que tenham rituais de verificação provavelmente não é uma estratégia clínica ideal, sendo preferível fazê-los encarar repetidas vezes as situações de baixo risco que provocam a aflição obsessiva, ao mesmo tempo em que deixam de verificar ou revisar mentalmente suas ações.

TRATAMENTOS

Exposição e prevenção de rituais

O quadro de prognóstico para TOC melhorou muito desde que Victor Meyer (1966) relatou pela primeira vez o caso de dois pacientes que responderam bem a um tratamento com exposição prolongada a gatilhos obsessivos e rígida prevenção de rituais. Esse procedimento, conhecido na época como exposição e prevenção de rituais (EPR), foi considerado, mais tarde, muito bem-sucedido em 10 ou 15 casos e parcialmente eficaz no restante. Os pacientes tratados com esse regime também pareciam manter as melhoras que tiveram em decorrência do tratamento: em um seguimento de cinco anos, apenas dois desses pacientes tinham tido recaída (Meyer e Levy, 1973; Meyer, Levy e Schnurer, 1974).

Como no programa de Meyer, os atuais tratamentos com EPR geralmente incluem exposição prolongada a gatilhos obsessivos e procedimentos voltados a bloquear rituais. Costumam ser feitos exercícios de exposição em contextos reais (*in vivo*), por exemplo, pedir ao paciente que saia de casa sem verificar os queimadores do fogão. Quando os pacientes informam consequências específicas que temem ao se abster de rituais, esses temores também podem ser tratados por medo de exposição por imagens. Na verdade, exercícios de exposição *in vivo* e por imagens são formulados especificamente para desencadear aflição obsessiva. Acredita-se que a exposição repetida e prolongada a pensamentos e situações temidas proporciona informações que refutam associações e avaliações equivocadas que os pacientes têm e, assim, geram habituação (Foa e Kozak, 1986). A exposição geralmente é feita confrontando-se gradualmente situações que geram aflição moderada antes de se enfrentar outras, mais incômodas. Trabalhos de casa envolvendo exposição são estabelecidos regularmente entre as sessões, e também se pede que os pacientes se abstenham de realizar rituais.

Desde o relatório positivo inicial de Meyer (1966) sobre a eficácia da EPR, muitos estudos subsequentes de EPR indicaram que a maioria das pessoas que realizam esses tratamentos obtém e mantém ganhos clínicos importantes. Estudos controlados randomizados (ECRs) indicaram que a EPR é superior a uma série de tratamentos de controle, incluindo placebo (Marks, Stern, Mawson, Cobb e McDonald, 1980), relaxamento (Fals-Stewart, Marks e Schafer, 1993) e treinamento para o manejo da ansiedade (Lindsay, Crino e Andrews, 1997). A revisão de Foa e Kozak (1996) sobre 12 estudos de resultados ($N = 330$) que relatam as proporções de resposta ao tratamento indicou que 83% dos pacientes que completaram tratamento de EPR apresentaram resultados positivos no pós-tratamento. Em 16 estudos relatando resultados de longo prazo ($N = 376$; intervalo médio de seguimento de 29 meses), 76% responderam ao tratamento. Além disso, vários estudos já indicaram que esses resultados animadores para EPR não se limitam a amostras de ECR altamente selecionados (Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt e Foa, 2000; Rothbaum e Shahr, 2000; Valderhaug, Larsson, Gotestam e Piacentini, 2006; Warren e Thomas, 2001).

Em geral, a EPR tem sido considerada bastante eficaz para melhorar sintomas de TOC e tem gerado ganhos de alta durabilidade depois do encerramento do tratamento. Em nossa revisão bibliográ-

fica, também ficou claro que, entre as muitas variantes do tratamento com EPR, algumas são relevantes para os resultados, outras não. Revisamos a literatura sobre a eficácia relativa dos ingredientes que compõem a EPR para ajudar os profissionais a decidir quais de seus componentes são mais essenciais.

Variáveis de tratamento com EPR

Exposição versus prevenção de rituais versus EPR

Para separar os efeitos de exposição e prevenção de rituais nos sintomas de TOC, Foa, Steketee, Grayson, Turner e Latimer (1984) designaram randomicamente pacientes com rituais de lavagem para tratamento somente por exposição (EX), somente por prevenção de rituais (PR) ou sua combinação (EPR). Cada tratamento foi realizado de forma intensiva (15 sessões diárias de duas horas, durante três semanas) e seguido de uma visita em casa. Concluiu-se que os pacientes de cada condição melhoraram no pós-tratamento e no seguimento, mas a combinação EPR foi superior a um tratamento único em quase todas as medidas de sintomas, em ambos os pontos de avaliação. Na comparação entre EX e PR, os pacientes submetidos a EX informaram sentir menos ansiedade ao enfrentar os contaminantes temidos do que os que da PR, ao passo que este último grupo informou maiores reduções na premência de fazer os rituais do que o primeiro. Dessa forma, parece que a EX e a PR afetam diretamente os sintomas de TOC. As conclusões desse estudo sugerem claramente que a EX e a PR devem ser implementadas simultaneamente. Os tratamentos que não incluem ambos os componentes dão resultados inferiores. É importante transmitir essa informação aos pacientes, especialmente quando eles estiverem com dificuldades de se abster de rituais ou de realizar efetivamente exercícios de exposição durante as sessões e entre elas.

Implementação de prevenção a rituais

A promoção da abstinência de rituais durante o tratamento é considerada essencial para os bons resultados do tratamento, mas o método preferido de PR mudou com o passar dos anos. No programa de tratamento de EPR de Meyer (1966), funcionários do hospital impediam fisicamente os pacientes de realizar os rituais (p. ex., cortando a água no quarto). Contudo, a intervenção física por parte de funcionários ou familiares para impedir que os pacientes façam os rituais não é mais comum nem recomendada. Acredita-se que essas técnicas de prevenção são coercitivas demais para serem aceitas atualmente. O impedimento físico por parte de outras pessoas pode acabar por limitar a aplicabilidade para situações não terapêuticas em que não

haja outras pessoas para interceder. Em vez disso, recomendam-se agora instruções e estímulos para se abster de rituais e da evitação. Como observado anteriormente, embora a exposição em si possa reduzir a aflição obsessiva, ela não é tão eficaz na redução das compulsões. Para maximizar os efeitos do tratamento, o paciente deve se abster de forma voluntária de fazer rituais ao mesmo tempo em que realiza exercícios de exposição sistemáticos. O terapeuta deve enfatizar muito a importância de se abster de rituais e ajudar o paciente com essa difícil tarefa, dando apoio, estímulo e sugestões sobre alternativas aos rituais.

Uso de exposição por meio de imagens

O tratamento de exposição por imagens mais EPR *in vivo* foi superior, no seguimento, a um programa de EPR *in vivo* que não incluía exposição por imagens (Foa, Steketee, Turner e Fischer, 1980; Steketee, Foa e Grayson, 1982). Entretanto, um segundo estudo não concluiu que acrescentar exposição por imagens melhorasse a eficácia de longo prazo em comparação com somente a exposição (De Araujo, Ito, Marks e Deale, 1995). O programa de tratamento neste último estudo difere do aplicado por De Araujo e colaboradores (1995) em vários parâmetros (p. ex., exposições por imagens com duração de 90 minutos em comparação com 30 minutos, respectivamente), de forma que a origem das inconsistências desses estudos não pode ser identificada.

Em nosso trabalho clínico, concluímos que a exposição por imagens ajuda os pacientes que relatam que haverá consequências desastrosas se eles se abstiverem dos rituais. Como muitas dessas consequências não podem ser traduzidas prontamente em exercícios de exposição *in vivo* (p. ex., arder nas chamas do inferno), a exposição por imagens dá ao paciente uma oportunidade de confrontar esses pensamentos temidos. Acrescentando-se imagens a uma exposição *in vivo* também se pode desviar das estratégias de evitação cognitiva usadas pelos pacientes que tentem intencionalmente não levar em conta as consequências da exposição ao mesmo tempo em que confrontam situações temidas *in vivo*. Em suma, embora a exposição por imagens não pareça essencial para os resultados imediatos, ela pode melhorar a manutenção de longo prazo e ser usada como um coadjuvante a exercícios *in vivo* para pacientes que temem consequências desastrosas. Para pacientes que apenas informam aflição extrema como consequência de se abster de seus rituais e comportamentos de evitação, a exposição por imagens pode ser desnecessária.

Exposições graduais *versus* exposições abruptas

Não foram detectadas diferenças na redução dos sintomas de TOC em um estudo comparando pacientes que enfrentaram as situações mais aflitivas desde o início da terapia em relação àqueles que enfrentaram inicialmente situações menos aflitivas, mas, mesmo assim, os pacientes preferiram a abordagem mais gradual (Hodgson, Rachman e Marks, 1972). Como a motivação dos pacientes e a concordância com os objetivos do tratamento são elementos fundamentais para o êxito da EPR, as situações de dificuldade mais moderada geralmente são enfrentadas antes, seguidas por vários passos intermediários, antes de se tentarem exposições mais aflitivas. Dessa forma, enfatiza-se a ideia de que a exposição acontecerá em um ritmo que seja aceitável pelo paciente, e que nenhum tipo de exposição será jamais tentado sem sua aprovação. Ao mesmo tempo, é preferível enfrentar o item mais elevado na hierarquia do tratamento em um momento relativamente inicial (p. ex., na primeira semana de tratamento intensivo) para dar tempo suficiente para que se repitam essas exposições difíceis em sessões posteriores.

Duração da exposição

Já se acreditou que a duração da exposição era importante para o resultado, considerando-se a prolongada e contínua como mais eficaz do que a curta e interrompida (Rabavilas, Boulougouris e Perissaki, 1979). De fato, a redução da ansiedade (habituação) entre sessões foi associada à melhoria após tratamentos baseados em exposição para TOC e para TEPT (p. ex., Jaycox, Foa e Morral, 1998; Kozak, Foa e Steketee, 1988; van Minnen e Hageraars, 2002). Entretanto, são vários os estudos que não encontraram forte relação entre a habituação dentro da sessão e a redução de medos e sintomas (Jaycox et al., 1998; Kozak et al., 1988; Mathews, Johnston, Shaw e Gelder, 1974; Rowe e Craske, 1998). Em uma reflexão sobre a teoria de processamento emocional, Foa e colaboradores (2006) concluíram que a recente perda de ênfase do relacionamento entre habituação dentro da sessão e resultado não é fundamental para essa teoria, porque o mecanismo proposto subjacente à redução de sintomas seria a modificação de associações equivocadas relevantes mediante informações que a refutem, e não a habituação em si. Em termos práticos, isso significa que os pacientes devem saber que, embora o ideal seja persistir com a exposição até que se reduza bastante a ansiedade, o fator mais importante é repetir as mesmas exposições para reduzir a ansiedade associada com o passar do tempo. Os pacientes com TOC são particularmente vulne-

ráveis a medos de interromper as exposições *cedo demais* e, assim, fazer o tratamento de forma incorreta. Essa nova instrução pode estimulá-los a realizar suas atividades sem fazer rituais ou evitações, independentemente da ansiedade ainda se manter depois de uma tarefa de exposição. A ênfase menor na importância fundamental da habituação no momento é mais pronunciada em termos de processo quando se usa terapia de aceitação e compromisso (p. ex., Twohig et al., 2010). Mas, em termos gerais, esse ponto de vista parece também estar ganhando aceitação entre terapeutas cognitivo-comportamentais. Por exemplo, clinicamente, muitas vezes lembramos os pacientes de que eles estejam ansiosos ou não é menos relevante do que o que eles fazem (ou não fazem) quando estão ansiosos, já que a ritualização e a evasão manterão o medo durante o processo.

Frequência das sessões de exposição

A frequência ideal de sessões de exposição ainda está para ser estabelecida. Os programas intensivos de terapia de exposição que atingiram resultados excelentes (p. ex., Foa, Kozak, Steketee e McCarthy, 1992) geralmente envolvem sessões diárias no decorrer de aproximadamente um mês, mas também já se atingiram resultados bastante favoráveis com sessões mais espaçadas (p. ex., Abramowitz, Foa e Franklin, 2003; De Araujo et al., 1995; Franklin et al., 1998). Um recente ECR para TOC pediátrico não encontrou diferenças entre tratamento intensivo e semanal (Storch et al., 2007). Clinicamente, concluímos que sessões menos frequentes podem ser suficientes para pacientes altamente motivados, com sintomas de TOC leves a moderados, que entendem prontamente a importância do trabalho de exposição diária feito em casa. Aos pacientes com sintomas muito graves ou aos que, por várias razões, não conseguem cumprir de pronto as tarefas de EPR entre as sessões, geralmente se oferece tratamento intensivo.

Exposição assistida pelo terapeuta versus autoexposição

Avaliações da presença de um terapeuta durante a exposição geraram resultados inconsistentes. Em um estudo de Marks e colaboradores (1988), os pacientes com TOC que receberam exposição assistida por terapeuta apresentam mais melhoras imediatamente após o tratamento do que os que receberam clomipramina e autoexposição, mas essa diferença não ficou evidente no seguimento. Entretanto, esses resultados são de difícil interpretação à luz do delineamento complexo do programa. Um segundo estudo usando pacientes com TOC também

indicou que a exposição assistida por terapeuta não era superior à autoexposição no pós-tratamento ou no seguimento (Emmelkamp e van Kraanen, 1977), mas o número de pacientes em cada condição era pequeno demais para fazer com que esses resultados fossem conclusivos. Em contraste com as conclusões negativas de Marks e colaboradores (1988) e de Emmelkamp e van Kraanen (1977), a presença do terapeuta tinha resultado superior a partir de uma sessão única de exposição de três horas, comparada com a autoexposição para pessoas com fobias específicas (Öst, 1989). Como as fobias específicas são, como um todo, menos prejudiciais e mais fáceis de tratar do que o TOC, pode-se supor que a presença do terapeuta também deve influenciar o resultado do tratamento no TOC. Além disso, por meio de metanálises, Abramowitz (1996) concluiu que a exposição controlada por terapeuta estava associada a mais melhorias em sintomas de TOC e TAG em comparação com procedimentos autocontrolados. Um estudo recente encontrou resultado comparável para pacientes que receberam EPR com assistência de terapeuta e os que receberam teleterapia (Lovell et al., 2006), o que mais uma vez coloca em questão a necessidade de assistência do terapeuta para bons resultados. À luz dessas conclusões diferentes, não há resposta clara disponível sobre o papel do terapeuta em tarefas de exposição no tratamento para TOC. Entretanto, concluímos clinicamente que a presença de um terapeuta pode ajudar os pacientes a permanecerem nas exposições quando a ansiedade for alta, para evitar rituais ou comportamentos de evitação sutis durante a exposição (p. ex., distração, rituais mentais) e a continuar suficientemente motivados, apesar da aflição. Os pesquisadores começaram a examinar se a terapia por telefone ou Skype também seria eficaz, incluindo protocolos de TCC adaptados para a síndrome de Tourette (Himle, Olufs, Himle, Tucker e Woods, 2010) e TOC, especificamente (p. ex., Bachofen et al., 1999). Essa pesquisa pode proporcionar uma maior segurança para o uso eficaz desses métodos, o que ajudará a resolver o problema permanente da escassez de especialistas em tratamento de TOC que assola a maioria das comunidades.

A EPR versus outras abordagens de tratamento

Nesta seção, revisamos a literatura sobre a eficácia do tratamento individual padrão com EPR em comparação com outras abordagens terapêuticas, incluindo tratamento de grupo, tratamento de família com EPR, terapia cognitiva e farmacoterapia.

EPR individual *versus* grupal

A EPR individual intensiva, embora eficaz, pode apresentar obstáculos práticos, como alto custo do tratamento e problemas de agenda para paciente e terapeuta. Além disso, como os especialistas em tratamento com EPR são poucos e dispersos, os pacientes também podem ter de esperar muito tempo ou viajar distâncias longas para se tratar. Por isso, alguns pesquisadores têm começado a examinar a eficácia de modalidades de tratamento mais acessíveis e eficientes. Uma dessas alternativas é o tratamento em grupo. Fals-Stewart e colaboradores (1993) realizaram um estudo controlado no qual pacientes com TOC foram distribuídos aleatoriamente em condições de EPR individual, EPR em grupo e uma condição de controle psicossocial (relaxamento). Cada um dos tratamentos ativos foi de 12 semanas, com sessões duas vezes por semana, e incluía exposição diária. Observaram-se melhorias importantes nos sintomas de TOC em ambos os tratamentos ativos, sem que se detectassem diferenças entre EPR individual e em grupo, imediatamente após o tratamento ou em seis meses de seguimento. A análise do perfil dos escores de sintomas de TOC coletadas durante o tratamento indicou, isso sim, uma redução mais rápida nos sintomas dos pacientes que receberam tratamento individual. Esses resultados oferecem evidências da eficácia do tratamento em grupo, mas, como os pacientes eram excluídos desse estudo se fossem diagnosticados com *qualquer* transtorno da personalidade ou com depressão comórbida, pode ser que a amostra tenha sido um pouco atípica. Além disso, nenhum dos participantes tinha recebido tratamento para TOC anteriormente, o que também é incomum para essa população e sugestiva de uma amostra menos sintomática. Sendo assim, deve-se ter cuidado ao fazer inferências em relação à população mais ampla com TOC, até que esses resultados sejam replicados.

Mais recentemente, Barrett, Healy-Farrell e March (2004) concluíram que a TCC individual e em grupo foram muito e igualmente eficazes para crianças e adolescentes com TOC, em comparação com um grupo-controle de lista de espera; isso levanta a possibilidade de que as intervenções de grupo possam ser especialmente promissoras no tratamento de jovens com TOC. Também em jovens, Asbahr e colaboradores (2005) concluíram que a TCC em grupo e a sertralina foram semelhantes no pós-tratamento, mas com menos recaída na segunda condição. Mais recentemente, outro grupo de pesquisa australiano encontrou resultados semelhantes para tratamento em grupo em comparação com tratamento indivi-

dual, sendo ambos superiores a um controle de lista de espera (Anderson e Rees, 2007). Não surpreende, contudo, que o tratamento individual tenha sido associado a uma resposta mais rápida.

Envolvimento da família *versus* tratamento EPR padrão

Emmelkamp e colaboradores (1990) examinaram se o envolvimento da família no tratamento aumentaria a eficácia de EPR para TOC. Pacientes casados ou que moravam com um companheiro foram designados randomicamente para receber EPR com ou sem envolvimento do companheiro no tratamento. Os resultados indicaram que os sintomas de TOC foram significativamente reduzidos após o tratamento, para ambos os grupos. Não surgiram diferenças entre os tratamentos, e certa aflição conjugal inicial não indicou resultado. Entretanto, a redução de ansiedade/aflição para a amostra como um todo foi modesta (33%), o que pode ter sido resultado das sessões de tratamento relativamente curtas e da ausência de exercícios de exposição *in vivo* nas sessões de tratamento.

Mehta (1990) também examinou o efeito do envolvimento de familiares no resultado do tratamento com EPR. Para adaptar o tratamento ao grande número de jovens solteiros que buscam tratamento para TOC e ao *sistema de família ampliada* predominante na Índia, Mehta usou um tratamento baseado na família, em lugar de baseado no cônjuge. Pacientes que não haviam respondido à farmacoterapia anteriormente foram distribuídos de forma aleatória para receber tratamento por dessensibilização sistemática e EPR, com ou sem colaboração da família. As sessões de ambas as condições foram realizadas duas vezes por semana, durante 12 semanas; a prevenção de resposta foi descrita como *gradual*. Na condição em que se contava com a família, um familiar designado (pai, cônjuge ou filho adulto) ajudava com o trabalho estabelecido para casa e com a terapia de relaxamento supervisionada, participava na prevenção de resposta e era instruído para prestar apoio. Nos sintomas de TOC autoavaliados, encontrou-se uma melhoria maior para a intervenção baseada em família no pós-tratamento e seguimento de seis meses. Embora apresente problemas metodológicos que complicam a interpretação das conclusões, (p. ex., somente uso de medidas de autoavaliação para o TOC, descrição imprecisa de procedimentos de tratamento), esse estudo oferece algumas evidências preliminares de que o envolvimento da família pode ajudar no tratamento do transtorno. Clínica-

mente, recrutamos regularmente o apoio de familiares na EPR, proporcionando-lhes psicoeducação em relação à doença e suas consequências nas primeiras etapas de planejamento do tratamento, bem como aconselhamento e estímulo para gerenciar as demandas de garantias do paciente, seus comportamentos evitativos e suas violações das regras de EPR entre sessões. Também tentamos reduzir a crítica por parte do familiar em relação ao paciente e discussões que não são construtivas sobre TOC e questões relacionadas quando essas questões surgem na terapia.

Estudos randomizados que foram publicados sobre TCC para TOC com jovens incluíram os pais no tratamento, pelo menos em algum grau (Barrett et al., 2004; de Haan, Hoogduin, Buitelaar e Keijsers, 1998; Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004), e ainda está sendo conduzida uma comparação direta de TCC, com e sem o componente familiar, usando um protocolo semelhante nos outros aspectos, sobre TOC pediátrico. Entretanto, pesquisas sobre a hipótese de o envolvimento familiar melhorar os resultados da TCC em outros transtornos de ansiedade geraram conclusões contraditórias, e um ECR amplo recentemente completado indicou que ambas as formas de tratamento são eficazes e essencialmente equivalentes (Bogels e Bodden, 2005). Famílias mais disfuncionais foram associadas a resultados inferiores no longo prazo em um estudo recente (Barrett, Farrell, Dadds e Boulter, 2005), bem como especificamente a acomodação dos rituais de TOC pelas famílias (Peris et al., 2012), e, neste momento, pode ser prudente em termos clínicos incluir um componente familiar mais abrangente quando a família estiver envolvida muito diretamente nos rituais do paciente (p. ex., busca de reassuramentos) ou quando a psicopatologia familiar ameaçar a aplicabilidade dos ganhos de tratamento em um ambiente doméstico caótico. Também pode ser necessário um maior envolvimento da família no tratamento quando o paciente tem muito pouca idade (Freeman et al., 2003, 2007).

EPR *versus* terapias cognitivas

O interesse crescente na terapia cognitiva (p. ex., Beck, 1976; Ellis, 1962), associado à insatisfação com formulações de tratamento mediadas por processos como extinção (Stampfl e Levis, 1967) ou habituação (Watts, 1973), faz avançar o exame da eficácia dos procedimentos cognitivos para transtornos de ansiedade em geral e para TOC em particular. Vários estudos iniciais encontraram poucas diferenças entre tratamentos comportamentais tradicionais e aqueles aprimorados com diversas

abordagens cognitivas (p. ex., Emmelkamp e Beens, 1991; Emmelkamp, Visser e Hoekstra, 1988). Avanços recentes nas conceituações cognitivas de TOC têm gerado, aparentemente, tratamentos cognitivos mais eficazes e duráveis. Freeston e colaboradores (1997) concluíram que uma intervenção cognitivo-comportamental era eficaz em comparação com um grupo de controle de lista de espera, para pacientes com obsessões “puras”. Vários outros estudos recentes (Cottraux et al., 2001; McLean et al., 2001; Vogel, Stiles e Götestam, 2004; Whittal, Thordarson e McLean, 2005) sugeriram resultados equivalentes para TCC e EPR, respectivamente, embora alguma superposição de procedimentos entre as duas condições nesses estudos dificulte a interpretação de suas conclusões. Em sintonia com estudos que atestam a utilidade de abordagens de orientação cognitiva para problemas bastante semelhantes ao TOC, como hipocôndria (Barsky e Ahern, 2004; Warwick, Clark, Cobb e Salkovskis, 1996), as terapias cognitivas parecem ser promissoras para tratar TOC e podem ser uma alternativa eficaz a EPR. Mais recentemente, no entanto, Whittal, Woody, McLean, Rachman e Robichaud (2010) não conseguiram encontrar diferença entre terapia cognitiva e treinamento de manejo do estresse (TME) para uma amostra com obsessões e rituais mentais primários, embora isso pareça se dever ao fato de que o TME proporcionava benefícios substanciais e duradouros em comparação com pré-tratamento, e não porque a terapia cognitiva não os proporcionasse.

Geralmente é difícil discernir se a terapia cognitiva melhora a eficácia da EPR, porque a terapia de exposição e a terapia cognitiva têm por objetivo modificar cognições equivocadas. Um estudo controlado randomizado que comparou formas “puras” de terapia cognitiva ou EPR, com ou sem medicação, encontrou resultados semelhantes, ainda que um pouco atenuados, em relação àquilo que geralmente se espera de ambos os tratamentos (van Balkom et al., 1998). Foa e Kozak (1986) afirmaram que a interrupção de associações e crenças equivocadas é um mecanismo crucial por detrás da eficácia dos tratamentos de exposição, questionando, portanto, discussões de que se pode esperar que as cognições equivocadas a partir da EPR prejudiquem os resultados. Por exemplo, paciente e terapeuta sentados no chão de um banheiro público realizando uma exposição a superfícies contaminadas geralmente discutem avaliações de risco, superestimativas de probabilidades e assim por diante, enquanto o terapeuta ajuda o paciente a adquirir a modificação cognitiva necessária para melhorar. A questão prática de interesse

é como maximizar a eficácia: a discussão informal das distorções cognitivas durante os exercícios de exposição é suficiente ou o terapeuta deveria realizar questionamento socrático formal em relação a hipóteses distorcidas, como excesso de responsabilidade? Particularmente, em uma metanálise, as terapias cognitivas para TOC que incluíam alguma forma de exposição para estímulos temidos foram superiores às que não a incluíam, sugerindo que a exposição pode ser necessária para melhorar os resultados (Abramowitz, Franklin e Foa, 2002).

Para aprofundar essa questão, Hiss, Foa e Kozak (1994) investigaram se as técnicas formais de prevenção à recaída após EPR intensivo melhoraram a manutenção dos ganhos. Especificamente, foram removidas as discussões sobre fatores cognitivos geralmente incluídas durante o tratamento principal (p. ex., discussão de lapso *versus* recaída, instruções sobre exposição pós-tratamento, temas de culpa e responsabilidade pessoal e consequências temidas). Os pacientes receberam esse EPR modificado, seguido de um tratamento para prevenção de recaída ou um tratamento de controle psicossocial (terapia associativa). Considerou-se que todos os pacientes em ambas as condições responderam ao tratamento; no pós-tratamento (definido como 50% ou mais de redução nos sintomas de TOC), com ganhos de tratamento mais sustentados no grupo de prevenção de recaída do que na condição de terapia associativa em um seguimento de seis meses. As porcentagens dos que responderam no seguimento foram de 75% na condição de prevenção de recaída e de 33% na de terapia associativa. A taxa de recaída acima do normal que se observou na terapia associativa pode ter sido resultado da remoção das técnicas cognitivas geralmente usadas durante o tratamento principal, como discussão das consequências temidas. Essas conclusões, e as que foram discutidas anteriormente, reforçam ainda mais a nossa visão de que o tratamento misto voltado a dar aos pacientes a oportunidade de refutar suas crenças distorcidas faz mais sentido em termos clínicos. Nessa linha, nossa abordagem incorpora claramente procedimentos cognitivos informais e as discussões do resultado das exposições são voltadas a questionar visões equivocadas, o que se consegue no contexto de uma abordagem de tratamento que ainda enfatiza a importância da EPR para gerar essas mudanças.

Medicamentos serotoninérgicos

Eficácia dos medicamentos

O uso de medicamentos serotoninérgicos no tratamento de TOC recebeu muita atenção nos últimos 25 anos.

Entre os antidepressivos tricíclicos, a clomipramina (CMI) foi o mais estudado. Em estudos controlados, foi considerada repetidas vezes superior ao placebo (p. ex., De Veauh-Geiss, Landau e Katz, 1989). Resultados semelhantes foram obtidos com inibidores seletivos da recaptação de serotonina (ISRSs), fluoxetina, fluvoxamina e sertralina (ver Greist, Jefferson, Kobak, Katzelnick e Serlin, 1995). Cada uma dessas medicações foi aprovada pela *U.S. Food and Drug Administration* (FDA) como tratamento para TOC em adultos. Como um todo, esses estudos sugerem que até 60% dos pacientes apresentam alguma resposta ao tratamento com ISRSs, mas mesmo o ganho de tratamento médio em pacientes que responderam ao tratamento é, na melhor das hipóteses, moderado (Greist, 1990). Além disso, a melhora dos sintomas obsessivo-compulsivos só se mantém enquanto o medicamento está sendo usado. Por exemplo, em um estudo controlado, duplo-cego, realizado há tempos, sobre interrupção da medicação, 90% dos pacientes tiveram recaída algumas semanas após a suspensão da CMI (Pato, Zohar-Kadouch, Zohar e Murphy, 1988). Estudos mais recentes sobre interrupção da medicação com períodos de diminuição mais lentos não tiveram esses resultados tão dramáticos, mas ainda assim convergiam para sugerir que a manutenção do tratamento é necessária para sustentar ganhos obtidos somente com a farmacoterapia para TOC (Dougherty, Rauch e Jenike, 2002).

EPR versus farmacoterapia

Muitos estudos controlados têm mostrado que os antidepressivos serotoninérgicos são superiores ao placebo na melhora dos sintomas do TOC (para uma revisão, ver Greist et al., 1995). Entretanto, somente alguns poucos estudos controlados compararam de forma direta a eficácia relativa ou combinada das medicações antidepressivas e da EPR, e diversos estudos que realizaram essa comparação incluíram delineamentos complexos, o que torna difícil traçar conclusões confiáveis sobre sua eficácia relativa e combinada (Marks et al., 1980, 1988). Cottraux e colaboradores (1990) compararam a fluvoxamina (FLV) com instruções antiexposição, FLV mais EPR semanal, e placebo (PBO) mais EPR, e concluíram que FLV + EPR e FLV + instruções antiexposição foi superior a PBO + EPR; houve tendência a uma vantagem do tratamento combinado, mas ela não foi significativa. Hohagen e colaboradores (1998) compararam EPR + FLV com EPR + PBO e concluíram que ambos os grupos melhoraram de forma significativa e comparável nas compulsões, mas os pacientes que receberam EPR

+ FLV estavam bem melhores no pós-tratamento em termos de obsessões do que os que receberam EPR + PBO. Subanálises indicaram que os pacientes com depressão secundária também tiveram melhores resultados quando recebiam EPR + FLV.

A eficácia relativa e combinada da CMI e da EPR intensiva foi examinada em um ECR multicêntrico realizado em nosso centro (Pensilvânia) e na Columbia University. As conclusões obtidas com pacientes que realizaram o tratamento e com dados sobre *intention-to-treat* (ITT) indicaram, no pós-tratamento, que os tratamentos ativos foram superiores ao placebo, que a EPR foi superior a CMI e que a combinação dos dois tratamentos não foi superior à EPR isolada (Foa et al., 2005); a recaída foi mais visível depois da interrupção do tratamento no grupo de CMI do que em qualquer tratamento que incluía EPR intensivo (EPR, EPR + CMI; Simpson et al., 2004). Entretanto, o delineamento usado no estudo Pensilvânia-Columbia pode não ter promovido em nível ideal um efeito adicional para CMI, porque a parte intensiva do programa de EPR foi completada, em grande parte, antes que os pacientes atingissem sua dose máxima de CMI. Além disso, os efeitos do tratamento combinado podem ser mais evidentes quando não se usa EPR (Foa, Franklin e Moser, 2002). Especificamente, foi encontrado um efeito aditivo para o tratamento combinado em um estudo recente sobre TOC pediátrico feito nas universidades da Pensilvânia, Duke e Brown (Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004), embora o exame de tamanho de efeito por centro indicasse que o efeito de monoterapia com TCC na Pensilvânia foi muito alto e não se tenha encontrado efeito adicional para o tratamento combinado nesse centro.

Em suma, embora haja claras evidências de que tanto o tratamento farmacológico com medicação serotoninérgica quanto o tratamento com EPR sejam eficazes para TOC, há poucas informações sobre suas eficácias relativa e combinada, pois a maioria dos estudos que examinaram essas questões foi limitada metodologicamente. Não obstante, nenhum estudo encontrou superioridade clara em longo prazo para a combinação de farmacoterapia e EPR sobre a EPR simples. Mesmo na ausência de resultados conclusivos, muitos especialistas continuam a defender os procedimentos combinados como sendo o tratamento de escolha mais indicado para TOC (p. ex., Greist, 1992). Na prática clínica, é comum ver pacientes em tratamento para EPR que estejam tomando ISRSs de forma concomitante. Em estudos não controlados de resultados de tratamento de EPR

para adultos (Franklin, Abramowitz, Bux, Zoellner e Feeny, 2002), e jovens (Franklin et al., 1998; Piacentini, Bergman, Jacobs, McCracken e Kretchman, 2002), tratados em clínicas ambulatoriais para TOC, não foram detectadas diferenças pós-tratamento na gravidade dos sintomas entre pacientes que receberam somente EPR e os que receberam medicação ISRS ao mesmo tempo. A partir desses dados, pode-se concluir que a farmacoterapia concomitante não é necessária para que cada paciente tenha benefícios com o EPR, e que essa farmacoterapia não parece inibir a resposta ao tratamento com EPR. Com relação a aumentar a EPR em pacientes que respondem parcialmente a ISRSs, já existem evidências de estudos randomizados indicando que EPR melhorou o resultado do tratamento em comparação com apenas medicação em jovens (Franklin et al., 2011) e em relação ao treinamento de manejo de estresse em adultos (Simpson et al., 2010). Contudo, para conclusões mais definitivas sobre os efeitos de aumentar a farmacoterapia com EPR, seria necessário um estudo controlado mais cuidadoso.

AValiação

Após uma entrevista de diagnóstico para certificar-se da presença de TOC, é recomendável quantificar a gravidade dos sintomas com um ou mais dos instrumentos descritos a seguir. A quantificação da gravidade dos sintomas ajuda o terapeuta a avaliar o sucesso do tratamento para um determinado paciente. Em nossa clínica, usamos vários instrumentos de avaliação. Entretanto, como acontece na maioria dos estudos clínicos do TOC, o instrumento principal de gravidade de sintomas usada em nosso centro é a Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale, Goodman et al., 1989a, 1989b).

Escala obsessivo-compulsiva de Yale-Brown

A Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (Y-BOCS; Goodman et al., 1989a, 1989b), que é uma entrevista padronizada, semiestruturada, leva aproximadamente 30 minutos para ser realizada. A escala Y-BOCS tem 10 itens (cinco avaliam obsessões e cinco, compulsões), cada um deles classificado em uma escala de cinco pontos, entre zero (nenhum sintoma) e quatro (sintomas graves). Avaliadores classificam o tempo ocupado pelas obsessões e pelas compulsões, o grau de interferência no funcionamento, o nível de aflição, tentativas de resistir aos sintomas e o nível de controle sobre eles. A Y-BOCS demonstrou concordância entre classificadores, consistência interna e

validade adequadas (Goodman et al., 1989a, 1989b). A Y-BOCS serviu como instrumento principal para avaliar resultados na maioria dos estudos publicados sobre tratamento para TOC com farmacoterapia e TCC nos anos de 1990.

Medidas de autoavaliação

Inventário obsessivo-compulsivo – revisado

O Inventário Obsessivo-Compulsivo – Revisado (*Obsessive-Compulsive Inventory – Revised*, OCI-R; Foa, Huppert et al., 2002) é um instrumento de autoavaliação com 18 questões que avalia a aflição associada com as obsessões e as compulsões. Além do escore total, são calculados os escores de seis subescalas separadas, adicionando-se as três questões que perfazem cada subescala: Lavagem, Verificação, Ordenamento, Obsessão, Coleccionismo e Neutralização. Foa, Huppert e colaboradores (2002) relataram boa consistência interna, confiabilidade teste-reteste e validade discriminante em pacientes clínicos com TOC, TEPT, fobia social generalizada e controles não ansiosos. O escore total vai de 0 a 72, e cada subescala vai de 0 a 12.

Outras medidas de autoavaliação

Alguns instrumentos de autoavaliação para sintomas de TOC, como o Inventário de Obsessão de Leyton (*Leyton Obsessional Inventory*; Kazarian, Evans e LeFave, 1977) e o Questionário Obsessivo-Compulsivo de Lynfield (*Lynfield Obsessional-Compulsive Questionnaire*; Allen e Tune, 1975), também estão disponíveis. Esses instrumentos são limitados, no sentido de que avaliam apenas determinadas formas de comportamento obsessivo-compulsivo e/ou incluem itens que não estão relacionados aos sintomas de TOC. Mais recentemente, Storch e colaboradores (2009) desenvolveram o Inventário Obsessivo-Compulsivo infantil da Flórida (*Children's Florida Obsessive-Compulsive Inventory*), que está voltado principalmente a propósitos de triagem.

ENTREVISTA INICIAL

Depois de estabelecido um diagnóstico de TOC e antes de começar concretamente o tratamento, o terapeuta deve agendar de 4 a 6 horas de consulta com o paciente. Nessas sessões o terapeuta precisa realizar três importantes tarefas. Em primeiro lugar, as sessões são usadas para coletar as informações necessárias para desenvolver um plano de tratamento. Especificamente, o terapeuta deve primeiro identificar sinais específicos que causem aflição ao paciente (sinais de ameaça), evitação, rituais e consequências temidas. Em segundo, o terapeuta deve estabelecer

um bom *rapport* com o paciente, o qual irá realizar exercícios de exposição para gerar ansiedade e aflição durante a EPR intensiva, e a falta de uma boa relação entre terapeuta e paciente pode comprometer o resultado. Em terceiro, o terapeuta precisa explorar a crença do paciente sobre o TOC e as consequências percebidas de deixar de realizar rituais e evitação, pois essa informação guia as discussões informais dos processos cognitivos que acontecem durante a EPR.

Os sinais de ameaça podem ser (1) objetos tangíveis no ambiente ou (2) pensamentos, imagens ou impulsos que as pessoas tenham (por falta de termos melhores, chamamos de “sinais externos” e “sinais internos”, respectivamente). A evitação passiva e o comportamento ritualístico (às vezes chamado de *evitação ativa*) servem, ambos, para reduzir a aflição associada aos sinais de ameaça. Os rituais podem ser ainda divididos em formas (mentais) explícitas e implícitas. É essencial que os pacientes entendam a diferença entre obsessões e compulsões mentais, porque as primeiras são tratadas com exposição sistemática, e as compulsões mentais, com prevenção de rituais. Durante o tratamento, os pacientes devem ser instruídos a informar quaisquer compulsões mentais ao terapeuta, já que realizar essas compulsões durante os exercícios de exposição atenua os efeitos desses exercícios da mesma forma que as compulsões comportamentais.

Sinais externos de medo

A maioria das pessoas com TOC sente medo como reação a sinais ambientais específicos (objetos, pessoas ou situações), mas cada paciente tem seus próprios sinais idiossincráticos. Por exemplo, pessoas que têm medo de contaminação em banheiros podem temer todos os banheiros ou apenas os que são abertos ao público. Um paciente pode temer apenas o vaso sanitário, ao passo que outros podem ter medo do chão dos banheiros, das maçanetas e das torneiras. Da mesma forma, duas pessoas vivenciam a aflição em relação à perspectiva de que sua casa vá pegar fogo, mas enquanto um indivíduo sente somente quando é o último a sair de casa, outro o sente antes de ir dormir, quando seus filhos estão presentes.

O terapeuta precisa coletar informações específicas em relação aos sinais que geram a aflição do paciente ao identificar as fontes básicas de medo. Identificar a fonte básica é importante para planejar o programa de tratamento. É essencial que a pessoa confronte as fontes de medo para que o tratamento comportamental para TOC funcione. Muitas vezes,

quando essa exposição não acontece durante o tratamento, haverá recaída. Por exemplo, uma paciente que tinha medo de se contaminar em sua cidade natal foi tratada com EPR a 4.500 km dessa cidade. Em função das distâncias envolvidas, era impossível uma exposição direta à cidade, de forma que o tratamento consistiu em uma exposição a objetos contaminados direta ou indiretamente por contato com a cidade. Embora tenha se habituado aos objetos usados nas sessões de exposição, a paciente continuou a ter medo de sua cidade natal. Um ano depois de iniciado o tratamento, ela tinha desenvolvido medos em relação a novos objetos relacionados à sua cidade natal. Somente quando realizou exposições repetidas à própria cidade foi que teve melhorias duradouras.

É importante que o terapeuta realize uma investigação minuciosa de objetos, situações e lugares que evoquem aflição obsessiva para o paciente na época da apresentação e no início dos problemas. Essas informações ajudam a identificar a fonte da aflição. Para facilitar a comunicação com o paciente sobre situações que evocam aflição, introduziu-se uma Escala de Unidades Subjetivas de Desconforto (*Subjective Units of Discomfort Scale, SUDS*) de 0 a 100. Pede-se aos pacientes que classifiquem cada situação com relação ao nível de aflição que esperam sentir com a exposição. A fonte de aflição deve ser 100. O diálogo a seguir, entre terapeuta e paciente, ilustra o processo de coleta de informações em relação a situações aflitivas.

TERAPEUTA: Quando você sente necessidade de lavar as mãos?

PACIENTE: Em muitos lugares. Há tantos lugares.

TERAPEUTA: Têm lugares onde a necessidade seja especialmente forte?

PACIENTE: Ah! Quando estou sentada na sala da minha casa, principalmente perto da lareira. Também na lavanderia, onde nunca vou. E quando caminho no parque.

TERAPEUTA: Vamos falar da sala da sua casa. Até que ponto você se sente incomodada quando está sentada em frente à lareira?

PACIENTE: É ruim, acho que uns 90.

TERAPEUTA: Você pode me dizer o que a faz se sentir incomodada quando está na sua sala?

PACIENTE: Bom, é uma longa história. Eu sei que não tem sentido.

TERAPEUTA: Próxima, é importante que a gente entenda o que a faz se sentir desconfortável e com medo na sala da sua casa.

PACIENTE: Faz uns dois anos, eu me levantei de manhã e fui até a sala e vi um esquilo morto na

lareira. Acho que ele entrou pela chaminé. Então, pensei que se o esquilo estava morto, devia estar doente. Eu sei que muitos esquilos têm raiva, então pensei que se o esquilo morreu de raiva, então teria germes em toda a chaminé.

TERAPEUTA: Você experimentou limpar a chaminé e a lareira?

PACIENTE: Tentei, nós contratamos uma empresa que limpou tudo, mas eu não tenho certeza de que eles tiraram todos os germes.

TERAPEUTA: Entendo. E a lavanderia, o quanto lhe incomoda estar ali?

PACIENTE: Isso seria 100, por isso eu nem vou lá.

TERAPEUTA: Como foi que a lavanderia ficou tão perigosa?

PACIENTE: Ah! Essa é outra história. Até um ano atrás, meus filhos deixavam seus porquinhos-da-índia na lavanderia. Um dia encontramos a fêmea morta. Então pensei que ela provavelmente também morreu de raiva.

TERAPEUTA: Ah! Entendo. Então você tem um medo geral de que irá contrair raiva se entrar em contato com coisas que você acha que estão contaminadas pelos germes da raiva. É isso?

PACIENTE: Exatamente. É por isso que não gosto de caminhar entre as árvores ou no parque. Você sabe que esses lugares têm todo o tipo de bicho e nunca dá para saber onde podem estar os germes.

Está claro, a partir dessa conversa, que não era de salas de estar, de lavanderias e de parques, em si, que a paciente tinha medo. Qualquer situação ou objeto que, em sua mente, tivesse alguma probabilidade de estar infestado com germes da raiva se tornava uma fonte de contaminação. Alguns pacientes que têm medo de contaminação, contudo, não conseguem especificar as consequências temidas de entrar em contato com estímulos que percebem como contaminados. Para esses, o medo principal é não conseguir tolerar a extrema aflição gerada por estar contaminados. Com tais pacientes, também é importante investigar mais, para discernir se o paciente tem medos relacionados a consequências de longo prazo à sua saúde por experimentar alta e constante ansiedade em resposta a estímulos que desencadeiam obsessões.

Sinais internos de medo

A ansiedade e a aflição também podem ser geradas por imagens, impulsos ou pensamentos abstratos que a pessoa considere perturbadores, constrangedores ou nojentos. Entre os exemplos desses sinais

estão impulsos de esfaquear o próprio filho, pensamentos sobre o cônjuge ferido em um acidente ou imagens de figuras religiosas em atividade sexual. Claramente, os sinais internos de ameaças podem ser gerados por situações externas, como a visão de uma faca que desencadeia o impulso de esfaquear o próprio filho. Alguns pacientes podem sentir aflição ao vivenciar algumas sensações corporais, como pequenas dores que desencadeiam o medo de ter câncer. Em muitos casos, os pacientes podem relutar em expressar seus pensamentos obsessivos porque têm vergonha ou porque temem que isso poderia aumentar a probabilidade de que ocorressem. Nesses casos, o terapeuta precisa estimular a expressão desses pensamentos por meio de questionamento direto e de uma atitude racional. Às vezes, ajuda dizer ao paciente que muitas pessoas com ou sem TOC têm pensamentos indesejados (até 85% de indivíduos normais; Rachman e DeSilva, 1978). Também pode ajudar lembrar o paciente de que falar sobre as obsessões será parte da terapia; a sessão de avaliação é uma boa oportunidade de começar esse processo.

TERAPEUTA: Então me conte, quando você sente necessidade de fazer contagem?

PACIENTE: Parece que estou sempre contando alguma coisa, mas é mais quando penso em determinadas coisas.

TERAPEUTA: Que tipo de coisas?

PACIENTE: Não sei, coisas ruins.

TERAPEUTA: Você pode me dar alguns exemplos de pensamentos ruins que lhe farão querer contar?

PACIENTE: (*Breve silêncio.*) Eu realmente prefiro não falar deles. Piora as coisas.

TERAPEUTA: Você quer dizer que torna o contar ainda pior?

PACIENTE: Torna.

TERAPEUTA: Está certo. Agora eu já sei que quando você pensa ou fala sobre certas coisas ruins, tem uma necessidade de contar, mas ainda não sei quais são essas coisas ruins. E se você me contar para que eu possa lhe ajudar com elas?

PACIENTE: Eu realmente prefiro não falar. Podemos falar de outra coisa?

TERAPEUTA: É importante que eu saiba quais são os pensamentos para poder planejar seu tratamento. Vou tentar ajudá-lo. Os pensamentos têm a ver com alguém se machucar?

PACIENTE: Têm.

TERAPEUTA: Os pensamentos estão relacionados apenas a certas pessoas se machucarem ou poderia ser qualquer um?

PACIENTE: Mais a minha família.

TERAPEUTA: Certo, o que mais você pode me contar sobre os pensamentos?

PACIENTE: Eu realmente não quero dizer mais nada.

TERAPEUTA: Eu sei que é assustador, mas lembre-se de que a base deste tratamento está toda em você enfrentar seus medos.

PACIENTE: Está bem, nem sempre são pensamentos. Às vezes, vejo imagens na minha mente, nas quais meu irmão, meu pai ou minha mãe, estão mortos. Fico com medo de falar desses pensamentos e imagens e eles morrerem de verdade.

TERAPEUTA: Muitas pessoas têm pensamentos que não gostam de ter. Mesmo as pessoas que não têm TOC. Só porque você tem esses pensamentos, ou fala deles, não quer dizer que coisas ruins vão acontecer de verdade ou que você queira que elas aconteçam.

É importante reafirmar ao paciente que pensamentos desagradáveis acontecem muitas vezes e enfatizar a distinção entre pensamentos e realidade. Muitos pacientes com TOC têm ideias mágicas nas quais a distinção entre *pensar* e *fazer as coisas acontecerem* fica confusa, um processo chamado por Salkovskis (1985) de *fusão pensamento-ação* (FPA). É importante apontar ao paciente que os pensamentos são diferentes das ações. Muitos pacientes também acham que se entram pensamentos negativos em sua mente, quer dizer que eles desejam que aconteçam coisas ruins. O terapeuta deve garantir ao paciente que pensar em coisas ruins não significa que a pessoa queira que elas aconteçam. Esse tipo de discussão informal sobre visões equivocadas faz parte da implementação correta da EPR, deve acompanhar o processo de planejamento do tratamento e deve ser reiterada, segundo a necessidade, durante os exercícios de exposição. Contudo, é importante que essas discussões acompanhem os exercícios de EPR em vez de os substituir.

Consequências temidas

Muitos indivíduos com TOC têm medo de que alguma coisa terrível aconteça se eles deixarem de realizar seus rituais. Esses pacientes, que têm, por exemplo, rituais de lavagem, geralmente têm medo de que eles próprios e/ou alguma outra pessoa fique doente ou deficiente, ou morra como consequência de contaminação. Muitos pacientes com rituais de verifi-

cação temem que, em função de sua negligência, aconteçam determinadas catástrofes, como sua casa se incendiar ou que eles venham a matar alguém dirigindo. Alguns têm só uma vaga ideia de quais podem ser essas consequências negativas (p. ex.: “Eu não sei exatamente o que vai acontecer, mas sinto que, se não contar até sete, alguma coisa ruim vai acontecer com a minha família”). Outros não têm medo de nenhuma catástrofe, mas não conseguem aguentar a aflição emocional que sentem se não realizam rituais. Alguns temem que, a menos que ritualizem, a ansiedade vai aumentar cada vez mais, até eles terem um colapso nervoso. Dados do estudo de campo do DSM-IV indicam que aproximadamente dois terços dos pacientes com TOC conseguem identificar claramente as consequências além da aflição emocional se não realizassem seus rituais, enquanto o restante não consegue relatar nenhuma consequência (Foa et al., 1995).

É importante identificar os detalhes específicos das consequências temidas do paciente para planejar um programa de exposição eficaz. Por exemplo, o conteúdo da exposição por imagens para um paciente que fica verificando, enquanto dirige, por medo de ter atropelado um pedestre e ir para a cadeia difere de um paciente que tenha medo de que esse mesmo fato resulte em punição de Deus. Da mesma forma, os pacientes que colocam ritualisticamente objetos em uma determinada ordem serão diferentes com relação a suas catástrofes temidas. Alguns realizam o ritual para prevenir consequências catastróficas (p. ex., a morte dos pais), ao passo que outros o fazem para reduzir a aflição gerada por objetos que estejam fora de ordem. Os primeiros se beneficiariam de tratamentos que incluem exposição *in vivo* e por imagens, ao passo que os outros, provavelmente, seriam ajudados apenas por exposição *in vivo*.

Intensidade da crença

Observações clínicas sugerem que os indivíduos com TOC que têm *insight* pobre de sua crença não respondem bem à exposição e à prevenção de resposta, embora dois estudos posteriores não tenham encontrado uma relação linear entre intensidade da crença em catástrofes temidas e melhorias após exposição e prevenção de resposta (Foa et al., 1999; Lelliott, Noshirvani, Basoglu, Marks e Monteiro, 1988). Duas questões têm de ser consideradas na avaliação desses resultados coletivos. Em primeiro lugar, não se conhecem a confiabilidade e a validade de instrumentos de intensidade da crença usadas em estudos anteriores. Em segundo, a relação entre ideação supervalorizada e resultado do tratamento

pode não ser linear. A observação clínica sugere que somente os pacientes que expressem crença extrema em sua ideação obsessiva apresentam resultado baixo. De fato, Foa e colaboradores (1999) concluíram que somente uma forte crença (crença fixa) estava associada a resultados atenuados. Esses pacientes podem parecer delirantes quando discutem as catástrofes que temem. Levantamos a hipótese de que o efeito da crença fixa sobre os resultados pode ser mediado pelo cumprimento do tratamento: os pacientes que estão convencidos de que os desastres que temem vão acontecer se eles realizarem os exercícios prescritos provavelmente não vão cumprir as tarefas designadas.

Ao avaliar a intensidade da crença, é importante lembrar que o *insight* do paciente em relação à falta de sentido dela muitas vezes flutua. Alguns pacientes reconhecem prontamente que suas crenças obsessivas são irracionais, mas, ainda assim, elas causam muita aflição. Alguns acreditam firmemente que suas obsessões e compulsões são racionais. Na maioria dos pacientes, todavia, a intensidade da crença flutua entre diferentes situações, dificultando que se tenha certeza do grau no qual eles acreditam que as obsessões são irracionais. O exemplo a seguir é uma investigação sobre a intensidade da crença de uma paciente em seu medo obsessivo de contrair Síndrome de Deficiência Imunológica Adquirida (aids).

TERAPEUTA: Qual é a probabilidade de que você contraia aids por usar um banheiro público?

PACIENTE: Realmente fico apavorada de pegar aids se usar o banheiro de um restaurante.

TERAPEUTA: Sei que você tem medo de pegar aids, mas se pensar de forma lógica, que probabilidade você acha que tem de pegar a doença se sentar em um sanitário público?

PACIENTE: Eu acho que vou pegar aids se usar um banheiro público.

TERAPEUTA: Então, você quer dizer que tem uma chance de 100% de pegar aids se sentar em um sanitário público uma vez?

PACIENTE: Bom, não sei se for uma vez, mas se ficar fazendo isso muitas vezes, pegaria.

TERAPEUTA: E as outras pessoas? Elas vão pegar aids se usarem o banheiro público?

PACIENTE: Acho que sim, não tenho certeza.

TERAPEUTA: Como a maioria das pessoas usa banheiros públicos, quase todo mundo já deveria ter aids. Como você explica o fato de que um número relativamente pequeno de pessoas tem aids?

PACIENTE: Talvez nem todo mundo seja tão suscetível à aids como eu.

TERAPEUTA: Você acha que é mais suscetível do que outras pessoas?

PACIENTE: Não tenho certeza, talvez minha probabilidade de pegar aids seja só de 50%.

Com base na interação recém-descrita, o terapeuta concluiu que a paciente não tinha uma ideia supervalorizada, de forma que seu prognóstico é melhor do que seria se ela continuasse a manter sua crença original. Nessa linha, a implementação de EPR para ela seguiria as diretrizes padronizadas.

Evitação e rituais

Para maximizar a eficácia do tratamento, todos os comportamentos ritualísticos e de evitação, mesmo os que são aparentemente pequenos, devem ser impedidos. Dessa forma, o terapeuta deve coletar informações completas sobre todos os rituais e evitações passivos. Quando estiver em dúvida sobre se um determinado comportamento de evitação está relacionado a TOC, deve sugerir um “experimento” no qual o paciente é exposto à situação evitada. Se o paciente sente ansiedade ou aflição, o comportamento de evitação deve ser impedido, como parte do tratamento. Igualmente, se não estiver claro se determinada ação constitui um ritual, pode-se implementar um “experimento” de prevenção de resposta. Se a contenção da ação causar aflição, a ação será identificada como um ritual e deve ser tratada na terapia.

Indivíduos com TOC, assim como os que têm fobia específica, costumam tentar evitar situações que evoquem ansiedade. A maioria das estratégias passivas de evitação é bastante óbvia (p. ex., não entrar em banheiros públicos, não preparar refeições e não levar o lixo para fora). Entretanto, o terapeuta também precisa prestar atenção a formas mais sutis de evitação, como levar dinheiro nos bolsos para evitar abrir a carteira, usar sapatos sem cadarços para evitar tocá-los e usar canudos para evitar contato com copos e latas. Os pacientes obsessivo-compulsivos com rituais de verificação também têm comportamentos sutis de evitação que são importantes de explorar, como organizar seus horários de trabalho de forma a ser raramente, ou nunca, a última pessoa a sair da empresa, garantindo, assim, que a responsabilidade de verificar o cofre recaia sobre um colega de trabalho.

Os rituais ativos, da mesma forma que a evitação passiva, podem ser explícitos (p. ex., lavar-se por muito tempo, verificar portas repetidamente e organizar objetos) e/ou sutis (p. ex., esfregar as mãos nas calças, piscar e ter pensamentos “bons”). É impor-

tante que o terapeuta identifique rituais explícitos e sutis, para que ambos possam ser abordados durante o tratamento.

Embora os rituais compulsivos busquem reduzir a aflição associada a obsessões, às vezes, os pacientes informam que realizar esses rituais é aversivo em si. Por exemplo, S., que era obcecada com a organização de suas prateleiras, considerava aversivo reorganizá-las porque não conseguia encontrar o lugar *perfeito* para cada coisa. Da mesma forma, J., que se sentia contaminado por produtos químicos, considerava aversivo o ato de se descontaminar lavando-se continuamente, porque não conseguia decidir quando suas mãos estavam suficientemente limpas; então, lavava até que suas mãos ficassem esfoladas. Os rituais também se tornam aversivos em função de sua intrusão em outros aspectos da vida da pessoa. Por exemplo, J., que tomava banhos de duas horas para se sentir adequadamente limpo, foi repreendido várias vezes por seu supervisor por chegar atrasado ao trabalho.

Quando determinadas compulsões se tornam aversivas, alguns pacientes reduzem o tempo que gastam realizando o ritual ao aumentar comportamentos de evitação, ou os substituindo por outros, que levem menos tempo. Por exemplo, E., que estava obcecada pelo medo de ser contaminada por objetos relacionados a enterros (p. ex., cemitérios e gente que voltasse de enterros), respondia tomando banho e lavando as mãos durante horas. Ela acabava se retirando a seu quarto e evitava contato com o mundo exterior. J., descrita anteriormente, às vezes evitava tomar banho durante vários dias, mas entre cada banho, limpava as mãos compulsivamente e evitava tocar em sua esposa. Em alguns casos, rituais aparentemente “novos” podem se desenvolver durante o tratamento para funcionar no lugar daqueles que foram identificados anteriormente e eliminados. Por exemplo, F., que se preocupava com que suas mãos fossem contaminadas, conseguia resistir à premência de lavar as mãos, mas imediatamente após a implementação da prevenção de resposta, começava a esfregar as mãos com força para “descontaminá-las”. Quando se identifica um substituto desse tipo, ele também deve ser alvo do tratamento para prevenção de rituais. Os terapeutas devem não apenas ficar alertas para esse tipo de mudança nos rituais, como também alertar os pacientes para essa possibilidade.

História da queixa principal e história de tratamento

Muitos indivíduos com TOC não são capazes de dar uma descrição detalhada do início de seus sintomas,

porque estes começaram sutilmente, muitos anos atrás. Não obstante, os terapeutas devem tentar coletar o máximo possível de informações sobre o início e o desenvolvimento do transtorno, pois elas podem proporcionar sinais sobre aspectos da rede de medo e as variáveis associadas à manutenção de sintomas, e podem ajudar a prever dificuldades que surjam durante o tratamento (p. ex., antigas obsessões ou rituais que possam ressurgir à medida que os outros, mais destacados, diminuem).

Muitos desses indivíduos também têm uma longa história de tratamentos psicológicos e farmacológicos, e é importante que se faça uma investigação detalhada sobre o resultado de tratamentos anteriores. Se o paciente tiver sido tratado com EPR, o terapeuta deve avaliar se o tratamento foi implementado adequadamente e se o paciente seguiu suas orientações. Para elaborar o programa de tratamento, é importante saber se um paciente teve dificuldades de cumprir as instruções da prevenção de resposta ou quais terapias anteriores não conseguiram proporcionar experiências adequadas de exposição nem instruções de prevenção de resposta. Outros fatores que podem ter impedido os bons resultados ou causado recaída, como estresse no trabalho, morte na família ou gravidez, devem ser discutidos. Ao mesmo tempo, uma tentativa anterior fracassada de EPR não deve ser vista necessariamente como prognóstica, principalmente se o paciente reconhecer por que a terapia teve menos êxito no passado. Um de nossos pacientes, que tinha fracassado em várias tentativas de EPR menos intensiva, veio a nosso centro sabendo que a falta de cumprimento dos exercícios de exposição entre as sessões semanais tinha reduzido em muito os efeitos do tratamento. Ele também observou que o progresso lento dessas terapias anteriores o desestimulou e causou menos envolvimento com o tratamento. Quando lhe ofereceram uma chance de sessões diárias em lugar de duas vezes por semana, ele as aceitou, observando que a abordagem mais intensa poderia reduzir as chances de lapsos semelhantes e já completou com sucesso o regime intensivo.

Em nossa clínica, observamos que uma maioria significativa de pacientes ambulatoriais tem sido tratada, ou está sendo tratada atualmente, com medicações serotoninérgicas. Alguns buscam EPR para aumentar os ganhos parciais que atingiram com a medicação. Outros gostariam de interromper a medicação porque ela não foi eficaz, em função de seus efeitos colaterais ou porque não querem continuar tomando remédios indefinidamente. A avaliação dos objetivos do tratamento dos pacientes é necessária para planejar seu programa de tratamento.

Funcionamento social

Os sintomas obsessivo-compulsivos podem prejudicar gravemente o funcionamento cotidiano dos pacientes. Os terapeutas devem avaliar o impacto dos sintomas de TOC nas várias áreas de funcionamento. Quando for o caso, essas informações devem ser usadas para formular exercícios de exposição adequados. Por exemplo, D. tinha dificuldades de completar as tarefas no trabalho porque conferia repetidas vezes cada uma delas. O tratamento se baseou em exposições à realização de tarefas no trabalho sem verificar. Mesmo se o paciente não estiver trabalhando no momento, as exposições simulando situações do trabalho podem ser necessárias se os sintomas criaram dificuldades em empregos anteriores.

O TOC tem claramente um efeito deletério sobre os relacionamentos íntimos de muitos pacientes. Cerca de metade dos indivíduos casados que buscavam tratamento para TOC experimentavam problemas conjugais (Emmelkamp et al., 1990; Riggs et al., 1992). Outros relacionamentos familiares e sociais também podem sofrer como resultado dos sintomas de TOC. O prejuízo ao funcionamento social pode surgir porque o contato social é percebido como algo ameaçador (p. ex.: “Eu posso passar germes para as outras pessoas”) ou porque muito do tempo e da energia do paciente é investido na realização de rituais e em planejar formas de evitar situações desconfortáveis. Mais uma vez, as informações sobre a relação entre disfunção social e sintomas de TOC podem levar o terapeuta a incluir exposições específicas voltadas a aliviar essas dificuldades sociais.

A avaliação do funcionamento social também deve incluir um exame do papel, se é que há algum, cumprido por outras pessoas nos rituais compulsivos do paciente. Se o paciente conta com os outros para reassseguramento ou acomodação aos rituais (p. ex., os familiares devem tirar os sapatos antes de entrar em casa), o terapeuta deve instruir os familiares como responder adequadamente quando lhes for pedido que participem dos rituais do paciente. É necessária uma análise cuidadosa do relacionamento antes de dar instruções específicas a pessoas que participam da vida do paciente. Além disso, se os membros da família tendem a criticar o paciente quando surge a aflição obsessiva, é importante dar conta dessas interações negativas no tratamento. Muitas vezes, tratamos essa questão com uma combinação de discussão empática sobre a frustração vivenciada pelo familiares e dramatização de respostas mais eficazes.

Estado de humor

Embora alguns pacientes com depressão e TOC graves possam ser ajudados com a terapia comporta-

mental (Foa et al., 1992), as pesquisas sugerem que a depressão grave pode limitar a redução dos sintomas de TOC e a manutenção desses ganhos (p. ex., Abramowitz et al., 2000). Portanto, é importante avaliar o estado de humor do paciente antes de começar a terapia comportamental. Pacientes com depressão grave devem ser tratados com medicação antidepressiva ou com terapia cognitiva para reduzir os sintomas depressivos antes de implementar a terapia comportamental para o TOC. O tratamento com antidepressivos serotoninérgicos pode reduzir os sintomas de TOC, assim como a depressão. Como os efeitos dessa medicação sobre os sintomas podem não ficar claros por até três meses após o início do tratamento, o terapeuta precisa usar sua capacidade de discernimento para decidir começar a EPR quando a depressão diminuir ou esperar até que os efeitos da medicação sobre os sintomas de TOC possam ser avaliados.

Escolha de tratamento

Como o terapeuta deve escolher o tratamento mais adequado para determinado paciente? Como discutido anteriormente, a exposição e a prevenção de resposta, assim como a medicação serotoninérgica, demonstraram ser eficazes para o TOC. O terapeuta e o paciente têm as opções de EPR, farmacoterapia ou uma combinação de ambos. Nenhum tratamento funciona com todos os pacientes e não se identificou nenhum preditor consistente de quem se beneficiará de cada modalidade de tratamento. Assim, a menos que o paciente tenha sido particularmente bem ou malsucedido com determinada linha de tratamento, a decisão deve se basear em fatores como a disponibilidade do tratamento, a quantidade de tempo que o paciente pode ou está disposto a investir no tratamento e sua motivação ou disposição para tolerar efeitos colaterais.

O tratamento intensivo requer um investimento de tempo considerável em um período de várias semanas. Muitos pacientes não podem ou não se dispõem a dedicar 4 ou 5 horas por dia para o tratamento, e devem ser orientados a experimentar o tratamento farmacológico, que não demanda tanto compromisso de tempo. Investigações recentes sobre os efeitos do regime de EPR duas vezes por semana comparado com o tratamento intensivo sugeriram resultados comparáveis no seguimento (Abramowitz et al., 2003; Storch, et al., 2007); dessa forma, em nossos centro, oferecemos regularmente os dois programas a pacientes que estejam considerando EPR. Alguns pacientes podem não estar dispostos (o que às vezes se expressa como “isso eu não consigo fazer”) a experimentar o desconforto temporário causado pelo EPR. A esses pacientes também se pode

recomendar que experimentem a medicação. A necessidade de desenvolver “programas de prontidão” voltados a prepará-los para aceitar o tratamento com EPR costuma ser mencionado à luz do nível de recusa relativamente alto entre pacientes a quem se oferece EPR. Esses programas podem incluir testemunhos de pacientes que já foram tratados, estratégias cognitivas projetadas para ajudar os pacientes a calcular os riscos objetivos com mais precisão, psicoeducação em relação a TOC e EPR e uma revisão da literatura sobre resultados dos vários tratamentos (Tolin, Maltby, Diefenbach, Hannan e Worhunsky, 2004). Um ensaio randomizado controlado com EPR, aliado a Entrevista Motivacional, não deu resultados superiores ao uso de EPR isolado (Simpson et al., 2010), mas o estudo não recrutou especificamente pacientes que estivessem sentindo baixa motivação. Manualizar tratamentos específicos para esses pacientes, examinar a taxa de aceitação e a eficácia da EPR e a Entrevista Motivacional constituem o próximo passo nessa linha de pesquisa.

Pacientes que estejam preocupados com os efeitos colaterais potenciais (ou já vivenciados) das medicações ou de seus efeitos de longo prazo desconhecidos muitas vezes preferem a EPR. Outros pacientes estão preocupados com a perspectiva de entrar em um tratamento “interminável”, pois, segundo os conhecimentos atuais, quando a medicação é suspensa, ocorre recaída (Pato et al., 1988; Thoren, Asberg, Chronholm, Journestadt e Traskman, 1980). Esta preocupação é particularmente relevante para mulheres que planejam ter filhos e precisam suspender a medicação durante a gravidez. A EPR deve ser recomendada a essas pacientes, pois seus efeitos são mais duradouros.

Como discutido anteriormente, os efeitos de longo prazo da combinação de EPR e medicação não estão claros, de forma que é prematuro recomendar programas de tratamento que combinem as duas terapias. Entretanto, alguns pacientes que se apresentam para tratamento já estão tomando medicação antidepressiva. Como se concluiu que essas medicações não prejudicam a eficácia do EPR (Franklin et al., 2000), recomenda-se que os pacientes continuem a tomá-las se tiveram alguma melhora nos sintomas obsessivo-compulsivos ou na depressão. Entretanto, se o paciente não sentiu melhora com a medicação, deve-se considerar sua retirada antes ou durante a EPR. Devem-se examinar especialmente os pacientes com depressão grave concomitante com TOC. Recomenda-se que esses pacientes sejam tratados com antidepressivos ou com terapia cognitiva para a depressão antes de entrar em EPR intensivo para o TOC, em função de descobertas recentes que apon-

tam resultados um pouco inferiores para pacientes com muita depressão (Abramowitz et al., 2000).

EPR INTENSIVA

O programa de tratamento intensivo inclui quatro fases:

1. coleta de informações;
2. EPR intensiva;
3. visita domiciliar;
4. manutenção e prevenção à recaída.

Coleta de informações e planejamento do tratamento

A primeira etapa da coleta de informações consiste em uma avaliação diagnóstica minuciosa para determinar se a principal patologia do paciente é o TOC. O segundo passo é avaliar se o paciente é adequado para EPR. Recomendamos que os indivíduos que tenham problemas com drogas ou álcool sejam tratados para isso antes do tratamento intensivo para TOC. Os pacientes que têm delírios ou alucinações evidentes também são maus candidatos para o tratamento intensivo. Pessoas com TDM grave devem ser tratadas para a depressão antes de começar o tratamento para TOC. A motivação do paciente para cumprir as demandas do tratamento intensivo deve ser avaliada cuidadosamente. É importante descrever o programa de tratamento em detalhes suficientes para que o paciente não se surpreenda quando o tratamento iniciar. Se o paciente não expressar forte motivação e compromisso, pode ser preferível postergar a implementação do tratamento intensivo ou oferecer alternativas, como a medicação. Como observado anteriormente, um estudo de EPR menos intensivo para pacientes que parecem motivados, mas não conseguem encaixar o regime diário em suas agendas, sugeriu um resultado comparável com o tratamento intensivo; é necessário fazer mais pesquisa, com amostras muito maiores, para determinar se os fatores relacionados aos pacientes indicam um resultado distinto em ambos os tratamentos.

Quando um paciente é considerado adequado para o tratamento intensivo, começa a coleta de informações para o planejamento do tratamento. Essa fase geralmente leva entre 4 e 6 horas de contato com o paciente em um período de 2 a 3 dias. Nessa fase, o terapeuta coleta informações sobre os sintomas obsessivo-compulsivos do paciente, sua história geral e de tratamento para TOC, como descrito anteriormente. Durante essas sessões, o terapeuta discute a fundamentação do tratamento, descreve o programa em detalhe, ensina os pacientes a monitorar seus rituais e desenvolve um plano de tratamento.

Primeira sessão de coleta de informações

É muito importante discutir a fundamentação do tratamento e descrever o programa em detalhe. Ele requer que o paciente abandone seus hábitos obsessivo-compulsivos, e portanto, sinta temporariamente um desconforto substancial. Se os pacientes não entenderem por que é pedido que sofram essa aflição de curto prazo ou não estiverem convencidos de que o tratamento vai funcionar, é improvável que cumpram as instruções. A fundamentação do tratamento é explicada da seguinte forma:

“Você tem um conjunto de hábitos que, como você mesmo sabe, são chamados de sintomas obsessivo-compulsivos. São hábitos de pensamento, sentimento e ação extremamente desagradáveis, causam desperdício e são difíceis de extinguir por conta própria. Geralmente, esses hábitos envolvem pensamentos, sentimentos ou impulsos que costumam vir à sua mente mesmo que você não queira. Junto desses pensamentos, você tem sensações indesejadas de extrema aflição e ansiedade, e forte premência para fazer alguma coisa para reduzir a aflição. Para tentar eliminar a ansiedade, as pessoas desenvolvem o hábito de realizar vários pensamentos ou ações, que chamamos de ‘rituais’.

Infelizmente, como você sabe, os rituais não funcionam tão bem assim, e a aflição se reduz por um tempo curto, e depois volta. Com o tempo, você pode se encontrar fazendo mais e mais rituais para tentar reduzir a ansiedade, mas, mesmo nesse caso, o alívio é temporário e você tem de repetir o ritual muitas vezes. Aos poucos, você passa a gastar tanto tempo e energia com esses rituais – que nem funcionam tão bem – que as outras áreas da sua vida são muito prejudicadas.

O tratamento que estamos por começar é chamado de exposição e prevenção à resposta e é voltado a romper dois tipos de associação. A primeira delas é a associação entre sensações de ansiedade e os objetos, situações e pensamentos que produzem essa aflição. [O terapeuta usa as informações coletadas como exemplos, como: ‘Sempre que você toca alguma coisa que está associada a urina, sente-se ansioso, aflito ou contaminado’.] A segunda associação que queremos romper é entre realizar um comportamento ritualístico e a sensação de menos ansiedade ou menos aflição. Em outras palavras, depois de [especifica os rituais identificados], você sente menos aflição por um tempo e, por isso, continua a realizar esse comportamento frequentemente. O tratamento que oferecemos rompe a ligação automática

entre as sensações de aflição/ansiedade/contaminação de [específica a obsessão] e seus rituais. Também vai treiná-lo para não ritualizar quando estiver ansioso”.

Depois de apresentar a fundamentação para o tratamento, o terapeuta deve começar a coletar informações sobre os sintomas de TOC do paciente. A fundamentação para a coleta de informações e uma descrição do tratamento é apresentada da seguinte forma:

“Nas duas sessões seguintes, vou lhe fazer perguntas específicas em relação a várias situações e pensamentos que lhe causam aflição e ansiedade. Vamos ordená-las segundo o grau de aflição que elas causam em você em uma escala de 0 a 100, onde 0 significa *Sem ansiedade* e 100 significa *Máxima ansiedade ou pânico*. O programa de tratamento por exposição envolve fazê-lo enfrentar situações e pensamentos que evita porque eles geram ansiedade e premências de realizar rituais. Queremos expô-lo a lugares e objetos que vão deixá-lo desconfortável, situações que você tem tentado evitar, mesmo que com muito custo, sabe por quê? Porque, quando as pessoas são expostas a situações das quais elas têm medo, a ansiedade se reduz gradualmente. Por meio da exposição, a associação entre ansiedade e [específica a obsessão] enfraquece, porque você está repetidamente exposto a essas situações, de forma que a ansiedade evocada anteriormente diminui com o tempo.

Para muitas pessoas com TOC, as obsessões ocorrem na imaginação e raramente na realidade. Isso impede que se pratique a exposição confrontando realmente essas situações por períodos prolongados. Por exemplo, se uma pessoa tiver medo de que sua casa se incendeie, com certeza não vamos querer que sua casa pegue fogo para praticar a exposição; tampouco apostaríamos que alguém que receia ter atropelado uma pessoa que estaria deitada em uma estrada seja exposta realmente a essa situação.

Se for necessário enfrentar a situação para reduzir as obsessões, como você pode melhorar sem esse confronto direto? Pode confrontar esses medos por meio de imagens mentais, na quais visualiza as circunstâncias que tem medo que aconteçam. Nessa prática, você cria imagens mentais detalhadas das consequências terríveis que teme se não realizar o comportamento ritualístico. Durante exposição prolongada a essas imagens, o nível de aflição associado a elas diminui aos poucos.

Quando pessoas com TOC se encontram com as situações temidas em seus pensamentos obsessivos, ficam ansiosas ou desconfortáveis e se sentem compelidas a realizar o comportamento ritualístico como forma de reduzir a aflição. As práticas de exposição podem causar a mesma aflição e necessidade de ritualizar. Geralmente, a realização de rituais fortalece o padrão de aflição e a ritualização. Portanto, no tratamento, a prevenção de rituais é praticada para romper o hábito de ritualizar. Isso exige que você pare de fazê-lo, mesmo que ainda sinta necessidade. Ao enfrentar seus medos sem recorrer a compulsões, você vai se tornando gradualmente menos ansioso. Terapeutas comportamentais chamam esse processo de ‘habituação’. Sendo assim, durante três semanas de exposição intensiva, a associação entre alívio da ansiedade e [específica os rituais do paciente] vai diminuindo, porque não lhe será permitido realizar esses comportamentos. Portanto, você verá que sua ansiedade diminui mesmo que você não recorra a essas atividades.”

A sessão inicial de coleta de informações também é usada para começar a treinar o paciente para que monitore seus rituais de forma precisa. Relatos precisos da frequência e da duração do comportamento ritualístico são importantes para avaliar os avanços do tratamento e para demonstrar a realidade das mudanças ao paciente. Em alguns casos, o monitoramento também cumpre um papel ativo no tratamento. Os pacientes começam a reconhecer que os rituais não ocorrem verdadeiramente “o dia todo” e o ato de monitorá-los pode reduzir sua frequência e duração.

“É muito importante para o programa de tratamento que tenhamos um quadro preciso do grau em que você tem pensamentos obsessivos e comportamentos compulsivos. Ter um quadro claro de quanto do seu tempo é tomado por seu problema vai nos ajudar a monitorar seu progresso e ajustar o programa de tratamento. Assim, durante esta semana, enquanto eu ainda estou coletando informações para construir um programa de tratamento, gostaria que você registrasse seus sintomas todos os dias. Não é fácil informar o quanto você tem comportamentos obsessivo-compulsivos, então passaremos algum tempo, agora e na próxima sessão, repassando as regras de como vai registrar seus sintomas. Estas são algumas formas de monitoramento nas quais você vai registrar seus pensamentos e rituais”.

O terapeuta deve especificar qual ritual ou rituais o paciente deve registrar, repassar as instruções

cuidadosamente e praticar o preenchimento do formulário com o paciente usando um *dia imaginário* de sua vida. As seguintes regras ajudam a monitorar os rituais:

1. Use seu relógio para monitorar o tempo que gasta em seus rituais.
2. Não estime o tempo que gasta nos rituais; seja preciso.
3. Anote imediatamente o tempo em seu formulário de monitoramento.
4. Não deixe para fazer o registro no fim do dia ou no início do dia seguinte.
5. Escreva uma sentença curta para descrever o gatilho do ritual.

Antes de começar o tratamento, o paciente identifica um indivíduo (p. ex., pais, cônjuge ou amigo íntimo) que pode funcionar como uma pessoa de apoio durante o programa de tratamento intensivo. O paciente é instruído a contar com essa pessoa para que lhe apoie durante as exposições, e se pede que ela monitore o cumprimento das instruções de prevenção de resposta. Se o paciente tiver dificuldades de resistir à premência de ritualizar, a pessoa de apoio deve ser contatada para que lhe ajude. Como essa pessoa está envolvida na terapia, o terapeuta dá tempo durante a fase de coleta de informações para descrever o tratamento e discutir sua fundamentação com ela.

O terapeuta faz um esforço para garantir que essa pessoa de apoio e o paciente concordem em que ela vai oferecer críticas e observações construtivas. Ao fazer as sugestões, a pessoa de apoio deve ser sensível a quaisquer dificuldades que tenham surgido no passado. Por exemplo, B., que serviu como fonte principal de reassseguramento da esposa, também a criticava severamente quando a “pegava” realizando seu ritual de lavar as mãos. Para impedir que essas respostas prejudiquem o tratamento e para ajudar o marido a supervisionar a prevenção de resposta da mulher, o terapeuta passou algum tempo com o casal negociando respostas adequadas, não críticas, às demandas de reassseguramento da mulher.

A pessoa de apoio está em contato regular (pelo menos duas vezes por semana) com o terapeuta e não apenas é informada sobre as tarefas de casa de exposição que o paciente tem de realizar, mas também repassa suas observações sobre o comportamento fora das sessões. Além disso, com o consentimento do paciente, deverá contatar o terapeuta se acontecerem grandes violações do tratamento (p. ex., recusar-se a fazer o trabalho de casa ou dedicar-se ao comportamento ritualístico).

Segunda sessão de coleta de informações

No início da segunda sessão de coleta de informações, o terapeuta dedica algum tempo ao formulário de automonitoramento do paciente, o que inclui examinar as descrições de situações que são gatilhos do comportamento ritualístico e oferecer comentários construtivos quando for necessário. O terapeuta relembra o paciente de usar frases curtas para descrever as situações gatilho, avalia a precisão de suas estimativas de tempo e enfatiza a necessidade de medições precisas.

Criando um plano de tratamento

O núcleo da segunda sessão de coleta de informações é dedicado aos sintomas do paciente e, com base no que se aprende sobre isso, a desenvolver com ele um tratamento. É importante explicar ao paciente de que forma os exercícios de exposição que compõem seu tratamento vão reduzir os sintomas de TOC. Por exemplo, ao paciente com obsessões religiosas se diz que a exposição por imagens relacionadas a queimar no inferno em detalhes excruciantes visa a reduzir sua aflição obsessiva quando uma imagem menos elaborada de queimar no inferno vier à mente. É importante que os pacientes entendam a fundamentação do conceito central da EPR, de que confrontar um estímulo evocador de obsessões durante o tratamento aumenta seu sofrimento no curto prazo, mas o reduzirá no longo prazo. Muitas vezes, dizemos aos pacientes que as dificuldades que eles vivenciam durante a primeira semana de sessões de exposição provavelmente diminuirão com a implementação adequada da EPR.

Descrevendo o trabalho de casa

No fim da segunda sessão de coleta de informações, o terapeuta descreve as tarefas de casa incluídas no programa de tratamento. Essas tarefas, que geralmente demandam de duas a três horas, além da sessão de tratamento de duas horas, consistem em exercícios de exposição extra a serem feitos entre as sessões de tratamento na casa do paciente ou em outro lugar (p. ex., em um centro comercial ou na casa de um familiar). Sugerimos que o paciente monitore seu nível SUDS a cada 10 minutos durante exposições feitas como trabalho de casa. Em alguns casos, quando for impossível para o paciente manter uma exposição por 45 a 60 minutos, o terapeuta trabalha com ele para desenvolver um plano que possibilite prolongar a exposição. Por exemplo, em lugar de pedir ao paciente que passe 45 minutos sentado no banheiro de um restaurante, o terapeuta pode sugerir que ele contamine um lenço no assento do vaso sanitário e leve esse “trapo contaminado” no bolso.

Período de tratamento

O programa de tratamento em nosso centro geralmente é de 15 sessões de duas horas, realizadas diariamente, durante três semanas. A observação clínica sugere que as sessões concentradas produzem melhores resultados do que as mais espaçadas. Portanto, recomendamos um mínimo de três sessões por semana. Cada sessão começa com uma discussão de 10 a 15 minutos do trabalho de casa e do monitoramento de rituais no dia anterior. Os 90 minutos a seguir são divididos em dois períodos de 45 minutos, de exposição *in vivo* e por imagens. Os 15 minutos finais são usados para discutir o trabalho de casa do dia seguinte. Esse formato pode ser ajustado quando for necessário. Por exemplo, se uma exposição *in vivo* requer que o terapeuta e o paciente se desloquem a um centro comercial para contaminar as roupas dos filhos, toda a sessão é dedicada a essa atividade. Alguns pacientes têm dificuldades de se envolver emocionalmente em exposições por imagens (ou seja, as imagens não conseguem gerar aflição). Nesses casos, o tratamento deve se concentrar exclusivamente em exercício *in vivo*.

Recomendamos que o terapeuta discuta o plano para aquela sessão com o paciente, no início. Com exceção de quaisquer circunstâncias incomuns (p. ex., a objeção declarada do paciente a prosseguir com a exposição planejada), é importante limitar essas discussões a não mais que 15 minutos. Os pacientes com TOC geralmente têm muito medo de realizar tarefas de exposição, e a discussão minuciosa da tarefa em questão serve como forma de evitar seguir em frente com a exposição. Essas discussões pré-exposição também são terreno fértil para busca de garantias de segurança (i. e., o paciente perguntar ao terapeuta se ele tem certeza de que o exercício proposto é seguro). O terapeuta deve responder a essas perguntas com cuidado, evitando qualquer extremo (nem oferecendo reassuramento compulsivo nem transmitindo ao paciente a ideia de que a exposição proposta é objetivamente perigosa).

Os exercícios de exposição por imagens geralmente são realizados antes dos exercícios *in vivo* em cada sessão, muitas vezes como prelúdio a um exercício *in vivo* que foi marcado. Durante a exposição por imagens, o paciente está sentado em uma cadeira confortável e recebe as seguintes instruções:

“Hoje você vai começar a imaginar [descreve a cena]. Vou pedir que você feche os olhos para não se distrair. Por favor, tente enxergar essa cena da forma mais completa e vívida que conseguir, não como se estivessem lhe contando uma história, mas como se estivesse vivendo

isso agora, aqui mesmo. A cada tantos minutos, vou pedir que você classifique seu nível de ansiedade em uma escala de 0 a 100. Responda rápido e tente não sair da imagem.”

As sessões de exposição por imagens são gravadas, e o paciente deve repetir a exposição ouvindo a gravação como parte de seu trabalho de casa daquele dia. As situações incluídas na exposição *in vivo* variam muito de um paciente a outro (principalmente com os que têm rituais de verificação intensos). A seguir, alguns exemplos de instruções que podem ser oferecidas aos pacientes durante os exercícios de exposição *in vivo*.

Para pacientes com rituais de lavagem intensos:

“Hoje, você irá tocar [especifica itens]. Isso quer dizer que vou lhe pedir que toque com sua mão inteira, não só com os dedos, e depois toque seu rosto com ele, e suas roupas, e todo o seu corpo, para sentir que nenhuma parte de você evitou a contaminação. Depois, vou lhe pedir para se sentar e tocar seu rosto, cabelo e roupas com ele, repetidas vezes, durante o resto da sessão. Sei que isso provavelmente vai deixá-lo incômodo, mas lembre-se de que a ansiedade vai acabar diminuindo. Também quero que você se deixe preocupar com o dano que vai acontecer, por exemplo, doença, já que não vai se lavar nem se limpar depois da exposição. Lamento que esse tratamento tenha de ser difícil e cause tanto desconforto, mas tenho certeza de que você consegue. Você vai ver que fica mais fácil com o tempo. Então, aqui está, vá em frente e toque.”

O terapeuta deve dar ao paciente o objeto para segurar, pedir que ele o toque, e depois pedir que encoste o objeto ou suas mãos “contaminadas” diretamente em seu rosto, seu cabelo ou suas roupas. A cada 10 minutos, deve-se perguntar ao paciente: “Qual é o seu nível de ansiedade ou aflição entre 0 e 100 neste momento, pensando no que você está tocando?” Isso pode ser resumido em “Qual é o seu SUDS?” quando o paciente já entender a pergunta.

Para pacientes com rituais de verificação intensos:

“Eu gostaria que você [p. ex.: preenchesse seus cheques para pagar suas contas do mês sem conferi-los depois de terminar; simplesmente os coloque em um envelope e os mandaremos imediatamente, sem conferir depois]. Depois, vamos [p. ex.: dirigir em uma estrada esburacada sem olhar o retrovisor] da mesma forma. Enquanto você faz isso, eu

gostaria que você se preocupasse com o dano que pode acontecer porque você não está conferindo suas ações, mas não deixe que os pensamentos interfiram na realização dessas atividades”.

Devem-se relembrar os pacientes das instruções específicas para prevenção de respostas no primeiro dia e periodicamente, no decorrer do tratamento. Concluímos que dar uma cópia impressa das regras para prevenção de respostas pode ajudá-los a entender e se lembrar delas. Se as regras, como se explica ao paciente, não cobrem adequadamente o tipo de ritual (ou rituais) que ele apresenta, o terapeuta deve dar um conjunto de instruções escritas, moldado com base nesses formulários.

Durante as últimas sessões do tratamento, devem-se apresentar ao paciente as regras para se lavar, limpar ou conferir coisas de forma “normal”. Os requisitos de prevenção de respostas devem ser relaxados para possibilitar ao paciente voltar ao que se considera uma rotina normal.

Visita domiciliar

É importante garantir que os avanços que os pacientes têm a partir do programa de tratamento se generalizem para o ambiente doméstico. Geralmente, as tarefas de casa funcionam para produzir essa generalização, mas concluímos que as visitas do terapeuta à casa do paciente podem ajudar, principalmente em casos em que os pacientes não conseguem voltar à casa todos os dias durante a etapa de tratamento intensivo (p. ex., os pacientes que são de fora da cidade ou estão hospitalizados). A visita também dá ao terapeuta e ao paciente uma oportunidade de discutir diretrizes de comportamento “normal”. O terapeuta deve discutir os planos para essas visitas com o paciente e a sua família antes de finalizar o tratamento. Também é importante observar que, em alguns casos, a maioria das sessões de tratamento precisa ser realizada na casa do paciente, como quando se trata um acumulador. A frequência das visitas domiciliares durante a parte principal do tratamento deve ser determinada com base na possibilidade de “transportar” prontamente os sintomas de TOC do paciente a situações de fora de casa ou se são específicas da casa. Para pacientes com rituais de lavagem intensos, com quartos e áreas “seguros” em suas casas, a contaminação dessas áreas é imperativa e também bastante difícil. Muitas vezes é aconselhável que o terapeuta auxilie diretamente nas exposições em casa, quando há dúvidas se o paciente conseguirá contaminar esses “santuários” por conta própria.

Geralmente, as visitas domésticas consistem em sessões de 4 horas, realizadas a cada dois dias, no fim do programa de tratamento. A maior parte do tempo dessas sessões é usada para realizar exposições adicionais a estímulos obsessivos na casa ou no trabalho do paciente e em seu entorno. Por exemplo, o terapeuta pode acompanhar o paciente quando ele contamina objetos em torno da casa ou na mercearia local. Da mesma forma, pode lhe pedir que acenda e apague o fogão sem conferir e saia de casa com o terapeuta. A maioria dos pacientes, especialmente os que conseguiram voltar para casa durante o tratamento, relata pouca ou nenhuma aflição ao realizar essas exposições, porque elas representam repetição de tarefas de casa. Em alguns casos, contudo, o terapeuta descobrirá áreas que o paciente não contaminou, ou algumas partes da casa que continuam a gerar aflição apesar de exposições anteriores. A visita deve se concentrar em exposição a situações ou objetos que permaneçam problemáticos.

Período de manutenção

Além de prescrever tarefas de autoexposição continuadas para ajudar o paciente a manter os ganhos da terapia, o terapeuta pode marcar sessões de manutenção regulares. Essas sessões podem ser usadas para planejar mais exposições, para refinar as orientações de comportamento normal, e para lidar com questões que surjam à medida que o paciente se adapta à vida sem o TOC.

Existem algumas evidências de que o contato permanente com o terapeuta após as sessões da terapia intensiva é benéfico para os pacientes. Em um estudo, 12 sessões semanais de terapia de apoio (sem exercícios de exposição) pareceram reduzir o número de recaídas em uma amostra de indivíduos com TOC tratados com três semanas de EPR intensivo (Foa et al., 1992). Em outro estudo, uma semana de sessões cognitivo-comportamentais diárias após o tratamento intensivo, seguida de oito contatos telefônicos breves (de 10 minutos), resultou em melhores resultados de longo prazo do que uma semana de tratamento com associação livre após o tratamento intensivo (Hiss et al., 1994).

Setting terapêutico

É aconselhável que os pacientes permaneçam em seu ambiente normal durante o tratamento intensivo, principalmente aqueles cujos sintomas são desencadeados por estímulos em seu ambiente doméstico. O hospital pode ser um *setting* protegido artificialmente, em especial para pacientes com rituais de verificação intensos, que podem não se sentir responsáveis por seu entorno e, como resultado disso,

não sentem a necessidade de verificar coisas. Se os pacientes moram longe demais para se deslocar a sessões diárias, recomendamos que aluguem um apartamento ou um quarto de hotel próximo à clínica. Quando isso não for possível, deve-se cogitar a hospitalização, que é recomendada para pacientes em risco de suicídio ou surto psicótico e para aqueles que precisam ser supervisionados de perto, mas carecem de um sistema de apoio suficiente durante o tratamento.

Se o paciente está empregado e seus sintomas de TOC estão relacionados ao trabalho, ele deve ser estimulado a continuar trabalhando, de forma que as exposições relevantes a isso possam ser incluídas no tratamento. Contudo, como o tratamento demanda 5 ou 6 horas por dia, o paciente pode optar por trabalhar em meio expediente durante o tratamento intensivo.

Quando os sintomas do paciente não estão relacionados ao trabalho, ele pode decidir não continuar trabalhando durante o tratamento intensivo. Como o tratamento demanda tempo, costumamos sugerir que os pacientes se licenciem do trabalho por algum tempo. Se não for possível se licenciar por três semanas inteiras, o terapeuta pode sugerir que o paciente trabalhe metade dos dias ou tire folgas durante a primeira e a segunda semana do programa de tratamento.

Variáveis do terapeuta

O tratamento intensivo, com exposição a situações temidas e prevenção de resposta de comportamento ritualístico, gera estresse considerável para os pacientes. Sua disposição de se submeter a essa “tortura” atesta sua forte motivação para se livrar de sintomas do TOC. O regime de tratamento intensivo requer que o terapeuta mantenha um equilíbrio delicado entre pressionar o paciente a se envolver no tratamento e se solidarizar com sua aflição. Observações clínicas e resultados de um estudo de Rabavilas e colaboradores (1979) sugerem que um terapeuta respeitoso, compreensivo, encorajador, explícito e desafiador tem mais probabilidade de êxito do que um terapeuta permissivo e tolerante. Os pacientes de terapeutas bem supervisionados, não especializados em EPR, parecem ter bons resultados com a EPR (Franklin, Abramowitz, Furr, Kalsy e Riggs, 2003; Valderhaug et al., 2007).

Durante o tratamento, o comportamento dos pacientes pode ir desde a cooperação e a disposição extrema para participar de exposições até a manipulação e a recusa ostensiva a seguir as instruções do terapeuta. Uma pessoa pode oscilar dependendo do tipo de exposição que for realizada em uma sessão

específica. Em grande parte, a “arte” de realizar a terapia comportamental para TOC demanda saber quando pressionar, quando confrontar e quando ser mais flexível. Essas decisões requerem que o terapeuta observe com cuidado as reações do paciente e avalie com base em sua experiência. Tanto quanto for possível, o terapeuta deve demonstrar uma atitude que equilibre a dureza do programa do tratamento, ao mesmo tempo em que mantém as regras da terapia estabelecidas no início do programa. O terapeuta deve garantir ao paciente que não usará a força para implementar a exposição e que nenhuma exposição será planejada sem o consentimento do paciente. Se o paciente não puder confiar em que o terapeuta vai seguir essas diretrizes essenciais, o tratamento provavelmente será comprometido. Também garantimos aos pacientes que se pedirá aos membros da família para que não apresentem exposições não planejadas (p. ex., levar o lixo para fora) sem discuti-las.

Variáveis do paciente

Um fator fundamental que influencia o potencial de um paciente para se beneficiar do tratamento comportamental intensivo é o nível de sua motivação. Como a EPR gera aflição, os pacientes precisam estar muito motivados para fazer o tratamento. Muitas vezes, o nível de motivação está relacionado à gravidade dos sintomas do paciente. Quando os sintomas são toleráveis o suficiente, os pacientes têm maior probabilidade de tolerar um desconforto considerável por um curto período, para ter um alívio dos sintomas no longo prazo. Tolin e colaboradores (2004) também discutiram a importância da prontidão motivacional em EPR e sugeriram especificamente como melhor preparar os pacientes para o regime de tratamento, muitas vezes exaustivos.

Às vezes, os indivíduos são pressionados para entrar na terapia por suas famílias, e concordam em participar do tratamento apenas para agradar um cônjuge ou um dos pais. Esses pacientes provavelmente não vão seguir estritamente as instruções do terapeuta e, portanto, não terão ganhos duradouros com a terapia. À luz dessas observações, não recomendamos que os pacientes entrem em EPR se não estiverem comprometidos a seguir as instruções, e há outras estratégias de tratamento que costumam ser recomendadas nessas circunstâncias.

É importante que o terapeuta explique claramente ao paciente que um mês de terapia, ainda que intensiva, não deve eliminar os sintomas do TOC. Os pacientes devem esperar que sua ansiedade e a premência dos rituais diminuam e se tornem mais administráveis. Uma expectativa de eliminar completamente os sintomas no fim do tratamento pode

levar à decepção e potencializar a recaída, porque a manutenção dos ganhos do tratamento geralmente requer esforços continuados no decorrer do tempo após o tratamento intensivo. Assim, na entrevista inicial, dizemos aos pacientes que não temos uma *cura* para TOC, mas sim um tratamento que deve ajudar a reduzir substancialmente os sintomas, no curto e no longo prazo.

Também é importante explicar que o tratamento com EPR não é uma panaceia para todos os seus problemas psicológicos e interpessoais, mas sim visa especificamente reduzir as obsessões e a premência dos rituais dos pacientes. Os problemas que existiam antes do tratamento (p. ex., divergências conjugais e depressão) provavelmente se manterão, embora possam ser um pouco aliviados após o tratamento.

Como mencionado anteriormente, os pacientes com depressão grave e/ou crença extremamente forte na realidade do medo obsessivo podem se beneficiar da EPR. Um outro fator que foi identificado como potencial problema no tratamento cognitivo-comportamental e farmacológico para TOC é o transtorno da personalidade esquizotípica associado (Jenike, Baer, Minichiello, Schwartz e Carey, 1986). Embora se tenham levantado algumas questões em relação ao método usado para diagnosticar a esquizotipia (ver Stanley, Turner e Borden, 1990), os terapeutas devem ser alertados para a probabilidade de que os pacientes com transtorno esquizotípico possam ter uma baixa resposta ao tratamento para TOC.

ESTUDO DE CASO

Nesta seção, demonstramos por meio de transcrições literais o processo de coleta de informações relevantes ao tratamento, o planejamento do programa de tratamento e a condução das sessões de exposição.

Descrição do caso

“June”, uma mulher casada de 26 anos, que acaba de se formar em enfermagem, buscou tratamento para um problema grave com lavagem e limpeza. Ela estava extremamente agitada na primeira entrevista e disse que estava “chorando muito” nas seis semanas anteriores. Ela chegou na companhia do marido, com quem estava casada há seis meses, e de sua cunhada, a quem considerava uma boa amiga. Tratamentos anteriores por meio de dessensibilização sistemática, antidepressivos, tranquilizantes e reestruturação cognitiva não tinham dado resultado. June não tinha podido procurar trabalho de enfermeira em função dos sintomas.

Essas informações foram coletadas na avaliação inicial de June para participação no tratamento com EPR. Depois de confirmar que não havia psicose, abuso de álcool ou drogas, nem transtornos orgânicos, um terapeuta foi indicado a June.

Coleta de informações

Sintomas atuais

Inicialmente, o terapeuta buscou informações de June em relação ao conteúdo das obsessões, incluindo sinais internos e externos de medo, crenças sobre consequências e informações sobre padrões de evitação passivos e tipos de rituais. Como os rituais são o sintoma mais concreto, costuma ser conveniente começar a investigação descrevendo seu comportamento.

TERAPEUTA: Segundo o que me disse o Dr. F., você está tendo muitos problemas com lavagem e limpeza. Pode me falar mais sobre esse problema?

JUNE: Ultimamente, parece que não consigo controlar. Eu me lavo demais. Os meus banhos estão demorando muito e meu marido está muito chateado comigo. Ele e minha cunhada estão tentando ajudar, mas não consigo parar. Estou todo o tempo incomodada e tenho chorado muito (quase em lágrimas). Parece que nada adianta.

TERAPEUTA: Entendo. Você parece incomodada agora. Por favor, tente explicar como tem se lavado nos últimos dias, para que eu consiga entender. Quanto tem se lavado?

JUNE: Demais. Os meus banhos usam toda a água quente. E tenho que lavar as mãos, parece, o tempo todo. Nunca me sinto limpa o suficiente.

TERAPEUTA: Mais ou menos quanto tempo demora um banho? Quantos minutos ou horas, você diria?

JUNE: Uns 45 minutos, acho. Tento sair antes. Às vezes, peço a Kenny que me faça parar.

TERAPEUTA: E com que frequência você toma banho?

JUNE: Geralmente só duas vezes, uma de manhã e uma de noite, antes de dormir, mas às vezes, se estou muito incomodada com alguma coisa, tomo mais um.

TERAPEUTA: E lavar as mãos? Quanto tempo leva?

JUNE: Você quer dizer quantas vezes eu me lavo?

TERAPEUTA: Quanto tempo leva cada vez que você lava as mãos e quantas vezes você lava as mãos por dia?

JUNE: Hum..., umas 20 vezes por dia. Provavelmente leva uns cinco minutos cada vez, talvez, às

vezes, mais. Sempre tenho a sensação de que elas não estão limpas de verdade, por exemplo, se toco no canto da pia depois de enxaguar e então acho que elas estão sujas de novo.

O terapeuta já tem alguma informação básica sobre os rituais mais intensos. Mais algumas perguntas esclarecem se há outras compulsões em evidência.

TERAPEUTA: Você faz alguma outra coisa para se sentir limpa?

JUNE: Sim, passo álcool nas coisas. Esfrego com álcool, tipo, o banco do carro, antes de sentar.

TERAPEUTA: Você se esfrega com álcool?

JUNE: Não, só as coisas que acho que estão sujas.

TERAPEUTA: Você consegue me dizer o quanto faz isso?

JUNE: Eu uso cerca de uma garrafa de álcool por semana.

Nessa situação, o terapeuta teve de escolher se perguntava quais objetos June limpava ou sobre possíveis rituais adicionais. Ele escolheu perguntar sobre rituais e tratar do tema *contaminantes* assim que as perguntas terminassem.

TERAPEUTA: Certo, você consegue pensar em outras coisas que faz para se limpar, ou em outras coisas à sua volta que acha que estão sujas?

JUNE: Agora só consigo pensar nisso.

TERAPEUTA: E outros tipos do que chamamos de atividades *compulsivas*? Você tem de conferir ou repetir as coisas muitas vezes?

JUNE: Não, só quando eu lavo, se não acho que foi suficiente. Aí lavo de novo.

TERAPEUTA: Nenhuma outra ação repetitiva além de lavar?

Como essa paciente parecia não ter muitos tipos de rituais, o terapeuta voltou-se ao conteúdo obsessivo. Geralmente se indaga sobre sinais externos primeiro.

TERAPEUTA: Quais são as coisas que fazem você querer lavar? Por exemplo, por que você esfrega o banco do carro com álcool?

JUNE: Acho que posso ter trazido porcaria de cachorro quando entrei antes, ou Kenny pode ter trazido.

TERAPEUTA: Dos seus sapatos?

JUNE: É. Também me preocupo com a ponta do meu vestido tocando o assento. Fico me preocupando que o meu sapato possa tocar a barra da minha saia, ou quando subo um degrau, como

para entrar em um prédio, que o vestido possa tocar o degrau.

TERAPEUTA: Um vestido como esse? June estava com um vestido um pouco abaixo do joelho. [A probabilidade de que pudesse ter tocado um meio-fio ou a sola do seu sapato era muito pequena.]

JUNE: É.

TERAPEUTA: Alguma vez a sua saia já pegou porcaria de cachorro?

JUNE: Acho que não, mas na minha cabeça, acho que talvez pudesse ter um pouco. Acho que isso seria difícil de acontecer, não é?

Os pensamentos de que eventos muito improváveis poderiam ter acontecido são comuns no TOC. Essas distorções podem ser resultado de ansiedade intensa. As dúvidas em relação à “segurança” costumam levar a pedidos de reassseguramento ou a rituais. Reassegurar June de que seu vestido provavelmente não estaria sujo teria sido antiterapêutico, porque perpetuaria os temores neuróticos. Em vez disso, o terapeuta perguntou mais sobre as obsessões.

TERAPEUTA: A *porcaria* de cachorro é a coisa mais desagradável com que você se preocupa?

JUNE: Provavelmente, sim, acho que é, mas os germes de banheiro também são muito ruins.

TERAPEUTA: Que tipo de germes?

JUNE: Do vaso sanitário. Sabe como é, quando a gente vai ao banheiro.

TERAPEUTA: Urina e fezes?

JUNE: É, a urina não me incomoda tanto quanto a outra.

TERAPEUTA: Por quê?

JUNE: Porque aprendi na faculdade de enfermagem que ela é quase estéril. Foi difícil a cadeira de microbiologia, porque me incomodava aprender sobre bactérias e micro-organismos. Eles fazem parecer como se tudo estivesse coberto de todos os tipos de germes muito perigosos. Não aprendi muito bem, tentava evitar pensar nisso.

As preocupações de June com a sujeira de cachorro e com germes de banheiro sugerem que sua estrutura de medo inclui preocupação em relação a doenças potenciais. O terapeuta a questionou para melhor entender a natureza das consequências que ela temia a partir da contaminação.

TERAPEUTA: Você tem medo de doenças que poderiam vir das fezes?

JUNE: Acho que tenho. Mesmo que saiba que outras pessoas não se preocupam com isso como eu. Elas só vão ao banheiro, lavam as mãos e nem se preocupam com isso. Mas não consigo tirar da cabeça que pode ser que não tenha me lavado o suficiente.

TERAPEUTA: Se você não se lavasse o suficiente, você ficaria doente ou faria que alguma outra pessoa ficasse doente?

JUNE: Em geral me preocuparia com ficar doente, mas às vezes me preocupo com o Kenny também.

TERAPEUTA: Você se preocupa com algum tipo específico de doença?

JUNE: Não tenho certeza. Alguma doença.

Não é raro que os pacientes que têm medo do que pode acontecer se eles não cumprirem seus rituais sejam incapazes de identificar uma consequência temida específica. Os pacientes com intensos rituais de verificação muitas vezes temem se esquecer ou jogar fora alguma coisa importante, mas nem sempre sabem o que vai ser. Os repetidores podem ter medo de que aconteça alguma coisa ruim a uma pessoa querida, mas muitas vezes não conseguem especificar qual desastre, exatamente, vai recair sobre eles. Entretanto, muitos indivíduos com TOC têm medo de consequências determinadas (p. ex., cegueira ou leucemia). Nesse momento, o terapeuta pode optar por completar o questionamento sobre sinais externos de ameaça ou realizar a investigação sobre as consequências temidas e a crença de que esse dano tem realmente probabilidades de ocorrer. Neste caso, foi feita a segunda opção.

TERAPEUTA: Digamos que você realmente tivesse tocado em fezes de cachorro ou humanas, e não se desse conta disso, então não se lavasse para removê-la. Qual seria a probabilidade de que você ou Kenny ficassem muito doentes?

JUNE: Bom, eu achava que poderia acontecer.

TERAPEUTA: Eu acho que, quando isso acontece e você fica muito aflita, parece como se você realmente ficasse doente, mas e se eu lhe pedir para avaliar objetivamente, agora, qual são as chances de você ficar doente por tocar em fezes e não se lavar? Por exemplo, se você tocasse em fezes 10 vezes, quantas vezes ficaria doente?

JUNE: Ah... sei que é muito improvável, mas às vezes parece muito real.

TERAPEUTA: Você consegue colocar um número nisso? Qual é a chance percentual de que, se

você tocar em uma pequena quantidade de fezes, e não se lavar, ficará doente?

JUNE: Acho que pouca, menos de 25%.

TERAPEUTA: Isso significa que uma vez em cada quatro, você ficaria doente.

JUNE: Não, não é verdade, acho que é menos de 1%.

A partir desse diálogo, fica claro que June não acredita realmente em que os desastres que teme aconteceriam, embora sua estimativa da probabilidade fosse alta. Uma pessoa com *insight* pobre em relação à falta de sentido de seus sintomas de TOC teria atribuído probabilidades mais altas (geralmente acima de 80%) e insistiria na precisão dessa estimativa, mesmo diante de questionamento persistente. Observe que essa interação é um exemplo da reestruturação cognitiva que acompanha o EPR que discutimos anteriormente: o terapeuta pode ter de repetir essa discussão durante sessões de exposição posteriores quando June, muito ansiosa por ter de confrontar os contaminantes, reajustar suas estimativas de probabilidade quando estiver ansiosa. A intensidade da crença pode mudar em um determinado paciente, mas é mais forte quando o paciente percebe uma ameaça.

TERAPEUTA: Certo. Agora, além da doença, o que mais poderia acontecer se você se sujasse com fezes?

JUNE: Acho que eu também me preocupo com o que outras pessoas poderiam pensar se eu tivesse fezes de cachorro no meu sapato ou no meu vestido. Alguém ia ver e sentir o cheiro, e achar que é muito nojento, e que sou uma pessoa suja. Acho que receio que elas achem que não sou uma boa pessoa.

A seguir, o terapeuta questionou June em relação a essa consequência temida, interrogando sobre a possibilidade de outros avaliarem seu caráter negativamente por ela ter fezes no vestido. O conteúdo relacionado às consequências temidas foi coletado para ser incluído posteriormente em cenas de exposição por imagens. Para concluir o questionamento sobre a natureza das obsessões, o terapeuta esclarece mais os estímulos externos temidos.

TERAPEUTA: Além de fezes de cachorro e humanas, o que mais pode lhe “contaminar”? Está bem se eu usar a palavra “contaminada” para descrever como você se sente se toca nessas coisas?

JUNE: Está bem, é como se eu sentisse na pele, mesmo que não possa ver. Hum..., também fico incomodada se vejo cocô de passarinho no meu carro.

TERAPEUTA: Sujeira de pássaros? Aquelas manchas brancas?

JUNE: É, tenho que agarrar a minha saia perto de mim para não tocar essas manchas com a roupa.

TERAPEUTA: Certo, cocô de passarinho, e que mais?

JUNE: Animais mortos, tipo, no acostamento. Acho que os germes, ou o que for, grudam nos pneus a partir do asfalto e entram no carro. Mesmo que eu não passe por cima. Como se estivesse espalhado na rua, perto de onde está.

TERAPEUTA: O que você faz se vê um animal morto?

JUNE: Eu desvio bastante. Uma vez estacionei e quando saí, vi um gato morto bem atrás do carro. Eu tive que lavar todas as minhas roupas e tomar um banho imediatamente. Eu fiquei muito mal naquele dia.

TERAPEUTA: Parece que isso foi muito difícil para você. Há alguma coisa mais além de animais mortos que a contamine?

JUNE: Não me lembro de nada. Tem muitos lugares que evito, mas é pelas coisas que acabamos de falar. O terapeuta questiona June um pouco mais em relação a outras coisas que têm probabilidade de estar contaminadas, em função de sua relação potencial com as que ela acaba de apontar.

TERAPEUTA: E o lixo?

JUNE: É, isso me incomoda. E também evito as sarjetas.

TERAPEUTA: O que lhe incomoda na sarjeta?

JUNE: Bichos mortos, eu acho. E depois a chuva espalha os germes pela rua toda. Também o lixo podre. É muito sujo. Às vezes as sarjetas são muito nojentas.

TERAPEUTA: Ah... certo. Você tem medo de ficar doente por causa de animais mortos e lixo?

JUNE: Tenho, é como os vasos sanitários e o cocô de cachorro.

Para se preparar para um programa de exposição no qual os objetos são apresentados hierarquicamente em relação à sua capacidade de provocar desconforto, June deve classificar seus principais contaminantes. Aqui ela também apresentou informações sobre comportamentos evitativos associados a esses contaminantes.

TERAPEUTA: Vamos fazer uma lista das principais coisas que a incomodam. Vou lhe perguntar o quanto você se sentiria incomodada, em uma escala 0 a 100, se tocasse a coisa que vou citar. Zero indica nenhum aflição, e 100, extremo incomodo, o máximo que já sentiu.

JUNE: Está bem.

TERAPEUTA: E se você tocasse cocô de cachorro?

JUNE: E pudesse lavar as mãos quanto quisesse?

TERAPEUTA: Não, digamos que não pudesse se lavar por um tempo.

JUNE: 100.

TERAPEUTA: Um animal morto.

JUNE: Também 100.

TERAPEUTA: Sujeira de passarinho em seu carro.

JUNE: Isso depende de se é seca ou molhada.

TERAPEUTA: Me diga das duas.

JUNE: 100, molhada, e 95, seca.

TERAPEUTA: Sarjeta.

JUNE: 95.

TERAPEUTA: Lixo na sua pia em casa.

JUNE: Não é tão ruim, só 50. Mas as latas de lixo na frente da casa seriam 90.

TERAPEUTA: Por que a diferença?

JUNE: Porque a parte de dentro da lata de lixo está suja com muito lixo velho.

TERAPEUTA: Sei. E um vaso sanitário de um banheiro público?

JUNE: Isso é ruim, 95.

TERAPEUTA: Pneus de carro?

JUNE: Geralmente 90, mas se acabei de passar por um bicho morto, seria 99.

TERAPEUTA: E a maçaneta de um banheiro público?

JUNE: A maçaneta de fora é pouco, uns 40, mas a de dentro é 80, porque as pessoas tocam nela imediatamente depois de usarem o banheiro, e vi que tem gente que não lava as mãos.

TERAPEUTA: Entendo. E a grama num parque onde há cachorros por perto?

JUNE: Se eu caminhasse na grama, seria 80 ou 85, mas geralmente não caminho. Eu também tenho muito problema nas calçadas. Sabe como é, as manchas marrons no concreto. Acho que a maioria é só ferrugem ou outras sujeiras, mas acho que poderia ser cocô de cachorro.

TERAPEUTA: Quanto isso lhe incomoda?

JUNE: Pisar em uma mancha marrom? Uns 90. Sempre desvio delas.

O terapeuta deve continuar assim até formar uma lista de 10 a 20 itens. Podem ser necessários mais itens para pacientes com vários medos obsessivos ou rituais. Os itens são ordenados de baixo a alto nível de medo, em preparação para o tratamento por exposição. Itens equivalentes em relação a seu nível de perturbação são agrupados. Além disso, é importante investigar a razão de um estímulo diferente da de outro,

porque isso dá mais informações sobre a “lógica TOC” do paciente. Essa informação é muito relevante para construir a hierarquia de exposição e para as discussões cognitivas informais sobre avaliação de riscos, responsabilidade e assim por diante.

Da entrevista prévia sobre sinais externos de ameaça surgem consideráveis informações sobre padrões de evitação e rituais. Mais detalhes podem ser obtidos pedindo que o paciente dê uma descrição passo a passo das atividades de um dia típico, desde o momento em que ele acorda até ir dormir. Geralmente, os pacientes não são totalmente precisos quando descrevem suas compulsões durante a entrevista, porque, como nos disse uma paciente, ela não “tinha pensado em seu TOC dessa forma”. Assim, as tarefas de automonitoramento ajudam os pacientes a aumentar sua consciência de seus padrões de TOC e dão ao terapeuta dados mais precisos sobre rituais e comportamentos evitativos.

Estávamos particularmente preocupados com as rotinas de June no banheiro, com seu banho, seu uso do vaso, sua maneira de manusear toalhas e roupas sujas e de se vestir e calçar os sapatos. Podem-se obter mais informações sobre padrões evitativos indagando sobre outras atividades de rotina, como fazer compras, comer fora, fazer faxina, preparar a comida, trabalhar e assim por diante. O diálogo a seguir é um exemplo do grau de detalhe desejado.

TERAPEUTA: June, para que a gente possa planejar com cuidado o seu tratamento, preciso saber o que você evita em sua rotina diária. Comece descrevendo o que faz quando acorda.

JUNE: Primeiro vou ao banheiro.

TERAPEUTA: De pijama ou sem?

JUNE: Eu tiro o pijama porque não quero que ele toque no vaso. Assim vai estar limpo à noite, depois de tomar banho.

TERAPEUTA: Continue.

JUNE: Uso o vaso, acho que uso um monte de papel higiênico, porque não quero ficar com nada na mão. Aí tenho de tomar banho depois de evacuar.

TERAPEUTA: Como você se apronta para tomar banho?

JUNE: Tenho de colocar uma toalha nova no gancho perto do chuveiro. Não gosto que ela toque em nada antes de eu usar. Ah... eu boto meu chinelo de frente para a porta, perto do chuveiro, para poder colocar sem pisar no chão do banheiro quando saio do banho. Aí entro no banho.

TERAPEUTA: Você disse que toma um banho de 45 minutos. Por que demora tanto?

JUNE: Tenho que me lavar em uma ordem especial e conto quantas vezes lavo cada parte. Tipo, lavo os braços quatro vezes, é por isso que demora tanto.

TERAPEUTA: Qual é a ordem que você usa?

JUNE: Primeiro lavo as mãos, o rosto e o cabelo e depois vou de cima para baixo.

TERAPEUTA: E a região genital e anal? [Essa região deve ser a que mais perturba essa paciente, porque ela tem medo de contaminação por “germes” fecais.]

JUNE: Ah, claro, essas são as últimas, depois dos pés.

Uma descrição tão detalhada ajuda o terapeuta a prever possíveis evitações por parte do paciente durante o tratamento e planejar instruções específicas de exposição. A supervisão do comportamento normal para se lavar, no fim do tratamento, tratará da tendência de June a contar e organizar seu ato de lavar. Durante a sessão inicial de coleta de informações, June foi instruída a monitorar a frequência e a duração de suas compulsões.

TERAPEUTA: Entre agora e a nossa próxima sessão, eu gostaria que você registrasse sempre que lavar ou limpar, incluindo quando esfrega as coisas com álcool. Você pode usar este formulário (*dá a ela um formulário de automonitoramento de rituais*). Anote sempre que se lavar, o tempo de lavagem, o que fez com que você se lavasse e o quanto estava ansiosa antes disso. Esse tipo de registro vai nos ajudar a identificar qualquer fonte de contaminação que você tenha se esquecido de mencionar, e também podemos usar para medir seus avanços durante o tratamento.

JUNE: Você quer que eu escreva em cada espaço, a cada meia hora?

TERAPEUTA: Não, só quando você se lavar ou passar álcool.

JUNE: Certo.

História dos sintomas e história dos tratamentos

Após avaliar os atuais sintomas do paciente, o terapeuta buscou informações sobre o início do problema, com referência específica à presença de determinados fatores de estresse na época, e se eles ainda estão presentes.

TERAPEUTA: Há quanto tempo você se lava assim?

JUNE: Começou há dois anos, no meu primeiro ano na faculdade de enfermagem. Não era muito forte no início. Eu comecei com o centro, eu tinha de ir ao centro para as aulas, e me parecia muito sujo.

TERAPEUTA: A enfermagem teve alguma coisa a ver com isso?

JUNE: Pode ser. Eu estava sob muita tensão. Tive de largar meu emprego de secretária e foi bem difícil, sem ter uma renda e tendo de pagar as despesas da faculdade. Minha mãe e meu pai não ajudaram muito. E aí começamos a aprender todas as técnicas de esterilização, e já lhe contei sobre a disciplina de microbiologia.

TERAPEUTA: Piorou com o tempo?

JUNE: Em geral, sim, mas observei que ficou muito pior depois de um estágio pela cirurgia, quando fiquei muito preocupada com os germes contaminando os instrumentos. Foi aí que comecei a me lavar mais do que o normal.

TERAPEUTA: Você procurou ajuda na época?

JUNE: Eu já estava consultando com o Dr. W. na universidade, e ele tentou ajudar.

TERAPEUTA: Você já estava em tratamento com ele? Por que razão?

JUNE: Ele estava me ajudando com um problema alimentar. Eu tinha anorexia. Fazia mais ou menos um ano que me tratava com ele quando começou o problema de lavar.

TERAPEUTA: Anorexia? E o tratamento ajudou?

JUNE: Sim, eu tinha baixado a 40 quilos e agora tenho quase 50. Ele me pediu que aumentasse meu peso a cada semana e fez *terapia cognitiva*, acho que era assim que ele chamava.

TERAPEUTA: Certo, e o problema de lavar?

JUNE: Ele tentou o mesmo tipo de terapia, mas não funcionou para isso. É por isso que estou aqui. Minha cunhada ouviu falar nisso, e o Dr. W. disse que eu deveria vir.

TERAPEUTA: E remédios? Alguma vez lhe deram medicação para esse problema?

JUNE: Sim, experimentei Anafranil [clomipramina] por um tempo e ajudou um pouco, mas me deixava tonta e com sono, então decidi parar de tomar. E também ouvi falar que não se pode tomar a medicação durante a gravidez, e Kenny e eu queremos ter um filho em seguida. Antes disso, tomei Xanax [alprazolam]; me acalmou, mas não parou com o hábito de lavar.

TERAPEUTA: Você já experimentou algum outro tratamento?

JUNE: Só para a anorexia. Fui a outro centro de terapia na universidade por cerca de um ano, mas esse não adiantou nada.

A história de June só era incomum no início relativamente recente de seus sintomas. Geralmente, os pacientes em nossa clínica apresentam uma duração muito mais longa de sintomas. Com uma média de cerca de oito anos. Outros centros, na Inglaterra e na Holanda, informam números semelhantes. O histórico de tratamento de June, experimentando vários tratamentos psicoterapêuticos e farmacológicos antes de buscar EPR é bastante típico. Como não consta que o fracasso anterior com tratamentos não comportamentais influencie os resultados da exposição e prevenção de respostas, o clínico não deve se sentir desestimulado com esses antecedentes. Entretanto, em função de uma possível atitude cética em relação ao valor do tratamento, o terapeuta deve dar ao paciente uma fundamentação clara para o tratamento com EPR, na linha do que se discutiu antes e se demonstra a seguir.

TERAPEUTA: Antes de eu continuar a coletar mais informações sobre seu problema, deixe-me explicar o tratamento.

JUNE: Bom, o Dr. F. me contou um pouco, mas eu ainda não sei bem como vai ser esse tratamento.

TERAPEUTA: O tratamento é chamado de exposição e prevenção de rituais. Vou lhe pedir que confronte situações que a assustam ou que a fazem sentir-se contaminada. Faremos isso aos poucos, até chegar nas coisas mais difíceis. Por exemplo, podemos começar com as maçanetas externas dos banheiros e trabalhar até chegar aos vasos sanitários e ao cocô de passarinho. Faremos isso juntos, e eu vou estar junto para lhe ajudar. As sessões vão durar uma hora e meia ou duas e nos encontraremos todos os dias da semana. Além disso, vou lhe dar trabalho de casa para fazer entre as sessões de terapia.

JUNE: Você quer dizer que tenho de tocar até em cocô de cachorro?

TERAPEUTA: É, para superar esse tipo de medo. As pessoas têm de aprender a confrontar as coisas de que têm medo e ficar com isso até diminuir a aflição.

JUNE: Mesmo que eu fizesse isso, provavelmente levaria um ano até me acostumar.

TERAPEUTA: Lembre-se, você nem sempre se sentiu assim em relação a cocô de cachorro. Quando você era pequena, alguma vez pisou nele e simplesmente limpou na grama e foi brincar?

JUNE: É, tinha me esquecido disso. Parece que faz tanto tempo. Eu costumava nem pensar duas vezes nesse tipo de coisa.

TERAPEUTA: Para fazê-la voltar a se sentir como antes, precisamos expô-la diretamente àquilo de que tem medo. E tem uma segunda parte do tratamento. Também vou lhe pedir que não se lave por três dias seguidos. Sem lavar as mãos nem tomar banho por três dias. Depois você pode tomar banho, mas vai ter de limitar a 10 minutos. Depois do banho, terá de se contaminar de novo e, depois, mais três dias sem banho.

JUNE: Não acredito! Nunca vou conseguir. Se conseguisse, não estaria aqui. Como é que eu não vou me lavar? Todos os dias decido parar, mas sempre desisto. Você quer dizer que não poderia me lavar depois de usar o banheiro, nem antes de comer? As outras pessoas se lavam depois de ir ao banheiro. Por que eu simplesmente não me lavo menos, como fazem as pessoas normais?

TERAPEUTA: Outras pessoas não têm TOC. Lembre-se de que, para você, se lavar faz com que se sinta menos “contaminada” e menos ansiosa. Não é?

JUNE: É.

TERAPEUTA: Se você se lavar, mesmo que pouco, sempre que se sentir “contaminada”, nunca vai conseguir aprender que a sensação de contaminação some por si só, sem se lavar. Se você realmente está muito ansiosa, pode levar um tempo, até mesmo várias horas, antes de que você se sinta melhor, mas vai acabar acontecendo. Por outro lado, se você se lavar, mesmo que pouco, de tantas em tantas horas, isso vai reforçar sua ideia de que tem de se lavar para se sentir melhor.

JUNE: Mas por que três dias? Não posso tomar banho uma vez por dia, como outras pessoas?

TERAPEUTA: Pela mesma razão. Você ainda sentiria alívio, mesmo que esperasse 24 horas entre cada vez. E isso reforçaria sua crença de que tem de se “descontaminar” se lavando. Você tem que aprender a usar água e sabão para se sentir limpa e renovada, mas não para se “descontaminar”.

JUNE: Acho que entendo. Sei que tomo banho agora para tirar do meu corpo as coisas que me assustam. Eu tomava banho só para limpar o suor e a sujeira e era bom. Mas ainda não sei se aguento não me lavar por tanto tempo.

TERAPEUTA: O tratamento é muito exigente. Antes de começarmos o programa de tratamento, você vai ter de se comprometer consigo mesma que ainda que se sinta muito descon-

fortável e até incomodada, às vezes, não vai se lavar. Vou tentar lhe ajudar o máximo que puder planejando o tratamento de forma que você saiba o que esperar todos os dias e lhe dando apoio sempre que precisar. Alguém vai ter de ficar disponível para ajudar a supervisioná-la e apoiá-la quando você precisar. Entre as sessões, você sempre poderá me ligar aqui ou para casa, se surgir algum problema. Sei que o tratamento não vai ser fácil, mas tenho certeza de que você consegue se estiver convencida.

Nesse momento, não se deve exigir um compromisso firme, e sim conscientizar o paciente daquilo que lhe será exigido, para que possa se adaptar a essas expectativas e planejar atividades de acordo com isso durante o período de tratamento. O paciente deve tomar as providências necessárias para ir a sessões diárias durante três ou quatro semanas. Como se discutiu anteriormente, duas ou três sessões por semana podem ser suficientes para pacientes com sintomas menos graves. É importante que o paciente não minimize a dificuldade do regime do tratamento, a fim de estar preparado para se esforçar e entrar no tratamento com prontidão para mobilizar recursos internos e suporte emocional da família e dos amigos.

A história do paciente geralmente é coletada na primeira sessão. Como a coleta das histórias dos pacientes com TOC não é diferente de coletar as de outros pacientes psiquiátricos, não entraremos em detalhes aqui.

Planejamento do tratamento

O terapeuta começou a segunda sessão repassando brevemente o formulário de automonitoramento de rituais do paciente. O restante da sessão foi dedicado a desenvolver um plano de tratamento.

TERAPEUTA: Certo, agora quero discutir o nosso plano para cada dia durante a primeira semana de terapia. Precisamos expô-la, na imaginação e na realidade, às coisas que lhe incomodam, das quais falamos nas nossas primeiras sessões. Como já disse, também vamos limitar o quanto você vai lavar. As exposições reais vão se concentrar em confrontar as coisas que podem contaminá-la. A restrição a lavar vai lhe ensinar como viver sem rituais. Na exposição por imagens, você vai imaginar que está tocando alguma coisa de que tem medo, como vasos sanitários, e não se lavando, e depois ficando doente. Podemos imaginar que você vai a um médico que não consegue descobrir

qual é o problema e não sabe como resolvê-lo. É esse tipo de medo que você tem, não é?

JUNE: É, isso e que o Kenny fique doente e que seja minha culpa.

TERAPEUTA: Certo, então, em algumas cenas você vai ficar doente e, em outras, Kenny fica doente. Devo acrescentar que outras pessoas a culpem por não tomar cuidado? É disso que você tem medo?

JUNE: Sim, principalmente a minha mãe.

TERAPEUTA: Está bem. Faremos com que ela a critique por não tomar cuidado suficiente. Você consegue se lembrar de alguma outra coisa que poderíamos acrescentar à imagem?

JUNE: Não, é mais ou menos isso.

TERAPEUTA: Podemos compor as cenas em detalhes depois que planejarmos as exposições reais. Vamos revisar a lista de coisas que você evita ou tem medo de tocar e ter certeza de que listamos na ordem certa. Então decidimos no que trabalhar em cada dia, pode ser?

JUNE: Pode.

June revisou a lista, que incluía itens como latas de lixo, chão da cozinha, chão do banheiro, tapete de lugares públicos, terra de plantas, poças d'água, pneus, cocô de cachorro seco e cocô de pássaro. As mudanças foram feitas segundo a necessidade.

TERAPEUTA: Bem, agora vamos planejar o tratamento. No primeiro dia, começamos com coisas que você classificou abaixo de 60, como tocar neste tapete, maçanetas que não estejam dentro de banheiros, livros nas minhas prateleiras, interruptores e corrimãos. No segundo dia, faremos os níveis 60 a 70, como torneiras, chão, roupa suja e coisas na escrivaninha do Kenny. [O terapeuta continua a detalhar as sessões 3 a 5, aumentando o nível de dificuldade a cada dia.] Na segunda semana, repetiremos as piores situações, como sarjetas, pneus, banheiros públicos, cocô de passarinho e de cachorro e também acharemos um animal morto para caminhar perto e tocar a rua próxima a ele.

Em raras ocasiões, a confrontação direta com um objeto temido (p. ex., pesticidas ou outras substâncias químicas) pode causar danos reais. Nesses casos, o terapeuta deve usar seu discernimento para encontrar um meio-termo entre a evitação total e o perigo. No caso de substâncias químicas, por exemplo, os pacientes são expostos a pequenas quantidades que objetivamente, não são prejudiciais. No caso de June, o terapeuta decidiu que o contato direto com um animal morto não era necessário e que pisar a

pele do animal com a sola de seu sapato e depois tocar a sola já seria exposição suficiente. Em geral, o terapeuta deve avaliar o nível de aflição obsessiva que será evocado por uma dada exposição, com os riscos objetivos acarretados pela exposição completa. Os pacientes com TOC têm dificuldades de avaliar esse risco de forma realista, então é responsabilidade do terapeuta avaliar se é o caso de fazer a exposição. Por exemplo, os pacientes com medo de contrair HIV certamente ficariam muito aflitos se lhes fosse pedido que manuseassem uma seringa hipodérmica encontrada em uma sarjeta, mas como a exposição a esse tipo de estímulo tem riscos objetivos, eles não devem ser incluídos na hierarquia de tratamento.

TERAPEUTA: Como lhe parece esse plano?

JUNE: A primeira semana está bem, mas estou com muito medo da segunda. Não sei se vou conseguir fazer os banheiros e o cocô de cachorro nesse tempo.

TERAPEUTA: Muitas pessoas se sentem assim no início, mas no fim da primeira semana, você não vai estar com tanto medo quanto agora de tocar pneus ou banheiros públicos. Lembre-se de que vou estar aqui para lhe ajudar, porque provavelmente vai ser difícil no começo.

JUNE: Sim, eu sei disso. De qualquer forma, acho que não tenho escolha. Essa coisa de lavar é uma loucura e fico chateada comigo mesma. Acho que mais pronta que estou não vou ficar.

TERAPEUTA: Que bom, então não se esqueça, vou pedir que você continue trabalhando nessas coisas por duas a três horas em casa, depois de cada sessão, mas você já vai ter feito todas elas comigo, então não acho que vá ser tão difícil. Suponho que você terá falado com Kenny para lhe ajudar, já que vi que ele estava na sala de espera.

JUNE: Falei, e ele disse que tudo bem. Ele queria saber o que tem de fazer.

TERAPEUTA: Vamos dizer que ele entre. Você falou com sua cunhada sobre estar disponível quando Kenny estiver trabalhando durante o dia?

JUNE: Falei e ela foi muito legal, mas não podia vir hoje por causa das crianças.

TERAPEUTA: Se for difícil para ela vir, posso falar com ela por telefone. Por que você não vai buscar o Kenny agora?

Tratamento

June teve 15 sessões de tratamento, todos os dias da semana por três semanas. Na quarta semana, o te-

rapeuta a visitou duas vezes em sua casa, durante 4 horas cada vez. Nessas visitas, sob supervisão do terapeuta, ela contaminou toda a casa e se expôs a objetos, na casa e na vizinhança, que lhe causavam aflição. A partir dali, foram instituídas sessões de seguimento uma vez por semana para garantir a manutenção dos ganhos e tratar de alguma outra questão que a preocupasse.

Como discutido antes, o tratamento começa com a exposição a itens de dificuldade moderada na hierarquia e avança para os mais perturbadores no início da segunda semana. Os itens mais desconfortáveis são repetidos durante o restante da segunda e da terceira semanas. A sequência a seguir, que ocorreu no sexto dia do tratamento, exemplifica esse processo.

TERAPEUTA: Como foi o seu fim de semana?

JUNE: Não muito bom. Acho que foi como eu poderia esperar. Tomei meu banho no domingo e fiquei tão nervosa com terminar no tempo que nem sei se me lavei direito.

TERAPEUTA: A maioria das pessoas se sente assim. Lembre-se, contudo, de que você não precisa se lavar “direito”, só se lavar. O Kenny cronometrou?

JUNE: Sim, ele disse os minutos como você mandou, “5, 7, 9”, e depois “parar”.

TERAPEUTA: Você parou quando ele disse?

JUNE: Parei, mas não foi fácil.

TERAPEUTA: Eu sei, fico muito contente que você tenha cumprido as regras.

JUNE: Já decidi que essa é a minha chance de melhorar, então estou me esforçando.

TERAPEUTA: Ótimo, fico feliz que você esteja tão positiva. Como foi a tarefa de casa?

JUNE: Eu toquei no chão, na sola do meu sapato e no cimento. Está tudo escrito lá, na planilha diária. No sábado, fui à casa da minha irmã para poder brincar com as crianças, como conversamos. Eles pisaram em mim quando eu estava deitada no chão e tentei tocar o traseiro deles quando os abracei. No domingo, Kenny e eu fomos ao parque. Eu não me sentei na grama, mas caminhei um pouco e depois toquei nos meus sapatos.

TERAPEUTA: Nas solas?

JUNE: É. Também fomos ao centro e coloquei umas coisas no lixo e empurrei para baixo, e tentando tocar os lados. É meio difícil porque me sentia exposta, mas fiz mesmo assim.

TERAPEUTA: Isso parece muito bom. Fico feliz por ouvir. E quanto a caminhar no jardim?

JUNE: Fiquei de pé no jardim, mas não consegui tocar na terra. O cachorro do vizinho sempre corre por tudo. Eu sei que deveria ter tocado, mas não tive coragem.

TERAPEUTA: Bom, você já fez muitas coisas. Vamos planejar sair para a rua hoje e fazer isso juntos, aí vai ser mais fácil para você caminhar no jardim quando for para casa.

JUNE: Está bem.

June cumpriu muito bem o regime de tratamento. Alguns pacientes podem ter lapsos na prevenção de respostas, principalmente durante a primeira semana do programa de tratamento. O terapeuta deve reforçar o paciente pelo cumprimento parcial, enfatizando a necessidade de cumprir integralmente as instruções do tratamento.

Com relação ao trabalho de exposição, não é raro que os pacientes deixem de realizar algumas tarefas de casa. Mais uma vez, eles devem receber reforço pelo que realizaram e ser estimulados a completar todas as tarefas.

TERAPEUTA: Como vão você e Kenny?

JUNE: Ele ficou irritado no domingo de noite, depois do banho, porque eu comecei a perguntar como ele se lavava e se eu estava limpa o suficiente. Acho que o incomodei demais, e ele perdeu a calma. Ficamos assistindo à televisão e, depois de um tempo, conversamos um pouco e ele se desculpou por ter se irritado. Mas entendo, pergunto muita coisa. Fora isso, o resto da semana foi bem.

TERAPEUTA: Bom, é uma pena que Kenny tenha se irritado, mas é bom que não tenha respondido às suas perguntas. Ele não deve dar reassurimento a você sobre limpeza.

JUNE: Acho que ele tem dificuldade de saber quando responder e quando não. Nem eu tenho certeza. Você poderia conversar com ele antes de quarta-feira, quando eu tomar banho de novo?

TERAPEUTA: É uma boa ideia. Vou ligar para ele depois que terminarmos a sessão de hoje. Agora vamos começar com uma cena de você dirigindo seu carro para vir à sessão comigo, o pneu fura e você tem de mudar. Os carros atiram água da poça perto de você, e ela cai no carro e em você. Aí você vê um animal morto quando caminha atrás do carro, e está bem atrás de você. Você realmente se sentiu contaminada. Vai até o posto de gasolina próximo para ver se eles podem consertar o pneu e tem tanta vontade de urinar que tem de usar o banheiro. Eles vão consertar

o carro se você tirar e trazer para eles, porque, caso contrário, estão ocupados demais. É claro que isso significa que você precisa manusear o pneu contaminado pelo animal morto. Vamos botar um pouco de cocô de pássaro na rua e na calçada. Aí, mais tarde, você começa a se sentir mal e acha que é por causa do animal morto. Parece ruim o suficiente?

JUNE: Sim, hummmm... essa é péssima. Tenho mesmo de fazer isso? Deixe para lá, já sei a resposta.

TERAPEUTA: Bom, eu quero que você feche os olhos agora e imagine que está dirigindo seu carro na avenida perto de sua casa.

Observe que o terapeuta conferiu a tarefa que a paciente tinha do dia anterior para ver se ela fez e se não teve evitação e rituais. Isso dá uma oportunidade para reforçar a autoexposição. É importante acompanhar a realização do trabalho de casa, porque os pacientes nem sempre fornecem voluntariamente informações sobre omissões, mas admitem quando deixam de cumprir se lhes for perguntado diretamente e, sem dúvida, realizarão a próxima tarefa se forem reforçados adequadamente.

Com relação ao conflito entre June e Kenny, é nossa experiência que, assim como Kenny, a maioria dos familiares está bastante disposta a ajudar, mas podem surgir dificuldades quando eles não conseguem ajudar sem ficar chateados, aumentando assim a tensão do paciente. Dar-lhes uma oportunidade de liberar sua frustração ao entrar em contato com o terapeuta, que também pode orientar em relação a outras reações possíveis, pode reduzir a tensão familiar.

As mesmas sessões também incluíam exposição por imagens em um cenário planejado com antecedência. Como esse cenário já foi discutido em detalhes com a paciente, não foi uma surpresa para ela. Apresenta-se por até uma hora, ou até que fique clara uma redução substancial na ansiedade. A seguir, o paciente enfrenta *in vivo* situações como as que estavam incluídas na cena imaginada.

TERAPEUTA: Agora está na hora de fazer para valer. Eu procurei um animal morto ao lado da estrada ontem e encontrei um, cerca de um quilômetro e meio daqui. Acho que deveríamos ir até lá.

JUNE: Arrgh, que horrível! Você teve de encontrar um só para mim!

TERAPEUTA: Hoje é nosso dia de sorte. Você sabia que teríamos de encontrar um hoje, de qualquer forma. Pelo menos está perto.

JUNE: Ótimo.

O humor é recomendado e pode ajudar muito se o paciente for capaz de responder a ele. Ao mesmo tempo, é importante que o terapeuta ria *com* a paciente e não *da* paciente. É comum que pacientes e terapeutas desenvolvam um código para discutir o TOC e seu tratamento, que é específico deles e voltado a promover a adesão ao tratamento. Por exemplo, uma dupla paciente-terapeuta começou a discutir o trabalho de casa de exposição como sendo “engolir o sapo”, com base em um provérbio que o paciente introduziu. Quando o terapeuta perguntou à paciente se ela tinha “engolido o sapo” naquela manhã, isso transmitia a dificuldade das tarefas de exposição que ela tinha de fazer entre sessões. É importante que o terapeuta observe o estilo interpessoal do paciente para determinar se essa brincadeira vai ajudar a promover os objetivos terapêuticos.

TERAPEUTA: (*Fora do consultório.*) Lá está, atrás do carro. Vamos até lá e tocamos o meio-fio e a rua em torno dele. Não acho que você precise tocá-lo diretamente, porque tem um cheiro meio ruim, mas quero que você pise perto dele, e depois toque a sola do seu sapato.

JUNE: Arghh! Está morto mesmo, que nojo!

TERAPEUTA: É, é um pouco nojento, mas, pensando bem, é só um gato morto. Que mal pode fazer?

JUNE: Não sei, e seu eu pegar germes na minha mão?

TERAPEUTA: Que tipo de germes?

JUNE: Germes de gato morto.

TERAPEUTA: De que tipo são?

JUNE: Não sei, só germes.

TERAPEUTA: Como os germes do banheiro que acabamos de manusear?

JUNE: Mais ou menos. As pessoas não saem por aí tocando em gatos mortos.

TERAPEUTA: Elas também não vão correndo para casa tomar banho ou passar álcool dentro do carro. Está na hora de superar isso. Então, chegue perto e vou fazer primeiro. (*June segue.*) Certo, toque o meio-fio e a rua. Aqui tem uma pedra que você pode levar e um pedaço de papel que estava debaixo do rabo do gato. Vamos, pegue.

JUNE: (*Parecendo muito incomodada.*) Arghh!

TERAPEUTA: Vamos segurar os dois. Agora encoste na sua testa e em sua saia, no rosto e no cabelo. Assim. Isso mesmo. Qual é o seu nível de ansiedade?

JUNE: Argh! 99. Eu diria que 100, mas é quase pânico. Se você não estivesse aqui, seria 100.

TERAPEUTA: Você já sabe, de experiências anteriores, que isso vai ficar muito mais fácil daqui a um tempo. Simplesmente mantenha e ficaremos bem aqui. Você está se saindo bem.

JUNE: (*Passam alguns minutos, em que ela se sente muito incomodada.*) Você faria isso se não fosse por mim?

TERAPEUTA: Claro, se esse carro fosse meu e eu derubasse a chave aqui, simplesmente pegaria e seguiria adiante.

JUNE: Você não teria de lavar?

TERAPEUTA: Não. Os animais mortos não são uma beleza, mas são parte do mundo em que nós vivemos. Quais são as chances de que a gente fique doente por causa disso?

JUNE: Muito poucas, acho. Eu me sinto um pouco melhor do que no início. É uns 90 agora.

TERAPEUTA: Muito bom! Simplesmente se mantenha assim agora.

A sessão continuou por mais 45 minutos ou até que a ansiedade diminuísse bastante. Durante esse período, a conversa se concentrou, geralmente, nas situações temidas e nas reações da paciente a elas. O terapeuta perguntou sobre o nível de ansiedade de June a cada 10 minutos, aproximadamente. É importante observar que ela e o terapeuta desenvolveram uma conversa por meio da tarefa de exposição, discutindo questões como habituação, risco, responsabilidade e resultados de longo prazo. Ao mesmo tempo, é imperativo recolocar o foco do paciente na tarefa de exposição em questão para garantir que ele permaneça engajado nela. Então, pedir classificações SUDS cumpre dois propósitos: fornece dados sobre redução de medos e devolve o foco do paciente à exposição. Contudo, se a discussão informal funciona como fator de distração, ajudar o paciente a *não pensar sobre* o que está fazendo, o terapeuta deve limitar essas conversas.

TERAPEUTA: Como você está se sentindo?

JUNE: Bom, é mais fácil, mas com certeza não me sinto ótima.

TERAPEUTA: Você consegue dar um número para isso?

JUNE: Uns 55 ou 60, eu diria.

TERAPEUTA: Você se esforçou muito hoje, deve estar cansada. Vamos parar agora. Quero que você leve o pau e a pedrinha com você para que continue contaminada. Você pode deixá-los no seu bolso e tocar neles muitas vezes por dia. Quero que você contamine a sua sala de trabalho e seu apartamento com eles. Encoste em tudo o que estiver à volta, inclusive tudo

o que estiver na cozinha, cadeiras, sua cama e as roupas em sua cômoda. Ah, eu também queria que você passasse de carro por este lugar quando fosse trabalhar e na volta. Você consegue fazer isso?

JUNE: Acho que sim. O problema é ir para casa com toda essa sujeira.

TERAPEUTA: Por que você não liga para o Kenny e combina de chegar em casa depois dele, assim ele pode estar por perto para lhe ajudar. Lembra-se você sempre pode me telefonar se tiver problemas.

JUNE: É, essa é uma boa ideia, vou sair do trabalho depois de ele sair. Até amanhã.

Esse cenário ilustra o processo da exposição *in vivo*. O terapeuta respondeu com clareza as perguntas levantadas, sem se desviar do propósito essencial da sessão, a exposição a um contaminante temido. Após o aumento inicial, para alguns pacientes a ansiedade pode começar a decair relativamente rápido, ao passo que, para outros, pode ser necessário mais tempo. Como observado anteriormente, é recomendável que se continue a exposição até que o paciente pareça estar visivelmente mais à vontade e informe uma redução substancial na ansiedade (40 ou 50%).

Depois de 10 a 15 sessões, espera-se que o nível de ansiedade informado pelo paciente diminua consideravelmente. Na 15ª sessão, June relatava sentir um desconforto máximo de 70 SUDs (ainda um pouco alto, embora reduzido em relação a 99 SUDs), que durou alguns minutos. Sua ansiedade mínima foi de 35 SUDs. Seu nível de ansiedade médio durante essa sessão foi de 45 SUDs. Em termos ideais, no fim do tratamento, o nível mais alto não deve passar de 50 SUDs e deve cair abaixo de 20 no fim da sessão. No caso de June, foram necessárias mais sessões de seguimento porque sua ansiedade ainda estava bastante alta.

Para facilitar uma transição para um comportamento normal em termos de limpeza e lavagem, o terapeuta instituiu um regime de lavagem normal durante a terceira semana do tratamento. Permitiu-se que a paciente tomasse um banho de 10 minutos por dia e lavasse as mãos não mais do que cinco vezes de 30 segundos, quando houvesse sujeira visível ou quando elas estivessem pegajosas.

Quando o terapeuta chegou para uma sessão de tratamento em casa na semana seguinte, aconteceu a seguinte conversa:

TERAPEUTA: Como você passou o fim de semana?

JUNE: Nada mal, mas fiquei um pouco chateada no sábado. Fomos a um piquenique e havia mui-

tas pilhas de cocô de cachorro ao redor. Eu tinha meus chinelos e queria jogar voleibol. Não se pode de chinelos, então fui de pés descalços.

TERAPEUTA: Isso é ótimo! Que bom ouvir isso.

JUNE: É, mas aí fiquei muito chateada de ir para casa e levar sujeira para dentro do apartamento. E fiz isso. Eu caminhei por tudo de pés descalços e de chinelos, mas me preocupei com isso o dia inteiro, até conversar com Kenny sobre o que estava pensando no domingo, perto do meio-dia. Me senti melhor quando ele disse que não se preocuparia com isso. Parece que me sinto culpada ou alguma coisa assim, se a casa não está limpa o suficiente. Mas ultimamente, se ele diz que está limpa, tenho conseguido aceitar sua palavra.

TERAPEUTA: Com o tempo, você vai poder fazer esse tipo de julgamento por conta própria. E sobre a limpeza?

JUNE: Foi tranquilo. Eu me lavi por um minuto antes de comer, porque tinha poeira do jogo de vôlei. Deliberadamente deixei de me lavar quando cheguei em casa, porque me senti mal e sabia que se me lavasse, isso seria me “descontaminar”. Tomei banho no sábado de noite e me senti aliviada, mas sabia que tinha de caminhar de pés descalços e tocar no chão em que caminhasse, então fiz isso.

TERAPEUTA: Que ótimo! Parece que você deu conta de tudo. Fico realmente satisfeito. Você evitou se lavar quando isso significaria reduzir os sentimentos de contaminação e se expôs quando estava preocupada com germes. Isso é excelente. Agora, vamos ver as situações problemáticas que ainda precisam ser trabalhadas aqui na casa. Que coisas a incomodam?

JUNE: O porão. Eu não tenho trabalhado muito com a caixa do gato e uns sapatos velhos que joguei lá há um ano porque ficaram contaminados. No armário ainda tem umas roupas contaminadas. E ainda me preocupo um pouco com o pátio. E a varanda. As pombas pousam no telhado e tem pingos no corrimão, então pensei em esperar até você vir para fazer isso.

TERAPEUTA: Certo, comecemos por baixo e vamos subindo. O que é mais fácil?

JUNE: O porão e os armários.

TERAPEUTA: Bom, vamos lá para baixo.

A exposição aos contaminantes durante a visita em casa é conduzida da mesma maneira que aquelas que ocorrem durante as sessões. Geral-

mente, as sessões em casa duram mais, de duas até quatro horas, até que todos os itens “sujos” sejam tocados e os lugares “limpos” estejam contaminados. Essas visitas devem ser repetidas caso o paciente expresse considerável preocupação a respeito de sua capacidade de adotar uma prática permanente de não evitação.

Sessões de seguimento

June fez consultas semanais por três meses, até que teve uma recaída depois de desenvolver uma nova obsessão. Ela começou a ficar preocupada com atropelar um pedestre ao dirigir. Pensamentos sobre “ter atropelado alguém” invadiam sua cabeça, especialmente depois de ter dobrado uma esquina ou de olhar no espelho para mudar de pista. Uma vez evocados, persistiam por várias horas. Para superar esse problema, o terapeuta a orientou a dirigir mais e se abster de voltar ou olhar no espelho para buscar pessoas atropeladas. Ele disse a June que ela só poderia parar o carro se tivesse certeza de que bateu em alguém. Os pensamentos de que isso *poderia* ter acontecido deveriam ser ignorados. Para reduzir a ansiedade de June sobre ter obsessões (p. ex., “Meus Deus, vai acontecer de novo, é horrível”), ela foi aconselhada a esperar ocasionais recorrências dos pensamentos obsessivos. A frequência das obsessões sobre atropelar alguém diminuiu de várias vezes ao dia a uma vez por semana, depois de três semanas de autoexposição e a ansiedade associada diminuiu de 95 a 50 SUDs ou menos.

Entre as obsessões de June relacionadas aos germes, somente a das fezes de cachorro voltava parcialmente. Os medos de banheiros públicos e de animais mortos permaneciam baixos. O terapeuta achava que o medo que ela tinha de fezes de cachorro tinha recebido atenção insuficiente durante o tratamento. Para tratar desse retorno do medo, June tinha consultas três vezes por semana, para sessões de exposição de uma hora, nas quais ela tocava em manchas marrons na calçada e passava perto de fezes de cachorro, e depois pisava nelas. As tarefas de casa eram ir a parques, caminhar nas calçadas sem olhar, pisar em fezes de cachorro e pisar na grama onde ela achava que os cachorros tinham passado. Esse tratamento continuou por quatro semanas e foi reduzido a duas vezes por semana, por mais três semanas. Depois disso, June vinha uma vez por semana por outras seis semanas, nas quais o terapeuta prescreveu autoexposição e lidava com suas preocupações cotidianas. Matérias sobre herpes na imprensa fizeram com que ela desenvolvesse uma breve preocupação com banheiros públicos, mas isso se dissipou em alguns dias.

No diálogo a seguir, o terapeuta repassava com June seu progresso em um seguimento de nove meses.

TERAPEUTA: Eu queria saber como você se sente em comparação com quando veio aqui, há nove meses.

JUNE: Com certeza estou muito melhor, mas ainda tenho dias ruins, quando me preocupo com alguma coisa e me recrimino. Mas quando me lembro de como estava incomodada no verão passado e como me lavava, está realmente muito melhor. Talvez 80% melhor. Ainda não estou pronta para ser a enfermeira-chefe do andar, mas o emprego que consegui depois do tratamento está bem bom, por agora. Kenny e eu estamos bem, fora que ele está muito sensível se menciono um dos meus medos. Eu queria que ele só ouvisse e dissesse “Está bom” ou alguma coisa em vez de me olhar preocupado. Parece que ele tem medo de que vou ficar mal de novo. Assim fica difícil me sentir à vontade para falar, mas às vezes ele consegue lidar bem com isso. Eu não posso reclamar. Ele também teve de aguentar muita coisa, eu estava muito mal no ano passado, e antes disso.

TERAPEUTA: Fico feliz de ouvir que você se sente muito melhor. Você parece muito mais relaxada, está rindo mais. Não sei se você se lembra, mas você nunca ria, no início.

JUNE: Me lembro.

TERAPEUTA: O que restou agora, os outros 20%?

JUNE: Obsessões, acho. Ainda poderia trabalhar com o meu medo de atropelar alguém. Em geral dura menos de 15 minutos, mas às vezes, entra pela noite.

TERAPEUTA: Com que frequência?

JUNE: Uma vez por semana ou a cada duas semanas. Eu ainda sinto necessidade de evitar caminhar pela grama nos parques. Fico superalerta. Faço isso com muita frequência, mas sinto que estou fazendo.

TERAPEUTA: Você quer dizer que precisa relembrar a si mesma de não evitar as fezes de cachorro?

JUNE: Vejo as coisas em preto e branco, tudo bom ou tudo ruim. Quando vejo, estou me sentindo culpada por coisas tolas, como comer sobre-mesa depois de uma refeição completa. Consigo parar, mas é como se quisesse me punir e ter pensamentos ruins sobre o que fiz. Tenho de fiscalizar. Mesmo assim, esses pensamentos não são nem parecidos com o que eram.

Agora consigo me divertir. E o trabalho me absorve muito, então consigo ficar dias inteiros sem me recriminar por alguma coisa. Será que sempre vou fazer isso?

TERAPEUTA: Talvez um pouco. Sabemos que você tem tendência a obsessões. A maioria das pessoas que têm um problema obsessivo-compulsivo diz que os rituais e a necessidade de realizá-los diminui mais depressa do que as ideias obsessivas. Você poderá ter pensamentos perturbadores por um tempo, mas pode esperar que eles se tornem menos frequentes se tiver cuidado de não tentar controlá-los com rituais e evitando coisas. Você consegue dar conta disso?

JUNE: Acho que sim. Não é muito divertido, mas acho que estou tendo uma vida normal de novo. Acho que todo mundo tem problemas para enfrentar.

É raro os pacientes relatarem uma remissão completa de todas as obsessões. Seria fora da realidade levar um paciente a pensar que quatro semanas de tratamento resultariam em uma ausência total de obsessões e rituais. Os pacientes devem esperar alguma luta permanente com as obsessões e as premências de fazer rituais. As estratégias para enfrentar essas dificuldades ocasionais devem ser ensaiadas.

COMPLICAÇÕES DURANTE O TRATAMENTO COMPORTAMENTAL

É claro que podem surgir dificuldades durante a implementação do tratamento com EPR para TOC. A seguir, descrevem-se várias dessas e se discutem possíveis soluções.

Não adesão à prevenção de resposta

As pessoas com TOC costumam relatar que realizaram rituais apesar das instruções para prevenção de resposta. Na maioria dos casos, eles representam *escorregões* breves que o terapeuta trata reiterando a fundamentação do regime de tratamento e a necessidade de seguir à risca as instruções de prevenção. O terapeuta também pode sugerir formas com as quais o ritual pode ser “desfeito” (p. ex., recontaminar ou voltar a acender e apagar o fogão).

Às vezes, as pessoas que estão apoiando o paciente relatam descumprimento da prevenção de resposta ao terapeuta, que deve discutir com o paciente, enfatizando o fato de que deixar de cumprir continuamente as instruções pode fazer o tratamento fracassar. A seguir, um exemplo de como se pode apresentar ao paciente o descumprimento da prevenção de resposta.

“Eu entendi, a partir do que seu pai disse, que por três vezes, neste fim de semana, viu você conferindo a porta da frente cinco ou seis vezes antes de sair de casa. Como combinamos na primeira sessão, ele me telefonou para informar das suas verificações. Tenho certeza de que você se lembra de que combinamos que só iria conferir a porta uma vez, e que se tivesse algum problema, discutiria com seu pai ou comigo imediatamente, para que pudéssemos ajudá-la a superar sua premência para fazer rituais. Você pode me explicar o que aconteceu?”

Se o paciente reconhece o escorregão e responde renovando o acordo para seguir instruções, o terapeuta não precisa seguir com a questão. Entretanto, se acontece uma segunda infração importante, o terapeuta deve relembrar o paciente das regras da terapia e da fundamentação dessas regras, resolvendo os problemas específicos de como implementar com sucesso a prevenção de rituais. No decorrer dessa discussão, se ficar claro que o paciente não está disposto a considerar essas recomendações e que continua comprometido com os rituais e com a evitação como forma de reduzir a aflição das obsessões, o terapeuta pode mencionar interromper o tratamento a menos que o paciente esteja pronto para cumpri-lo.

“Parece que, neste momento, você não está em condições de parar de fazer rituais. Para que o tratamento funcione, é essencial que você pare *completamente* com seus rituais. Sempre que aliviar o seu desconforto por meio dos rituais, você impede a si mesma de aprender que a ansiedade acabaria diminuindo sem rituais, e não permite que seus medos obsessivos sejam desconectados da aflição e da ansiedade. Expôr-se a situações de que tem medo sem parar com seus rituais não vai ajudar. Se você não conseguir seguir à risca a regra de não realizar rituais, temos de parar com o tratamento agora e esperar até que você esteja realmente preparada para cumprir todos os requisitos. É muito difícil que as pessoas resistam à premência dos rituais, e pode ser que você ainda não esteja pronta e vá se sentir com mais capacidade para fazê-lo no futuro. É muito melhor parar com o tratamento agora do que continuar em condições nas quais você provavelmente não vai se beneficiar. Isso só faria com que você tivesse menos esperanças de melhorar no futuro.”

Como discutido anteriormente, os pacientes às vezes substituem os rituais identificados por pa-

drões de evitação menos óbvios. Por exemplo, um paciente pode usar creme de mãos para “descontaminar” as mãos em vez de lavar exageradamente como antes. Se isso acontecer, o terapeuta deve orientar imediatamente o paciente para que pare com o novo ritual. Outros exemplos de rituais de lavagem substitutos são esfregar as mãos ou assoprar os “germes”, e as verificações amplas costumam ser substituídas por olhadas rápidas. Deve-se questionar diretamente o paciente, solicitando esse tipo de informação, da seguinte forma:

“Agora que você parou com seus rituais de lavagem, você se surpreende fazendo outras coisas para aliviar sua ansiedade? Por exemplo, algumas pessoas começam a esfregar as mãos com papel-toalha ou lenços de papel como substituto para a lavagem com água e sabão. Você está fazendo alguma coisa desse tipo?”

Se a resposta for *sim*, o terapeuta deve identificar esses novos comportamentos como rituais e instruir o paciente a resistir a eles da mesma forma que resiste a outras compulsões.

Evitação passiva continuada

Os pacientes que continuam a evitar situações que provavelmente provocariam aflição obsessiva também vão experimentar resultados menos intensos de EPR. Por exemplo, o paciente pode colocar roupas “contaminadas” de volta no armário como foi instruído, mas, ao fazê-lo, certificar-se de que elas não toquem as roupas limpas. Esse tipo de evitação reflete uma atitude ambivalente em relação ao tratamento e prejudica a habituação da ansiedade a situações temidas. Como esse tipo de processo pode prejudicar os resultados, a presença de comportamentos de evitação continuados e frequentes demanda que o terapeuta e o paciente reavaliem se o tratamento deve continuar.

TERAPEUTA: Jim, vamos ver se você está fazendo seu trabalho de casa da forma correta. Eu sei que você tinha dificuldades de colocar sua roupa íntima suja junto com as outras roupas usadas. Como está isso?

PACIENTE: Bom, eu tinha receio de que você perguntasse. Eu ainda não misturei, fiquei com muito medo.

TERAPEUTA: Falamos disso há vários dias e sua orientação era fazer naquela noite. Teria sido melhor que você me dissesse no dia seguinte que não conseguiu. O que eu queria que você fizesse para amanhã é trazer umas roupas su-

jas. Traga as roupas íntimas e as outras roupas em sacos separados, e nós vamos misturar aqui no consultório. Tem alguma outra coisa que você tenha evitado e não me contou?

PACIENTE: Acho que não.

TERAPEUTA: Quero que você preste muita atenção a coisas que têm feito, ou não tem feito, e faça uma lista de algo que esteja evitando, principalmente o que deveria fazer para a terapia. É muito importante que você não se proteja evitando situações desconfortáveis, pois, se não evitar essas situações, seus sintomas obsessivo-compulsivos não vão melhorar. Vamos tentar mais uma vez, mas se você não conseguir enfrentar essas situações problemáticas sem essas pequenas evitações, talvez fosse melhor adiar seu tratamento para um momento posterior, quando você tiver mais condições de cumprir o tratamento.

Discussões

Alguns indivíduos que realizam a exposição solicitada sem fazer rituais podem tentar envolver o terapeuta em discussões sobre as tarefas. É bastante tentador se envolver em discussões com os pacientes sobre o que farão ou deixarão de fazer durante o tratamento. Para evitar isso, é importante que o terapeuta e o paciente concordem com algumas regras básicas antes de começar o programa intensivo. Os pacientes devem concordar em seguir o plano de tratamento que desenvolveram em conjunto com o terapeuta e se expor às situações aflitivas sem discutir. Novas situações temidas que venham a ser descobertas devem ser discutidas e se deve desenvolver um novo programa de exposições de comum acordo, antes de realizar exposições a novas situações. Se um paciente questiona ou tenta alterar uma exposição planejada, o terapeuta deve reconhecer e se solidarizar com o desconforto do paciente, indagar sobre as razões para a hesitação e estimular o paciente a prosseguir, da seguinte forma:

“Que pena que você está tendo tanto problema para se sentar no chão. Sei que é difícil e que você está assustado, mas não vai ajudar nada se postergarmos a exposição para outro dia ou se deixamos que você simplesmente não a execute. Você realmente precisa tocar o chão. Então, vamos em frente e façamos isso agora mesmo. Concordamos que hoje é o ‘dia do chão’ e eu não ajudaria nada se o deixasse evitar. Lembre-se, contudo, de que estou aqui para apoiar quando você ficar chateado.”

Em alguns casos, as dificuldades podem ser superadas expondo o paciente, inicialmente, a itens semelhantes que gerem um nível inferior de aflição. Por exemplo, se um paciente se recusa a tocar um vaso sanitário, o terapeuta pode lhe pedir que comece tocando o chão do banheiro e a porta do box. Posteriormente, ele pode tocar as paredes do box e a descarga antes de passar ao assento do vaso.

Sobrecarga emocional

Ocasionalmente, durante o tratamento, o paciente pode se sentir sobrecarregado por medo ou outra emoção que não esteja diretamente relacionada a seus sintomas de TOC. Por exemplo, pode estar chateado com um evento recente (como a morte de um parente) ou com medo de enfrentar planos futuros (p. ex., morar sozinho ou conseguir emprego). A implementação de exercícios de exposição não é recomendável quando o paciente estiver extremamente incomodado, porque é pouco provável que ele preste a devida atenção ao estímulo da exposição. Sendo assim, a habituação à ansiedade não acontece. Em vez disso, o terapeuta deve discutir a situação desconfortável com o paciente e só continuar com a exposição quando ele estiver mais calmo. Em raras ocasiões, a exposição pode ser adiada até a sessão do dia seguinte. Se esse padrão começa a se repetir, pode ser recomendável interromper o tratamento até que a crise termine.

Reações não ansiosas a exposições

Ocasionalmente, os pacientes respondem a exposições com emoções que não a ansiedade ou a aflição, por exemplo, raiva ou depressão. As observações clínicas sugerem que a raiva muitas vezes serve como meio para evitar a aflição ou a ansiedade, que é alvo da exposição. Se isso acontecer, a raiva deve ser considerada como evitação. O terapeuta deve redirecionar o foco do paciente aos aspectos que geram ansiedade na situação e indicar a ele que a raiva só faz atrapalhar os avanços.

Às vezes, o paciente se deprime ao ser exposto às consequências temidas de seus comportamentos, durante a exposição por imagens. Essa depressão e outras reações emocionais podem reduzir a eficácia do tratamento, e o terapeuta precisa ajudar o paciente a voltar sua atenção aos sinais que evocam a ansiedade. Isso se pode fazer afastando o conteúdo da exposição com imagens das consequências temidas e em direção aos sinais externos de ameaça. Às vezes, esse redirecionamento não resolve o problema e o paciente continua a apresentar reação depressiva à exposição. Nesse caso, devem-se desenvolver cenários alternativos que não evoquem a depressão.

Rituais e medos emergentes

Como mencionamos anteriormente, às vezes, os pacientes desenvolvem *novos* medos ou rituais durante o tratamento. O conteúdo desses novos sintomas costuma estar muito relacionado aos medos originais e pode ser tratado aplicando-se a esses medos as instruções de EPR dadas anteriormente no tratamento. Por exemplo, depois da implementação com êxito da prevenção de resposta para seu hábito de se lavar compulsivamente, F. começou a esfregar as mãos para descontaminá-las. O terapeuta identificou isso como outro ritual e o instruiu a resistir à premência de esfregar as mãos. A seguir, F. começou a esfregar sutilmente os dedos nas palmas das mãos para limpá-las e reduzir a ansiedade. O terapeuta pediu que parasse com esse ritual, como tinha feito com os outros, e ele conseguiu, mais uma vez.

Alguns medos que surgem podem não estar conectados tão claramente aos medos originais do paciente. Por exemplo, o medo que June desenvolveu de atropelar alguém ao dirigir não tinha uma relação evidente com seus medos de contaminação. Uma avaliação mais aprofundada muitas vezes resulta na descoberta de um vínculo conceitual entre os dois medos relatados. No caso de June, seu medo de ser responsabilizada por fazer alguém adoecer ou morrer, e sua preocupação com ser considerada uma “má pessoa” por ter matado alguém ou porque cheirava a fezes de cachorro, podem ter sido a conexão entre os dois medos identificados. Nesses casos, é importante que o terapeuta desenvolva exposições que incluam sinais para esse medo mais geral. O terapeuta de June poderia realizar exposições por imagens que incluíssem pessoas que a criticam ou a responsabilizam por fazer alguém morrer.

Reações familiares negativas

Como os familiares geralmente já vivenciaram anos de frustração com os sintomas do paciente, não surpreende que alguns percam a paciência, por esperar que o tratamento avance sem percalços e resulte em remissão total dos sintomas. Não é raro que membros da família se decepcionem ou se irritem quando percebem que os sintomas não estão cedendo com a rapidez que gostariam. Nesses casos, o terapeuta deve assegurar aos familiares que eventuais reações ansiosas são normais e não refletem fracasso. Deve-se recomendar que a família reaja com calma e dê apoio se o paciente tiver um surto de ansiedade.

Muitas vezes, as famílias desenvolveram padrões de comportamento voltados a reduzir a aflição do paciente. Alguns familiares podem dar continui-

dade a esses padrões, numa tentativa de proteger o paciente de situações desconfortáveis ou porque é difícil romper hábitos estabelecidos ao longo de anos para acomodar as solicitações do paciente. Por exemplo, P., que estava acostumado a entrar em casa pelos fundos, tirando a roupa imediatamente e tomando banho, em função de sua mulher, foi instruído a entrar pela porta da frente e jogar o casaco no sofá. Da mesma forma, os familiares podem continuar a realizar uma série de atividades domésticas que passaram a considerar sua responsabilidade em função do desejo do paciente de evitar a aflição causada pela tarefa. Por exemplo, P. era responsável por preparar todas as refeições da família porque sua mulher tinha medo de contaminar a comida sem querer. Como esse tipo de padrão familiar pode atrapalhar o avanço do tratamento, o terapeuta deve perguntar ao paciente e a seus familiares sobre esses hábitos e prescrever alternativas adequadas que maximizem a exposição e minimizem a evitação.

Funcionando sem sintomas

No final do tratamento, muitas pessoas com TOC sentem um vazio considerável em suas rotinas cotidianas. O fato de não mais precisarem alocar uma parte considerável de seu dia a rituais as deixa pensando no que fazer. O terapeuta deve ser sensível a essas questões e ajudar a planejar novos objetivos sociais ou ocupacionais a ser atingidos depois da terapia. Se for necessário, o terapeuta deve realizar sessões extras ou encaminhar o paciente a outro terapeuta que tratará de questões de ajuste. Também pode ser o caso de que os tratamentos comportamentais, como a Terapia de Aceitação e Compromisso (*Acceptance and Commitment Therapy*; ACT), sejam diretamente aplicáveis a esse problema devido a um foco explícito no funcionamento. Os pacientes com TOC podem ser mais vulneráveis à crença de que não conseguirão avançar em suas vidas a menos que suas obsessões sejam eliminadas, e a ACT é particularmente adequada para tratar esse tipo de problema. Evidências preliminares de uma série de estudos de caso sugerem a aplicabilidade da ACT ao TOC (Twohig, Hayes e Masuda, 2006); e um ensaio controlado randomizado proporciona fortes evidências da eficácia da ACT (Twohig et al., 2010).

Como passaram anos realizando seus rituais, os pacientes podem estar incertos sobre o que é o comportamento normal. O terapeuta deve oferecer orientações sobre como se lavar, conferir, repetir ou organizar. Se ainda houver rituais presentes, será

preciso instruir os pacientes a continuar a prevenção de resposta de alguns comportamentos, para garantir a manutenção dos ganhos do tratamento. O paciente também pode desenvolver um medo de que os sintomas de TOC voltem. O terapeuta deve deixar claro que simplesmente lavar as mãos uma vez não quer dizer o começo de uma recaída.

CONCLUSÃO

Neste capítulo, revisamos a literatura sobre TOC e seu tratamento, e apresentamos transcrições de interações entre paciente e terapeuta para demonstrar como a EPR é implementada. Nossa revisão ilustra claramente que muito já se sabe sobre a TCC e a farmacoterapia para TOC. Em nossa prática clínica com adultos, somos guiados pela pesquisa empírica resumida neste capítulo, embora nem todas as nossas decisões clínicas estejam sustentadas em estudos empíricos. Por exemplo, nenhum estudo controlado, de comparação direta, indicou que a EPR dá resultados superiores a tratamentos menos intensivos, mas, mesmo assim, geralmente damos tratamento intensivo a nossos pacientes adultos com TOC, pelo menos moderadamente grave. Embora nossa experiência clínica sugira que sessões semanais são provavelmente insuficientes para gerar ganhos significativos na maioria dos pacientes adultos com TOC, ainda é preciso estabelecer se duas ou três sessões semanais teriam resultados comparáveis a sessões diárias, imediatamente após o tratamento e no seguimento. Pesquisas futuras devem examinar essa questão importante para estabelecer uma curva de “dose-resposta” para EPR. Em nossa opinião, clinicamente, a gravidade inicial, a comorbidade e a prontidão motivacional do paciente para se envolver no tratamento influenciam nossas recomendações relativas ao cronograma de visitas de EPR. Outra questão importante é como combinar EPR à medicação. Pesquisas futuras nos permitirão identificar o tratamento ideal para determinado paciente.

Resultados empíricos e observações clínicas convergem para indicar que o tratamento psicossocial para TOC deve envolver exposição e instruções para prevenção de rituais, e deixar de realizar as exposições às situações que geram mais ansiedade provavelmente irá comprometer os resultados. Em relação à questão da exposição com ajuda do terapeuta comparada à autoexposição, costumamos optar pela primeira em nossa atividade clínica. Atualmente, parece prematuro eliminar a ajuda do terapeuta nos exercícios de exposição, pois os estudos existentes têm problemas metodológicos, como tamanhos de amostra insuficientes, e um en-

saio randomizado controlado sobre TOC pediátrico concluído recentemente indicou que EPR com exposição durante a sessão foi superior a uma forma breve de EPR que não incluía esse procedimento (Franklin et al., 2011). Em relação ao papel cumprido pelas intervenções cognitivas no tratamento de TOC, o programa de EPR descrito neste capítulo é um tratamento *cognitivo-comportamental* no sentido de que visa cognições e comportamentos. Entretanto, geralmente não incluímos a reestruturação cognitiva formal. Pesquisas futuras precisam delinear quais procedimentos cognitivos e comportamentais são mais eficazes para corrigir emoções patológicas específicas. Os procedimentos cognitivos também podem ser usados em *programas de prontidão* voltados a ajudar os pacientes que estejam muito ambivalentes em relação a EPR a entender que o tratamento é tolerável e eficaz. Ensaio clínico até o momento sugerem que, embora os medicamentos antidepressivos para TOC não interferiram na eficácia da TCC, o tratamento combinado não é necessariamente mais eficaz do que somente EPR. Contudo, a redução parcial dos sintomas geralmente encontrada em estudos sobre a farmacoterapia para TOC pode tornar alguns pacientes mais dispostos a tolerar a aflição associada a EPR, de forma que a pré-medicação pode ajudar a aumentar a prontidão nesses casos.

Quais fatores parecem melhorar a eficácia em longo prazo da EPR para TOC? Estudos sugerem que os pacientes com TOC que melhoram muito imediatamente após a TCC têm mais probabilidades de manter seus ganhos no seguimento do que os que têm apenas ganhos moderados pós-tratamento (p. ex., Simpson et al., 2004). Assim, a ênfase em procedimentos que provavelmente levem a uma máxima eficácia de curto prazo também gera ganhos mais permanentes. Em nossa experiência clínica, o entendimento da fundamentação do tratamento, envolvimento ativo nos exercícios de exposição, cumprimento à risca das instruções de prevenção a rituais, a disposição de formular e implementar exercícios de exposição entre as sessões e a disposição de confrontar mesmo as tarefas mais difíceis na hierarquia de medo são todos fatores associados aos resultados positivos do tratamento. Sendo assim, o reforço verbal aos pacientes quando eles atingem esses objetivos e a reorientação quando isso não acontece, são importantes na promoção de melhorias duradouras. Além disso, as técnicas de prevenção de recaída elaborada especificamente para TOC foram consideradas eficazes para promover a manutenção de ganhos no seguimento (Hiss et al., 1994). Na prática clínica, co-

meçamos a discutir procedimentos de prevenção de recaída muito antes de o tratamento ser completado e concentramos a atenção na manutenção dos ganhos nas últimas sessões de tratamento ativo. A continuação de algum contato com o profissional que fez o tratamento também pode trazer benefícios, de forma que sessões de seguimento breves são realizadas nos primeiros meses após o tratamento ativo ter terminado e, depois dessa fase, haverá contatos segundo a necessidade. Como parte da prevenção de recaída, muitas vezes pedimos aos nossos pacientes para planejar exercícios de EPR para obsessões hipotéticas com que possam se deparar no futuro (p. ex., “Se, dentro de seis meses, você ficar obcecado de que tocar em cascas de árvore o faria contrair uma doença terrível, quais exercícios deveria fazer?”) para estimulá-los a resolver por conta própria problemas de TOC, em lugar de depender da instrução do terapeuta. Também enfatizamos que a ocorrência ocasional de obsessões não deve ser causa de muito alarme, desde que os pacientes implementem exposição e prevenção de rituais para combater essas obsessões e premências de rituais recorrentes. Os pacientes que aceitem essa realidade costumam ser os que mais conseguem aplicar o que aprenderam no tratamento, e esse processo os capacita para manter seus sintomas de TOC sob controle por muito tempo depois de terminarem o tratamento.

REFERÊNCIAS

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Abramowitz, J. S., & Foa, E. B. (2000). Does major depressive disorder influence outcome of exposure and response prevention for OCD? *Behavior Therapy*, 31, 795-800.
- Abramowitz, J. S., Foa, E. B., & Franklin, M. E. (2003). Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: Effects of intensive versus twice-weekly sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 394-398.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2002). Empirical status of cognitive-behavioral therapy for obsessive compulsive disorder: A meta-analytic review. *Romanian Journal of Cognitive and Behavior Psychotherapies*, 2, 89-104.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Street, G. P., Kozak, M. J., & Foa, E. B. (2000). Effects of comorbid depression on response to treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 31, 517-528.
- Allen, J. J., & Tune, G. S. (1975). The Lynfield Obsessional/Compulsive Questionnaire. *Scottish Medical Journal*, 20, 21-24.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Angst, J. (1993). Comorbidity of anxiety, phobia, compulsion and depression. *International Clinical Psychopharmacology*, 8 (Suppl. 1), 21-25.
- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive-behavioural treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 45(1), 123-137.
- Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorders. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Asbahr, F. R., Castillo, A. R., Ito, L. M., Latorre, R. D., Moreira, M. N., & Lotufo-Neto, F. (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(11), 1128-1136.
- Bachofen, M., Nakagawa, A., Marks, I. M., Park, J., Greist, J. H., Baer, L., et al. (1999). Home self-assessment and self-treatment of obsessive compulsive disorder using a manual and a computer-conducted telephone interview: Replication of a UK-US study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 545-549.
- Barrett, P., Farrell, L., Dadds, M., & Boulter, N. (2005). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1005-1014.
- Barrett, P., Healy-Farrell, L., & March, J. S. (2004). Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 46-62.
- Barsky, A. J., & Ahern, D. (2004). Interventions for hypochondriasis in primary care: In reply. *Journal of the American Medical Association*, 292(1), 42-43.
- Basoglu, M., Lax, T., Kasvikis, Y., & Marks, I. M. (1988). Predictors of improvement in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 299-317.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bellodi, L., Scuito, G., Diaferia, G., Ronchi, P., & Smeraldi, E. (1992). Psychiatric disorders in the families of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 42(2), 111-120.
- Bogels, S. M., & Bodden, D. (2005, November). *Family versus child CBT for childhood anxiety disorders: Short and long-term results of a multicenter study*. In S. M. Bogels (Chair), *Family-Based Prevention and Treatment of Childhood Anxiety Disorders Symposium*

- presented at the annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Washington, DC.
- Brown, T., Campbell, L., Lehman, C., Grisham, J., & Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 110*(4), 585-599.
- Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin, 81*, 311-318.
- Comings, D. E. (1990). *Tourette syndrome and human behavior*. Duarte, CA: Hope Press.
- Constans, J. I., Foa, E. B., Franklin, M. E., & Mathews, A. (1995). Memory for actions in obsessive compulsives with checking rituals. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 665-671.
- Cottraux, J., Mollard, L., Bouvard, M., Marks, L., Sluys, M., Nury, A. M., et al. (1990). A controlled study of fluvoxamine and exposure in obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology, 5*, 17-30.
- Cottraux, J., Note, I., Yao, S. N., Lafont, S., Note, B., Mollard, E., et al. (2001). A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics, 70*(6), 288-297.
- De Araujo, L. A., Ito, L. M., Marks, I. M., & Deale, A. (1995). Does imaginal exposure to the consequences of not ritualizing enhance live exposure for OCD?: A controlled study: I. Main outcome. *British Journal of Psychiatry, 167*, 65-70.
- de Haan, E., Hoogduin, K. A., Buitelaar, J. K., & Keijsers, G. P. (1998). Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1022-1029.
- Denys, D., Tenney, N., van Megen, J. G., de Geus, F., & Westenberg, H. G. (2004). Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders, 80*, 155-162.
- DeVaugh-Geiss, J., Landau, P., & Katz, R. (1989). Treatment of OCD with clomipramine. *Psychiatric Annals, 19*, 97-101.
- Diniz, J. B., Rosario-Campos, M. C., Shavitt, R. G., Curi, M., Hounie, A. G., Brotto, S. A., et al. (2004). Impact of age at onset and duration of illness on the expression of comorbidities in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 65*, 22-27.
- Dollard, J., & Miller, N. L. (1950). *Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture*. New York: McGraw-Hill.
- Dougherty, D. D., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (2002). Pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder. In P. E. Nathan & J. M. Gordon (Eds.), *A guide to treatments that work* (2nd ed., pp. 387-410). New York: Oxford University Press.
- Eisen, J. L., Phillips, K. A., Baer, L., Beer, D. A., Atala, K. D., & Rasmussen, S. A. (1998). The Brown Assessment of Beliefs Scale: Reliability and validity. *American Journal of Psychiatry, 155*, 102-108.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Emmelkamp, P. M. G., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 293-300.
- Emmelkamp, P. M. G., de Haan, E., & Hoogduin, C. A. L. (1990). Marital adjustment and obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 156*, 55-60.
- Emmelkamp, P. M. G., & van Kraanen, J. (1977). Therapist-controlled exposure *in vivo*: A comparison with obsessive-compulsive patients. *Behaviour Research and Therapy, 15*, 491-495.
- Emmelkamp, P. M. G., Visser, S., & Hoekstra, R. J. (1988). Cognitive therapy vs. exposure *in vivo* in the treatment of obsessive-compulsives. *Cognitive Therapy and Research, 12*, 103-114.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P., & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 189-193.
- Farrell, L. J., Waters, A., Milliner, E., & Ollendick, T. (2012). Comorbidity and treatment response in pediatric OCD: A pilot study of group cognitive-behavioral treatment. *Psychiatry Research, 199*, 115-123.
- Flament, M., Koby, E., Rapoport, J. L., Berg, C., Zahn, T., Cox, C., et al. (1990). Childhood obsessive compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 31*, 363-380.
- Flament, M., Whitaker, A., Rapoport, J. L., Davies, M., Berg, C., Kalikow, K., et al. (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: An epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 27*, 764-771.
- Foa, E. B., Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., & Kozak, M. J. (1999). Feared consequences, fixity of belief, and treatment outcome in patients with obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy, 30*, 717-724.
- Foa, E. B., Franklin, M. E., & Moser, J. (2002). Context in the clinic: How well do CBT and medications work in combination? *Biological Psychiatry, 51*, 989-997.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., & Cahill, S. P. (2006). Emotional processing theory: An update. In B. O. Rothbaum (Ed.), *Pathological anxiety: Emotional processing in etiology and treatment* (pp. 3-24). New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., & Hajcak, G., et al. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment, 14*(4), 485-495.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. In A. H. Tuma & J. D. Maser (Eds.), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 421-452). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin, 99*, 20-35.

- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1996). Psychological treatments for obsessive compulsive disorder. In M. R. Mavissakalian & R. P. Prien (Eds.), *Long-term treatments of anxiety disorders* (pp. 285-309). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M. A., & Rasmussen, S. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-96.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G., & McCarthy, P. R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-292.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S. O., Campeas, R., Franklin, M. E., et al. (2005). Treatment of obsessive compulsive disorder by exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination: A randomized, placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.
- Foa, E. B., Steketee, G., Grayson, J. B., Turner, R. M., & Latimer, P. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy*, 15, 450-472.
- Foa, E. B., Steketee, G., Turner, R. M., & Fischer, S. C. (1980). Effects of imaginal exposure to feared disasters in obsessive-compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 449-455.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux, D. A., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 162-168.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Furr, J., Kalsy, S., & Riggs, D. S. (2003). A naturalistic examination of the therapist experience and outcome of exposure and ritual prevention for OCD. *Psychotherapy Research*, 13, 153-167.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive compulsive disorder: Randomized compared with non-randomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Franklin, M. E., Kozak, M. J., Cashman, L., Coles, M., Rheingold, A., & Foa, E. B. (1998). Cognitive behavioral treatment of pediatric obsessive compulsive disorder: An open clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 412-419.
- Franklin, M., Sapyta, J., Freeman, J., Khanna, M., Comp-ton, S., Almirall, D., et al. (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II). *Journal of the American Medical Association*, 306, 1224-1232.
- Freeman, J. B., Choate-Summers, M. L., Moore, P. S., Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Leonard, H. L., et al. (2007). Cognitive behavioral treatment of young children with obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 337-343.
- Freeman, J. B., Garcia, A. M., Fucci, C., Karitani, M., Miller, L., & Leonard, H. L. (2003). Family-based treatment of early-onset obsessive-compulsive disorder [Special issue]. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(2), 71-80.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., et al. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Jenike, M. A., Minichiello, W. E., & Wilhelm, S. (2002). Comorbid posttraumatic stress disorder: Impact on treatment outcome for obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159, 852-854.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., et al. (1989a). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Greist, J. H. (1990). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Psychotherapies, drugs, and other somatic treatments. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 44-50.
- Greist, J. H. (1992). An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(Suppl.), 38-41.
- Greist, J. H., Jefferson, J. W., Kobak, K. A., Katzelnick, D. J., & Serlin, R. C. (1995). Efficacy and tolerability of serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 46, 53-60.
- Hanna, G. L. (1995). Demographic and clinical features of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 19-27.
- Himle, M. B., Olufs, E., Himle, J., Tucker, B., & Woods, D. W. (2010). Behavior therapy for tics via Videoconference Delivery: An initial pilot test in children. *Cognitive & Behavioral Practice*, 17, 329-337.
- Hiss, H., Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1994). A relapse prevention program for treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801-808.
- Hodgson, R. J., Rachman, S., & Marks, L. M. (1972). The treatment of chronic obsessive-compulsive neurosis: Follow-up and further findings. *Behaviour Research and Therapy*, 10, 181-189.
- Hohagen, F., Winkelmann, G., Rasche-Raeuchle, H., Hand, I., König, A., Munchau, N., et al. (1998). Combination of behaviour therapy with fluvoxamine in comparison with behaviour therapy and placebo: Results of a multicentre study. *British Journal of Psychiatry*, 173, 71-78.

- Insel, T. R., & Akiskal, H. (1986). Obsessive-compulsive disorder with psychotic features: A phenomenologic analysis. *American Journal of Psychiatry*, 12, 1527-1533.
- Jaycox, L. H., Foa, E. B., & Morral, A. R. (1998). Influence of emotional engagement and habituation on exposure therapy for PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 185-192.
- Jenike, M., Baer, L., Minichiello, W., Schwartz, C., & Carey, R. (1986). Concomitant obsessive-compulsive disorder and schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 530-532.
- Kazarian, S. S., Evans, D. L., & Lefave, K. (1977). Modification and factorial analysis of the Leyton Obsessional Inventory. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 422-425.
- Keijsers, G. P., Hoogduin, C. A., & Schaap, C. P. (1994). Predictors of treatment outcome in the behavioural treatment of obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 165, 781-786.
- Kessler, R. C., Demier, O., Frank, R. G., Olfson, M., Pincus, H. A., Walters, E. E., et al. (2005). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*, 352(24), 2515-2523.
- Koran, L. M. (2000). Quality of life in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23, 509-517.
- Kozak, M. J., & Foa, E. B. (1994). Obsessions, overvalued ideas, and delusions in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 343-353.
- Kozak, M. J., Foa, E. B., & Steketee, G. (1988). Process and outcome of exposure treatment with obsessive-compulsives: Psychophysiological indicators of emotional processing. *Behavior Therapy*, 19, 157-169.
- Kurlan, R., Como, P. G., Miller, B., Palumbo, D., Deeley, C., Andersen, E. M., et al. (2002). The behavioral spectrum of tic disorders: A community-based study. *Neurology*, 59, 414-420.
- Ladouceur, R., Rhéame, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., et al. (1995). Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 937-946.
- Lang, P. J. (1979). A bio-informational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 6, 495-511.
- Leckman, J. F., & Chittenden, E. H. (1990). Gilles de la Tourette syndrome and some forms of obsessive-compulsive disorder may share a common genetic diathesis. *L'Encephale*, 16, 321-323.
- Leckman, J. F., Denys, D., Simpson, H. B., Mataix-Cols, D., Hollander, E., Saxena, S., et al. (2010). Obsessive compulsive disorder: A review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM V. *Depression and Anxiety*, 27, 507-527.
- Ledley, D. R., Pai, A., & Franklin, M. E. (2007). Treating comorbid presentations: Obsessive compulsive disorder, anxiety, and depression. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. Summerfeldt (Eds.), *Psychological treatment of OCD: Fundamentals and beyond* (pp. 281-293). Washington, DC: American Psychological Association Press.
- Lelliott, P. T., Noshirvani, H. F., Basoglu, M., Marks, I. M., & Monteiro, W. O. (1988). Obsessive-compulsive beliefs and treatment outcome. *Psychological Bulletin*, 18, 697-702.
- Leon, A. C., Portera, L., & Weissman, M. M. (1995). The social costs of anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 166(Suppl.), 19-22.
- Lindsay, M., Crino, R., & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 171, 135-139.
- Lochner, C., & Stein, D. J. (2003). Heterogeneity of obsessive-compulsive disorder: A literature review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11(3), 113-132.
- Lovell, K., Cox, D., Haddock, G., Jones, C., Raines, D., Garvey, R., et al. (2006). Telephone administered cognitive behaviour therapy for treatment of obsessive compulsive disorder: Randomised controlled non-inferiority trial. *British Medical Journal*, 333, 883.
- March, J. S., Franklin, M. E., Leonard, H., Garcia, A., Moore, P., Freeman, J., et al. (2007). Tics moderate the outcome of treatment with medication but not CBT in pediatric OCD. *Biological Psychiatry*, 61, 344-347.
- Marks, I. M., Lelliott, P., Basoglu, M., Noshirvani, H., Monteiro, W., Cohen, D., et al. (1988). Clomipramine self-exposure, and therapist-aided exposure for obsessive-compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522-534.
- Marks, I. M., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., & McDonald, R. (1980). Clomipramine and exposure for obsessive-compulsive rituals: I. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25.
- Masellis, M., Rector, N. A., & Richter, M. A. (2003). Quality of life in OCD: Differential impact of obsessions, compulsions, and depression comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), 72-77.
- Mataix-Cols, D., Marks, I. M., Greist, J. H., Kobak, K. A., & Baer, L. (2002). Obsessive-compulsive symptoms dimensions as predictors of compliance with and response to behaviour therapy: Results from a controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71, 255-262.
- Mathews, A. M., Johnston, D. W., Shaw, P. M., & Gelder, M. G. (1974). Process variables and the prediction of outcome in behavior therapy. *British Journal of Psychiatry*, 125, 256-264.
- Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., Oya, K., Okino, K., & Stein, D. (2005). Impulsive disorders in Japanese adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 43-49.
- McLean, P. L., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W. J., et al. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-214.
- Mehta, M. (1990). A comparative study of family-based and patients-based behavioural management in obses-

- sive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 157, 133-135.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behaviour Research and Therapy*, 4, 273-280.
- Meyer, V., & Levy, R. (1973). Modification of behavior in obsessive-compulsive disorders. In H. E. Adams & P. Unikel (Eds.), *Issues and trends in behavior therapy* (pp. 77-136). Springfield, IL: Thomas.
- Meyer, V., Levy, R., & Schnurer, A. (1974). A behavioral treatment of obsessive-compulsive disorders. In H. R. Beech (Ed.), *Obsessional states*. London: Methuen.
- Mowrer, O. H. (1939). A stimulus-response analysis of anxiety and its role as a reinforcing agent. *Psychological Review*, 46, 553-565.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.
- Neziroglu, F., Stevens, K. P., Yaryura-Tobias, J. A., & McKay, D. (2000). Predictive validity of the Overvalued Ideas Scale: Outcome in obsessive-compulsive and body dysmorphic disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 745-756.
- Öst, L. G. (1989). One-session treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- O'Sullivan, G., Noshirvani, H., Marks, I., Monteiro, W., & Lelliott, P. (1991). Six-year follow-up after exposure and clomipramine therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Archives*, 52, 150-155.
- Pato, M. T., Zohar-Kadouch, R., Zohar, J., & Murphy, D. L. (1988). Return of symptoms after discontinuation of clomipramine in patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1521-1525.
- Pauls, D. L., Towbin, K. E., Leckman, J. F., Zahner, G. E., & Cohen, D. J. (1986). Gilles de la Tourette syndrome and obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 43, 1180-1182.
- Pediatric OCD Treatment Study Team. (2004). Cognitive-behavioral therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292, 1969-1976.
- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 255-263.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Jacobs, C., McCracken, J. T., & Kretchman, J. (2002). Open trial of cognitive behavior therapy for childhood obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 207-219.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (2002). The need to control thoughts. In R. Frost & G. Steketee (Eds.), *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, research, and treatment* (pp. 29-43). Oakland, CA: New Harbinger.
- Rabavilas, A. D., Boulougouris, J. C., & Perissaki, C. (1979). Therapist qualities related to outcome with exposure *in vivo* in neurotic patients. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 293-299.
- Rachman, S. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-401.
- Rachman, S., & DeSilva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S., Thordarson, D. S., Shafran, R., & Woody, S. R. (1995). Perceived responsibility: Structure and significance. *Behaviour Research and Therapy*, 33(7), 779-784.
- Rapoport, J. L., Swedo, S. E., & Leonard, H. L. (1992). Childhood obsessive compulsive disorder (144th Annual Meeting of the American Psychiatric Association: Obsessive Compulsive Disorder: Integrating Theory and Practice [1991, New Orleans, LA]). *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(Suppl. 4), 11-16.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1989). Clinical features and phenomenology of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Annals*, 19, 67-73.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1990). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 10-14.
- Rasmussen, S. A., & Tsuang, M. T. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 143, 317-382.
- Reed, G. E. (1985). *Obsessional experience and compulsive behavior: A cognitive structural approach*. Orlando, FL: Academic Press.
- Rhéaume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility, and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 385-402.
- Riggs, D. S., Hiss, H., & Foa, E. B. (1992). Marital distress and the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 23, 585-597.
- Rothbaum, B. O., & Shahar, F. (2000). Behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder in a naturalistic setting. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 262-270.
- Rowe, M. K., & Craske, M. G. (1998). Effects of an expanding-space vs. massed exposure schedule on fear reduction and return of fear. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 701-717.
- Rubenstein, C. S., Peynircioglu, Z. F., Chambless, D. L., & Pigott, T. A. (1993). Memory in sub-clinical obsessive-compulsive checkers. *Behaviour Research and Therapy*, 31(8), 759-765.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Sher, K. J., Frost, R. O., & Otto, R. (1983). Cognitive deficits in compulsive checkers: An exploratory study. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 357-364.
- Simpson, H. B., Liebowitz, M. R., Foa, E. B., Kozak, M. J., Schmidt, A. B., Rowan, V., et al. (2004). Post-treat-

- ment effects of exposure therapy and clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 19, 225-233.
- Simpson, H. B., Zuckoff, A. M., Maher, M. J., Page, J. R., Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2010). Challenges using motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 941-948.
- Stampfl, T. G., & Levis, D. J. (1967). Essentials of implosive therapy: A learning-based psychodynamic behavioral therapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 72, 496-503.
- Stanley, M. A., Turner, S. M., & Borden, J. W. (1990). Schizotypal features in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 511-518.
- Steketee, G., Chambless, D. L., & Tran, G. Q. (2001). Effects of Axis I and II comorbidity on behavior therapy outcome for obsessive-compulsive disorder and agoraphobia. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 76-86.
- Steketee, G., Eisen, J., Dyck, I., Warshaw, M., & Rasmussen, S. (1999). Predictors of course in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 89, 229-238.
- Steketee, G. S., Foa, E. B., & Grayson, J. B. (1982). Recent advances in the treatment of obsessive-compulsives. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1365-1371.
- Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., et al. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM V? *Depression and Anxiety*, 27, 495-506.
- Storch, E., Geffken, G., Merlo, L., Mann, G., Duke, D., Munson, M., et al. (2007). Family-based cognitive-behavioral therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: Comparison of intensive and weekly approaches. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 469-478.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Geffken, G. R., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., et al. (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 83-92.
- Storch, E. A., Khanna, M., Merlo, L. J., Loew, B. A., Franklin, M., et al. (2009). Children's Florida Obsessive Compulsive Inventory: Psychometric properties and feasibility of a self-report measure of obsessive-compulsive symptoms in youth. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(3), 467-483.
- Swedo, S. E., Leckman, J. F., & Rose, N. R. (2012). From research subgroup to clinical syndrome: Modifying the PANDAS criteria to describe PANS (pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome). *Pediatric Therapeutics*, 2, 2.
- Swedo, S. E., Leonard, H. L., Garvey, M., Mittleman, B., Allen, A. J., Perlmutter, S., et al. (1998). Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections: Clinical description of the first 50 cases. *American Journal of Psychiatry*, 155, 264-271.
- Swedo, S. E., Rapoport, J. L., Leonard, H. L., Lenane, M., & Cheslow, D. (1989). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Clinical phenomenology of 70 consecutive cases. *Archives of General Psychiatry*, 46, 335-341.
- Thoren, P., Asberg, M., Chronholm, B., Jornestedt, L., & Traskman, L. (1980). Clomipramine treatment of obsessive-compulsive disorder: I. A controlled clinical trial. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1281-1285.
- Tolin, D. F., Maltby, N., Diefenbach, G. J., Hannan, S. E., & Worhunsky, P. (2004). Cognitive-behavioral therapy for medication nonresponders with obsessive-compulsive disorder: A wait-list-controlled open trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 922-931.
- Tukel, R., Polat, A., Ozdemir, O., Aksut, D., & Turksoy, N. (2002). Comorbid conditions in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 204-209.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 37, 3-13.
- Twohig, M., Hayes, S. C., Plumb, J., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., et al. (2010). A randomized controlled trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 705-716.
- Valderhaug, R., Larsson, B., Gotestam, K. G., & Piacentini, J. (2007). An open clinical trial of cognitive-behaviour therapy in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder administered in regular outpatient clinics. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 577-589.
- Valleni-Basille, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L., et al. (1994). Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 782-791.
- van Balkom, A. J., de Haan, E., van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A., Vermeulen, A. W. A., et al. (1998). Cognitive and behavioral therapies alone and in combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 492-499.
- van Minnen, A., & Hageraars, M. (2002). Fear activation and habituation patterns as early process predictors of response to prolonged exposure treatment in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 359-367.
- Verdellen, C. W., Keijsers, G. P., Cath, D. C., & Hoogduin, C. A. (2004). Exposure with response prevention versus habit reversal in Tourette syndrome: A controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 501-511.

- Vogel, P. A., Stiles, T. C., & Götestam, K. G. (2004). Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32, 275-290.
- Warren, R., & Thomas, J. C. (2001). Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: An effectiveness study. *Journal of Anxiety Disorders*, 15, 277-285.
- Warwick, H. M., Clark, D. M., Cobb, A. M., & Salkovskis, P. M. (1996). A controlled trial of cognitive-behavioural treatment of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 169(2), 189-195.
- Watts, F. N. (1973). Desensitization as an habituation phenomenon: II. Studies of interstimulus interval length. *Psychological Reports*, 33, 715-718.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H. G., Lee, C. K., et al. (1994). The cross national epidemiology of obsessive compulsive disorder: The Cross National Collaborative Group. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55(Suppl.), 5-10.
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005). Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1559-1576.
- Whittal, M. L., Woody, S. R., McLean, P. D., Rachman, S., & Robichaud, M. (2010). Treatment of obsessions: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 295-303.

CAPÍTULO 5

UMA TERAPIA COMPORTAMENTAL BASEADA EM ACEITAÇÃO PARA O TRANSTORNO DE ANSIEDADE GENERALIZADA

Lizabeth Roemer

Susan M. Orsillo

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) tem sido chamado de o transtorno de ansiedade *básico*, no sentido de que a ansiedade generalizada é, por definição, um componente de outros transtornos de ansiedade e correlatos. Na verdade, embora caracterizado por flutuações intensas, o TAG é crônico. Inclusive já houve quem considerasse que a ansiedade generalizada poderia ser mais bem conceituada como um transtorno da personalidade, já que muitos indivíduos com esse problema não conseguem informar uma idade de início definitiva, dizendo que ela os tem acompanhado a vida toda. Tratamentos psicológicos e medicamentosos, embora muitas vezes avaliados, não produziram os resultados sólidos que se observam em outros transtornos de ansiedade. Por isso, é ainda maior a urgência de se fazerem estudos mais aprofundados de novos protocolos de tratamento. O protocolo apresentado neste capítulo, recentemente desenvolvido pelas Dras. Roemer e Orsillo em nosso centro, ilustra uma abordagem de ponta ao TAG, baseada na aceitação, que teve um elevado índice de sucesso em ensaios iniciais. Mais do que qualquer outro capítulo nesta edição, o protocolo também ilustra os princípios associados à chamada *terceira onda* da abordagem cognitivo-comportamental aos transtornos psicológicos. Profissionais e estudantes interessados em como essa abordagem é implementada na prática vão considerar o estudo de caso de “Héctor” particularmente fascinante. — D. H. B.

O transtorno de ansiedade generalizada (TAG) é um transtorno de ansiedade crônico, definido de forma central no DSM-IV e no DSM-5, onde os critérios ficaram inalterados, por ansiedade e preocupação excessivas presentes na maioria dos dias, por pelo menos seis meses (American Psychiatric Association, 1994, 2013). Os pacientes que cumprem os critérios para TAG também informam ter dificuldades de controlar a preocupação que sentem, bem como três ou mais sintomas associados (tensão muscular, irritabilidade, agitação ou excitação, dificuldade de concentração ou brancos mentais, cansar-se facilmente e ter dificuldade de dormir). Estudos epidemiológicos revelam uma prevalência de 5,7% ao longo da vida para TAG usando os critérios do DSM-IV (Kessler et al., 2005).

O TAG está associado a níveis elevados de comorbidade com outros transtornos psicológicos. Mais de 90% dos indivíduos que cumprem os critérios do TAG durante suas vidas também cumprem os

critérios de pelo menos mais um transtorno (Bruce, Machan, Dyck e Keller, 2001) e estudos prospectivos indicam que o TAG é um fator de risco específico para o desenvolvimento de outros transtornos de saúde mental, principalmente depressão maior (Bruce et al., 2001). O TAG também está associado a uma significativa redução da qualidade de vida (Hoffman, Dukes e Wittchen, 2008). Além disso, os indivíduos com TAG fazem mais consultas médicas por ano do que outros pacientes (Belanger, Ladouceur e Morin, 2005) e são mais propensos a procurar tratamento médico para seus sintomas, em vez de cuidados de saúde mental (Wang et al., 2005). Na verdade, o TAG é o transtorno de ansiedade mais comum encontrado entre os pacientes de atenção primária (Ballenger et al., 2001) e o custo médico médio anual do TAG é US\$ 2.138 maior do que o de outros transtornos de ansiedade (média = US\$ 6.475; Revicki et al., 2012). Considerando-se que o TAG está associado a uma série de queixas e condições físicas, incluindo sintomas

de dor física (Romera et al., 2010), sintomas gastrintestinais (Mussell et al., 2008) e queixas cardíacas (Logue, Thomas, Barbee e Hoehn-Saric, 1993), não surpreende que os pacientes com TAG tenham tendência a superutilizar os serviços médicos (Ballenger et al., 2001) e subutilizar os serviços psiquiátricos (Kennedy e Schwab, 1997).

Embora os critérios diagnósticos anteriores para TAG incorporassem sintomas de excitação autonômica (p. ex., frequência cardíaca acelerada), várias linhas de pesquisa convergiram para apoiar a remoção desses critérios do DSM-IV. Um estudo de grande porte sobre sintomas associados relatados por pacientes indicou que sintomas autonômicos foram confirmados com menor frequência do que sintomas de tensão muscular, vigilância e busca de sinais no ambiente, tais como os descritos anteriormente (Marten et al., 1993). Além disso, estudos fisiológicos revelaram que o TAG foi caracterizado mais precisamente por variabilidade reduzida da frequência cardíaca do que pelo aumento da excitação autonômica (p. ex., Thayer, Friedman e Borkovec, 1996). Por fim, estudos experimentais sobre preocupação revelaram que se preocupar antes da exposição a um estímulo temido causa menos excitação autonômica do que relaxar antes da exposição a um estímulo temido (p. ex., Borkovec e Hu, 1990). Como um todo, esses estudos sugerem que a excitação autonômica não é necessariamente uma característica do TAG.

Em vez disso, a principal característica definidora do TAG é a preocupação excessiva, ou pensar repetidamente sobre os piores cenários envolvendo possíveis eventos futuros. Estudos revelam que o conteúdo da preocupação não difere entre os indivíduos que cumprem os critérios para TAG e os que não os cumprem, exceto pelo fato de que os que têm TAG informam se preocupar com temas diversos, principalmente questões menores, mais do que os que não cumprem os critérios (p. ex., Roemer, Molina e Borkovec, 1997). Como observado anteriormente, indivíduos com TAG informam ter dificuldade de interromper sua preocupação depois que ela começa, e os pacientes observam frequentemente que se preocupar com um tópico pode levar a se preocupar com outro. Essas conclusões e observações sugerem que a preocupação é um hábito cognitivo, com os pacientes que cumprem os critérios para TAG ficando *presos* em ciclos de preocupação sobre uma ampla gama de temas, que são difíceis de parar, uma vez iniciados. Todos os tratamentos cognitivo-comportamentais para TAG enfatizam a interrupção desse ciclo, embora os métodos para fazê-lo variem.

Estudos descritivos sobre o TAG e preocupação revelaram correlatos afetivos, cognitivos e interpessoais que podem ter implicações importantes para o tratamento. A pesquisa seminal de Borkovec revelou que a preocupação cumpre um papel de evitação, por sua associação percebida com a redução da probabilidade de ocorrência dos eventos negativos em nível basal e pela redução da excitação fisiológica observada anteriormente (Borkovec, Alcaine e Behar, 2004), bem como distração em relação a temas mais emocionais, por autoavaliação (Borkovec e Roemer, 1995). Mennin e colaboradores demonstraram que o TAG está associado a déficits autoavaliados na regulação da emoção (p. ex., Mennin, Holaway, Fresco, Moore e Heimberg, 2007) e a limites na regulação implícita do processamento emocional (Etkin e Schatzberg, 2011). Estudos nessa área também revelaram que o TAG está associado a medo ou angústia em relação à ansiedade (e outras emoções; Lee, Orsillo, Roemer e Allen, 2010; Mennin et al., 2007), a preocupar-se com a preocupação (ou metapreocupação; Wells, 2005), assim como evitação habitual de experiências internas (ou seja, evitação de experiências; Lee et al., 2010). Além disso, em uma amostra clínica, tanto a preocupação quanto o TAG foram associados exclusivamente à incontrollabilidade percebida das reações emocionais, para além da variância compartilhada com outros conhecidos preditores cognitivos do TAG (Stapinski, Abbott e Rapee, 2010). Pesquisas amplas também documentam uma associação entre TAG e intolerância à incerteza (tendência a responder negativamente a eventos e situações incertos; Gentes e Ruscio, 2011), incluindo um estudo experimental que mostra que a incerteza manipulada leva ao aumento da preocupação (Ladouceur, Gosselin e Dugas, 2000). O TAG também está associado a problemas interpessoais (Przeworski et al., 2011), incluindo o aumento de desavenças conjugais (Whisman, 2007).

PANORAMA DAS EVIDÊNCIAS PARA TRATAMENTOS PSICOSSOCIAIS DO TAG

Metanálises revelam que terapias cognitivo-comportamentais (TCCs) são eficazes para TAG, com grandes tamanhos de efeito que se mantêm durante períodos de seguimento (Borkovec e Ruscio, 2001; Covin, Ouimet, Seeds e Dozois, 2008) e evidências de eficácia comparativa com relação a terapia não diretiva (Borkovec e Costello, 1993). Dentro das TCCs, uma metanálise revelou efeitos comparáveis da terapia cognitiva e da terapia de relaxamento no tratamento de TAG (Siev e Chambless, 2007). No entanto, o TAG continua sendo um dos transtornos de ansiedade com menos sucesso no tratamento (Waters e Craske,

2005), com a maioria dos estudos indicando que menos de 65% dos pacientes cumprem os critérios de alta para funcionamento no pós-tratamento (Ladouceur et al., 2000; Newman et al., 2011).

Como explicado brevemente, pesquisas recentes refinaram e ampliaram nossa compreensão do TAG, em um esforço para identificar fatores causais e de manutenção a ser tratados em terapia, e melhorar sua eficácia (ver Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman e Staples, 2009, para uma revisão ampla). Ensaios randomizados controlados (ECRs) informados por esses modelos indicam que tratar os aspectos interpessoais e voltados à emoção do TAG (Newman et al., 2011) e à intolerância à incerteza (Dugas et al., 2010) tem efeitos comparáveis às TCCs existentes para TAG. Um pequeno estudo-piloto concluiu que o foco na metacognição (p. ex., metapreocupação) no TAG (Wells et al., 2010) produziu resultados melhores do que relaxamento aplicado; no entanto, as taxas muito baixas de resposta ao relaxamento aplicado, junto ao pequeno tamanho da amostra, indicam a necessidade de mais pesquisas para confirmar essa conclusão. Atualmente está em curso um ensaio examinando a eficácia da terapia de regulação emocional para TAG (Mennin e Fresco, no prelo).

Desenvolvemos a terapia comportamental baseada em aceitação descrita neste capítulo (voltada explicitamente à reatividade [desconforto] em relação a experiências internas, e evitação de experiências e comportamentos, como descrito a seguir) em um esforço para melhor tratar o TAG e transtornos comórbidos. Usamos o termo “terapia comportamental baseada em aceitação” (TCBA) (Roemer e Orsillo, 2009) para nos referirmos à ampla classe de terapias baseadas na teoria cognitivo-comportamental, mas que incorporam explicitamente métodos para promover a aceitação de experiências internas (p. ex., terapia de aceitação e compromisso [ACT; Hayes, Strosahl e Wilson, 2012]; terapia comportamental dialética [TCD; Linehan, 1993]; terapia cognitiva baseada em *mindfulness* [MBCT; Segal, Williams e Teasdale, 2002]). Essa TCBA para TAG, que se baseia nesses tratamentos, bem como na TCC de Borkovec para TAG (Borkovec e Sharpless, 2004), foi examinada por meio de um ensaio aberto e dois ECRs. O ensaio aberto revelou efeitos grandes e significativos sobre a gravidade do TAG avaliada por profissionais, preocupação autoavaliada, ansiedade e sintomas depressivos (Roemer e Orsillo, 2007). Um ECR com lista de espera igualmente revelou efeitos grandes e significativos sobre sintomas de TAG avaliados por profissionais e auto-

avaliados, bem como sintomas depressivos (Roemer, Orsillo e Salters-Pedneault, 2008). Efeitos médios pouco significativos surgiram em diagnósticos adicionais avaliados por profissionais e em qualidade de vida autoavaliada. Efeitos grandes significativos também surgiram em evitação de experiências autorrelatadas e *mindfulness*, dois mecanismos para mudança propostos no tratamento. Todos os efeitos foram mantidos no seguimento de nove meses. Dos pacientes tratados, 77% preencheram os critérios para alto estágio final de funcionamento (caindo para a faixa normativa na maioria das medidas de ansiedade) no pós-tratamento; essa proporção aumentou ligeiramente (não significativamente) com o tempo. Nesse ensaio, a TCBA gerou um aumento significativo na participação em atividades valorizadas ou pessoalmente significativas (Michelson, Lee, Orsillo e Roemer, 2011). Além disso, a TCBA teve impactos significativos sobre as variáveis de desfecho propostas em outros modelos como sendo centrais ao TAG (déficits de regulação emocional, intolerância à incerteza e controle percebido sobre eventos relacionados à ansiedade; Treanor, Erisman, Salters-Pedneault, Roemer e Orsillo, 2011). Um ECR recentemente concluído comparando a TCBA com relaxamento aplicado, um tratamento empírico para TAG, revelou efeitos comparáveis sobre sintomas de TAG avaliados por profissionais e autoavaliados, diagnósticos comórbidos avaliados por profissionais, e sintomas depressivos e qualidade de vida autoavaliados (Hayes-Skelton, Roemer e Orsillo, 2013). Uma alta proporção de pacientes em ambas as condições cumpriu os critérios para alto estágio final de funcionamento (alguns dos mais altos índices relatados na literatura em cada condição), e os ganhos foram mantidos no seguimento de seis meses. Por fim, há evidências de que a TCBA funciona por meio de seus mecanismos propostos. Mudanças efetivadas sessão a sessão na aceitação de experiências internas e engajamento em atividades significativas predisseram resultados para além da mudança na preocupação (Hayes, Orsillo e Roemer, 2010).

Um estudo recente que analisou a eficácia relativa da TAC em comparação à TCC para uma amostra de ansiedades mistas revelou efeitos comparáveis em toda a amostra (Arch et al., 2012). Embora o pequeno tamanho da subamostra de TAG tenha impedido análises dentro de subgrupos, o exame das médias sugere que a TAC foi eficaz na redução dos sintomas de TAG avaliados por profissionais e autoavaliados nesse estudo.

Tomados em conjunto, esses resultados sugerem que os tratamentos psicossociais para TAG são

eficazes, e as adaptações da TCC que visam especificamente características do TAG determinadas empiricamente são promissoras. Assim como acontece com todos os tratamentos baseados na teoria comportamental, uma conceituação de caso bem desenvolvida é um ponto de partida necessário para usar tratamentos baseados em evidências de forma eficaz com um paciente específico.

UM MODELO COMPORTAMENTAL DE TAG, BASEADO EM ACEITAÇÃO

O modelo comportamental de TAG baseado na aceitação é fundamentado na teoria da aprendizagem comportamental. Em sintonia com outras teorias, postulamos que indivíduos com TAG desenvolvem o hábito da preocupação, antecipando repetidamente perigos e ameaças potenciais. Esses hábitos são reforçados por meio de repetição e reforço de consequências. Esse processo de preocupação é reforçado negativamente tanto pela não ocorrência de desfechos temidos quanto pela reduzida ativação fisiológica, que é uma consequência positiva da preocupação (Borkovec et al., 2004).

Além disso, os indivíduos com TAG passam a associar estados humanos funcionais universais, como medo, ansiedade, outras respostas emocionais, e mesmo a preocupação, a características pessoais negativas. Como resultado, respondem a pensamentos e estados emocionais relacionados à ansiedade com autocritica e julgamento. Em uma tentativa de evitar ou escapar à experiência incômoda e indesejada da preocupação e à autoavaliação negativa associada, os indivíduos com TAG têm uma variedade de comportamentos potencialmente problemáticos. Embora interfiram na qualidade de vida, esses comportamentos proporcionam alívio, no curto prazo, em relação à excitação e ao afeto negativo.

Com base em décadas de pesquisas sobre TAG, outros transtornos de ansiedade e modelos mais amplos de psicopatologia (p. ex., Hayes et al., 2012), levantamos a hipótese de que os três comportamentos aprendidos a seguir contribuem para o desenvolvimento e a manutenção do TAG.

Reagindo a experiências internas com desconforto, críticas e julgamento (levando a enredamento/fusão)

Um dos resultados mais formativos e constantes a surgir no campo dos transtornos de ansiedade tem sido o de que a experiência de ansiedade, ou o medo, em si (p. ex., sensações de pânico, pensamentos de preocupação, imagens catastróficas, memórias dolorosas recorrentes) não é evidência de um transtorno.

Em vez disso, as reações a esses sintomas, ou *reação a nossas reações* (Borkovec e Sharpless, 2004) agravam sua intensidade e sua duração, causam sofrimento e interferem na qualidade de vida, levando ao diagnóstico de transtorno de ansiedade. A centralidade das *reações às reações* para o conceito de transtornos psicológicos foi documentada recentemente em um ensaio de tratamento. Alterações na *reatividade* às emoções foram preditoras de variância única em todas as variáveis de desfecho para além de mudanças na *frequência* das respostas emocionais em um estudo do protocolo unificado para transtornos emocionais (Sauer-Zavala et al., 2012; Ver Payne Ellard, Farchione, Fairholme e Barlow, Cap. 6).

Um corpo de pesquisa cada vez maior documenta que indivíduos com TAG relatam aumento da sensibilidade à ansiedade (ou seja, medo das sensações corporais relacionadas à ansiedade; Olatunji e Wolitzky-Taylor, 2009), reatividade negativa a suas respostas emocionais (p. ex., Lee et al., 2010; Mennin et al., 2007) e se preocupam com a sua própria preocupação (Wells, 2005). Além disso, a ansiedade leva a um foco de atenção mais estreito (tanto externo como interno) na ameaça potencial (Cisler e Koster, 2010), o que provavelmente exacerba essas reações e é reforçado pela reatividade, perpetuando os ciclos de resposta ansiosa. Essas reações podem levar os indivíduos a se enredar (Germer, 2005) ou se “viciar” (Chodron, 2007) em suas experiências de ansiedade e preocupação, de modo que a ansiedade passa a parecer autodefinidora e totalizante. Em vez de considerar a ansiedade uma resposta que é evocada em um determinado contexto, os indivíduos podem vir a se definir como *ansiosos*, fundindo sua identidade com essas experiências (p. ex., Hayes et al., 2012). Assim, a reatividade negativa às emoções pode evoluir para julgamentos pessoais negativos (“Como eu sou fraco!”, “Outras pessoas não se preocupam como eu”), o que, por sua vez, pode aumentar a ansiedade e a preocupação.

Enredar-se ou se fundir com experiências internas torna muito mais difícil ver as formas como pensamentos, sentimentos e sensações naturalmente surgem, desaparecem e mudam ao longo do tempo. Também pode interferir na capacidade de compreender e responder de forma eficaz aos estados emocionais, levando a experiências difusas de sofrimento que não fornecem informações motivacionais claras. Quando são percebidos como desconfortáveis, definidoras e inflexíveis, o medo, a ansiedade e a preocupação naturalmente provocam tentativas de fugir e evitar.

Tentativas rígidas de evitar o desconforto interno

Tentar não pensar, sentir ou se lembrar de algo desconfortável é uma resposta natural.

Todas as pessoas usam estratégias para desviar sua atenção do desconforto interno às vezes, a fim de chamar a atenção para a tarefa em questão. No entanto, estudos experimentais mostram que esforços rígidos e repetidos para tirar pensamentos, sentimentos, sensações ou memórias (p. ex., evitação de experiências; Hayes, Wilson, Gifford, Follette e Strosahl, 1996) de nossas mentes costumam não ser bem sucedidas e podem realmente aumentar pensamentos, sentimentos ou sensações desconfortáveis (p. ex., Gross, 2002; Levitt, Brown, Orsillo e Barlow, 2004; Najmi e Wegner, 2008). Além disso, esforços instruídos para não pensar em situações podem aumentar a ansiedade relatada em associação com a situação visada (Roemer e Borkovec, 1994), sugerindo que a evitação de experiências aumenta o desconforto em relação a pensamentos e emoções. Tomados em conjunto, esses estudos sugerem que esforços rígidos para evitar pensamentos, sentimentos, sensações e memórias desconfortáveis podem aumentar a frequência dessas experiências, bem como o sofrimento associado a elas, fortalecendo ainda mais o ciclo de reatividade e evasão. Os esforços para evitar experiências tendem a reduzir o sofrimento no curto prazo e levar, pelo menos às vezes, a reforço negativo imediato, fortalecendo ainda mais essa resposta habitual.

Há relatos de evitação de experiências associados a diagnósticos de TAG, mesmo, inclusive para além de variância compartilhada com sintomas depressivos (Lee et al., 2010). Além disso, conforme descrito anteriormente, estudos experimentais demonstram que a própria preocupação cumpre uma função de evitação de experiência ao reduzir a excitação fisiológica em resposta a estímulos temidos e distrair os indivíduos de temas mais desconfortáveis (Borkovec et al., 2004).

Evitação/constricção comportamental

As reações a experiências internas e a evitação rígida de experiências não apenas se alimentam, em um ciclo que cresce continuamente, mas também levam naturalmente à evitação de contextos que provoquem ansiedade ou outras experiências de desconforto. A evitação comportamental é uma característica fundamental de outros transtornos de ansiedade, mas tem sido menosprezada no TAG. No entanto, indivíduos com TAG muitas vezes evitam certas situações, passam muito tempo se preparando para situações, procrastinam ou adiam a tomada de decisões, ou buscam reassseguramento, tudo em um esforço para evitar

desconforto, ansiedade e/ou incerteza (Andrews et al., 2010). Pacientes com TAG relatam que realizam ações valorizadas (ou seja, fazem o que consideram pessoalmente significativo) com menos frequência do que participantes de grupos controle (Michelson et al., 2011).

Clinicamente, os pacientes com TAG apresentam vários comportamentos de evitação. Às vezes, essa evitação é explícita, por exemplo, quando um paciente não tenta namorar ou ser promovido no trabalho por causa de ansiedade, medo de ser rejeitado ou preocupação. Outras vezes, os pacientes que parecem estar envolvidos em uma ampla gama de comportamentos que são importantes (p. ex., assumir desafios no trabalho, realizar atividades com seus filhos) podem relatar que estão constantemente preocupados com o que vai acontecer, em vez de prestar atenção ao que estão fazendo no momento. Borkovec observa esse foco no futuro e não no presente como uma característica central do TAG (p. ex., Borkovec e Sharpless, 2004) e pesquisas indicam que TAG e preocupação estão associados a relatos de baixa *mindfulness* (consciência no momento presente; Roemer et al., 2009). Esse foco contínuo no que poderia dar errado no futuro pode levar os pacientes a se sentirem como espectadores de suas próprias vidas, ou seja, envolvidos comportamentalmente em ações importantes para si, mas não emocionalmente.

Esse modelo conceitual destaca três alvos para intervenção no tratamento de pacientes com TAG e outros transtornos comórbidos: (1) formas problemáticas de se relacionar com experiências internas, (2) estratégias rígidas destinadas à evitação de experiências e (3) constrição ou evitação de ações significativas. Com base nesse modelo, os objetivos de uma TCBA para TAG são: (1) cultivar uma postura *ampliada* (em oposição a uma estreita) e uma consciência *compassiva* (em oposição a uma crítica e julgadora), *descentrada* (em oposição a uma enredada e fundida) em relação a experiências internas; (2) aumentar a aceitação/disposição de ter experiências internas; e (3) realizar de forma consciente comportamentos pessoalmente significativos.

APLICANDO A TCBA

Contexto da terapia

Nosso primeiro estudo de caso de TCBA aconteceu em um formato de grupo (Orsillo, Roemer e Barlow, 2003). Embora tenham se beneficiado do contexto de grupo em alguns aspectos, os pacientes disseram que queriam um foco mais individualizado para ajudá-los a esclarecer seus valores (ou seja, o que é importante para eles) e aplicar o tratamento a seus contextos específicos. Como resultado, todos os nossos ensaios

posteriores usaram terapia individual. No entanto, consideramos que a modalidade de tratamento pode ser ajustada para melhor atender a contextos específicos. Na verdade, um estudo recente descobriu que uma versão de grupo de nosso protocolo levou a reduções significativas da ansiedade, preocupação e sintomas de TAG autoavaliados em um contexto comunitário (Heatherington et al., 2013). Além disso, vários elementos da TCBA (p. ex., psicoeducação, prática de atenção *mindfulness*, compromisso com ações valorizadas) foram realizados com eficácia em contextos de grupo em outras abordagens de tratamento relacionadas (p. ex., Evans et al., 2008; Kocovski, Fleming e Rector, 2009).

Considerando-se a prevalência do TAG em contextos de atenção primária, estamos interessados em adaptar o tratamento para que ele possa ser usado como parte da atenção primária integradora. Escrevemos um livro de autoajuda que pode ser benéfico nesse contexto (Orsillo e Roemer, 2011), mas ainda não há estudos que examinem sua eficácia. Oficinas mais breves (p. ex., Blevins, Roca e Spencer, 2011; Brown et al., 2011) também podem ser uma modalidade útil para a aplicação do modelo conceitual e de sugestões para práticas de *mindfulness* e ações valorizadas em contextos onde a terapia individual for menos viável em virtude de restrições econômicas ou de tempo.

Características do terapeuta

Um aspecto central da TCBA envolve a aceitação da modelagem de experiências emocionais intensas. Portanto, terapeutas de TCBA bem-sucedidos são capazes de tolerar emoções intensas e transmitir aceitação a seus pacientes. Da mesma forma, continuamente validam e expressam compaixão para com pacientes com problemas, proporcionando-lhes um exemplo de como podem responder de forma diferente a suas próprias experiências e reduzir o ciclo de reatividade e evitação que contribui para a manutenção de seus sintomas. Essas características, combinadas com uma compreensão clara do modelo e de como aplicá-lo a casos específicos, ajudam os terapeutas a desenvolver uma aliança de trabalho positiva e forte, que foi um preditor significativo do resultado em nosso estudo mais recente (Sorenson, Hayes-Skelton, Roemer e Orsillo, 2012).

Como descrevemos mais detalhadamente a seguir, a TCBA deve ser aplicada de forma flexível, com os terapeutas adaptando suas abordagens, as estratégias que usam e tarefas a ser realizadas entre sessões para atender à apresentação e ao contexto dos pacientes. Assim, a flexibilidade pode ser uma importante característica do terapeuta. Em um pequeno estudo qualitativo, parte de nosso ECR mais recente, foram

entrevistados pacientes que se identificaram com origens marginalizadas em termos de raça, etnia, orientação sexual, condição socioeconômica ou religião. Os pacientes identificaram a flexibilidade de seus terapeutas como um fator importante para que considerassem o tratamento útil e para que ele se ajustasse a seu contexto específico (Fuchs et al., 2012).

Características do paciente

Nossos estudos sobre TCBA para TAG tiveram muito poucos critérios de exclusão, com o objetivo de maximizar a generalização de nossas conclusões. Os pacientes frequentemente apresentam diagnósticos comórbidos, mais comumente transtorno depressivo maior, transtorno de ansiedade social e outros transtornos de ansiedade. Como a TCBA visa mecanismos que tendem a também estar por trás de outras doenças subjacentes a essas, o tratamento pode afetar positivamente essas condições comórbidas (p. ex., Roemer et al., 2008). No entanto, fora das limitações da terapia baseada em protocolo, recomendamos integrar elementos de métodos baseados em evidências (p. ex., exposição à ativação comportamental), quando indicado. Os transtornos que descartamos em nossos ensaios clínicos randomizados, principalmente porque eles precisam de tratamentos específicos, incluem dependência de substâncias, transtorno bipolar, esquizofrenia e transtornos do espectro autista. Assim, não podemos determinar o impacto da TCBA sobre essas apresentações comórbidas.

Até o momento, exploramos apenas de forma preliminar os potenciais preditores de resposta à TCBA. Nossos dados sugerem que gênero, idade, gravidade do TAG, frequência e intensidade da preocupação, sintomas depressivos e diagnósticos comórbidos não são preditores significativos de desfecho (Orsillo, Roemer e Salters-Pedneault, 2008).

Como acontece com a maioria dos tratamentos baseados em evidências, são necessárias consideravelmente mais pesquisas para determinar as maneiras como uma TCBA para TAG pode beneficiar pessoas de origens culturais marginalizadas ou não dominantes. Uma metanálise indicou resultados promissores para TCBA de forma mais ampla (Fuchs, Lee, Roemer e Orsillo, 2013). Nosso pequeno estudo qualitativo revelou que pacientes de origens marginalizadas geralmente consideram a TCBA útil (Fuchs et al., 2012). Os pacientes observaram particularmente que a flexibilidade do terapeuta e o foco na vida valorizada os ajudaram a se envolver no tratamento e considerá-lo relevante. No entanto, alguns pacientes relataram que a inflexibilidade do terapeuta ou a falta de conexão com exercícios específicos de *mindfulness* eram uma barreira.

Uma preocupação expressa com frequência é que *mindfulness* pode não ser aceita por pacientes que se identifiquem fortemente com uma religião não budista. No entanto, esse tipo de exercício pode ser adaptado para coincidir com práticas religiosas específicas (Sobczak e West, 2013), porque *mindfulness* faz parte de muitas tradições religiosas, por exemplo, a prática contemplativa cristã ocidental (Dimidjian e Linehan, 2009). É necessário mais trabalho para explorar a melhor forma de adaptar a TCBA a pacientes de diferentes origens e de usar estratégias de TCBA para abordar fontes contextuais de estresse, como discriminação e falta de recursos (Lee, Fuchs, Roemer e Orsillo, 2009; Sobczak e West, 2013).

Tratamento farmacológico associado

Embora a medicação seja o modo mais comum de tratamento do TAG (Issakidis, Sanderson, Corry, Andrews e Lapsley, 2004) e seja muitas vezes considerada uma primeira opção de tratamento (Katzman, 2009), as evidências do impacto clínico ao longo do tempo da farmacoterapia são limitadas (Davidson, Bose, Korotzer e Zheng, 2004; Gelenberg et al., 2000; Rickels et al., 2003). A magnitude da mudança nos sintomas de TAG associados a tratamento farmacológico vai de moderada a baixa (Hidalgo, Tupler e Davidson, 2007). Além disso, as intervenções farmacológicas podem produzir efeitos colaterais adversos (Katzman, 2009) e têm uma relação custo-benefício pior do que as abordagens psicoterapêuticas, como a TCC (Heuzenroeder et al., 2004).

Pacientes que se encontravam estáveis sob medicação foram incluídos em nossos ensaios clínicos. Dentro da TCBA, as medicações são conceituadas como uma das várias maneiras de reduzir a intensidade das reações internas para que seja mais fácil aceitá-las, ter compaixão por si mesmo e realizar ações significativas. Dessa forma, pode-se apontar uma função de evitação para a medicação não baseada em experiências (a medicação ajuda a pessoa a se envolver mais plenamente na vida e aceitar o que quer que venha), de modo que ela é coerente com o resto do tratamento.

Panorama dos elementos do tratamento

Em nossos ensaios clínicos, seguimos um protocolo individual semanal de 16 sessões para TCBA, com as duas últimas sessões mais espaçadas (a cada duas semanas) e focadas na prevenção de recaída. As primeiras sete sessões são direcionadas à psicoeducação e construção de habilidades, e as sessões restantes se concentram na aplicação das habilidades enquanto o paciente realiza ações pessoalmente significativas e valorizadas. A seguir, fornecemos um breve panorama

de cada elemento do tratamento, seguido de um compósito de caso para ilustrar a maneira como cada elemento é abordado durante todo o decorrer da terapia. Os interessados em obter mais detalhes sobre a nossa abordagem devem consultar nosso livro para terapeutas (Roemer e Orsillo, 2009) e nosso livro de autoajuda (Orsillo e Roemer, 2011).

Avaliação clínica para desenvolver uma conceituação comportamental baseada em aceitação

Para desenvolver uma conceituação de caso que oriente a aplicação flexível dos elementos de tratamento, avaliamos sintomas, contexto e os três componentes do modelo.

Sintomas

A avaliação da ansiedade do paciente e sintomas relacionados fornece informações úteis sobre alvos para a mudança, além de apoiar o objetivo terapêutico de mudança da relação do paciente com a ansiedade. A avaliação dos pensamentos, sentimentos, sensações físicas e comportamentos relacionados à ansiedade, os contextos em que a ansiedade normalmente ocorre e a frequência e a gravidade dos sintomas ajuda os pacientes a começar a observar com mais precisão elementos específicos de suas respostas à ansiedade. O automonitoramento contínuo dos sintomas diários de ansiedade, bem como a recordação guiada de imagens, pode fornecer uma avaliação mais precisa dos sintomas específicos do que o relato geral, já que pacientes que fazem evitação ou supressão habituais de sua ansiedade muitas vezes não têm uma percepção precisa da frequência, duração ou variabilidade ao longo do tempo. Também podem ser usadas medidas de autoavaliação breves, mas específicas (p. ex., as Escalas de Depressão, Ansiedade e Estresse; Lovibond e Lovibond, 1995) ou o Questionário de Preocupação da Penn State, tanto a versão que avalia traços estáveis de preocupação quanto a versão que avalia “na última semana” (Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990; Stöber e Bittencourt, 1998), tanto para obter medidas basais sobre os sintomas quanto para controlar suas flutuações semanais.

Entrevistas clínicas semiestruturadas, como a Entrevista para Transtornos de Ansiedade (Di Nardo et al., 1994) podem ser usadas para determinar transtornos principais e comórbidos, com o objetivo de orientar a seleção e a ênfase de estratégias de tratamento específicas. A depressão é um importante alvo de avaliação, assim como as outras apresentações clínicas, como transtornos alimentares e transtornos relacionados a substâncias, que podem indicar estratégias específicas de evitação a ser tratadas.

Reações a experiências internas

Avaliar como os pacientes respondem a seus sintomas de ansiedade, bem como a experiências internas (p. ex., pensamentos, emoções, sensações, recordações) de forma mais geral contribui para a conceituação do caso. Os terapeutas podem fazer perguntas como “Quando você percebe que está se preocupando, quais são os seus pensamentos, sentimentos e sensações?”, “Você se vê tendo pensamentos críticos sobre suas experiências de ansiedade?” e “Que tipos de pensamentos você tem?”, ou usar medidas de autoavaliação que captem esses construtos. A autocrítica, o julgamento e a reatividade que surgem para os pacientes em resposta a seus próprios pensamentos e sentimentos são importantes alvos para intervenção. Medidas como a Escala de Controle Afetivo (Williams, Chambless e Ahrens, 1997), uma medida do desconforto em resposta a ansiedade, depressão, raiva e emoções positivas, e a Escala de Autoempatia (Neff, 2003) podem ajudar a identificar reatividade a emoções e autocrítica.

Evitação de experiências

Os terapeutas também avaliam as estratégias que os pacientes usam na tentativa de suprimir, evitar ou mudar experiências internas (Hayes et al., 1996). As estratégias de evitação de experiências podem ser internas, como supressão de pensamentos ou emoções (Gross e Levenson, 1997; Najmi e Wegner, 2008), ou externas, como uso de substâncias, automutilação ou restrição da alimentação. O terapeuta pode perguntar aos pacientes o que eles fazem para tentar administrar seu desconforto ou sua ansiedade, e tentar encontrar, nas respostas, as estratégias de evitação. As iniciativas automáticas ou rígidas dos pacientes têm mais probabilidade de levar a aumentos paradoxais do desconforto e dos sintomas. Os terapeutas precisam distinguir entre esforços para modular ou regular o desconforto emocional e esforços rígidos para evitá-lo; muitas vezes, a diferença fica clara no que acontece depois que a estratégia é usada. As primeiras iniciativas tendem a ser benéficas e podem ser pontos fortes de apoio na terapia, se usados de forma flexível, ao passo que as últimas têm mais probabilidade de levar a um aumento do desconforto e da interferência. Por exemplo, uma paciente com quem trabalhamos contou que fazia caminhadas para tentar limpar a cabeça da preocupação. Quando sua terapeuta perguntou o que ela fazia quando voltava, ela disse que era mais capaz de se concentrar em estar com seus filhos e desfrutar desse tempo juntos. Por outro lado, outra paciente que disse assistir à televisão regularmente para se distrair de suas preocupações relatou que, assim que desligava o aparelho, seus pensamentos

preocupados retornavam com força, de modo que ela se viu assistindo à televisão durante horas consecutivas em vez de realizar as atividades que tinha planejado durante o dia. Enquanto os passeios da primeira paciente podem ser incorporados ao tratamento como forma de ela cuidar de si mesma, e de ajudá-la a lidar de forma mais eficaz com seus filhos, a terapeuta da segunda paciente pode ajudá-la a desenvolver formas alternativas de responder à ansiedade. O Questionário de Aceitação e Ação (Bond et al., 2011) pode ajudar a identificar estratégias de evitação de experiências; a Escala de Dificuldades de Regulação das Emoções (Gratz e Roemer, 2004) avalia a regulação emocional de forma mais ampla.

Construção comportamental

Os terapeutas também devem avaliar como os pacientes estão funcionando em suas vidas cotidianas e as formas como a ansiedade e a preocupação estão interferindo. Baseando-nos na TAC (Wilson e Murrell, 2004), vamos nos concentrar principalmente no grau em que os pacientes estão fazendo o que é importante para eles (isto é, aquilo que valorizam). Avaliamos isso com o *Valued Living Questionnaire* (Wilson, Sandoz, Kitchens e Roberts, 2010), ao mesmo tempo em que os convida a escrever sobre as formas como a ansiedade interfere em seus relacionamentos, sua gestão de trabalho-estudo-casa, autonomia e envolvimento na comunidade. Isso proporciona não apenas informações importantes sobre o funcionamento atual, mas também um objetivo e uma motivação para que o tratamento ajude os pacientes a levar vidas mais plenas e mais dotadas de sentido. Essa avaliação costuma ser um primeiro passo importante em direção à mudança do objetivo da terapia, de redução da ansiedade a valorização da vida.

Contexto e histórico

Tal como acontece com todas as abordagens de tratamento, é importante avaliar o contexto em torno de um paciente. Os terapeutas precisam aprender como o paciente (bem como seus familiares e amigos) entende sua ansiedade, além do histórico de sintomas de ansiedade e outros problemas que o paciente apresente. Os terapeutas também devem explorar a identidade cultural do paciente, com atenção às fontes culturalmente específicas de enfrentamento e resistência, bem como estressores contextuais que o paciente possa enfrentar. Isso ajuda a estabelecer sintonia e validar a experiência do paciente, além de fortalecer a aliança terapêutica. Essa informação também ajuda o terapeuta a garantir que a terapia se desenvolva de uma forma que seja sensível e leve em conta os aspectos culturais (D. W. Sue e Sue, 2012; S. Sue, 1998).

Essa avaliação abrangente prepara o terreno para elementos do tratamento destinados a (1) cultivar uma consciência ampliada (em oposição a uma estreita) e uma postura compassiva (em oposição a uma crítica e julgadora), descentrada (em oposição a uma enredada e fundida) em relação a experiências internas; (2) aumentar a aceitação/disposição a ter experiências internas; e (3) usar *mindfulness* em comportamentos pessoalmente significativos.

Relação terapêutica

A relação terapêutica fornece um contexto importante para a mudança terapêutica. Na TCBA, o terapeuta oferece aceitação e compaixão que permitem que os pacientes comecem a reagir de forma diferente a suas próprias experiências internas. Os terapeutas validam explicitamente a humanidade e a naturalidade de todas as respostas que os pacientes compartilham, enfatizando a forma como a constituição biológica e a história de aprendizado da pessoa podem facilmente levar a respostas ansiosas e outras reações emocionais, e a maneira que até mesmo pensamentos aparentemente *irracionais* podem ser aprendidos a partir de influências sociais e familiares. Por exemplo, quando um paciente observou na sessão que sabia que não deveria estar ansioso por causa de uma entrevista de emprego, o terapeuta respondeu que ansiedade antes de uma entrevista é uma resposta muito natural, já que ele realmente quer o trabalho e nós somos programados para temer a rejeição social. Essa resposta modelou uma reação diferente à ansiedade dele e foi o primeiro passo para cultivar uma resposta nova, menos autocrítica.

Pode ser difícil empatizar com alguns pacientes e validá-los, principalmente quando são hostis ou não respondem. Compreender a história de aprendizagem e o contexto que produz e mantém esses comportamentos difíceis, mas também, em alguns aspectos, funcionais, ajuda os terapeutas a cultivar a compaixão. Quando um terapeuta expressa compaixão genuína por um paciente, suas reações costumam mudar, pelo menos um pouco, dando mais oportunidades para conexão, validação, empatia e mais mudanças.

Outro desafio para a aliança terapêutica pode resultar de diferenças entre paciente e terapeuta em aspectos de identidade (p. ex., idade, sexo, raça, religião, etnia, orientação sexual, situação de imigração ou classe social; Hays, 2008; D. W. Sue e Sue, 2012). Iniciar uma discussão sobre as diferenças potenciais no início da terapia proporciona uma oportunidade para uma comunicação aberta sobre potenciais fontes de incompreensão e pode fazer o paciente se sentir mais confortável, trazendo à tona os problemas que surjam

no curso do tratamento. Os terapeutas assumem a responsabilidade de aprender sobre o contexto cultural do paciente por conta própria, enquanto se mantêm sensíveis às experiências individuais e aos contextos de vida de cada paciente, de modo que possam considerar de que forma os fatores culturais e sistêmicos podem influenciar as respostas do paciente e ser usados para promover o crescimento e a adaptação positiva. Comunicar consciência e sensibilidade às áreas de privilégio relativo do próprio terapeuta também pode contribuir para uma aliança terapêutica mais forte.

Psicoeducação

Assim como outras TCCs, a psicoeducação é um componente importante da TCBA. Os terapeutas apresentam conceitos usando folhetos, principalmente durante a primeira metade da terapia (depois, eles revisitam esses conceitos conforme a necessidade, na segunda fase do tratamento – a da aplicação). Para cada conceito, os terapeutas recuperam exemplos da vida do paciente (usando formulários de monitoramento, material de avaliação ou pedindo especificamente exemplos ao paciente) para garantir que o material seja relevante.

A psicoeducação começa com uma discussão sobre a natureza do medo, da ansiedade e da preocupação (incluindo uma discussão sobre a função da preocupação), seguida de exploração da função das emoções de forma mais ampla, enfatizando a natureza habitual da nossa resposta emocional, e como a repetição reforça esses hábitos, enquanto a interrupção pode enfraquecê-los. Os terapeutas ensinam os pacientes sobre a inclinação natural a evitar estímulos dolorosos ou ameaçadores, bem como desafios e custos associados à tentativa de controlar rigidamente experiências internas e evitar situações que provoquem ansiedade. Os terapeutas estabelecem uma distinção entre emoções claras (que fornecem informações sobre uma resposta a um contexto atual) e emoções turvas (que podem ser difusas, confusas, resquícios ou mais duradouras). Os terapeutas também descrevem habilidades de *mindfulness*, observando especificamente as formas como essas habilidades podem ser usadas para esclarecer as respostas emocionais e potencializar a participação em atividades de vida valorizadas.

A psicoeducação fornece uma fundamentação para o resto do tratamento, incentivando comportamentos que levem bastante tempo (p. ex., a prática de *mindfulness*) ou esforço (p. ex., ações valorizadas). A psicoeducação também pode ajudar a promover, ela própria, uma nova relação com experiências internas. Perceber como as próprias emoções se tornam turvas e avassaladoras como resultado de uma série de

processos compreensíveis (p. ex., não dormir o suficiente, ainda se sentir chateado por uma briga anterior com um parceiro) pode reduzir a autocrítica e o julgamento, o que, por sua vez, pode reduzir a turvação e a reatividade. Para alguns pacientes, a psicoeducação, por si só, já leva a comportamentos novos e nova aprendizagem que promove respostas de aceitação a experiências internas, e maior envolvimento na vida. No entanto, a aprendizagem por meio de experiências muitas vezes é necessária para completar essa estratégia clínica.

Muitos desafios podem surgir quando se apresenta o material psicoeducacional. Em primeiro lugar, pode ser difícil dar atenção a preocupações específicas do paciente ao mesmo tempo em que se apresentam muitas informações novas. Usar exemplos dos pacientes ao ensinar, e pedir frequentemente que eles compartilhem suas reações, podem ajudar a equilibrar essas demandas conflitantes. Além disso, às vezes os pacientes não concordam com o material que está sendo apresentado. Por exemplo, eles podem insistir em que a evitação é uma estratégia eficaz. Discutir com os pacientes raramente é produtivo e pode enfraquecer a relação terapêutica. Além disso, as conceituações de caso são apenas hipóteses baseadas na literatura e na observação clínica, por isso, é importante não se apegar rigidamente a elas. Nessa situação, consideramos útil perguntar se os pacientes estão dispostos a simplesmente observar o conceito ao longo das próximas semanas para ver se podem aprender algo novo sobre sua experiência. Isso promove uma abordagem colaborativa ao tratamento e ajuda a envolvê-los, ao mesmo tempo em que os incentiva a dar uma valiosa opinião sobre nossa conceituação.

Desenvolvimento de habilidades de mindfulness

Mindfulness (Kabat-Zinn, 2003) – ou seja, prestar atenção ao momento presente com abertura, curiosidade e compaixão – é uma habilidade central que os pacientes podem usar para alterar a natureza de sua relação com suas experiências internas (p. ex., começar a ver os pensamentos como pensamentos, ou “descentrar”), aumentar sua disposição para ter qualquer reação que surja, e se envolver em vidas com realização e sentido. Usamos uma ampla gama de métodos para ajudar os pacientes a trazer sua consciência para o momento presente e saudamos suas experiências com curiosidade, bondade e compaixão.

Automonitoramento

O automonitoramento é um método comum, usado em todas as TCCs. Semelhante a essas abordagens, a terapia começa com os pacientes monitorando as situações em que surge a preocupação. A cada semana, com base no que é tratado na sessão, novos as-

pectos da experiência são acrescentados (p. ex., emoções, esforços para evitar experiências, realização de ações valorizadas). O processo de monitoramento de preocupações, outras experiências internas e comportamentos ajuda a promover a consciência e o descramentamento; os pacientes se voltam a suas experiências internas em vez de habitualmente se afastar e enxergam cada aspecto de sua experiência em vez de misturar os componentes (p. ex., percebem pensamentos, emoções e comportamentos separadamente). À medida que começam a notar a distinção entre emoção e comportamento, os pacientes são mais capazes de considerar a variedade de opções comportamentais disponíveis a eles, mesmo quando surgem emoções fortes.

O automonitoramento pode ser um desafio para alguns pacientes. Eles podem se esquecer de preencher formulários de monitoramento, vê-los como uma “lição de casa” feita apenas a pedido do terapeuta ou terminá-los na sala de espera em vez de preenchê-los no momento. Os terapeutas podem ajudar os pacientes a enxergar a utilidade dessa prática, informando-lhes claramente as razões do monitoramento, ressaltando que é uma habilidade que pode ser usada para esclarecer emoções, reduzir a aflição e aumentar o envolvimento em atividades valorizadas, e rever o monitoramento em cada sessão, conectando as observações aos objetivos do tratamento. Os terapeutas também podem adaptar com flexibilidade tarefas de monitoramento à vida do paciente, ao mesmo tempo em que sublinham a importância de fazer algum monitoramento no momento em que ocorre uma reação, para facilitar o desenvolvimento da consciência à medida que os padrões ansiosos habituais se desdobram. Por exemplo, em vez de papel e caneta, os pacientes podem monitorar apenas uma situação por dia ou usar telefones ou gravadores de áudio para monitorar.

Prática formal de mindfulness

Mindfulness é uma habilidade. Portanto, praticá-la regularmente pode ser extremamente útil. Os terapeutas ajudam os pacientes a determinar quando terão algum tempo para direcionar sua consciência, uma e outra vez, a algum aspecto de sua experiência, como respiração, sensações físicas ou pensamentos. Tratamentos à base de *mindfulness*, como a MBCT, fazem os pacientes praticar 45 minutos por dia. Nós geralmente usamos práticas de *mindfulness* mais curtas e permitimos que os pacientes escolham a duração de sua prática. Fazemos com que todos os pacientes pratiquem um relaxamento muscular progressivo adaptado, no qual tensionam e relaxam uma série de grupos musculares, observando as sensações que vivenciam.¹

Isso dá a pacientes ansiosos uma exposição maior à *mindfulness*, enquanto proporciona um foco de atenção que pode facilitar uma prática mais prolongada. Os pacientes variam no quanto mantém essa prática específica em relação a outras, mais curtas.

Em nossa abordagem, os terapeutas ensinam aos pacientes uma progressão de práticas durante todo o tratamento, começando com foco na respiração e no corpo, passando à consciência de paladares e sons, e a práticas da consciência de emoções e pensamentos mais desafiadoras. Pacientes e terapeutas praticam juntos, inicialmente em sessão, e depois discutem a experiência do paciente com o exercício. Inicialmente, os pacientes costumam rotular a prática como *boa* ou *ruim*, *relaxante* ou *estressante*. Os terapeutas os ajudam a avançar em direção a simplesmente observar e descrever sua experiência durante a prática, reconhecendo que toda a prática é útil, e a chamada *má prática* pode ensinar muito sobre até que ponto sua mente está ativa e com que frequência trazer a consciência de volta ao momento, apesar de a mente se dispersar.

Ao discutir a prática realizada em sessão, os terapeutas estabelecem conexões entre ela e os problemas dos pacientes. Por exemplo, uma paciente relatou que, quando praticava *mindfulness* à sua respiração, sua mente continuava se dispersando à frustração com sua companheira de apartamento, e ficou claro que ela era ruim em *mindfulness* e nunca melhoraria. Sua terapeuta relacionou esses pensamentos autocríticos e previsões negativas àqueles que muitas vezes surgiam quando a paciente assumia uma nova tarefa no trabalho. A terapeuta sugeriu que, se praticasse a observação de pensamentos críticos com compaixão e curiosidade durante a *mindfulness* formal, ela poderia conseguir levar essas mesmas habilidades a situações de trabalho desafiadoras.

Os pacientes muitas vezes têm dificuldade de reservar tempo para praticar *mindfulness* regularmente. Estratégias tradicionais de solução de problemas podem ser usadas para encontrar momentos para a prática (no metrô para o trabalho, depois de colocar as crianças na cama). Os terapeutas também apontam que praticar *mindfulness* pode ajudar o paciente a se tornar mais eficiente e alerta durante todo o dia, de forma que pode valer a pena usar algum tempo. Os pacientes também usam *mindfulness* como uma estratégia de evitação, principalmente se inicialmente considerarem a prática relaxante já no início. Os terapeutas precisam prestar atenção à função de praticar comportamento para ter certeza de que os pacientes não a estão usando para evitar experiências internas indesejadas.

Prática informal de *mindfulness*

Embora reservar tempo para praticar possa ser uma excelente maneira de desenvolver qualquer habilidade, o objetivo é sempre usar a habilidade enquanto se está envolvido na vida. Os pacientes praticam *mindfulness* informalmente se estão realizando conscientemente tarefas diárias, como lavar louça (Nhat Hanh, 1992), comer, tomar banho ou dobrar roupa. Eles começam gradualmente a praticar em contextos mais difíceis, como durante conversas, encontros, reuniões de trabalho ou eventos da comunidade. Os terapeutas inicialmente ajudam os pacientes a se lembrar de praticar *mindfulness* durante as sessões; com o tempo, os pacientes começam a se lembrar de voltar ao momento presente enquanto estão envolvidos na terapia, fortalecendo essa habilidade para que possam utilizá-la de forma mais eficaz em suas vidas.

Convenções de linguagem

Outra forma de ajudar os pacientes a desenvolver uma consciência descentrada de suas experiências é chamar a atenção à sua linguagem e introduzir algumas estratégias (extraídas da TAC) que os ajudam a se desenredar de seus pensamentos. Uma delas é dizer (e pensar) “Eu estou tendo o pensamento de que...” ou “Eu estou tendo a sensação de que...” em vez de relatar pensamentos como fatos. Os terapeutas apresentam um modelo e começam a reenquadrar os relatos dos pacientes usando essa convenção e estimulando gradualmente os pacientes a fazer essa mudança por conta própria. Da mesma forma, incentivam os pacientes a considerar se a substituição de *mas* por *e* capta mais precisamente situações diferentes. Por exemplo, em vez de dizer: “Eu realmente gostaria de ir a esse encontro, mas estou muito ansioso”, um paciente pode dizer: “Eu gostaria de ir a esse encontro e também estou sentindo ansiedade”. Isso destaca que sentimentos e pensamentos não têm de levar a comportamentos de evitação ou fuga.

Realizando ações

Por fim, os terapeutas ajudam os pacientes a afastar sua atenção e seu esforço da tentativa de controlar suas experiências internas, e concentrá-la no envolvimento mais pleno com suas vidas. Os pacientes começam a explorar o que é importante para eles por meio de uma série de tarefas escritas. Em primeiro lugar, descrevem como a ansiedade atrapalhou suas vidas em vários domínios (relacionamentos, gestão de trabalho/estudo/casa e nutrição, e envolvimento na comunidade). A seguir, escrevem sobre como gostariam de ser nessas áreas, se não tiverem qualquer ansiedade. A partir daí, os terapeutas ajudam os pacientes a identificar áreas específicas em que desejam

se concentrar. A seguir, a terapia envolve fazer planos comportamentais a cada semana, para fazer algo que o paciente valorize, como estabelecer uma conexão social, afirmar-se no trabalho ou entrar para uma organização comunitária. Para cada ação comportamental, os terapeutas enfatizam a importância de escolher uma ação, independentemente dos pensamentos e sentimentos que surjam, e os pacientes aplicam suas habilidades de *mindfulness* para conseguir fazer o que lhes é importante, mesmo quando estão ansiosos.

Passar da evitação habitual ao envolvimento é um processo longo e contínuo. Alguns pacientes têm dificuldade de formular seus valores porque, por muito tempo, todos os seus recursos de atenção e comportamento foram direcionados à gestão da ansiedade. Uma vez que os pacientes tenham esclarecido o que consideram importante, aproximar-se dessas ações pode provocar ansiedade extrema e ser muito difícil de fazer. No entanto, o incentivo do terapeuta, o cultivo de habilidades de *mindfulness* e o desmembramento das tarefas em partes gerenciáveis específicas (p. ex., convidar um colega para almoçar ou ter uma conversa aberta com um dos pais) pode ajudar o paciente a se dispor a fazer essas primeiras mudanças comportamentais importantes, mesmo que a ansiedade esteja inevitavelmente presente. Com o tempo, a experiência de se engajar em atividades valorizadas pode ser um reforço natural, mas são necessárias consciência e prática continuadas para não recair em padrões antigos e naturais de evitação devido à ansiedade.

Muitos desafios surgem quando se implementam ações valorizadas. Primeiro, como observam Hayes e colaboradores (2012), os pacientes muitas vezes pensam em termos de objetivos (p. ex., encontrar um parceiro, perder oito quilos) em oposição aos valores (ser emocionalmente íntimo, ser fisicamente saudável, etc). Concentrar-se em querer perder 8 quilos pode levar à autocrítica no momento, o que pode interferir nesse objetivo. Por outro lado, uma pessoa pode realizar ações no momento que sejam coerentes com querer ser fisicamente saudável (p. ex., ir à academia ou comer um almoço saudável) que, por sua vez, também ajudem em um objetivo. Os terapeutas trabalham para ajudar os pacientes a identificar os valores e sentidos que estão por trás de todos os objetivos declarados, para que eles possam se envolver em ações, naquele momento, que sejam gratificantes e significativas. Os terapeutas precisam tomar cuidado para não impor seus próprios valores aos pacientes. A sensibilidade cultural é particularmente importante nesse aspecto do tratamento. Por exemplo, um paciente que tratamos com TCBA descreveu como valor a capacidade de sustentar financeiramente seus pais, o que o levou a escolher uma profissão que lhe era in-

trinsecamente menos interessante, mas lhe permitiria sustentar sua família. Seu terapeuta tinha uma origem mais individualista e teve uma reação inicial de que era importante escolher uma profissão intrinsecamente mais gratificante. No entanto, o terapeuta reconheceu que isso importaria seus próprios valores ao paciente em vez de ajudá-lo a fazer escolhas coerentes com seus próprios valores.

Os terapeutas também precisam ser sensíveis às limitações da vida real que possam impedir os pacientes de realizar ações importantes para eles. Restrições externas, tais como recursos limitados, desigualdades e contextos familiares, precisam ser validadas e levadas em conta no desenvolvimento de tarefas de tratamento. De um modo semelhante, os pacientes podem querer que os outros em suas vidas ajam de forma diferente. Embora esse seja um desejo muito razoável, nem sempre é possível mudar outras pessoas. Os pacientes podem solicitar mudanças nos outros ou dar passos para lidar com as injustiças em diferentes contextos, mas os terapeutas não podem garantir que essas coisas vão levar às mudanças que o paciente espera. Em vez disso, o terapeuta pode ajudar o paciente a fazer as melhores escolhas possíveis diante dessas restrições, o que certamente pode incluir pedir mudanças e sair de situações quando possível, se necessário.

Prevenção de recaída

A ansiedade é uma resposta natural e habitual, assim como a reatividade a experiências internas e a evitação de experiências. Os terapeutas ajudam os pacientes a desenvolver um plano para manter as práticas que eles considerarem mais úteis para o tratamento e para se preparar para possíveis recaídas no futuro. Os pacientes são incentivados a consultar seus folhetos e planilhas de monitoramento quando surgirem dificuldades, e rever conceitos e práticas que consideraram úteis no tratamento.

ESTUDO DE CASO

Este compósito de caso é baseado, em termos gerais, em um único paciente, mas foram acrescentados detalhes de outros para ilustrar certos argumentos. Informações de identificação foram alteradas para proteger a confidencialidade.

Informações preliminares

Héctor era um homem de origem latino-americana de 24 anos que se apresentou para tratamento depois de ter sido colocado sob *observação acadêmica*. Embora tivesse um histórico acadêmico extremamente bom nas cadeiras básicas, Héctor estava tendo dificuldades para acompanhar as exigências das disciplinas

da faculdade de medicina. Inicialmente, ele procurou tratamento com a profissional de cuidados de saúde primária para uma ampla variedade de sintomas relacionados ao estresse, incluindo dores de cabeça, tensão muscular e desconforto gastrointestinal frequentes. No entanto, ela pediu que ele procurasse terapia para o que ela acreditava ser um transtorno de ansiedade.

Na avaliação inicial, Héctor confirmou sintomas compatíveis com TAG. Ele descreveu uma longa história de preocupação que começou no ensino fundamental. Sua preocupação estava dirigida principalmente a suas demandas de ensino. Ele informou se preocupar constantemente com a qualidade do seu trabalho, a suficiência de seu conhecimento e sua capacidade de cumprir as expectativas acadêmicas – as suas e as de outros. Héctor foi a primeira pessoa da família a se formar em uma faculdade, e toda a sua família ampliada estava extremamente orgulhosa dele, e investira muito para que ele obtivesse um diploma de médico. A mãe de Héctor tinha assumido um segundo emprego para ajudar a pagar os custos cada vez maiores da educação dele, um de seus tios se ofereceu para ser fiador de um financiamento, e seu primo lhe ofereceu um lugar para morar sem pagar aluguel. Embora estivesse extremamente agradecido pelo apoio deles, Héctor se preocupava constantemente com a possibilidade de decepcioná-los.

Héctor também estava invadido por preocupações com a saúde e o bem-estar de sua mãe. Ele estava preocupado que ela estivesse se desgastando demais com dois empregos e pudesse ter um ataque cardíaco ou adormecer enquanto dirigia para casa, e viesse a morrer em um acidente de carro. Héctor também se preocupava muito com seus dois sobrinhos. Em sua opinião, eles passaram tempo demais assistindo à televisão e jogando *videogame*, e precisavam de mais estrutura e orientação do que seu irmão estava oferecendo.

Héctor descreveu uma série de dores que atribua a seu alto nível de tensão física constante. Ele observou que tinha grande dificuldade de adormecer todas as noites, enquanto sua mente repassava constantemente uma série de resultados negativos potenciais que o dia seguinte poderia trazer. Não surpreendentemente, ele descreveu que tinha muita dificuldade de se concentrar principalmente enquanto estava em sala de aula e quando tentava fazer a tarefa de leitura. Quando a ansiedade e a preocupação ficavam graves demais, ele matava aula e ia à academia de ginástica. No passado, quando fazia exercícios suficientes, ficava tão cansado fisicamente que pegava no sono assim que a “cabeça tocava no travesseiro”. Infelizmente, essa estratégia de enfrentamento vinha se tornando

cada vez menos eficaz. No início, ele viu que estava matando aula e indo à academia cada vez com mais frequência, a ponto de não conseguir manter boas notas. Além disso, embora ainda pegasse no sono com bastante rapidez após fazer exercícios, agora ele acordava depois de apenas 1 ou 2 horas de sono.

Quando estava no ensino médio, Héctor também descobriu que passar tempo com amigos e parentes mantinha seus sintomas de TAG sob controle. No entanto, seis meses antes, ele havia deixado sua rede de apoio para trás em Miami e se mudado para Boston, para estudar medicina. Embora, no início, ele saísse para comer com colegas de aula e participasse de grupos de estudo com eles de vez em quando, ele nunca se sentiu totalmente confortável nesses eventos. Ele se preocupava com a possibilidade de que seus colegas não achassem que ele pertencesse a uma faculdade de medicina de tanto prestígio, e Héctor estava ciente de que era um dos poucos alunos de grupos étnicos/minorias.

Sessão de engajamento

Nessa sessão, Héctor revelou que sua família não sabia que ele estava em terapia, e que tinha muita vergonha de contar a eles sobre seus problemas acadêmicos. Héctor reconheceu que manter esses segredos era doloroso e desconfortável, principalmente porque exigia que ele se distanciasse ainda mais de sua principal fonte de apoio social.

Embora tivesse feito algumas sessões em seu primeiro semestre na faculdade, Héctor não tinha outro histórico de psicoterapia. Ele descreveu sua breve terapia anterior como sendo principalmente de apoio e observou que os poucos encontros com seu terapeuta de origem latino-americana, principalmente para falar sobre fatores acadêmicos de estresse, tinham sido extremamente úteis em sua transição para a faculdade. Essa experiência fez com que ele ficasse cautelosamente otimista sobre a terapia atual, embora reconhecesse um medo de que seus problemas já estivessem graves demais para ser superados completamente.

Tendo em conta as consideráveis demandas fora da terapia associadas à TCBA, a terapeuta perguntou a Héctor sobre potenciais obstáculos ao tratamento. Embora tivesse uma agenda um pouco reduzida em função de estar sob observação acadêmica, ele ainda cursava três disciplinas e trabalhava de 20 a 30 horas por semana. A terapeuta validou os compromissos que Héctor tinha no momento, mas também quis ser realista na descrição do compromisso de tempo extra que poderia ser necessário, principalmente nas primeiras seis a oito sessões de terapia. A terapeuta usou uma analogia com o treinamento para uma maratona para transmitir a importância de reservar tempo

suficiente para as tarefas fora da terapia. Ela observou que o hábito de preocupação de Héctor estava profundamente enraizado e que aprender novos métodos para responder a isso exigiria algum compromisso com a prática. Um atleta que esteja treinando para uma maratona não pode manter os mesmos horários de trabalho/vida ao mesmo tempo em que acrescenta treinos. Em vez disso, precisa fazer alguns ajustes temporários para ter tempo de correr. Da mesma forma, um paciente com TAG não pode desenvolver novos hábitos e manter a mesma agenda lotada. Algum tempo e atenção devem ser alocados temporariamente para refletir sobre o tratamento e praticar novas formas de resposta.

Por fim, a terapeuta (branca) explorou como seu gênero e etnia poderiam afetar o tratamento.

TERAPEUTA: Parece que uma das melhores coisas da sua terapia anterior foi que você realmente se sentiu compreendido por seu terapeuta.

HÉCTOR: Sim, eu fiquei surpreso de me sentir tão confortável com ele. Eu esperava que fosse uma terapeuta mulher, e fiquei meio hesitante em falar com um homem no início... Eu pensava que ele poderia me achar fraco por procurar terapia.

TERAPEUTA: Eu acho que a maioria de nós vai à terapia com expectativas sobre nosso terapeuta. Podemos esperar que o terapeuta seja mais velho ou mais jovem, homem ou mulher, ou de uma determinada etnia. Dependendo de ele atender ou não às nossas expectativas, podemos ficar mais ou menos confortáveis e nos sentir mais ou menos entendidos. Você tinha alguma expectativa quando veio hoje?

HÉCTOR: Sinceramente? Eu sabia que ia consultar com uma mulher por causa do seu nome. E eu não tinha certeza de qual era a sua etnia. Mas eu realmente não esperava uma terapeuta de origem latino-americana com base nos profissionais que eu já consultei neste centro.

TERAPEUTA: Você tem alguma ideia ou preocupação, por trabalhar comigo, da qual queira falar?

HÉCTOR: Não, acho que não...

TERAPEUTA: Eu espero que nós possamos trabalhar muito bem juntos, mas seria compreensível se você não confiasse necessariamente em mim ou não se sentisse confortável comigo logo de início. Você não me conhece, e pode ser muito difícil se abrir para um estranho. Além disso, eu sei que, para algumas pessoas pode ser importante que eu não seja latina, e sim branca. Às vezes, isso pode fazer alguém achar que não vou conseguir entender alguns

tipos de experiência, como as relacionadas a ser de uma minoria ou uma pessoa não branca. Mas o meu objetivo é fazer o que puder para ser sensível e entender suas experiências singulares. Eu trago alguns conhecimentos gerais sobre ansiedade para o nosso trabalho, incluindo formas em que as experiências com discriminação podem se relacionar à ansiedade, às vezes de formas sutis, mas você é o especialista em sua própria experiência. Então, eu sempre vou tentar confirmar com você se as coisas que discutimos e as sugestões que faço se ajustam à sua experiência. Por favor, fique à vontade para me apontar quando eu disser ou fizer algo insensível, ou se você achar que não estou entendendo totalmente o que você está me dizendo. Definitivamente, não sou perfeita, mas minha intenção é tentar ajudá-lo, da melhor maneira que puder, a atingir seus objetivos com a terapia.

A terapeuta terminou a sessão de engajamento dando algumas atividades para que Héctor fizesse antes da sessão seguinte. Primeiro, ela explicou um formulário de monitoramento usado durante todo o tratamento (embora os domínios a monitorar mudem à medida que se introduz novo material de sessão, essa versão inclui apenas data, situação e tópico de preocupação, na forma de colunas) e pediu que ele começasse a observar quando se preocupava. Ela também lhe deu uma cópia do Questionário sobre o Viver Valorizado (*Valued Living Questionnaire*) para preencher, com as seguintes instruções:

“Às vezes, a ansiedade e a preocupação podem nos impedir de realizar algumas ações que sejam coerentes com os nossos valores. Por exemplo, você disse que mata aula quando se sente muito ansioso, mesmo também tendo dito que se importa muito com ser um bom aluno. A ansiedade e a preocupação também podem fazer as pessoas se sentirem como se estivessem no piloto automático, ou que suas vidas são consumidas por coisas que elas *têm* de fazer em vez de coisas que elas *escolhem* fazer. Este questionário é um primeiro passo para identificar algumas das maneiras em que a ansiedade e a preocupação podem estar interferindo na sua vida. Às vezes, é doloroso pensar sobre as maneiras em que nossas vidas não são como gostaríamos que fossem. Mas essa consciência é o primeiro passo para fazer uma mudança. Assim, observe qualquer sentimento que surgir quando você preencher os formulários, e nós falaremos deles na próxima semana.”

Sessão 1

O objetivo da sessão 1 é proporcionar um panorama da estrutura de tratamento (funções de paciente e terapeuta, tarefas entre sessões, etc.) e planejar e discutir a fundamentação do tratamento que é informada por uma conceituação personalizada dos problemas que o paciente apresenta, baseada em TCBA. A terapeuta pediu que Héctor fizesse um exercício experiencial que envolvia se imaginar de volta em uma das situações causadoras de ansiedade que ele anotou em seu formulário de monitoramento. Usando imagem guiada, ela o ajudou a observar que sua experiência de ansiedade se caracterizava por um ciclo inter-relacionado de pensamentos (preocupações), sensações fisiológicas (tensão nos ombros e no peito) e comportamentos (sair da aula mais cedo, ir para a academia).

HÉCTOR: Eu não percebia muito bem o que estava acontecendo quando eu estava ansioso. Normalmente, logo que noto que estou ansioso, eu simplesmente faço tudo o que posso para impedir que aumente.

TERAPEUTA: Isso não me surpreende. Você desenvolveu um hábito forte. Quando fica ansioso, você imediatamente tenta e afasta sua atenção de sua experiência, e busca maneiras de controlar ou atenuar suas emoções. Foi muito difícil se imaginar de volta na sala de aula na segunda-feira?

HÉCTOR: Foi surpreendentemente fácil. Ao me lembrar, me senti tão ansioso quanto no momento em que estava sentado na sala de aula.

TERAPEUTA: É importante observar isso. Uma coisa exclusiva dos seres humanos é a nossa capacidade de nos lembrarmos e imaginarmos eventos vividamente. Assim como outros animais, nós somos programados para sentir medo diante de uma ameaça – como se um predador estivesse se aproximando de nós. Mas os seres humanos também podem simplesmente *imaginar* uma ameaça em suas mentes e sentir a mesma resposta programada à ameaça. Você tem alguma ideia do que estava imaginando na sala de aula naquele dia?

HÉCTOR: Na segunda-feira, minha mente simplesmente foi de 0 a 100 – eu mal tinha consciência de que estava pensando. Mas quando fizemos o exercício hoje, notei uma série de imagens na minha mente. Primeiro, pensei: eu não estou preparado para a aula. Então imaginei o professor gritando comigo, meus colegas de turma rindo de mim, a decepção da minha família...

TERAPEUTA: Humm... se você imaginou todas essas pessoas o rejeitando ao mesmo tempo, não é de estranhar que tenha sentido medo. Nós estamos programados para buscar aprovação social. Se toda a comunidade acadêmica, seus amigos e parentes o rejeitassem, você teria um bom motivo para sentir medo. Infelizmente, nossas mentes não distinguem as ameaças reais das imaginadas.

A terapeuta e Héctor discutiram o modelo de medo, ansiedade e preocupação que orienta a TCBA para TAG. A terapeuta explicou que o medo e a ansiedade têm funções adaptativas. A ansiedade nos permite imaginar ameaças futuras e nos preparar para elas. O medo nos energiza para evitar e escapar do perigo. Nos dois estados, nossa atenção se concentra estritamente na ameaça e em nosso plano de fuga, bloqueando outras informações.

Infelizmente, nossa capacidade de pensar, imaginar (o futuro) e nos lembrar (o passado) nos permite imaginar ameaças intermináveis e responder com medo, mesmo quando não há ameaça presente (ou seja, nossas representações mentais desenvolvem as mesmas propriedades emocionais dos próprios eventos, levando-nos a responder a ameaças que não existem no ambiente). Além disso, embora sejamos programados para escapar ou evitar a ameaça, às vezes, para fazer as coisas que são importantes para nós, temos de enfrentar situações que provavelmente provocarão ansiedade (p. ex., nos permitirmos ser vulneráveis para obter intimidade, correr um risco no trabalho para negociar com êxito um desafio). Muitos de nós respondem a esse enigma julgando duramente nossas respostas naturais e fazendo tudo o que podem para evitar vivenciá-las.

A terapeuta e Héctor também discutiram a função da preocupação. Embora esteja associada a consequências negativas claras (interfere na concentração, resulta em tensão e fadiga), ela também cumpre uma função.

HÉCTOR: Por mais que a minha preocupação me incomode, de certa forma, eu tenho receio de abrir mão dela. Às vezes, ela parece que a única coisa que posso fazer para controlar o incontrolável.

TERAPEUTA: Observação interessante, me conte mais.

HÉCTOR: Bem, às vezes acho que se parar de me preocupar com a saúde da minha mãe ela vai ter um ataque do coração. Ou eu acredito que se não me preocupar com uma prova não vou estudar de verdade.

TERAPEUTA: Algumas pessoas observam que se preocupar com assuntos cotidianos menores afasta sua mente de pensamentos e emoções mais dolorosas. Você já observou algo coisa assim?

HÉCTOR: (*Com lágrimas nos olhos.*) Às vezes acho que me preocupar com as provas, com chegar atrasado para a aula ou com o que devo vestir para um evento da escola é a única coisa que me impede de perceber o quão solitário sou. Às vezes sinto que se eu parasse de me preocupar, ficaria tão triste e deprimido que nunca conseguiria sair da cama.

Perto do fim da sessão, a terapeuta resumiu sua conceituação e seu plano de tratamento.

“A ansiedade e a preocupação estreitam o nosso foco e direcionam nossa atenção ao futuro. Esse ciclo acontece fora de nossa consciência e pode ser difícil de mudar. Neste tratamento, vamos usar habilidades de *mindfulness* para abordar esse hábito. *Mindfulness* aumenta e amplia o nosso foco no momento presente e nos permite perceber e romper o ciclo. Temos também uma tendência a julgar e controlar nossas emoções porque pensamos que elas estão nos impedindo de ter uma vida satisfatória. Neste tratamento, vamos explorar se essa reação a nossas respostas emocionais é útil ou prejudicial, e vamos discutir maneiras alternativas de responder. Por fim, a preocupação é antecipatória, de forma que nos impede de nos envolvermos em atividades que poderiam ser ameaçadoras. Mas às vezes, nós queremos abordar essas situações – principalmente se elas vão nos ajudar a viver o tipo de vida que valorizamos. Neste tratamento, vamos aprender a nos tornar mais flexíveis – a considerar diferentes respostas comportamentais – em vez de automaticamente evitar situações que possam provocar ansiedade”.

No fim da sessão 1, a terapeuta levou Héctor a fazer um exercício de respiração com *mindfulness*. Ela começou orientando-o a perceber a forma como ele estava sentado na cadeira, e depois chamou sua atenção para os pontos onde ele poderia sentir a respiração em seu corpo. A seguir, a terapeuta orientou Héctor a redirecionar suavemente sua consciência às sensações de suas inspirações e expirações nos vários minutos seguintes, enquanto aprofundava a respiração, não importando quantas vezes a sua mente se dispersasse para outras coisas. Após a terapeuta e Héctor discutirem a experiência dele com esse exer-

cício, ela lhe pediu para praticá-la diariamente entre as sessões.

Sessão 2

A sessão 2 se concentra basicamente em uma introdução à *mindfulness*. A terapeuta fez com Héctor um exercício de respiração com *mindfulness*, e depois os dois a analisam juntos.

TERAPEUTA: O que você observou?

HÉCTOR: Bem, eu estou muito estressado hoje, então o exercício não funciona tão bem como quando pratiquei esta semana.

TERAPEUTA: Fale mais disso. Como você está definindo “funcionou”?

HÉCTOR: Eu usei a respiração quase todas as noites desta semana, para adormecer. E realmente pareceu ajudar. Pelo menos me acalmou, para que eu pudesse pegar no sono mais rápido. Mas hoje eu simplesmente me senti mais estressado.

TERAPEUTA: O que é realmente interessante sobre isso é que, embora não haja um “objetivo” para *mindfulness*, às vezes nós começamos a esperar que ela gere um determinado estado. Mas, na verdade, esse exercício tem a ver com perceber e aceitar qualquer estado em que estejamos. Então percebemos o foco de nossa atenção, direcionamos essa atenção à respiração, observamos quando ela se dispersa e a direcionamos de volta. Às vezes esse processo pode ser prazeroso e tranquilizante, mas outras vezes pode ser frustrante e doloroso. No entanto, observar esse processo, seja ele qual for, é praticar *mindfulness*.

HÉCTOR: Sério? Eu tinha certeza de que deveria tentar relaxar.

TERAPEUTA: Nós somos seres naturalmente orientados por objetivos. Portanto, a nossa tendência é procurar o objetivo na *mindfulness*. Felizmente, *mindfulness* nos permite abrir mão dos objetivos, pelo menos por um momento, e simplesmente estar. O que mais você observou?

HÉCTOR: Eu não consegui manter minha atenção na minha respiração. Ela estava totalmente dispersa. Eu não sei se tenho a personalidade necessária para ser *mindfulness*.

TERAPEUTA: Que ótima observação! Primeiro, você observou que sua atenção foi puxada em direções diferentes. Eu aposto que isso também acontece em outros momentos do dia. É útil saber o quanto as nossas mentes estão ocupadas.

HÉCTOR: Eu nunca pensei nisso dessa forma. Eu acho que faz sentido que eu me esforce para me concentrar em aula se estiver tendo tantos pensamentos diferentes o tempo todo.

TERAPEUTA: Além disso, eu não sugeri que você deveria manter sua atenção em sua respiração, apenas que observasse onde sua atenção estava e a guiasse continuamente de volta à respiração. É interessante como nossas mentes rapidamente julgam se estamos fazendo algo “certo” ou “errado”, não é?

HÉCTOR: (*Rindo.*) Eu mais ou menos sei o que você vai dizer, mas também achei que estava respirando da forma errada. Eu ficava respirando pela boca e soava muito alto em comparação à sua respiração.

TERAPEUTA: (*Sorrindo.*) Ótima observação! Se nossas mentes são tão críticas sobre algo tão simples e natural como respirar, imagine os pensamentos críticos que estão presentes quando estamos na sala de aula, no trabalho, com amigos. Parece que você realmente usou esse exercício como uma oportunidade para conhecer os hábitos de sua mente.

A terapeuta também orientou Héctor no Exercício da Uva Passa, que é simplesmente comer uma uva passa com *mindfulness*. Após esse exercício, ela se concentrou na habilidade de *mindfulness* chamada de “mente de iniciante”, essencialmente destacando as maneiras em que “saber” o que esperar pode nos impedir de observar com precisão diferentes experiências. A sessão terminou com a terapeuta orientando Héctor em um relaxamento muscular progressivo ligeiramente modificado, destinado a ajudá-lo a praticar a observação de sensações e abandonar a tensão (em vez de reduzir a ansiedade).

Sessão 3

A terapeuta deu início à sessão 3 com o exercício de *mindfulness* conhecido como *Mindfulness* aos Sons. Héctor conseguiu ver a semelhança entre essa prática e o exercício da uva passa, da sessão 2. Especificamente, ele observou que era difícil para sua mente observar o tom, o timbre e o volume dos sons ao seu redor, sem tentar rotular (um caminhar dando ré) nem julgar (“é alto e irritante”) sua experiência. A terapeuta teve o cuidado de normalizar essa resposta e destacar a utilidade de nos conscientizarmos daquilo que todos somos naturalmente inclinados a fazer.

Depois de examinar a tarefa de casa sobre monitoramento e *mindfulness* realizada por Héctor,

a terapeuta introduziu um novo tópico psicoeducativo – a função das emoções. Héctor rapidamente deu um exemplo da forma em que emoções como o medo podem cumprir uma função comunicativa. Ele descreveu um incidente que aconteceu quando estava voltando para casa da biblioteca, tarde da noite. Embora não tenha ouvido nem visto nada fora do comum, Héctor teve a sensação de que estava em perigo, e tomou uma série de medidas de precaução: tirou os fones de ouvido, atravessou a rua para estar em um ambiente mais iluminado e telefonou a seu companheiro de quarto pelo celular. Na manhã seguinte, Héctor leu que houve um assalto no campus na noite anterior, e se convenceu de que os sinais de medo que ele recebeu o haviam protegido. A terapeuta deu um exemplo das consequências de ignorar as mensagens das nossas emoções.

TERAPEUTA: Imagine que você esteja sentindo tristeza e decepção porque seu trabalho atual não é gratificante. Essa tristeza é desconfortável, então é natural que você queira se livrar dela. Você pode passar suas tardes esvaziando a cabeça sozinho na frente da televisão, tentando “relaxar”, ou pode começar a ficar na rua até tarde da noite com os amigos, beber e tentar se divertir para não perceber que está se sentindo triste nessa área de sua vida. Você pode começar a encontrar razões para faltar ao trabalho ou sonhar acordado quando está nele. Todas essas estratégias são destinadas a reduzir a sua tristeza. E podem funcionar no curto prazo, mas nenhuma delas resolve o problema. E o pior é que essas estratégias podem até criar novos problemas à medida que você começa a dormir menos, e a ter um desempenho pior e mais conflitos no trabalho. Mesmo que você esteja fazendo tudo o que pode para evitar se sentir triste, a tristeza está lá por uma razão. O primeiro passo para avançar nessa situação é perceber que você está se sentindo triste e reconhecer que sua situação de trabalho está provocando essas emoções. Só então você poderá decidir quais atitudes tomar.

HÉCTOR: Tem sentido. Mas e o medo que sinto quando penso em pedir a um colega para estudar comigo?

TERAPEUTA: O que você acha que o seu medo está lhe dizendo nessa situação?

HÉCTOR: Que ele poderia pensar em alguma desculpa para me rejeitar e dizer não.

TERAPEUTA: Claro. Como seres humanos, somos programados para buscar apoio social e aprovação. Pode ser absolutamente arriscado nos expormos para ser aceitos ou rejeitados, mas a questão é a seguinte: embora seja importante reconhecer a mensagem que as nossas emoções estão nos enviando, nem sempre temos de seguir os conselhos delas. As emoções estão associadas a tendências de ação – quando sentimos medo, estamos preparados para fugir, quando sentimos raiva, estamos preparados para lutar. Mas as nossas emoções não controlam realmente o nosso comportamento. E muitas vezes, quando consideramos realizar uma ação que poderia ser realmente significativa – nos abrir e parecer vulneráveis a alguém ou assumir um desafio acadêmico – nossas emoções nos alertam de que esse passo é arriscado. Nesses casos, é preciso reconhecer a mensagem que estamos recebendo, mas ainda podemos optar pela ação que valorizamos.

HÉCTOR: Eu acho que tem sentido. Eu certamente sabia que me afastar da minha família e começar a faculdade de medicina era arriscado. Eu senti muito medo, mas mesmo assim fiz isso, porque era importante para a minha família que eu conseguisse. A minha *abuela* [avó] sempre diz que coragem é agir com o coração. Ter medo, mas fazer algo mesmo assim, por amor ou paixão.

No entanto, Héctor também teve alguma dificuldade ao tentar determinar a função de suas emoções em alguns outros contextos.

HÉCTOR: Eu posso ver como as emoções, às vezes, podem cumprir uma função, mas outras vezes, essa função parece muito menos clara para mim. Por exemplo, eu sei que sentir um pouco de ansiedade com relação a uma prova pode ser útil e motivador, mas por que me sinto apavorado algumas noites, quando estou estudando? Eu fico tão assustado e ansioso que me paraliso. Meu problema é que a maior parte do tempo fico confuso com as minhas emoções e a intensidade delas.

TERAPEUTA: Nós distinguimos o que chamamos de emoções *claras* e *turvas*. As emoções claras se referem a uma reação emocional muito forte a uma situação; por exemplo, sentimos muito medo quando um carro se aproxima de nós na rua, que é o que poderíamos chamar de uma resposta emocional *clara*. As emoções que são complexas, confusas ou muito intensas e dura-

douras para a situação são o que chamamos de *turvas*.

Juntos, Héctor e sua terapeuta examinaram a forma como falhas no cuidado consigo (p. ex., deixar de dormir o suficiente, comer bem ou fazer exercícios regularmente) aumentam a probabilidade de haver emoções turvas. Eles também examinaram como a preocupação (a capacidade de imaginar coisas que ainda não aconteceram) e a ruminação (lembrar repetidamente eventos passados) podem evocar emoções que não têm qualquer relação com tudo o que está se desenrolando no momento presente. Por fim, discutiram a forma como as nossas “reações às nossas reações” podem turvar as nossas respostas emocionais.

“Outra coisa que pode tornar as nossas emoções confusas e turvas é que, muitas vezes, quando temos uma resposta emocional, não temos apenas aquela resposta – nós temos uma série de respostas que são acionadas por aquela primeira emoção. Por exemplo, podemos sentir medo, depois raiva por ter sentido medo, depois medo de que o sentimento fique mais forte, depois vergonha de ter medo, e assim por diante. Também podemos ter pensamentos que surgem como respostas a uma emoção clara, como ‘eu não deveria me sentir assim’ e ‘isso é sinal de que sou uma pessoa fraca’. Uma reação que muitas vezes temos é tentar controlar as respostas emocionais. Falaremos mais sobre isso na próxima sessão. Por fim, as respostas emocionais também podem parecer muito mais intensas quando começamos a nos sentir definidos por nossas emoções – quando as vemos como características estáveis que representam a nossa personalidade, em vez de respostas humanas naturais a eventos que vêm e vão.”

Normalmente, a sessão 3 terminaria examinando a primeira tarefa escrita realizada (i. e., escrever sobre como a ansiedade e a preocupação interferem nos relacionamentos, na gestão de estudos/trabalho/casa e em autonomia e envolvimento na comunidade). No entanto, Héctor admitiu que não tinha terminado a tarefa. Ele observou que a semana havia sido cheia de provas e que ele teve dificuldades de reservar tempo para si. Juntos, Héctor e sua terapeuta ficaram pensando em formas em que ele poderia encaixar a tarefa de escrever sobre valores em sua agenda. No entanto, ela também observou que se sentar e considerar formas em que a ansiedade está interferindo nas coisas que mais importam poderia ser um exercício muito doloroso. A terapeuta sugeriu que Héctor reconhecesse que a dor tinha uma função (dizendo-lhe

que eram necessárias mudanças para que ele tivesse uma vida pessoal mais gratificante) e lhe disse que procurar terapia era um sinal de que ele reconhecia a dor e estava disposto a fazer algumas mudanças. A terapeuta também deu a Héctor novos formulários de monitoramento que tinham uma nova coluna para emoções, para que ele pudesse começar a controlar suas respostas emocionais, além de sua preocupação.

Sessão 4

Héctor chegou à sessão 4 visivelmente chateado. Ele tinha acabado de voltar de uma visita à sua casa em Miami e estava extremamente chateado com suas interações com seu irmão. Quando ele começou a descrever a situação, a terapeuta interrompeu suavemente.

“Desculpe-me por interrompê-lo, Héctor, mas tenho uma pergunta importante. Eu vejo que essa visita foi muito perturbadora para você e nós vamos garantir uma boa parte da sessão de hoje para falar sobre isso. Mas, se você não se importa, eu gostaria que a gente comesse a nossa sessão, como sempre fazemos, com uma breve prática de *mindfulness*. Pode ser realmente difícil fazer a prática quando você está experimentando um monte de emoções e pensamentos, mas também pode ser extremamente útil. Se não se importa, eu gostaria que começássemos pela conscientização das sensações físicas que estamos experimentando atualmente. Eu gostaria de ouvir sobre a sua visita e há outro exercício de *mindfulness* que pode nos ajudar a explorar mais o que você está sentindo agora. Pode ser assim?”

Héctor concordou, e a terapeuta introduziu um exercício de *mindfulness* baseado no aumento da consciência das sensações físicas. Durante a análise da prática, Héctor admitiu que considerou particularmente desafiador ficar redirecionando sua atenção das imagens da sua visita às sensações físicas do momento, mas observou que ficou mais fácil com o tempo. A terapeuta disse que Héctor parecia mais centrado do que quando entrou. Ele respondeu que se sentia mais presente e pronto para discutir suas preocupações.

TERAPEUTA: Você usou sua planilha de monitoramento neste fim de semana para ajudá-lo a trabalhar alguns dos desafios que surgiram durante sua estada em casa?

HÉCTOR: Absolutamente, eu estava tão chateado que precisava colocar os meus pensamentos no papel. Como escrevi aqui, no sábado, quando estava na casa dos meus pais, mas apenas o meu irmão e seus filhos estavam lá, fui inun-

dado com preocupações. Meus sobrinhos eram uns menininhos muito queridos, mas agora eles mal olham para mim quando eu os cumprimento. Eles passam o tempo todo colados aos seus aparelhos eletrônicos, jogando *videogames* violentos. E meu irmão os ignora completamente – só o que ele quer é falar comigo sobre as suas mais recentes aventuras amorosas.

TERAPEUTA: Você anotou as preocupações específicas que estava enfrentando?

HÉCTOR: Sim, escrevi que estou preocupado com a possibilidade de que o meu irmão e meus sobrinhos sejam demais para minha mãe, que eles estejam drenando a saúde e as finanças dela. E que meus sobrinhos não tenham uma boa educação e que se metam com as pessoas erradas. E que meu irmão esteja bebendo demais e seja muito egoísta.

TERAPEUTA: Bom trabalho em observar suas respostas. E as suas emoções? Você conseguiu identificar quais emoções estavam presentes?

HÉCTOR: Eu estava muito chateado. Principalmente com raiva, eu acho. Não sei... essa é uma daquelas situações em que me senti confuso sobre meus sentimentos.

A terapeuta sugeriu que Héctor tentasse fazer uma prática de *mindfulness* destinada a observar suas reações emocionais. Ela pediu que ele fechasse os olhos e imaginasse vividamente sua interação com seu irmão e o instruiu a perceber estímulos visuais e auditivos, concentrando-se nas sensações físicas em seu corpo para direcionar sua atenção aos pensamentos que passavam por sua mente e, por fim, a suas emoções. Ela lembrou-lhe de simplesmente observar sua experiência, acrescentando curiosidade e compaixão ao que ele estava sentindo, observando o que acontecia quando sentia emoções fortes, sem alterá-las nem julgá-las. Ela lembrou-lhe de observar se havia mais do que uma emoção e de perceber qualquer aumento ou redução em suas emoções. Depois de vários momentos, ela lhe pediu que abrisse os olhos.

TERAPEUTA: O que você observou?

HÉCTOR: No início, só sentia raiva. Então notei que estava sentindo medo. Mas o que realmente me surpreendeu é que me senti muito triste. É interessante, porque naquele momento achei que estava simplesmente com raiva, mas pensando agora, me dei conta de que minhas emoções pareciam ir e vir. Acho que outra coisa interessante é que comecei apenas sentindo as emoções. Mas durante o exercício, comecei a observar que as estava observando. Foi muito útil

manter alguma distância – antes disso, acho que apenas me sentia consumido pela emoção.

TERAPEUTA: Ótimas observações. Conte um pouco mais sobre suas respostas a essas emoções, e todos os pensamentos que você tem sobre a função delas.

HÉCTOR: Eu acho que sentia raiva porque discordo da forma como o meu irmão está criando os filhos. Mas aí fiquei com raiva de mim mesmo por sentir raiva. O meu irmão não teve as oportunidades que tenho, e pensar nisso me fez sentir culpado.

TERAPEUTA: Você observou qualquer resposta a seus sentimentos de culpa?

HÉCTOR: Eu odeio me sentir culpado, é um peso enorme no meu peito. Eu acho que tentei me distanciar desse sentimento e comecei a imaginar todos os problemas que poderiam resultar dos erros do meu irmão, e fui consumido pelo medo e pela preocupação. Mas então, quando você me incentivou, voltei a observar as minhas emoções. Então, quanto mais me concentrava nas minhas emoções, mais começava a perceber que me sentia muito, muito triste. Mas o interessante é que acho que simplesmente aceitava que era uma situação triste. Normalmente, não suporto me sentir triste, fico com medo de que isso signifique que vou ficar deprimido e recuar ao meu mundo. Mas acho que reconheci que é só uma situação triste. Eu sinto falta da minha família. Eu gostaria de poder resolver os problemas do meu irmão, mas não posso.

A terapeuta associou a experiência de Héctor ao tema das emoções claras e turvas. Ela destacou que a raiva é uma resposta natural, que surge quando alguém age contra a nossa vontade. E a tristeza é uma resposta normal a uma situação dolorosa. Ela também ajudou Héctor a identificar por que sua raiva foi tão intensa no início. Além de ficar irritado com a situação no sábado, ele também estava sentindo raiva pelas muitas vezes em que seu irmão o incomodara no passado. Héctor também estava imaginando que seu irmão continuaria a cometer erros, o que alimentava ainda mais a sua raiva. As *reações a reações* que Héctor sentia também aumentavam a intensidade de sua resposta. Por exemplo, ao julgar o sentimento de raiva como inaceitável, Héctor começou a se sentir culpado. E quando o sentimento de culpa ficava doloroso demais, ele se distraía com várias preocupações sobre o futuro.

Em seguida, a terapeuta passou algum tempo sobre o conceito principal da sessão – os limites e as consequências dos esforços de controle interno. Ela

pediu que Héctor fizesse uma série de exercícios experienciais destinados a demonstrar os efeitos muitas vezes paradoxais dos esforços para controlar experiências internas, como pensamentos, emoções e imagens. Por exemplo, a terapeuta pediu que Héctor imaginasse que ele “precisava de uma boa noite de sono” antes de uma prova importante. Ela lhe perguntou o que poderia acontecer se, alarmado por já ser tarde, ele tentasse deliberadamente induzir um estado de sonolência. Héctor observou que isso acontecia com frequência e quanto mais ele tentava, mais angustiado e desperto ficava.

Por fim, a terapeuta repassou a tarefa de Héctor sobre valores. Ele facilmente identificara muitas maneiras em que sua ansiedade estava interferindo nos estudos e no trabalho. Ele observou que estava ficando cada vez mais difícil se concentrar, tanto durante a aula quanto ao fazer sua lição de casa, porque sua mente era consumida por preocupações – preocupações sobre faltar à aula, sobre decepcionar sua família e sobre a saúde e o bem-estar de seus parentes. Héctor também observou que, quando sua ansiedade com relação aos parentes ficava forte demais, ele telefonava ou planejava uma visita a eles. Mas descobriu que, quando encontrava tempo para falar ou estar com eles, ele era consumido pela preocupação sobre o tempo que estava tirando dos estudos. Héctor escreveu sobre o medo de nunca encontrar uma parceira para a vida. Ele estava ocupado demais com a faculdade e sua família para namorar, e acreditava que seu destino era acabar sozinho. Ele estava apavorado com essa possibilidade, porque se descrevia como alguém muito voltado à família.

Quando a sessão terminou, a terapeuta deu a Héctor um formulário de monitoramento que acrescentava uma coluna de *esforços para controlar*, para que ele pudesse começar a observá-los à medida que ocorressem ao longo da semana. Ela também deu a Héctor uma segunda tarefa sobre valores, a ser feita para a sessão seguinte. A terapeuta observou que, muitas vezes, nossas tentativas de evitar ansiedade, preocupação e estresse nos levam a fazer mudanças sutis no nosso comportamento, de modo que nós comecemos a fazer o que “deveríamos” estar fazendo e perdemos a noção daquilo que *queremos* fazer, ou do que é *pessoalmente importante* para nós como indivíduos. A terapeuta repassou a distinção entre valores e objetivos, enfatizando a importância de identificar a direção que Héctor quer seguir, em vez de apenas os objetivos a alcançar. A terapeuta observou que essa próxima tarefa visava explorar ainda mais três áreas da vida para ver quais mudanças poderiam ser necessárias para melhorar a qualidade de vida de Héctor.

“Escolha duas ou três relações que sejam importantes para você. Você pode escolher relações reais (a sua com seu irmão) ou alguma que você gostaria de ter (‘Eu gostaria de fazer parte de um casal’, ‘Eu gostaria de ter mais amigos’). Resumidamente, escreva sobre como você gostaria de ser nessas relações. Pense em como você gostaria de se *comunicar com outras pessoas* (p. ex., até onde gostaria de ser aberto ou privado, direto ou passivo ao pedir o que necessita e dar opiniões aos outros). Pense sobre *que tipo de apoio você gostaria de receber* de outras pessoas e que tipo de apoio você pode dar sem sacrificar o cuidado consigo. Eu também gostaria que você escrevesse um pouco sobre o tipo de trabalho que gostaria de ter e *por que* ele lhe agrada. A seguir, escreva sobre o *estudante* que você gostaria de ser no que diz respeito aos seus hábitos de trabalho e às suas *relações* com seus professores e colegas, sobre o que é importante para você com relação *ao produto de seu trabalho/estudo*. Como você gostaria de se *comunicar com outras pessoas* sobre o seu trabalho? Como você gostaria de *responder* às opiniões delas sobre você? Que outros *desafios* você gostaria de assumir? Por fim, eu gostaria que você escrevesse brevemente sobre como gostaria de passar o seu tempo livre. O que você gostaria de fazer para melhor nutrir-se (p. ex., exercício, nutrição, espiritualidade) ou para contribuir para a sua comunidade?”

Sessões 5-7

Nas sessões 5-7 do tratamento, o foco está em incentivar o paciente a passar de uma postura de resistência e evitação a uma de disposição. Usa-se uma série de exercícios de *mindfulness* e outros exercícios experienciais para ajudar os pacientes a praticar a observação de seus pensamentos, emoções e sensações físicas como eventos transitórios. Por exemplo, Héctor praticou imaginar que seus pensamentos e sentimentos estavam passando em uma tela de cinema à sua frente. Uma vez que os pacientes sejam capazes de neutralizar ou tirar o foco de suas experiências internas, e já não se sentem definidos ou ameaçados por elas, eles costumam ficar mais dispostos a se aproximar e se envolver em uma série de atividades.

Como muitos pacientes, Héctor teve um pouco de dificuldade inicial com o conceito de vontade. No princípio, ele pensou que a terapeuta estava sugerindo que ele deveria enxergar sua ansiedade sob uma luz mais positiva ou que deveria aprender a aceitar sua ansiedade, porque era isso o que um “homem forte”

precisava fazer. Usando uma metáfora adaptada da TAC, a terapeuta tentou esclarecer o conceito de disposição, comparando-o à disposição de uma pessoa para atravessar um pântano para chegar a uma bela montanha.

“Assumir uma postura de disposição sugere que você irá aceitar e seguir em frente com os pensamentos e sentimentos (racionais ou irracionais) que aparecem quando você percorre seu caminho na vida, realizando as ações que lhe ajudarão a obter as coisas que você valoriza na vida. Por exemplo, digamos que você queira perguntar a seus colegas se pode participar do grupo de estudo deles. Fazer isso provavelmente provocará sentimentos de medo e pensamentos sobre uma possível rejeição. No entanto, você pode estar disposto a vivenciar esses pensamentos e sentimentos se eles surgem quando você realiza ações coerentes com o seu valor de se envolver em seus estudos. Você pode não gostar dos sentimentos, você pode desejar que fosse diferente, mas pode estar disposto a experimentar o que quer que surja para realizar uma ação valorizada.

É como se você estivesse indo a uma montanha muito bonita. Mas no caminho, você encontra um pântano nojento e sombrio. Você não quer andar pelo pântano e pode não parecer justo que tenha de fazê-lo, mas você pode escolher percorrê-lo, se decidir que o percurso à montanha vale a pena para você.

Agora, se o pântano está ao lado do seu caminho, você não precisa necessariamente passar por ele, e não tem de mergulhar no pântano e rolar nele. Você pode calçar botas ou atravessar por uma prancha, em um esforço para não se sujar. No entanto, você ainda pode tropeçar e cair no pântano, e a disposição significa que você aceita essa possibilidade ao avançar no caminho que escolheu.”

Várias tarefas baseadas em valores são usadas para ajudar os pacientes a definir seu percurso ou sua “jornada” à montanha. Como observado anteriormente, pediu-se que Héctor escrevesse sobre seus valores em três domínios específicos. Essa pode ser uma tarefa desafiadora e, muitas vezes, os pacientes confundem valores com objetivos, descrevem valores que sugerem a necessidade de controle ou perfeição ou se concentram no que consideram ser obstáculos intransponíveis para viver de forma coerente com seus valores. Assim, muitas vezes, várias sessões são dedicadas a discutir a atribuição de valores, e não é incomum os pacientes reverem seus valores várias vezes em sessão e em trabalhos de casa. Por exemplo, a redação ini-

cial de Héctor gerou alguns valores que ele poderia ter tido problemas para implementar.

HÉCTOR: Meu valor no domínio dos estudos é tirar as notas mais altas em todo o meu curso. Eu quero ser o melhor aluno da minha turma de formandos para deixar a minha família orgulhosa.

TERAPEUTA: O objetivo de ter a nota perfeita em uma prova seria um exemplo de valor ou objetivo?

HÉCTOR: Certo, notas são resultados, então acho que esses são objetivos.

TERAPEUTA: Imagine que você está trabalhando como médico. Você está navegando na internet e tropeça em uma página onde os pacientes classificam e deixam comentários sobre seu médico. O que você quereria que a página dissesse? O meu médico tem boa pontuação em testes padronizados?

HÉCTOR: (*Rindo.*) Bom, não. Eu acho que gostaria que eles dissessem que sou atencioso e compassivo. E que me disponho a trabalhar em um problema de saúde até ter o diagnóstico correto e o melhor tratamento que possa fornecer.

TERAPEUTA: Ótimo, isso soa mais como valores. Então, seria justo dizer que você quer se envolver com o material que está aprendendo? E que você quer ser gentil e compassivo para com seus pacientes, e comprometido com a saúde deles?

HÉCTOR: Sim, isso é o que valorizo. Eu fico pensando que as minhas notas importam mais, mas sei, no fundo, que não é por isso que estou na faculdade de medicina. Eu não estou aqui para impressionar meus professores e colegas de classe. Eu quero ser um médico que faz a diferença na vida dos outros.

Héctor também teve de se esforçar para formular seus valores sobre relações:

HÉCTOR: Eu escrevi que queria estar sempre disponível para a minha mãe, sempre que ela precisasse de mim. Eu quero ser a rocha dela. Eu fico com muita raiva de mim, até quando estou cansado demais para retornar os telefonemas dela à noite. Ou quando ela precisa que se conserte algo, como a torneira da cozinha que está pingando, e não posso resolver porque estou aqui em Boston e ela está em Miami. Além disso, eu me sinto mal quando ela está só. Eu quero impedir que ela tenha qualquer sofrimento além do que ela já tem.

TERAPEUTA: Eu sei que você se importa profundamente com sua mãe, e consigo entender completa-

mente o seu desejo de cuidar dela. Mas, mesmo assim, da mesma forma como é humanamente impossível impedir que você sinta emoções, eu acho que é humanamente impossível garantir que nossos entes queridos nunca tenham sofrimento ou necessidades. Mesmo se você abandonasse a faculdade de medicina e voltasse para casa, há limites ao que você pode fazer por ela. E isso pode ser uma coisa muito difícil e dolorosa de aceitar. Parece que o valor é que você quer manter um relacionamento intenso e solidário com a sua mãe. Você concorda?

HÉCTOR: Absolutamente.

TERAPEUTA: E consertar uma torneira e retornar um telefonema são ações coerentes com esses valores. Existem outras ações que você pode realizar que reflitam seus valores? Em outras palavras, se você está em Boston e ela está em Miami, você pode cuidar dela sem consertar a torneira?

HÉCTOR: Bom, eu poderia falar com ela sobre isso. Ela aprecia quando eu a ouço desabafar sobre seus problemas.

TERAPEUTA: Ótimo, que mais?

HÉCTOR: Eu acho que poderia chamar um encanador para ela. Ou pedir ao meu irmão para ajudar.

TERAPEUTA: Perfeito. A questão é: há muitas ações que podemos realizar que são coerentes com um valor. Se definirmos ação valorizada como apenas uma ou duas respostas e, por qualquer motivo, não pudermos responder dessas formas, podemos acabar nos sentindo impotentes e infelizes. Viver de forma coerente com os próprios valores significa considerar, de forma flexível, várias opções para agir de maneira que sejam significativas para nós.

Héctor também teve dificuldades para formular seus valores em relação a seu irmão e seus sobrinhos:

HÉCTOR: Eu quero estar perto de meu irmão e dos filhos dele, mas não posso. Não importa como os trate, eles são egoístas e nunca querem passar um tempo comigo.

TERAPEUTA: Uma das coisas mais complicadas sobre valores de relacionamento é que nós só controlamos metade do relacionamento. Você não pode controlar como seu irmão age, só pode escolher como quer se aproximar dele.

HÉCTOR: Você está dizendo que eu deveria simplesmente deixar meu irmão viver sua vida como ele vive atualmente? Deixar que ele crie os filhos para serem desrespeitosos e grosseiros?

TERAPEUTA: É muito sofrido para você assistir seu irmão fazendo escolhas incompatíveis com os valores que você tem. E sei que, se pudesse controlar o comportamento dele, você faria isso. Parece que você continua tentando e tentando descobrir como controlar uma situação que pode simplesmente estar fora do seu controle. Às vezes, as habilidades de *mindfulness* podem nos ajudar a aceitar claramente a realidade de uma situação. E com “aceitar” quero dizer reconhecer a realidade da situação, e não que você deva gostar ou apoiar a postura dele. Mas você pode ter de aceitar a realidade de que só tem controle sobre algumas partes dessa situação muito sofrida. Me parece que você pode controlar como escolhe definir seus valores a respeito de como se relaciona com o seu irmão, mas não pode controlar o comportamento dele. Se você agir com amor para com ele e tentar estabelecer uma relação próxima, seu irmão pode responder da mesma forma. E esse vínculo pode permitir que você fale com ele sobre suas preocupações em relação aos filhos dele. Ou vocês podem ter um relacionamento mais próximo e ele continuar com seus hábitos atuais. Ou ele pode rejeitar completamente os seus esforços para se aproximar. Escolher as nossas ações é como mirar uma flecha. Nós podemos fazer escolhas sobre como miramos e quando soltar a flecha. Não temos controle sobre onde a flecha cai, mas podemos perceber onde ela cai e usar essa informação para regular o modo como miramos ou quando atiramos da próxima vez. De maneira semelhante, podemos escolher as ações que queremos realizar repetidas vezes, embora não tenhamos controle sobre as consequências de nossas ações.

Héctor continuou trabalhando na definição de seus valores, até achar que poderia formular claramente o que era importante nos domínios de relacionamentos, estudos, nutrição e envolvimento na comunidade. Embora os pacientes tenham que alcançar esse marco para que possam avançar à próxima fase do tratamento, é importante reconhecer que formular os valores é um processo dinâmico. Ter valores definidos é útil para orientar as últimas nove sessões do tratamento, mas o mais importante é que os pacientes adotem a perspectiva geral de que a valorização pode fornecer uma bússola para orientar o comportamento e melhorar a qualidade de vida.

Durante essas sessões, Héctor recebeu uma versão final do formulário de monitoramento que representava uma aplicação do modelo completo. Ele

incluía colunas para data/hora, situação, primeiras reações (pensamentos, sentimentos, sensações), segundas reações (esforços para controlar, turvação, disposição, aceitação) e ações/respostas (p. ex., evitação, ação valorizada, aplicação de habilidades de *mindfulness*).

Sessões 8-12

O objetivo das sessões 8-12 era personalizar os conceitos introduzidos na primeira fase do tratamento e ajudar Héctor a aplicar *mindfulness* e engajamento em ações valorizadas à sua vida cotidiana. No início de cada sessão, Héctor e a terapeuta trabalhavam em conjunto para escolher uma prática de *mindfulness*. A cada semana, eles escolhiam exercícios de acordo com objetivos, incluindo alguns que Héctor considerava particularmente desafiadores, os que ele achava mais úteis e os que pareciam melhor se adequar às suas necessidades, dada a dificuldade específica que ele estava enfrentando (ver a Tab. 5.1).

A maior parte dessas sessões se concentrou em usar as estratégias de *mindfulness* e aceitação introduzidas na Fase I para aumentar a disposição de Héctor a se envolver nas ações valorizadas que ele formulou pessoalmente. Héctor continuou a monitorar ações valorizadas que realizou, oportunidades perdidas, *mindfulness* e obstáculos à disposição (ver a Fig. 5.1).

Por exemplo, na Sessão 10, Héctor contou que tinha perdido uma oportunidade de se envolver em uma ação valorizada. Mais especificamente, um de seus professores favoritos se oferecera para se reunir com ele e discutir o processo de seleção de residentes, mas Héctor tinha cancelado a reunião.

TERAPEUTA: O que você observou sobre sua resposta à oferta dele?

HÉCTOR: No começo, eu estava animado, mas com o passar do tempo fui ficando cada vez mais ansioso.

TERAPEUTA: Você consegue identificar as emoções claras que surgiram?

HÉCTOR: Na verdade, usei o exercício de *Mindfulness* à Emoção para resolver isso um pouco. Eu me senti animado sobre dar o próximo passo na minha educação, feliz por meu professor ter me escolhido e nervoso com relação aos desafios que tinha à frente na minha carreira.

TERAPEUTA: Excelente. Você também conseguiu observar sua reação às suas reações?

HÉCTOR: Honestamente, não até hoje. Eu acho que naquele momento eu só ficava preso nas minhas reações, em vez de observá-las. Mas, durante a prática de *mindfulness* hoje, notei algumas das mesmas antigas respostas que sempre tenho.

TABELA 5.1 Escolher uma prática de *mindfulness*

Título	Foco de atenção	Como pode ser útil	Onde encontrar
<i>Mindfulness</i> à respiração	Respiração	• Portátil. • Pode ser centradora. • Ótima introdução aos hábitos da mente (ocupada, crítica).	MP3 disponíveis em www.themindfulwaythroughanxiety-book.com ; Kabat-Zinn (1990); Roemer e Orsillo (2009); Orsillo e Roemer (2011)
<i>Mindfulness</i> a sons	Sons	• Ajuda a perceber nossa tendência a categorizar/julgar. • Permite praticar “mente de principiante” – ver as coisas totalmente como elas são, e não como imaginamos que elas serão.	MP3 disponível na internet; Segal et al. (2002); Roemer e Orsillo (2009); Orsillo e Roemer (2011)
Espaço de 3 minutos para respirar	Sensações físicas (incluindo respiração), pensamentos, emoções	• Ajuda a nos centrarmos e estarmos presentes quando passamos de uma atividade a outra. • Útil quando queremos “confirmar” algo com nós mesmos.	Segal et al. (2002); Roemer e Orsillo (2009); Orsillo e Roemer (2011)
<i>Mindfulness</i> a sensações físicas	Sensações físicas	• Boa prática para trazer curiosidade e compaixão a sensações físicas que normalmente são temidas e evitadas. • Traz consciência a sensações no corpo, sem julgamento nem evitação.	MP3 disponível na internet; Orsillo e Roemer (2011)
Relaxamento de <i>mindfulness</i> progressivo	Tensão muscular/relaxamento	• Aumenta a consciência das sensações de tensão e relaxamento • Forma concreta de praticar “abrir mão”. • Pode provocar um estado relaxado.	MP3 disponível na internet; Orsillo e Roemer (2011)
<i>Mindfulness</i> a emoções e sensações físicas	Emoções e/ou sensações físicas que as acompanham	• Aumenta a consciência de toda a gama de emoções presentes. • Útil quando desconfortável ou confuso de forma geral. • Útil para avaliar emoções claras e turvas.	MP3 disponível na internet; Orsillo e Roemer (2011)
<i>Mindfulness</i> a nuvens e céu	Pensamentos, sentimentos e imagens	• Permite a prática de ver pensamentos e sentimentos como transitórios e separados da pessoa. • Ajuda com descentramento/neutralização.	MP3 disponível na internet; Roemer e Orsillo (2009); Orsillo e Roemer (2011)
Aceitar uma dificuldade e trabalhar nela por meio do corpo	Sensações físicas relacionadas à experiência dolorosa	• Ajuda a cultivar a disposição a experimentar emoções dolorosas. • Primeiro passo útil quando um paciente está tendo dificuldades de aceitar uma realidade dolorosa.	MP3 disponível na internet; Williams et al. (2007); Roemer e Orsillo (2009); Orsillo e Roemer (2011)
Sua experiência pessoal com a autocompaixão/observação com <i>mindfulness</i> de pensamentos autocríticos	Pensamentos autocríticos	• Traz consciência a experiências de críticas no passado e no presente. • Ajuda a identificar as barreiras à autocompaixão.	MP3 disponível na internet; Orsillo e Roemer (2011)
Meditação da montanha	Imagem da montanha – transitoriedade de eventos externos à montanha	• Usa a imagem de uma montanha para promover a visão da experiência de pensamentos, sentimentos e emoções como sendo mutáveis e impermanentes. • Particularmente útil para cultivar um sentido de força interna ou estabilidade, mesmo diante de desconforto e reatividade.	MP3 disponível na internet; Kabat-Zinn (1995); Roemer e Orsillo (2009); Orsillo e Roemer (2011)

REGISTRO DE ATIVIDADE VALORIZADA

Por favor, preencha este formulário no fim de cada dia.

Esta semana, no fim de cada dia, nós gostaríamos que você pensasse sobre uma ação que realizou, que seja coerente com um de seus valores, ou uma oportunidade que você tenha perdido de realizar uma ação coerente com o seu valor. Faça uma breve descrição da ação e marque um R para realizada ou P para perdida.

Em uma escala de 0 a 100, classifique até onde você estava atento (*mindful*) durante a ação ou a oportunidade perdida.

Anote quaisquer obstáculos que tenha observado, que o tenham impedido de realizar ações (ou que poderiam ter impedido).

Não há respostas certas ou erradas nessa tarefa – todos optamos por não nos envolver em ações valorizadas por uma série de razões. Esta é apenas uma maneira de começarmos a ter uma melhor noção do que pode estar lhe impedindo de fazer escolhas sobre a forma como gostaria de agir.

Data	Ação	Realizada (R) ou perdida (P)	Mindfulness (0–100)	Obstáculos

FIGURA 5.1 Formulário de monitoramento de valores.

Eu estava com medo de me sentir bem comigo mesmo e minhas perspectivas para o futuro. Eu tive a mesma sensação que precisava me preocupar com o que poderia dar errado para garantir que não estragasse tudo. Eu também fiz muitas críticas e julgamentos sobre a minha ansiedade.

TERAPEUTA: O que você acha que poderia ter feito diferente?

HÉCTOR: Eu me tornei meio negligente ao preencher os formulários de monitoramento. Mas estava pensando sobre o que você disse na semana passada. Eu acho que o processo de preencher fisicamente o formulário no meio do meu desconforto pode me ajudar a fazer uma pausa... e a me lembrar de algumas das minhas habilidades.

A sessão 11 trouxe um problema mais desafiador para a terapia. Héctor ficou extremamente aflito por causa de uma interação que teve com um guarda da universidade. Ele voltava para casa depois de uma longa noite estudando quando foi abordado por um guarda que lhe pediu que apresentasse o seu cartão de identificação da universidade. Embora fosse quase

meia-noite, Héctor observou pelo menos outros cinco estudantes atravessando o *campus*, mas ele foi o único a ser questionado. Héctor já havia notado que era a única pessoa não branca na biblioteca naquela noite. Estava estressado por causa das provas, com saudades da família e dos amigos e muito cansado de lidar com a discriminação sutil e óbvia com que se deparava diariamente. Assim, ele se recusou a mostrar o cartão de identificação, dizendo que o havia “perdido”, e gritou com o guarda. Embora a situação tenha acabado se resolvendo, Héctor ficou irritado, envergonhado por seu comportamento na situação, e confuso.

HÉCTOR: Esse incidente realmente está me incomodando. Minha mente está acelerada, eu me sinto todo tenso e não consigo enxergar o que é claro e o que é turvo e, mais importante, qual ação valorizada eu poderia ter escolhido.

TERAPEUTA: É natural sentir uma onda de pensamentos e emoções conflitantes em uma interação tão dolorosa. Eu lamento que, em função do racismo inerente à nossa sociedade, você esteja sujeito a um tratamento diferenciado por causa de sua aparência. Esse problema estru-

tural existe fora de você e não é culpa sua. E eu realmente entendo como a dor e a raiva podem se acumular quando você tem de lidar com coisas como essa o tempo todo. Eu certamente não quero sugerir que você tenha de mudar quem você é, quando é o sistema que precisa mudar. No entanto, eu gostaria que nós trabalhássemos com essa situação para ajudar a encontrar uma forma eficaz de lidar com esse tipo de coisa, porque nós dois sabemos que o racismo não vai desaparecer imediatamente, e isso significa que você tem de fazer escolhas sobre como quer responder. Se você estiver disposto, vamos passar algum tempo fazendo uma prática de *mindfulness* para ver se isso nos ajuda a obter alguma clareza.

HÉCTOR: Eu não me sinto muito aberto agora, mas acho que “aceitar uma dificuldade e trabalhar com ela por meio do corpo” (ver a Fig. 5.2) poderia ser um primeiro passo.

Após o exercício, Héctor parecia mais estável, embora também tivesse lágrimas nos olhos.

TERAPEUTA: O que você observou?

HÉCTOR: Foi muito fácil localizar a tensão – estava na boca do estômago. Mas realmente tive dificuldades de me abrir a ela. Minha primeira resposta foi: “Eu não quero abrir mão da luta contra o racismo. Por que eu deveria aceitá-lo?”. Mas aí me lembrei da última vez em que fizemos esse exercício, e me lembrei que só tinha de estar aberto para o momento presente. Eu me lembrei de que aceitação não significa me resignar a uma situação. Em vez disso, me concentrei em aceitar que o incidente tinha ocorrido e que eu estava rigidamente tensionando o meu corpo.

TERAPEUTA: Eu estou muito impressionada de você ter conseguido fazer isso. O que aconteceu depois?

HÉCTOR: Eu continuei a respirar com o abdome e trabalhei para relaxar a minha tensão. Quando o meu corpo ficou mais relaxado, eu direcionei a minha atenção aos meus pensamentos sobre o incidente.

TERAPEUTA: E o que você observou?

HÉCTOR: Eu tive uns pensamentos sobre o racismo, e como é injusto que as pessoas sejam tratadas de maneira diferente com base na aparência. Eu senti raiva, que eu acho que foi uma emoção clara, mas depois comecei a sentir vergonha do meu comportamento.

TERAPEUTA: E essa reação foi clara ou turva?

HÉCTOR: Bom, acho que um pouco de cada um. Eu definitivamente consegui trazer um pouco de compaixão para mim mesmo. Ninguém quer ser tratado de forma diferente por sua aparência.

TERAPEUTA: Ótimo. Eu sei que não é fácil para você assumir uma posição compassiva para com seus pensamentos e ações. O que você acha que foi claro sobre a resposta?

HÉCTOR: Tenho vergonha do meu comportamento. É incompatível com os meus valores tratar quem quer que seja da forma como tratei aquele guarda, mesmo que ele mereça. Sinceramente, não me importa o que ele pensa de mim, mas me importo com o que eu penso de mim mesmo.

TERAPEUTA: Parece que você fez e disse algumas coisas que eram incompatíveis com os seus valores, mas me pergunto se você pode trazer um pouco de compaixão a si mesmo por isso. Embora tenhamos a intenção de nos comportarmos de forma coerente com os nossos valores, todos temos falhas. Essa foi uma situação altamente carregada e você ficou vulnerável ao entrar nela. O importante é que agora você está ainda mais consciente de seus valores. Há ações coerentes que você possa tomar essa semana?

HÉCTOR: Esse incidente me fez perceber que meus valores têm estado um pouco fora de equilíbrio recentemente. Eu tenho prestado muita atenção ao domínio do estudo e bastante atenção ao domínio dos relacionamentos, mas acho que preciso realizar algumas ações coerentes com os meus valores a respeito da autonutrição e da comunidade. No início do semestre, peguei um panfleto da Associação dos Estudantes de Medicina de Origem Latino-Americana, e acho que vou entrar em contato com eles para ver se existem atividades em que possa me envolver.

TERAPEUTA: Parece ótimo.

HÉCTOR: Eu também acho que poderia tentar me reunir com alguém da segurança do *campus*. Eu acho que quero me desculpar pelo meu comportamento, mas também quero falar com eles sobre treinamento de sensibilidade cultural. E não se preocupe, não me esqueci da coisa da flecha, de que falamos algumas semanas atrás. Eu só posso mirar a flecha, não posso controlar onde ela cai. Eu sei que não posso mudar as práticas deles, mas essas ações são coerentes com os meus valores.

Antes de começar este exercício, pense em uma dificuldade que está experimentando agora. Não tem de ser uma dificuldade importante, mas escolha algo que ache desagradável, algo que não esteja resolvido. Pode ser algo com que você esteja preocupado, uma discussão ou mal-entendido que tenha tido, algo que lhe cause raiva, ressentimento, culpa ou frustração. Se nada estiver acontecendo, pense em algum momento no passado recente em que você tenha se sentido assustado, preocupado, frustrado, ressentido, com raiva ou culpado, e use isso.

Perceba a maneira como está sentado na cadeira ou no chão. Perceba onde seu corpo está tocando na cadeira ou no chão. Traga sua atenção para a respiração por um momento. Perceba a inspiração. . . e a expiração. . . Agora, amplie suavemente sua consciência, aceite o corpo como um todo. Perceba qualquer sensação que surgir, respirando com todo o seu corpo.

Quando estiver pronto, traga à mente qualquer situação que venha lhe gerando emoções difíceis. Traga sua atenção às emoções específicas que surgem e a quaisquer reações que você tenha a essas emoções. E, à medida em que se concentra nessa situação preocupante e em sua reação emocional, permita-se entrar em sintonia com todas as **sensações físicas** no corpo, que você perceba que estão surgindo. . . conscientize-se dessas sensações físicas. . . então, de forma deliberada, mas suave, direcione sua atenção à região do corpo onde as sensações são mais fortes no gesto de um abraço, um acolhimento. . . observe que é assim que é agora. . . e **inspire naquela parte do corpo** na inspiração e expire daquela parte na expiração, explorando as sensações, observando sua intensidade aumentar e diminuir de um momento para o outro.

Agora, veja se consegue trazer para essa atenção uma atitude ainda mais profunda de compaixão e abertura a quaisquer que sejam as sensações, os pensamentos ou as emoções que estiver enfrentando, por mais desagradáveis que sejam, dizendo a si mesmo, de vez em quando: "Certo. Seja o que for, já está aqui. Vou me abrir a isso".

Fique com a consciência dessas sensações internas, respire com elas, aceite-as, deixe-as ser e permita que elas sejam exatamente como são. Diga a si mesmo novamente, se você achar que é útil: "Está aqui agora. Seja o que for, já está aqui. Vou me abrir a isso". Relaxe e se abra para a sensação de que você se conscientiza, deixando de lado qualquer tensionamento e contenção. Se quiser, você também pode manter na consciência tanto as sensações do corpo quanto o sentimento da respiração entrando e saindo, à medida que respira com as sensações, momento a momento.

E quando perceber que as sensações corporais não estão mais atraindo sua atenção no mesmo grau, basta devolver 100% para a respiração e continuar com isso como principal objeto de atenção. A seguir, traga delicadamente sua consciência para a forma como está sentado na cadeira, para sua respiração e, quando estiver pronto, abra os olhos.

FIGURA 5.2 Aceitando uma dificuldade e trabalhando com ela por meio do corpo. De Williams, Teasdale, Segal e Kabat-Zinn (2007, p. 151-152). Direitos autorais de The Guilford Press. Adaptada com permissão.

Sessões 13-16

Héctor completou uma tarefa escrita de reflexão sobre o tratamento, que preparou o cenário para as quatro sessões finais da terapia. Ele identificou algumas ações valorizadas específicas que queria realizar antes do fim da terapia. Ele também reconheceu que embora estivesse mantendo uma prática de *mindfulness* formal bastante estável, ele havia tido menos foco na *mindfulness* informal. Héctor também fez grandes avanços em sua autocompaixão, mas sentiu que precisava de mais prática enquanto ainda tinha o apoio da terapia.

Assim, as sessões 13-15 continuaram seguindo a estrutura das sessões 8-11, mas com mais foco em questões de manutenção. A terapeuta se tornou cada vez menos diretiva ao longo desse tempo, permitindo a Héctor ultrapassar os obstáculos e vivenciar ele próprio o sucesso. Durante esse tempo, Héctor começou a namorar e a ampliar sua rede social, a se sentir mais satisfeito com seus relacionamentos com os familiares e a obter mais sucesso e satisfação em seus estudos.

Durante a sessão final, a terapeuta previu que haveria momentos em que Héctor se sentiria tomado pela emoção, se afastaria de sua prática de *mindfulness* e perderia de vista seus valores, apesar de todos os avanços notáveis que ele relatava. Ela descreveu estes "lapsos" como parte natural do processo de vida e ajudou Héctor a fazer planos para lidar com eles. Especificamente, ela sugeriu que ele revisse os folhetos em sua pasta, recomeçasse o automonitoramento, aumentasse ou retomasse a prática de *mindfulness* e pensasse em escrever algo sobre valores. A terapeuta e Héctor desenvolveram colaborativamente uma lista personalizada de elementos que foram particularmente úteis a ele, e acrescentaram essa lista à sua pasta. Héctor expressou tristeza por se despedir da terapeuta e também empolgação por se sentir capaz de continuar seu progresso por conta própria e usar o tempo destinado à terapia para se envolver em outras ações valorizadas que lhe possibilitassem avançar.

CONCLUSÃO

As evidências sugerem que esta TCBA para TAG pode ter como alvo sintomas do TAG, problemas comórbidos e mecanismos propostos que estão por trás dessas apresentações clínicas, enquanto ajuda os pacientes a se envolver em suas vidas de maneira satisfatória. Este capítulo apresentou uma base conceitual para esse tratamento, bem como orientações para sua aplicação flexível, mantendo-se sensível ao contexto específico de um determinado paciente. São necessárias mais pesquisas para compreender melhor os mecanismos e os processos de mudança, bem como a forma de divulgar o tratamento em cenários de comunidade e atenção primária.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos a terapeutas, estudantes e pacientes com quem trabalhamos ao longo dos anos, por tudo o que nos ensinaram, assim como ao *National Institutes of Health*, por financiar nosso trabalho (Bolsa MH074589). Agradecemos também a Dave Barlow, Tim Brown, Bonnie Brown e aos funcionários do *Center for Anxiety and Related Disorders*, por colaborar com nossa pesquisa nos últimos dez anos. Dedicamos este capítulo a Tom Borkovec, cujo trabalho seminal no tratamento do TAG é a sólida base no qual nosso trabalho se apoia.

NOTA

1. Gravações desse exercício, bem como outros exercícios de *mindfulness* que usamos, estão disponíveis em www.mindfulwaythroughanxietybook.com. Roteiros para muitos desses exercícios de *mindfulness* estão disponíveis em Roemer e Orsillo (2009) e Orsillo e Roemer (2011).

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R. G. et al. (2010). Generalized worry disorder: A review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 134-147.
- Arch, J. J. eifert, G. H., Davies, C., Vilardaga, J. C. P., Rose, R. D. & Craske, M. G. (2012). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(5), 750-765.
- Ballenger, J. C., Davidson, J. R. T., Lecrubier, Y., Nutt, D. J., Borkovec, T. D., Rickels, K. et al. (2001). Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 53-58.
- Behar E., DiMarco, I. D., Hekler E. B., Mohlman, J. & Staples, A. M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(8), 1011-1023.
- Belanger, L., Ladouceur, R. & Morin, C. M. (2005). Generalized anxiety disorder and health care use. *Canadian Family Physician*, 51(10), 1362-1363.
- Blevins, D., Roca, J. V. & Spencer, T. (2011). Life guard: Evaluation of an ACT-based workshop to facilitate reintegration of OIF/OEF veterans. *Professional Psychology: Research and Practice*, 42(1), 32-39.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K. et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42, 676-688.
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M. & Behar e. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. In R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. (pp. 77-108). New York: Guilford Press.
- Borkovec, T. D. & Costello E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(4), 611-619.
- Borkovec, T. D. & Hu, S. (1990). The effect of worry on cardiovascular response to phobic imagery. *Behaviour Research and Therapy*, 28(1), 69-73.
- Borkovec, T. D. & Roemer, L. (1995). Perceived functions of worry among generalized anxiety disorder subjects: Distraction from more emotionally distressing topics? *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26(1), 25-30.
- Borkovec, T. D. & Ruscio, A. M. (2001). Psychotherapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 37-42.
- Borkovec, T. D. & Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: Bringing cognitive-behavioral therapy into the valued present. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 209-242). New York: Guilford Press.
- Brown, L. A., Forman E. M., Herbert, J. D., Hoffman, K. L., Yuen e. K. & Goetter e. M. (2011). A randomized controlled trial of acceptance-based behavior therapy and cognitive therapy for test anxiety: A pilot study. *Behavior Modification*, 35(1), 31-53.
- Bruce, S. E., Machan, J. T., Dyck, I. & Keller, M. B. (2001). Infrequency of "pure" GAD: Impact of psychiatric comorbidity on clinical course. *Depression and Anxiety*, 14(4), 219-225.
- Chodron, P. (2007). *Practicing peace in times of war*. Boston: Shambhala.

- Cisler, J. M. & Koster, E. H. W. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 203-216.
- Covin, R., Ouimet, A. J., Seeds, P. M. & Dozois, D. J. A. (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(1), 108-116.
- Davidson, J. R. T., Bose, A., Korotzer, A. & Zheng, H. (2004). Escitalopram in the treatment of generalized anxiety disorder: Double-blind, placebo controlled, flexible-dose study. *Depression and Anxiety*, 19(4), 234-240.
- Dimidjian, S. & Linehan, M. M. (2009). Mindfulness practice. In W. T. O'Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *General principles and empirically supported techniques of cognitive behavior therapy* (pp. 425-434). Hoboken, NJ: Wiley.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A. & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany, NY: Graywind.
- Dugas, M. J., Brillion, P., Savard, P., Turcotte, J., Gaudet, A., Ladouceur, R. et al. (2010). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral therapy and applied relaxation for adults with generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 41(1), 46-58.
- Etkin, A. & Schatzberg, A. F. (2011). Common abnormalities and disorder-specific compensation during implicit regulation of emotional processing in generalized anxiety and major depressive disorders. *American Journal of Psychiatry*, 168(9), 968-978.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C. & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(4), 716-721.
- Fuchs, C., Lee, J. K., Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2013). Using mindfulness- and acceptance-based treatments with clients from nondominant and/or marginalized backgrounds: Clinical considerations, meta-analysis findings, and introduction to the special series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 1-12.
- Fuchs, C., West, L. M., Graham, J. R., Hayes-Skelton, S. A., Orsillo, S. M. & Roemer, L. (2012, April). *Exploring the acceptability of mindfulness-based treatment among individuals from non-dominant cultural backgrounds*. In J. R. Graham (Chair) examining Mindfulness and Anxiety across Diverse Methods and Contexts Symposium presented at the annual meeting of the Anxiety Disorders Association of America, Arlington, VA.
- Gelenberg, A. J., Lydiard, R. B., Rudolph, R. L., Aguiar, L., Haskins, J. T. & Salinas E. (2000). Efficacy of venlafaxine extended-release capsules in nondepressed outpatients with generalized anxiety disorder: A 6-month randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283(23), 3082-3088.
- Gentes E. L. & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 31(6), 923-933.
- Germer, C. K. (2005). Anxiety disorders: Befriending fear. In C. K. Germer, R. D. Siegel & P. R. Fulton (Eds.), *Mindfulness and psychotherapy* (pp. 152-172). New York: Guilford Press.
- Gratz, K. L. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281-291.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 95-103.
- Hayes, S. A., Orsillo, S. M. & Roemer, L. (2010). Changes in proposed mechanisms of action during an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 238-245.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford E. V., Follette, V. M. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2013). A randomized clinical trial comparing an acceptance based behavior therapy to applied relaxation for generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 761-773.
- Hays, P. A. (2008). *Addressing cultural complexities in practice: Assessment, diagnosis, and therapy* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Heatherington, L., Harrington, N. T., Harrington, J., Neimeyer, K. F., Weinberg, S. C. & Friedlander, M. L. (2013). *Applying group cognitive behavior therapy for anxiety disorders in community settings: Retention, outcome, and clinical considerations*. Manuscript under review.
- Heuzenroeder, L., Donnelly, M., Haby, M. M., Mihalopoulos, C., Rossell, R., Carter, R. et al. (2004). Cost-effectiveness of psychological and pharmacological interventions for generalized anxiety disorder and panic disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(8), 602-612.
- Hidalgo, R. B., Tupler, L. A. & Davidson, J. R. T. (2007). An effect-size analysis of pharmacologic treatments for generalized anxiety disorder. *Journal of Psychopharmacology*, 21(8), 864-872.
- Hoffman, D. L., Dukes e. M. & Wittchen, H. (2008). Human and economic burden of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 25(1), 72-90.
- Issakidis, C., Sanderson, K., Corry, J., Andrews, G. & Lapley, H. (2004). Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. *Psychological Medicine*, 34(1), 19-35.

- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1995). *Wherever you go there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144-156.
- Katzman, M. A. (2009). Current considerations in the treatment of generalized anxiety disorder. *CNS Drugs*, 23(2), 103-120.
- Kennedy, B. L. & Schwab, J. J. (1997). Utilization of medical specialists by anxiety disorder patients. *Psychosomatics*, 38(2), 109-112.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kocovski, N. L., Fleming, J. E. & Rector, N. A. (2009). Mindfulness and acceptance-based group therapy for social anxiety disorder: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(3), 276-289.
- Ladouceur, R., Gosselin, P. & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38(9), 933-941.
- Lee, J. K., Fuchs, C., Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2009). Cultural considerations in acceptance-based behavior therapies. In L. Roemer & S. M. Orsillo (Eds.), *Mindfulness and acceptance-based behavioral therapies in practice* (pp. 215-228). New York: Guilford Press.
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L. & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 126-136.
- Levitt, J. T., Brown, T. A., Orsillo, S. M. & Barlow, D. H. (2004). The effects of acceptance versus suppression of emotion on subjective and psychophysiological response to carbon dioxide challenge in patients with panic disorder. *Behavior Therapy*, 35(4), 747-766.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Logue, M. B., Thomas, A. M., Barbee, J. G. & Hoehn-Saric, R. (1993). Generalized anxiety disorder patients seek evaluation for cardiological symptoms at the same frequency as patients with panic disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 27(1), 55-59.
- Lovibond, S. H. & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation of Australia.
- Marten, P. A., Brown, T. A., Barlow, D. H., Borkovec, T. D., Shear, M. K. & Lydiard, R. B. (1993). Evaluation of the ratings comprising the associated symptom criterion of DSM-III-R generalized anxiety disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(11), 676-682.
- Mennin, D. S. & Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 469-490). New York: Guilford Press.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T. & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28(6), 487-495.
- Michelson, S. E., Lee, J. K., Orsillo, S. M. & Roemer, L. (2011). The role of values-consistent behavior in generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 28(5), 358-366.
- Mussell, M., Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Herzog, W. & Löwe, B. (2008). Gastrointestinal symptoms in primary care: Prevalence and association with depression and anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(6), 605-612.
- Najmi, S. & Wegner, D. M. (2008). Thought suppression and psychopathology. In A. J. Elliot (Ed.), *Handbook of approach and avoidance motivation* (pp. 447-459). New York: Psychology Press.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., Boswell, J. F., Szkodny, L. E. et al. (2011). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrated techniques from emotion-focused and interpersonal therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 171-181.
- Nhat Hanh, T. (1992). *Peace is every step: The path of mindfulness in everyday life*. New York: Bantam Books.
- Olatunji, B. O. & Wolitzky-Taylor, K. B. (2009). Anxiety sensitivity and the anxiety disorders: A meta-analytic review and synthesis. *Psychological Bulletin*, 135(6), 974-999.
- Orsillo, S. M. & Roemer, L. (2011). *The mindful way through anxiety: Break free from chronic worry and reclaim your life*. New York: Guilford Press.
- Orsillo, S. M., Roemer, L. & Barlow, D. H. (2003). Integrating acceptance and mindfulness into existing cognitive-behavioral treatment for GAD: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10(3), 222-230.
- Orsillo, S. M., Roemer, L. & Salters-Pedneault, K. (2008, November). *Acceptance-based behavioral therapy for GAD: Predictors of change*. Paper presented at the annual meeting of the Association of Behavioral and Cognitive Therapies, Orlando, FL.
- Przeworski, A., Newman, M. G., Pincus, A. L., Kasoff, M. B., Yamasaki, A. S., Castonguay, L. G. et al. (2011). Interpersonal pathoplasticity in individuals with generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(4), 749-756.
- Rickels, K., Zaninelli, R., McCafferty, J., Bellew, K., Iyengar, M. & Sheehan, D. (2003). Paroxetine treatment of generalized anxiety disorder: A double-blind, placebo-controlled study. *American Journal of Psychiatry*, 160(4), 749-756.

- Revicki, D. A., Travers, K., Wyrwich, K. W., Svedsäter, H., Locklear, J., Matterna, M. et al. (2012). Humanistic and economic burden of generalized anxiety disorder in North America and Europe. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 103-112.
- Roemer, L. & Borkovec, T. D. (1994). Effects of suppressing thoughts about emotional material. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 467-474.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M. & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: Preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40(2), 142-154.
- Roemer, L., Molina, S. & Borkovec, T. D. (1997). An investigation of worry content among generally anxious individuals. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(5), 314-319.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 38(1), 72-85.
- Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2009). *Mindfulness- and acceptance-based behavioral therapies in practice*. New York: Guilford Press.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083-1089.
- Romera, I., Fernández-Pérez, S., Montejo, Á. L., Caballero, F., Caballero, L., Arbesú, J. Á. et al. (2010). Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: Prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *Journal of Affective Disorders*, 127(1-3), 160-168.
- Sauer-Zavala, S., Boswell, J. F., Gallagher, M. W., Bentley, K. H., Ametaj, A. & Barlow, D. H. (2012). The role of negative affectivity and negative reactivity to emotions in predicting outcomes in the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 50(9), 551-557.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Siev, J. & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(4), 513-522.
- Sobczak, L. R. & West, L. M. (2013). Clinical considerations in using mindfulness- and acceptance-based approaches with diverse populations: Addressing challenges in service delivery in diverse community settings. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(1), 13-22.
- Sorensen, S. M., Hayes-Skelton, S. A., Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2012, June). *Working alliance across an acceptance-based behavior therapy and applied relaxation for clients with GAD*. Poster presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Virginia Beach, VA.
- Stapinski, L. A., Abbott, M. J. & Rapee, R. M. (2010). Fear and perceived uncontrollability of emotion: Evaluating the unique contribution of emotion appraisal variables to prediction of worry and generalised anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(11), 1097-1104.
- Stöber, J. & Bittencourt, J. (1998). Weekly assessment of worry: An adaptation of the Penn State Worry Questionnaire for monitoring changes during treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 36(6), 645-656.
- Sue, D. W. & Sue, D. (2012). *Counseling the culturally diverse: Theory and practice* (6th ed.). Hoboken, NJ: Wiley.
- Sue, S. (1998). In search of cultural competence in psychotherapy and counseling. *American Psychologist*, 53(4), 440-448.
- Thayer, J. F., Friedman, B. H. & Borkovec, T. D. (1996). Autonomic characteristics of generalized anxiety disorder and worry. *Biological Psychiatry*, 39(4), 255-266.
- Treanor, M., Erisman, S. M., Salters-Pedneault, K., Roemer, L. & Orsillo, S. M. (2011). Acceptance-based behavioral therapy for GAD: Effects on outcomes from three theoretical models. *Depression and Anxiety*, 28(2), 127-136.
- Wang, P. S., Lane, M., Olfson, M., Pincus, H. A., Wells, K. B. & Kessler, R. C. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 629-640.
- Waters, A. M. & Craske, M. G. (2005). Generalized anxiety disorder. In M. M. Antony, D. R. Ledley & R. G. Heimberg (Eds.), *Improving outcomes and preventing relapse in cognitive-behavioral therapy* (pp. 77-127). New York: Guilford Press.
- Wells, A. (2005). The metacognitive model of GAD: Assessment of meta-worry and relationship with DSM-IV generalized anxiety disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 29(1), 107-121.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J. & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 429-434.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 638-643.
- Williams, J. M. G., Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Kabat-Zinn, J. (2007). *The mindful way through depression: Freeing yourself from chronic unhappiness*. New York: Guilford Press.
- Williams, K. E., Chambless, D. L. & Ahrens, A. (1997). Are emotions frightening?: An extension of the fear of fear construct. *Behaviour Research and Therapy*, 35(3), 239-248.
- Wilson, K. G. & Murrell, A. R. (2004). Values work in acceptance and commitment therapy: Setting a course for behavioral treatment. In S. C. Hayes, V. M. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 120-151). New York: Guilford Press.
- Wilson, K. G., Sandoz, E. K., Kitchens, J. & Roberts, M. (2010). The Valued Living Questionnaire: Defining and measuring valued action within a behavioral framework. *Psychological Record*, 60(2), 249-272.

CAPÍTULO 6

TRANSTORNOS EMOCIONAIS

UM PROTOCOLO UNIFICADO TRANSDIAGNÓSTICO

Laura A. Payne

Kristen K. Ellard

Todd J. Farchione

Christopher P. Fairholme

David H. Barlow

Neste capítulo, descrevemos o protocolo de tratamento desenvolvido mais recentemente no *Center for Anxiety and Related Disorders* da Boston University. Neste protocolo *unificado* transdiagnóstico, os princípios terapêuticos comuns ao tratamento psicológico de vários transtornos emocionais foram refinados e integrados em um único protocolo que é, em teoria, aplicável a toda gama de transtornos emocionais. Ao contrário de protocolos para problemas ou transtornos específicos descritos em outros capítulos, esta nova abordagem está apenas começando a se beneficiar de iniciativas para estabelecer validação clínica ampla, mas os componentes desse tratamento receberam sustentação clínica ampla e profunda, e os resultados iniciais deste protocolo são promissores. O elemento novo dessa abordagem é a maneira sistemática com que os componentes do tratamento são aplicados a diferentes transtornos, bem como as evoluções teóricas que levam à reconceitualização do principal alvo do tratamento como um temperamento comum, de ordem superior, que subjaz aos transtornos das emoções, em vez de grupos sistêmicos definidores do DSM. A principal vantagem, é claro, além de simplificar muito a disseminação ao eliminar diversos protocolos para transtornos únicos que se sobrepõem, é que tal abordagem também leva em consideração a grande comorbidade que se encontra com frequência entre os transtornos emocionais. A abordagem é ilustrada no tratamento de “Joseph”. — D. H. B.

Quando a primeira edição deste livro foi publicada em 1985, estavam nascendo os tratamentos psicológicos baseados em evidências. Na época, foram incluídas apenas descrições dos tratamentos que tivessem sustentação clínica suficiente, que fossem aplicáveis a grandes quantidades de indivíduos com várias formas de psicopatologia. Em sucessivas edições, foram acrescentadas novas abordagens de tratamento com amplo apelo e forte sustentação clínica, ao passo que outros foram eliminados. Além disso, o campo amadureceu a ponto de que serviços públicos de saúde em

todo o mundo orientassem que os tratamentos psicológicos baseados em evidências deveriam se tornar parte dos sistemas de saúde devido à sua eficácia, eficiência e durabilidade (Clark, 2012; Nathan e Gorman, 2007; Ruzek, Karlin e Zeiss, 2012). Também é um sinal de maturidade que um campo examine de perto as limitações das evidências existentes. Obviamente, um número considerável de pacientes ainda não responde tão bem quanto se gostaria ao nosso arsenal atual de tratamentos psicológicos (ou medicamentosos), e há espaço de sobra para melhorar.

Outro problema que ficou visível, especialmente no contexto dos transtornos emocionais, é que agora há vários protocolos de tratamento para cada um dos diferentes transtornos de ansiedade e do humor. Embora esses protocolos, em geral, tenham se mostrado úteis e tenham sido bem recebidos, é necessária muita formação para se conhecer suficientemente bem os diferentes protocolos e conseguir integrá-los em uma prática clínica (Barlow, Bullis, Comer e Ametaj, 2013). A menos que se tornem mais fáceis de usar, como recomendado, os profissionais têm menos probabilidade de entender ou ter acesso suficiente a esses tratamentos baseados em evidências para os transtornos emocionais (McHugh e Barlow, 2012). Neste capítulo, apresentamos um protocolo unificado (PU) de tratamento para transtornos emocionais. Em nossa concepção, a expressão *transtornos emocionais* inclui não apenas os transtornos de ansiedade, depressivos, obsessivo-compulsivos e relacionados a traumas, mas também outros tipos de transtornos nos quais a experiência e a regulação das emoções cumprem um papel de destaque, como os transtornos somáticos, os transtornos dissociativos e, em certa medida, os transtornos alimentares. O transtorno da personalidade *borderline* também pode ser conceituado como um transtorno de desregulação emocional extrema (Sauer-Zavala e Barlow, 2013; Neacsiu e Linehan, Cap. 10) e pode se encaixar em nossa conceituação de PU. Nossa ciência e nossa prática avançaram o suficiente para que já existam vários argumentos consistentes para o desenvolvimento dessa abordagem, além da vantagem bastante prática de reduzir em muito o número de protocolos existentes. Repassamos esses argumentos antes de descrever os componentes do tratamento do protocolo em algum detalhe, de acordo com o formato há muito estabelecido para este livro.

FUNDAMENTAÇÃO PARA UMA ABORDAGEM UNIFICADA

Talvez o argumento mais forte para uma abordagem unificada de tratamento transdiagnóstico dos transtornos emocionais seja um corpo de evidências emergente que sustenta elementos comuns na etiologia desses transtornos que resumimos recentemente, na forma de um novo modelo etiológico chamado de *tripla vulnerabilidade* (Barlow, 1991, 2000, 2002; Suárez, Bennett, Goldstein e Barlow, 2009). É claro que é importante observar que ainda não foram estabelecidos caminhos etiológicos ou processos fisiopatológicos comuns, e que os transtornos emocionais e seus subtipos podem se revelar associados com patologias subjacentes únicas (refletindo uma verdadeira organização categórica) com taxonomia identificável.

Mesmo assim, acreditamos que as evidências sobre os processos patológicos compartilhados sejam fortes o suficiente atualmente para justificar uma abordagem.

Um segundo argumento trata das concepções dos principais transtornos emocionais que enfatizam seus aspectos comuns em lugar de suas diferenças. A abordagem de “espectro” é uma manifestação dessa concepção. Por exemplo, altas taxas de comorbidade sugerem uma superposição considerável entre transtornos. Os efeitos observados dos atuais tratamentos psicológicos sobre condições comórbidas também apontam a uma não especificidade pelo menos parcial da resposta ao tratamento. De uma perspectiva fenomenológica, pesquisas recentes sobre a estrutura latente das características dimensionais dos transtornos emocionais revelam uma estrutura hierárquica que pode acomodar esses transtornos. As seções a seguir revisam brevemente as evidências relevantes a esses argumentos.

Etiologia

Descrevemos em algum detalhe um conjunto de vulnerabilidades ou diáteses que interagem entre si, que é relevante ao desenvolvimento de ansiedade, transtornos de ansiedade e transtornos emocionais relacionados a isso. Essa teoria da *tripla vulnerabilidade* engloba vulnerabilidade biológica geral, vulnerabilidade psicológica geral e vulnerabilidade psicológica específica que surge das primeiras aprendizagens (Barlow, 2000, 2002; Suarez et al., 2009). Grande parte da pesquisa sobre essas vulnerabilidades biológicas e psicológicas generalizadas tratou dos temperamentos chamados *neuroticismo*, *afeto negativo*, *inibição comportamental* ou *ansiedade-traço*. Embora as relações entre esses traços e temperamentos intimamente relacionados ainda tenham que ser formuladas integralmente, parece que eles coincidem substancialmente e representam um tema comum associado a uma vulnerabilidade biológica a desenvolver transtornos emocionais (Barlow, 2000, 2002; Campbell-Sills, Liverant e Brown, 2004; Suárez et al., 2009). Passamos a nos referir a esse temperamento pelo seu nome mais tradicional, *neuroticismo* (Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis e Ellard, no prelo; Eysenck, 1947). Uma vulnerabilidade biológica generalizada envolve contribuições genéticas não específicas para o desenvolvimento do neuroticismo. Além disso, experiências precoces na vida, que promovam uma sensação de que os eventos, particularmente os negativos, são imprevisíveis ou incontroláveis, contribuem para uma vulnerabilidade psicológica generalizada, ou diátese, com desenvolvimento posterior de neuroticismo. Se uma vulnerabilidade biológica geral e uma vulnerabilidade psi-

cológica geral se alinham e são potencializadas pela influência do estresse da vida, o resultado provável é o desenvolvimento de duas síndromes clínicas muito relacionadas, de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) e/ou transtornos depressivos. Observe que também podem acontecer alarmes falsos (ataques de pânico) em função de acontecimentos estressantes, facilitados por altos níveis de ansiedade basal, mas esses alarmes falsos parecem ter uma herdabilidade diferente da ansiedade e não estão necessariamente implicados em um transtorno clínico. Para que isso ocorra, deve ser considerada uma camada extra de uma vulnerabilidade mais específica. Em particular, determinadas experiências de aprendizagem parecem concentrar a ansiedade em circunstâncias de vida específicas, e essas circunstâncias ou eventos estão associados a um sentido mais elevado de ameaça ou perigo. Por exemplo, experiências de aprendizado específicas no início da vida parecem determinar a possibilidade de os indivíduos considerarem sensações somáticas, pensamentos intrusivos ou avaliação social como especificamente perigosos (Barlow, 2002; Bouton, Mineka e Barlow, 2001), ou seja, para citarmos um exemplo, vários indivíduos com ansiedade social relatam em sua história advertências de pais ou familiares para sempre se comportarem da melhor maneira e ter a melhor aparência, a fim de evitar a temida consequência de ser avaliados negativamente ou “desaprovados” por outras pessoas. É essa vulnerabilidade psicológica específica que, quando combinada com a vulnerabilidade biológica geral e psicológica geral mencionadas antes, parece contribuir para o desenvolvimento de transtornos de ansiedade específicos como transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico e fobias específicas. Esse modelo também é aplicável ao transtorno obsessivo-compulsivo e relacionados a traumas e fatores de estresse. Por exemplo, no transtorno obsessivo-compulsivo (TOC), os indivíduos costumam informar que aprendem, com figuras de autoridade, que ter um pensamento é tão ruim quanto praticar a ação (ou seja, pensar em sacudir um recém-nascido para acalmá-lo é tão ruim quanto realmente sacudir o bebê). Evidências existentes desse modelo de *tripla vulnerabilidade* já foram revisadas em detalhe (Bouton et al., 2001; Chorpita e Barlow, 1998; Suárez et al., 2009) e são coerentes com a importância maior de fatores comuns na gênese e na apresentação dos transtornos emocionais.

Estrutura latente dos transtornos emocionais

Embora o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, quarta e quinta edições (DSM-IV-TR e DSM-5; American Psychiatric Association, 2000,

2013), destaque uma abordagem à nosologia *baseada na divisão*, em uma tentativa de atingir altas taxas de confiabilidade diagnóstica, isso pode ter vindo à custa da validade diagnóstica. Ou seja, o atual sistema pode estar destacando categorias que são variações menores de síndromes subjacentes, mais fundamentais. Abordagens quantitativas que usam metodologia de variáveis latentes conseguem agora examinar toda a gama de transtornos de ansiedade e humor, e suas relações, sem as restrições de categorias artificiais (possivelmente) existentes (Brown, Chorpita e Barlow, 1998; Chorpita, Albano e Barlow, 1998; Clark, 2005; Clark e Watson, 1991; Watson, 2005). Temos estudado essa questão há vários anos. Por exemplo, Brown e colaboradores (1998), usando uma amostra de 350 pacientes com transtornos de ansiedade e humor do DSM-IV, confirmaram uma estrutura hierárquica para os transtornos emocionais. Nela, o traço de afeto negativo e o traço de afeto positivo são identificados como fatores cruciais, de ordem superior, para os fatores de transtorno do DSM-IV, com caminhos significativos desde o afeto negativo até cada um dos cinco fatores do DSM-IV (TAG, fobia social, transtorno de pânico, TOC e depressão maior). Curiosamente, o baixo afeto positivo só apareceu com caminhos significativos para depressão maior e fobia social. Nesse modelo, a excitação autonômica representa o fenômeno do pânico, e essa excitação surge como fator de ordem inferior com caminhos significativos para o transtorno de pânico e para o TAG (onde a relação foi negativa).

Um estudo independente acompanhou 606 pacientes com ansiedade e transtornos do humor segundo o DSM-IV durante dois anos e encontrou mais sustentação para esse modelo hierárquico (Brown, 2007). Replicando conclusões transversais anteriores, as duas dimensões de temperamentos de ordem superior – de neuroticismo/inibição comportamental/afetividade negativa e ativação comportamental/afetividade positiva – responderam por praticamente toda a covariância entre construtos de transtornos do DSM-IV (TAG, fobia social e depressão maior). Além disso, a taxa de mudança em neuroticismo/inibição comportamental ao longo do período de estudo foi responsável por praticamente toda a covariância entre a taxa de mudança nos construtos de transtornos do DSM-IV. Esses resultados sugerem que aquilo que é comum aos transtornos emocionais supera as diferenças. Concluímos, com essa pesquisa, que as categorias de transtornos emocionais do DSM-IV seriam mais bem consideradas como conceitos ou construtos úteis que surgem como *blipes* em um quadro geral de neuroticismo-inibição comportamental, mas podem não ser a melhor forma de organizar a nosologia (Brown e Barlow, 2009).

Sobreposição entre transtornos

Em nível de diagnóstico, a sobreposição entre transtornos emocionais fica mais evidente nas altas taxas de comorbidade corrente e durante a vida (p. ex., Brown, Campbell, Lehman, Grisham e Mancill, 2001; Kessler et al., 1996; Roy-Byrne, Craske e Stein, 2006; Tsao, Mystowski, Zucker e Craske, 2002, 2005). Resultados de Brown, Campbell e colaboradores (2001) indicam que 55% dos pacientes com um transtorno de ansiedade principal tinham pelo menos mais um transtorno de ansiedade ou transtorno depressivo na época da avaliação. Contudo, examinando-se a presença de um transtorno no decorrer da vida do paciente, esteja ou não presente na época da entrevista, essa taxa sobe para 76%. Para citar um exemplo, 60% dos 324 pacientes diagnosticados com transtorno de pânico, com ou sem agorafobia (TP/A), cumpriam os critérios de mais um transtorno de ansiedade ou do humor, ou ambos. Especificamente, 47% apresentaram mais um transtorno de ansiedade, e 33%, outro transtorno do humor. Quando se consideram os diagnósticos durante a vida, as porcentagens sobem a 77% de pessoas que vivenciam qualquer transtorno de ansiedade ou do humor, caindo a 56% para qualquer transtorno de ansiedade e 60% para qualquer transtorno do humor. Se o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) ou TAG fossem os diagnósticos principais (mais graves, as taxas de comorbidade ficavam nos níveis mais elevados). Merikangas, Zhang e Avenevoli (2003) acompanharam quase 500 pessoas por 15 anos e concluíram que relativamente poucas sofriam de ansiedade e depressão isoladas. Quando ocorria um transtorno único em determinado momento, o outro estado do humor quase certamente surgiria depois.

Várias explicações possíveis para essas altas taxas de comorbidade já foram revisadas amplamente em outros trabalhos (Brown e Barlow, 2002). Entre elas, questões relativamente triviais, com critérios definidores sobrepostos, razões artificiais, como níveis basais diferenciados de ocorrência em nosso *setting*, e a possibilidade de que os transtornos estejam relacionados sequencialmente, e as características de que um atue como fator de risco para outro. Por exemplo, a depressão parece seguir o TPA, e este, o TEPT. Mas a explicação mais intrigante, para nossos propósitos, apresentada inicialmente por pessoas como Gavin Andrews ou Peter Tyrer (Andrews, 1990, 1996; Tyrer, 1989; Tyrer et al., 1998) é que esse padrão de comorbidade indica a existência do que se chamou *síndrome neurótica geral*. Andrews e Tyrer sugeriam que as diferenças na expressão de sintomas de transtornos emocionais (variação individual na importância da ansiedade social, ataques de pânico, anedonia, etc.) representam simplesmente uma variação trivial na

manifestação de uma síndrome mais ampla. Isso, por sua vez, é coerente com os modelos de *tripla vulnerabilidade* mencionados antes, de que os transtornos de ansiedade (e de humor) surgem a partir de diáteses psicossociais e biológicas-genéticas comuns. Se for esse o caso, um protocolo de tratamento unificado que cubra categorias de diagnóstico atuais para abordar características centrais de transtorno de ansiedade e do humor poderia ser uma opção mais parcimoniosa e, talvez, mais poderosa.

Revisamos as evidências genéticas e neurobiológicas sobre as semelhanças entre ansiedade e estados depressivos em outra publicação (Barlow, 2002, caps. 3, 6, 7 e 8; Bouton, 2005; Brown, 2007; Suárez et al., 2009). Por exemplo, a maioria dos trabalhos sobre as contribuições genéticas à ansiedade e à depressão sustenta o que Ken Kendler disse já no início (1996; Kendler et al., 1995), “mesmos genes, ambiente diferente” (Hettema, Neale e Kendler, 2001; Rutter, Moffit e Caspi, 2006). Em consonância com a teoria sobre uma vulnerabilidade genética subjacente, as variações genéticas foram associadas tanto a ansiedade-traço quanto a emoções negativas (ou neuroticismo) (Montag, Fiebach, Kirsch e Reuter, 2011; Stein, Campbell-Sills e Gelernter, 2009), e se constatou que influenciam o desenvolvimento posterior de psicopatologias a partir de fatores de estresse na vida (Caspi et al., 2003). Recentemente, um corpo de literatura cada vez maior no campo da genética observou ligações entre polimorfismos genéticos com a função e a estrutura das vias neurais envolvidas no processamento emocional, o que sugere uma associação entre predisposição genética, processamento de emoções ineficiente ou desadaptativo e o desenvolvimento de transtornos emocionais. Por exemplo, variações genéticas têm sido associadas à hiperativação em estruturas neurais envolvidas na geração de emoções (Drabant et al., 2012; Lonsdorf et al., 2011; Munafò, Brown e Hariri, 2008), diminuição do volume de matéria cinzenta em regiões límbicas, e conectividade funcional reduzida entre as regiões geradoras de emoção e estruturas envolvidas em seu controle inibitório (Pezawas et al., 2005).

O aumento da percepção das emoções como sendo incontroláveis e intoleráveis, o aumento do processamento evitativo e das tentativas de controle emocional também foi demonstrado nos transtornos (Campbell-Sills, Barlow, Brown e Hofmann, 2006a, 2006b; Weinberg e Hajcak, 2010; Weiser, Pauli, Weyers, Alpers e Mühlberger, 2009). A intolerância à incerteza e aflição foi demonstrada em uma ampla gama de transtornos, incluindo depressão, TAG, ansiedade social e TOC (Boelen, Vrinssen e van Tul-

der, 2010; Boswell, Thompson-Holland, Farchione e Barlow, 2013; Lee, Orsillo, Roemer e Allen, 2010). Além disso, cada vez mais estudos demonstram que os indivíduos com transtornos de ansiedade e do humor tendem a usar estratégias mal-adaptativas de regulação das emoções, incluindo tentativas de evitar ou atenuar a intensidade das emoções desconfortáveis, que acabam saindo pela culatra e contribuem para a manutenção dos sintomas (p. ex., Campbell-Sills et al., 2006a, 2006b; Liverant, Brown, Barlow e Roemer, 2008; Mennin, Heimberg, Turk e Fresco, 2005; Tull e Roemer, 2007). Tomadas em conjunto, as evidências vindas da genética, da neurociência, dos estudos comportamentais e da pesquisa em psicopatologia sugerem que uma característica comum e sobreposta entre os transtornos é a propensão ao aumento da reatividade emocional e o controle regulatório ineficiente ou deficiente, somado a uma tendência acentuada a ver essas experiências como aversivas, e isso se manifesta em tentativas de alterar, evitar ou controlar a resposta emocional.

Em suma, a literatura existente sustenta vários argumentos para recuar de categorias de diagnósticos individuais do DSM e protocolos psicológicos específicos de transtornos associados a elas, e cogitar uma abordagem transdiagnóstica mais unificada, baseada em novas conclusões sobre a natureza da psicopatologia e do campo emergente das ciências das emoções. Além disso, os atuais protocolos de terapia cognitivo-comportamental (TCC) baseados em evidências para transtornos emocionais têm muito em comum e se resumem a três princípios de mudança amplos: alterar avaliações equivocadas de eventos importantes baseados em emoções; impedir a evitação de gatilhos negativos, emocionalmente carregados interna ou externamente, bem como modificar comportamentos movidos pelas emoções (EDBs) e facilitar a extinção do medo; além de reduzir a ansiedade e o desconforto com relação a experimentar emoções intensas. Uma explicação completa desse protocolo e uma descrição de sua aplicação com um paciente estão a seguir.

VARIÁVEIS DO TRATAMENTO

Setting

Todas as avaliações e os tratamentos dos pacientes são realizados no Centro de Ansiedade e Transtornos Relacionados (*Center for Anxiety and Related Disorders*) da Boston University (CARD). Nossa clínica recebe mais de 500 novos pacientes por ano, e a muitos deles se oferece tratamento após a avaliação inicial de admissão. O CARD, além de ter psicólogos e um psiquiatra em sua equipe, também é um centro de formação para estudantes de doutorado e residentes em psi-

quiatria, e diversos estudos de tratamento e pesquisa financiados pelo *National Institutes of Health* (NIH) costumam estar em andamento. Com relação ao perfil do diagnóstico dos pacientes que buscam tratamento, o diagnóstico mais comum é o TAG, seguido de fobia social, TP/A, fobias específicas, TOC e TEPT, mas se avalia e se trata a gama completa de transtornos do *espectro neurótico*. Uma pequena porcentagem recebe “diagnósticos copríncipais”, referentes aos casos em que dois diagnósticos separados são considerados de igual gravidade.

Antes da avaliação de admissão, cada paciente recebe por correio um conjunto de questionários para que preencha e traga à avaliação, cujos escores são calculados e interpretados depois da entrevista. A maior parte da consulta de admissão diz respeito à administração da Entrevista Estruturada para Transtornos de Ansiedade (para DSM-5 [ADIS-5; Brown, Di Nardo e Barlow, 2014] ou para DSM-IV [ADIS-IV; Di Nardo, Brown e Barlow, 1994]). Após a finalização de todo o processo de avaliação, os diagnósticos de consenso são determinados durante uma reunião semanal de equipe, depois da qual o paciente é informado sobre o diagnóstico e as recomendações de tratamento. Com base nas informações da entrevista, pode-se oferecer ao paciente uma das várias opções de tratamento do centro ou um encaminhamento para a comunidade.

Formato

O tratamento com PU geralmente é realizado em formato individual, embora se tenha feito com sucesso em formato de grupo, com pacientes que tinham diagnósticos principais mistos de transtornos. O tratamento descrito neste capítulo reflete o protocolo de tratamento individual, que permite dar mais atenção à descrição e à aplicação de componentes de tratamento durante cada sessão. Contudo, quando administrado em *setting* de grupo, os pacientes identificaram com facilidade os aspectos comuns entre suas diversas queixas, e essa compreensão muitas vezes criava um vínculo forte entre os membros do grupo. Portanto, pode ser útil adaptar o protocolo para tratamento em grupo, como fizemos no CARD.

Variáveis do terapeuta

O PU tem sido administrado por terapeutas com graus variados de experiência clínica e especialização no protocolo. Segundo nosso conhecimento, tanto os terapeutas iniciantes (mesmo os que nunca tenham tido experiência com tratamento cognitivo-comportamental) quanto os terapeutas mais experientes (com quatro anos ou mais de experiência em tratamento) têm

conseguido adaptar o PU sem grandes dificuldades. Com certeza, uma formação em técnicas cognitivo-comportamentais pode ajudar na utilização do protocolo (p. ex., facilitando a reavaliação cognitiva e elaborando e realizando exposições). Evidências sugerem algum benefício da experiência do terapeuta, pelo menos ao tratar TPA com um protocolo altamente estruturado de TCC (Huppert et al., 2001).

O PU é uma abordagem de tratamento voltada à emoção, ou seja, o foco de cada exercício está na mudança das respostas a uma série de emoções e sinais emocionais. Talvez um dos aspectos mais desafiadores para o terapeuta é ser capaz de criar e usar com eficácia exposições que provoquem emoções, o que começa no início do tratamento e continua ao longo dele. Mais importante, o terapeuta deve poder sentir quando um paciente está evitando o processo de vivenciar, expressar ou aceitar as emoções, e isso muitas vezes é indicado por sinais comportamentais muito sutis, como evitar olhar nos olhos, mudar de assunto, chegar tarde à sessão e não realizar (ou “fazer demais”) os trabalhos de casa. Cada um desses comportamentos representa tentativas de controlar emoções desconfortáveis, seja por meio de evitação direta, seja por meio de controle exagerado. É essencial que o terapeuta consiga reconhecer e tratar esses comportamentos quando eles acontecerem, dando, assim, a oportunidade para uma exposição eficaz das emoções e discussão da evitação, a fim de facilitar o processamento emocional.

Um segundo desafio para o terapeuta é ser capaz de tolerar e vivenciar a expressão das emoções pelo paciente. É comum que terapeutas menos experientes rapidamente *racionalizem* as reações emocionais do paciente, o que só faz alimentar o ciclo de emoções e evitação. Em todos os passos, o terapeuta deve estimular a expressão e a aceitação das emoções, ao mesmo tempo em que guia o paciente sobre como *examiná-las*, sem deixar que a emoção *tome conta*. Nesses casos, seguir o modelo de um terapeuta experiente e/ou supervisão prolongada podem representar uma instrução útil para terapeutas menos experientes na forma como eles possibilitam que seus pacientes sejam *emotivos*.

Variáveis do paciente

Como mencionado anteriormente, a taxa de comorbidade entre pacientes com um transtorno principal de ansiedade ou do humor é de aproximadamente 55% (Brown, Campbell et al., 2001), dependendo do diagnóstico principal. Na maioria dos protocolos de TCC, os diagnósticos comórbidos nunca são foco do tratamento, embora o tratamento bem-sucedido de um transtorno de ansiedade principal muitas vezes resul-

te em redução da comorbidade (p. ex., Allen et al., 2007; Brown et al., 1995). Uma das vantagens de uma abordagem unificada de tratamento é que os sintomas relacionados a diagnósticos comórbidos podem ser discutidos em sessões de tratamento, e podem até ser o foco de uma exposição a emoções. Por exemplo, um paciente com TAG que tenha preocupações crônicas com questões cotidianas também pode se sentir ansioso em situações sociais, de forma que a exposição emocional desse paciente na sessão pode ser uma conversa com um estranho ou falar a um grupo pequeno de pessoas. Ao contrário de protocolos tradicionais, o alvo do tratamento está em experimentar qualquer emoção, o que pode ser particularmente benéfico para pacientes com comorbidade significativa ou para aqueles que gostariam de tratar de diversas questões durante o decorrer do tratamento.

Tratamento medicamentoso simultâneo

Muitos pacientes que se apresentam para tratamento também estão tomando alguma medicação psicoativa. No CARD, os pacientes devem ter estabilizado a dosagem de medicação antes da entrevista de admissão, para que o terapeuta tenha um quadro claro dos sintomas atuais (diferentemente dos sintomas que podem ser causados pela introdução ou remoção da medicação). Enquanto o uso simultâneo de medicações como antidepressivos tricíclicos e inibidores seletivos da serotonina (ISRSs) não parece ter um impacto inicial negativo no resultado do tratamento, uma vez removida a medicação, as evidências sugerem que os pacientes que receberam somente a medicação ou TCC associada à medicação têm mais probabilidades de recaída (p. ex., Barlow, Gorman, Shear e Woods, 2000; Heimberg et al., 1998; Liebowitz et al., 1999). Os mecanismos específicos subjacentes ao retorno dos sintomas não estão claros, embora alguns autores tenham sugerido a possibilidade de os pacientes atribuírem o sucesso do tratamento ao uso de medicação e, uma vez retirada, não acreditam mais na sua capacidade de administrar os sintomas. Entretanto, em uma investigação recente usando os dados de um estudo multicêntrico comparativo para tratamento do transtorno de pânico, os resultados indicaram que os pacientes que receberam TCC mais placebo tiveram a mesma probabilidade de acreditar que tinham recebido medicação dos que aqueles que realmente a receberam (Raffa et al., 2008). Mesmo assim, os que estavam na condição de TCC mais placebo tiveram menos probabilidades de ter recaídas, em comparação com os que receberam TCC mais medicação ou somente medicação. Assim, parece improvável que as taxas mais elevadas de recaída na condição de medicação se dessem exclusivamente a essa “hipótese de

atribuição”. Uma outra hipótese para explicar maior recaída nos pacientes que receberam tratamento psicofarmacológico é que a medicação proporciona um efeito *protetor* involuntário contra mais excitação fisiológica e ansiedade. Entretanto, evocar ansiedade e pânico é um componente fundamental dos protocolos de TCC, de forma que os pacientes que estejam tomando medicação (1) podem ter experimentado sensações físicas mais intensas quando a medicação foi removida e/ou (2) nunca conseguiram confrontar integralmente a excitação fisiológica e o pânico durante o tratamento. Entretanto, essas hipóteses ainda precisam ser investigadas completamente.

Outra consideração é o uso de benzodiazepínicos *segundo a necessidade* durante o decorrer do tratamento. Seguindo concepções explicadas no PU, qualquer estratégia usada para reduzir a intensidade das emoções no momento é considerada uma estratégia de evitação emocional e acaba por contribuir para níveis mais elevados de ansiedade e reatividade emocional. Sendo assim, o uso de benzodiazepínicos (ou outros medicamentos de ação rápida) não é recomendado, principalmente se a pessoa levar consigo a medicação como *senal de segurança*.

AVALIAÇÃO

Estudo de caso

Joseph é um homem solteiro de 25 anos que, no momento da admissão, era professor de música autônomo e músico independente, apresentando-se ocasionalmente em pequenos espaços locais. Ele foi ao nosso centro à procura de ajuda para problemas emocionais antigos e debilitantes, que o estavam impedindo de atingir objetivos pessoais e profissionais. Joseph narrou uma longa história de luta contra a ansiedade e a depressão, que foi exacerbada e agravada por problemas com sua saúde física.

Durante sua entrevista de admissão, ele relatou uma ansiedade social elevada e, muitas vezes, paralisante, descrevendo um medo significativo de ser avaliado negativamente, e de que outras pessoas o vissem como um fardo ou um obstáculo. Esse medo tinha feito com que ele evitasse envolvimento social importantes ao longo de sua vida, como festas de aniversário ou outras ocasiões especiais, e ele recusara muitos convites para reuniões casuais em bares ou casas de amigos. Ele foi ficando cada vez mais isolado por causa disso, e sentia que alguns de seus amigos estavam “desistindo” dele. Além disso, seus temores de ser um incômodo para os outros o impediam de se afirmar, o que muitas vezes causava interferências significativas. Por exemplo, Joseph contou que queria encontrar um emprego como professor de música para

crianças de escola fundamental, mas pedir aos outros para que fornecessem informações necessárias para preencher solicitações de emprego era quase impossível, o que o fazia perder prazos ou oportunidades promissoras. Joseph observou que havia sofrido de ansiedade social a vida toda, mas que ela se tornara mais intensa depois de um diagnóstico de diabetes, quando ele tinha 9 anos. Ele descreveu que sempre se sentira um fardo para os outros, desde aquela época, e um “obstáculo”. Esses sentimentos existiam até mesmo ao caminhar por uma calçada pública – uma de suas situações mais temidas é esbarrar inadvertidamente em alguém que venha andando na direção contrária, por medo de ter incomodado essa pessoa ou feito com que ela o julgasse negativamente. Joseph relatou que sua ansiedade social interfere mais do que nunca atualmente, pois está impedindo que ele encontre trabalho, e sua vida social é “inexistente”.

Além disso, Joseph descreveu muito constrangimento relacionado aos sintomas da síndrome do intestino irritável (SII), que havia começado cinco anos antes. Especificamente, ele disse que evita qualquer situação da qual não possa sair se começar a ter problemas intestinais. Evita comer todas as frutas ou qualquer tipo de alimento que possa provocar inchaço ou intestino solto, e informa que acorda 3 horas antes de sair para o trabalho para usar o banheiro várias vezes, em uma tentativa de evitar quaisquer movimentos intestinais inesperados enquanto está em situações públicas. Ele estimou que usa o banheiro até cinco vezes a cada manhã antes de sair para o trabalho. Além disso, Joseph informou que seu medo de ter um movimento intestinal inesperado o impediu de viajar longas distâncias de carro, assistir a filmes ou eventos esportivos ou praticar qualquer atividade na qual não haja acesso rápido a um banheiro. Ele relatou que seu maior medo relacionado a esses sintomas era se constranger na frente dos outros, seja por ter flatulência ou por perder completamente o controle de seu intestino.

Joseph também descreveu muita ansiedade e preocupação com várias áreas diferentes de sua vida. Ele se preocupa sobre cometer pequenos erros no trabalho, por exemplo, erros gramaticais. Também se preocupa com seu desempenho potencial no trabalho caso consiga um emprego de professor, temendo que acabaria sendo demitido por algum erro que cometesse. Joseph se preocupa com suas finanças e com conseguir se sustentar, bem como com a saúde e o bem-estar de seus pais. Ele também informou se preocupar com questões da comunidade e assuntos internacionais, mas observou que controla essas preocupações “evitando as notícias a qualquer o custo”. Joseph relata que suas preocupações são di-

íceis de controlar e interferem em sua capacidade de se concentrar. Ele se sente inquieto, tenso, irritado e, muitas vezes, tem problemas para dormir quando se preocupa. Ele disse que gasta cerca de 90% de um dia habitual se preocupando com alguma coisa, e que essas preocupações têm interferido em sua vida social, seu bem-estar geral e sua capacidade de conseguir emprego.

Joseph também descreveu uma ansiedade significativa em relação a pensamentos intrusivos de dúvida, e pensamentos de que possa causar danos acidentais a outras pessoas. Ele descreveu dificuldades de sair de casa de manhã por medo de deixar inadvertidamente o fogão aceso ou a casa aberta, deixando as pessoas que moram com ele vulneráveis a incêndios ou roubos. Esses pensamentos o fazem conferir várias vezes se trancou portas, apagou velas ou desligou o forno e o fogão o suficiente, o que pode levar até 1 hora. Joseph também nunca tirou carteira de motorista por medo de atropelar alguém acidentalmente ou causar um acidente ao dirigir. Ele relatou que seus pensamentos de dúvida ou sobre causar acidentalmente danos a outros são extremamente angustiantes e o fazem se sentir uma pessoa horrível, que não merece confiança.

Por fim, Joseph descreveu sentimentos de depressão e falta de interesse em atividades no ano passado, desde que se formou na faculdade. Ele costuma ter dificuldades para dormir à noite e informa dormir demais durante o dia. Tem uma sensação de “peso” e falta de energia, e dificuldade de se concentrar nas coisas. Experimenta sentimentos constantes de culpa e inutilidade, e tem pensamentos periódicos sobre suicídio, embora não tenha relatado nenhum plano ou intenção. Joseph informou que, com intervalos de algumas semanas, ele se corta nas pernas e no peito usando uma lâmina, para aliviar a tensão e se acalmar. Joseph afirmou que, apesar de seus sentimentos de depressão serem *incômodos*, ele também está *acostumado a eles* porque têm estado presentes durante grande parte de sua vida.

A avaliação objetiva do estado emocional de Joseph por meio de questionários de autoavaliação resultou em uma pontuação de 51 na Escala de Ansiedade de Interação Social (*Social Interaction Anxiety Scale*, SIAS; Mattick e Clarke, 1998), indicando ansiedade social grave; um escore de 49 no Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996), refletindo depressão grave, e uma pontuação de 80 no Questionário de Preocupações de Penn State (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger e Borkovec, 1990), refletindo níveis de preocupação entre moderados e graves. Seu escore na Escala de Trabalho e Ajuste Social (*Work and Social Adjustment Scale*, WSAS; uma modificação de uma

escala introduzida por Hafner e Marks, 1976) sugeriu que Joseph sofria interferência grave desses sintomas emocionais em sua vida. Uma entrevista de diagnóstico usando a ADIS-IV revelou um diagnóstico principal de transtorno de ansiedade social em uma classificação de gravidade clínica (CSR; descrita abaixo) de 7, além de diagnósticos de TAG (CSR = 6), TOC (CSR = 5), e transtorno depressivo maior (TDM; CSR = 5).

Entrevistas

Existem várias entrevistas clínicas estruturadas e semiestruturadas que podem ser adequadas para diagnosticar transtornos de Eixo I. A Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID; First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1996) é muito usada e avalia diagnósticos. Por ser altamente estruturada e tratar apenas da contagem de sintomas atuais, essa entrevista adquire um alto grau de confiabilidade entre avaliadores para muitos diagnósticos. Contudo, não inclui avaliação dimensional de frequência e gravidade de sintomas, de forma que pode ser menos útil para elaborar um perfil mais detalhado dos transtornos emocionais.

A Entrevista Estruturada para Transtornos de Ansiedade para o DSM (ADIS-5; Brown, Di Nardo e Barlow, 2014), uma entrevista de diagnóstico clínico semiestruturada, trata de diagnósticos do DSM para transtornos de ansiedade, TOC e transtornos relacionados, transtornos ligados a traumas e fatores de estresse, e os estados de humor que os acompanham, transtornos somáticos e dissociativos, e transtornos relacionados a substâncias e adições. As informações derivadas da entrevista usando o ADIS possibilitam aos profissionais determinar diagnósticos diferenciais e obter uma compreensão clara do nível e da gravidade de cada diagnóstico. A partir deste ponto, fazemos referência à versão atualizada do DSM-5. Os diagnósticos principal e adicionais têm atribuído a si uma avaliação de gravidade pelo profissional (*clinician severity rating*, CSR) em uma escala de 0 (*Sem sintomas*) a 8 (*Sintomas extremamente graves*), com uma classificação de 4 ou acima (*Definitivamente prejudicial/incapacitante*) passando do limiar clínico para critérios diagnósticos do DSM. As perguntas sobre ideação suicida fazem parte da entrevista. A ADIS-IV demonstrou confiabilidade entre avaliadores entre aceitável e excelente para ansiedade e transtornos do humor (Brown, Di Nardo, Lehman e Campbell, 2001).

Outras duas medidas avaliadas por clínicos que proporcionam uma gama mais ampla de escores são:

1. Guia de Entrevista Estruturada para a Escala Hamilton de Classificação de Ansiedade (*Structured Interview Guide for the Hamilton*

Anxiety Rating Scale, SIGH-A; Shear, Vander Bilt e Rucci, 2001).

2. Guia de Entrevista Estruturada para a Escala Hamilton de Classificação de Depressão (*Structured Interview Guide for the Hamilton Depression Rating Scale*, SIGH-D; Williams, 1988).

O SIGH-A foi desenvolvido para criar um formato estruturado para administrar a Escala Hamilton de Classificação de Ansiedade (HARS; Hamilton, 1959). Os respondentes devem indicar a presença e a gravidade de uma série de sintomas que podem ter se apresentado na última semana, incluindo humor ansioso, tensão, problemas de sono, irritabilidade e assim por diante. O profissional também deve avaliar o comportamento do paciente na entrevista. A SIGH-A inclui instruções específicas sobre administração e pontos fundamentais para atribuição de classificações de gravidade. Esse instrumento demonstrou ter boa confiabilidade entre avaliadores e no teste-reteste (Shear et al., 2001). Além disso, os escores são semelhantes à HARS (embora constantemente mais elevados).

Assim como a SIGH-A, a SIGH-D foi desenvolvida para dar instruções mais específicas para administração e escore da Escala Hamilton de Classificação de Depressão (HDRS; Hamilton, 1960). Mais uma vez, pergunta-se aos pacientes sobre a presença e a gravidade de uma série de sintomas depressivos na semana anterior, incluindo humor depressivo, ideiação suicida, fadiga, sensações de desamparo, perda de peso e assim por diante. A SIGH-D também demonstrou boa confiabilidade entre avaliadores e no teste-reteste e produz escores semelhantes ao HDRS (Williams, 1988).

Avaliações médicas

Geralmente, são indicadas avaliações médicas antes de firmar diagnóstico e iniciar o tratamento, para descartar causas orgânicas para os sintomas de transtornos emocionais. Alguns problemas, como hipotireoidismo, hipertireoidismo, hipoglicemia, prolapso da válvula mitral ou abstinência de álcool ou drogas podem gerar problemas semelhantes aos associados a TAG ou TPA. Embora o diagnóstico dessas condições de saúde não afaste a necessidade de uma avaliação psicológica, costuma-se recomendar que elas sejam examinadas por um médico, porque poderá haver indicação de um tratamento clínico alternativo.

Automonitoramento

Os formulários de automonitoramento são uma parte importante do protocolo de tratamento, por várias razões. Em primeiro lugar, o terapeuta consegue discutir situações ou eventos específicos que aconteceram

na semana anterior e que podem ter contribuído para reações emocionais. Esses registros podem facilitar discussões de conceitos presentes durante as sessões e ajudar o terapeuta a integrar os componentes do tratamento geral aos sintomas específicos do paciente. Em segundo, algumas evidências sugerem que a lembrança retrospectiva que os pacientes têm de episódios de ansiedade podem ser exageradas, especialmente quando se lembram de ataques de pânico (Margraf, Taylor, Ehlers, Roth e Agras, 1987; Rapee, Craske e Barlow, 1990). Os formulários de automonitoramento possibilitam uma descrição prospectiva e talvez mais precisa dos episódios de ansiedade, e podem, assim, ser mais úteis terapeuticamente. Além disso, coerente com os temas delineados no PU, acredita-se que a prática da consciência das emoções no momento presente seja um componente importante para mudar padrões mal-adaptativos de resposta emocional. A própria natureza do automonitoramento requer que o paciente se desconecte, mesmo que por pouco tempo, do processo ansioso habitual para anotar pensamentos, sentimentos e comportamentos concretos, ajudando-o a começar a adotar uma postura mais objetiva em relação a suas próprias experiências emocionais. O desenvolvimento desse hábito acaba por ajudar os pacientes a começar a mudar as reações emocionais e os comportamentos resultantes.

Os formulários de tratamento usados no PU incluem automonitoramento para consciência emocional, pensamentos automáticos, evitação de emoções, bem como formulários que acompanham exposição interoceptiva e situacional. A Figura 6.1 ilustra o formulário Monitoramento de Emoções e EDBs em Contexto (MEEC) usado no PU. Esse formulário é dado durante várias semanas no início do tratamento para começar a orientar os pacientes a acompanhar suas próprias respostas emocionais. À medida que são introduzidas novas habilidades (como reavaliação cognitiva, mudança de EDBs), novas formas de automonitoramento costumam substituir o MEEC. Por exemplo, quando se introduz a habilidade de alterar tendências de ação associadas às emoções, pede-se que os pacientes monitorem situações e EDBs, e identifiquem uma nova resposta incompatível com o EDB original no formulário de monitoramento Alterando EDBs (ver Fig. 6.2).

Vários problemas podem surgir com a introdução e o preenchimento de formulários de automonitoramento. Em primeiro lugar, alguns pacientes podem não cumprir a tarefa de preencher os formulários de monitoramento e os trabalhos de casa, o que é uma questão importante a ser tratada na sessão. Adotar uma abordagem que potencialize a motivação, evocar razões subjacentes à ambivalência do paciente em re-

Data/hora	As Antecedentes Situação/Gatilho	Rs Respostas			Cs Consequências O que acontece a seguir?
		Pensamentos	Sentimentos	Comportamentos	

FIGURA 6.1 Monitoramento de Emoções e EDBs em Contexto (MEEC).

Situação/Gatilho	Emoção	EDB	Nova resposta (incompatível)	Consequência

FIGURA 6.2 Formulário de Monitoramento de Alteração de EDBs.

lação a fazer o trabalho de casa ou o monitoramento pode ser uma técnica valiosa (ou seja, evocar razões pelas quais o paciente possa não querer fazer o trabalho de casa e benefícios percebidos de não fazê-lo). Esse processo é crucial, uma vez que permite que o terapeuta identifique avaliações cognitivas mal-adaptativas e razões emocionais que contribuam para não preencher os formulários de monitoramento. Uma vez identificadas essas razões, também podem ser usadas estratégias terapêuticas, como reavaliação cognitiva, para aumentar a disposição dos pacientes para preencher formulários de trabalho de casa, ao tratar de algumas das razões levantadas pelo paciente para o descumprimento. Além disso, refletir seletivamente sobre os benefícios de fazer o trabalho de casa e os custos associados a não fazê-lo pode ajudar a construir a motivação para preencher os formulários. Em alguns casos, principalmente quando a autoeficácia do paciente para fazer isso é baixa, o próprio preenchimento dos formulários de trabalho de casa pode se tornar uma exposição a emoções, e o avanço em direção a esse objetivo também deve ser reforçado.

Outro problema comum com a realização do automonitoramento pode ser a tendência de alguns pacientes (especialmente aqueles com características mais obsessivas ou “perfeccionistas”, como em TAG e TOC) a exagerar no preenchimento, ou seja, o paciente pode escrever uma descrição extremamente longa e envolvida de uma situação e de suas reações a ela. Isso é comum com pacientes que sentem que precisam “descarregar” todas as informações sobre o evento. Embora o paciente esteja fazendo o trabalho de casa, seu envolvimento exagerado pode estar facilitando o processo de ansiedade e preocupação. Se isso ficar visível, o terapeuta pode discutir a tendência a se envolver demasiadamente no trabalho de casa como uma estratégia de evitação emocional (ou como um EDB) e recomendar que o paciente monitore situações e eventos usando descrições de uma ou duas palavras, ou mesmo implementar um limite de tempo para ajudar a garantir que os pacientes não passem longos períodos gerando descrições.

Questionários

Em nossa pesquisa, vários questionários de autoavaliação são usados no decorrer do tratamento. Descrevemos a maioria deles aqui, entendendo que, por razões exclusivamente clínicas, seria necessário apenas um subconjunto. Dois questionários gerais (não específicos em termos de diagnóstico) destinados a medir sintomas e prejuízos associados a esses sintomas são administrados semanalmente, antes da sessão, para acompanhar sintomas e prejuízos durante todo o tratamento. Uma bateria maior de questionários é

administrada antes, no meio e depois do tratamento, e a cada quatro sessões durante o tratamento, para se obter uma visão mais abrangente das preocupações apresentadas pelos pacientes, bem como seu funcionamento geral e sua qualidade de vida. Essa bateria inclui questionários gerais (medidas destinadas a avaliar uma série de sintomas associados a transtornos de ansiedade e de humor, bem como medidas relacionadas a transtornos específicos, concebidos para acompanhar os sintomas associados a esses transtornos).

Medidas gerais semanais

A Escala Geral de Gravidade e Prejuízo da Ansiedade (*Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*, OASIS; Norman, Cissell, Means-Christensen e Stein, 2006), um questionário breve, de cinco itens, desenvolvido como medida contínua da gravidade e dos prejuízos causados pelos sintomas relacionados à ansiedade, pode ser usada em diferentes transtornos de ansiedade, com vários deles ao mesmo tempo, além de sintomas de ansiedade subclínica. Essa medida tem boa coerência interna, excelente confiabilidade teste-reteste e validade convergente e divergente (Campbell-Sills et al., 2009; Norman et al., 2006). A Escala Geral de Gravidade e Prejuízos da Depressão (*Overall Depression Severity and Impairment Scale*, ODSIS; Bentley, Gallagher, Carl, Farchione e Barlow, 2013), uma adaptação direta da OASIS, foi modificada para ser aplicável à depressão. É um questionário breve, de cinco itens, que avalia a gravidade e os prejuízos dimensionais dos sintomas relacionados à depressão, que pode ser usado em todos os transtornos depressivos, com apresentações de comorbidade variadas e sintomas depressivos subclínicos. Ambas as medidas se concentram na gravidade e nos prejuízos associados a sintomas específicos durante a semana anterior, oferecendo uma medida geral, não específica em termos de diagnóstico, destinada a acompanhar as mudanças à medida que elas ocorrem durante o tratamento.

Outras medidas gerais

Na Escala de Afeto Positivo e Negativo (*Positive and Negative Affect Scale*, PANAS; Watson, Clark e Tellegen, 1988), uma medida breve, confiável e válida de afeto positivo e negativo, os indivíduos avaliam a frequência com que experimentam 20 palavras relacionadas a sentimentos ou emoções *em geral*. A PANAS avalia afeto negativo central e déficits no afeto positivo nos transtornos com essa característica (ou seja, agorafobia, transtorno de ansiedade social, depressão) e é útil para determinar mudanças no afeto positivo e negativo ao longo do tratamento. Em um esforço para estabelecer o grau de interferência dos sintomas em vários domínios de vida, a WSAS (Hafner e Marks, 1976) inclui cinco

itens que pedem aos participantes para classificar o grau de interferência causada pelos sintomas em seu trabalho, na administração do lar, no lazer privado, no lazer social e nas relações familiares. A WSAS, uma medida descritiva de interferência subjetiva em vários domínios de vida, já foi usada com sucesso em estudos anteriores (p. ex., Brown e Barlow, 1995).

Medidas de qualidade de vida e bem-estar

O Questionário de Satisfação com a Qualidade de Vida e Prazer (*Quality of Life and Enjoyment Satisfaction Questionnaire*, QLESQ; Endicott, Nee, Harrison e Blumenthal, 1993), uma medida de 14 itens que avalia prazer e satisfação em diferentes áreas da vida na semana anterior, é muito usado e foi validado para uso em populações clínicas, demonstrando ser sensível à mudança (Endicott et al., 1993). O Contínuo de Saúde Mental – Formulário Curto (*Mental Health Continuum-Short Form*, MHC-SF; Keyes, 2005, 2006; Keyes et al., 2008; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, ten Klooster e Keyes, 2011; Westerhof e Keyes, 2009) é uma medida de 14 itens destinada a avaliar o bem-estar social, emocional e psicológico. A medida mostrou ter excelente coerência interna e validade discriminante em adolescentes e adultos nos Estados Unidos, na Holanda e na África do Sul (Keyes, 2005, 2006; Keyes et al., 2008; Lamers et al., 2011; Westerhof e Keyes, 2009).

Medidas relacionadas a diagnósticos específicos

Para além de medidas gerais (não relacionadas a diagnósticos específicos), é importante avaliar os sintomas ligados especificamente às preocupações apresentadas pelo indivíduo que são relacionadas a determinados diagnósticos. Usamos as seguintes medidas que avaliam a gravidade dos sintomas durante a semana anterior e que podem ser administradas como medidas de autoavaliação ou avaliadas pelo clínico, aumentando sua utilidade clínica. A Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, Y-BOCS-II; Storch, Larsson, Price, Rasmussen, Murphy e Goodman, 2010) é uma versão revista da Y-BOCS (Goodman et al., 1989), elaborada para avaliar a presença e a gravidade dos sintomas de TOC.

A Escala de Gravidade do Transtorno de Pânico (*Panic Disorder Severity Scale*, PDSS; Shear et al., 1997), uma escala de sete itens, proporciona avaliações das principais características do transtorno de pânico (frequência do pânico, incômodo durante o pânico, ansiedade antecipatória, evitação de situações e sensações relacionadas ao pânico) e o grau de trabalho e insuficiência/prejuízo social devido a TP/A (Shear et al., 1997).

A Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale*, LSAS; Liebowitz,

1987) é uma escala de 24 itens muito usada, elaborada para avaliar a gama de situações de interação e desempenho social que os pacientes com ansiedade social podem temer e/ou evitar (Heimberg et al., 1999; Safren et al., 1999).

A Escala de Gravidade do Transtorno de Ansiedade Generalizada (*Generalized Anxiety Disorder Severity Scale*, GADSS; Shear, Belnap, Mazumdar, Houck e Rollman, 2006) é uma escala de seis itens, que avalia as principais características do TAG.

A Escala para Sintomas de TEPT (*PTSD Symptom Scale*, PSS; Foa, Riggs, Dancu e Rothbaum, 1993) é uma medida de 17 itens elaborada para avaliar os sintomas de PTSD segundo o DSM-IV. Cada item, correspondente a sintomas de TEPT, compreende uma breve pergunta que é classificada entre 0 (*Nenhum*) e 3 (*5 ou mais vezes por semana/Muito*). Essa medida resulta em um escore total de gravidade do TEPT, bem como subescores de Revivescência, Evitação e Excitação (Foa e Tolin, 2000).

Análise funcional

Independentemente do diagnóstico, é essencial fazer uma análise funcional clara do comportamento do paciente antes de se iniciar o tratamento. Vários componentes devem ser considerados quando se diagnostica um paciente com base em uma análise funcional. Eles incluem um exame atento da topografia de sintomas (incluindo a duração da doença, sensações físicas, nível de incômodo e interferência de sintomas), gatilhos (situações, sintomas físicos, lugares, pensamentos, etc.), cognições (crenças sobre sintomas e avaliações equivocadas), respostas comportamentais às emoções (incluindo evitação de situações, lugares, pessoas ou gatilhos, bem como comportamentos de fuga), e as consequências de reações comportamentais (que limitam a qualidade de vida, reduzem a *zona de conforto*, etc).

Joseph, em termos de diagnóstico, cumpria os critérios para diversos transtornos de ansiedade e do humor. Sua principal preocupação envolvia ansiedade e evitação de situações sociais devido a temores de que outros o julgassem ou não gostassem dele. Esses temores haviam estado presentes desde que Joseph era uma criança pequena, e se encaixam claramente no diagnóstico de fobia social. No entanto, Joseph também sentia ansiedade relacionada a pensamentos intrusivos sobre causar dano potencial aos outros. Seus pensamentos intrusivos sobre dúvida e seus pensamentos sobre causar danos acidentais a outras pessoas, juntamente com uma série de comportamentos compulsivos de verificação, que ocupavam pelo menos uma hora do seu dia, eram coerentes com o diagnóstico de TOC. Joseph também apresentava muita ansiedade e uma preocupação incontrolável

com sua capacidade de ter um bom desempenho no trabalho, com suas finanças e em relação à saúde de sua família, juntamente com vários sintomas físicos associados. Essas preocupações, embora envolvessem situações sociais, em certa medida, também incluíam preocupações mais difusas relacionadas a potenciais resultados negativos futuros. Essas preocupações estavam presentes mesmo fora do contexto de um episódio depressivo. Assim, também lhe foi atribuído um diagnóstico de TAG. Por fim, Joseph relatou ter tido sintomas de depressão no ano anterior, juntamente com a falta de interesse em atividades, dificuldades para dormir, falta de energia e má concentração, resultando em um diagnóstico de TDM.

Ainda que os sintomas de Joseph tenham justificado a atribuição de vários transtornos que ocorrem simultaneamente, é importante observar que, em nível fenomenológico, esses sintomas relacionados a diagnósticos específicos tendem a interagir e exacerbar uns aos outros, de tal modo que cada grupo de sintomas relacionados a transtornos específicos não estava ocorrendo necessariamente de forma isolada. Essa foi uma consideração importante para o tratamento e proporcionou um argumento forte para uma abordagem transdiagnóstica unificada. Por exemplo, a baixa autoestima de Joseph, impulsionada por suas ruminações depressogênicas, alimentava sua sensação de ser *menos* e aumentava o potencial percebido de uma avaliação negativa pelos outros. Essa ansiedade voltada a avaliação negativa, por sua vez, aumentava a ansiedade mais geral de Joseph e alimentava seus EDBs, por exemplo, a verificação, que muitas vezes era desencadeada como forma de controlar um potencial resultado temido de fazer algo errado (verificar trancas para evitar a perda da propriedade), causar dano real a outros (evitar incêndios ao verificar fogões, velas, etc.) ou se constranger em público (usar o banheiro várias vezes antes do trabalho para evitar um surto de sintomas de SII). Essas ansiedades, por sua vez, eram congruentes com suas crenças sobre ser *um obstáculo* e uma *má pessoa*. A vigilância de Joseph em relação aos seus sintomas de SII também era alimentada pela ansiedade relacionada a avaliação negativa, e o foco cada vez maior em seus sintomas físicos geralmente estava ligado a níveis mais elevados de ansiedade antecipatória. As preocupações de Joseph sobre possíveis falhas futuras no trabalho, suas finanças e a saúde de sua família também eram congruentes com uma crença geral de que ele inevitavelmente faria algo errado e faria com que “tudo desabasse”, ou de que algum resultado negativo inesperado estava sempre no horizonte. Joseph ligava essa sensação de imprevisibilidade e incontrolabilidade ao seu

diagnóstico de diabetes na infância, que também era sua primeira lembrança de ser um *obstáculo*. Ele se lembrava de vários incidentes de infância em que os adultos em sua vida pareciam *incomodados* por ter de acompanhar sua alimentação e seus níveis de insulina. Também se lembrava de uma sensação de ser um fardo para os outros, embora recordasse que a sensação de ser *menos* tinha surgido muito antes. Assim, todas essas crenças, comportamentos e respostas fisiológicas estavam interagindo nas experiências emocionais de Joseph, independentemente de sua classificação específica de diagnóstico, e afetavam sua capacidade de funcionar de forma adaptativa. O tratamento dos sintomas de Joseph com o PU, que se concentra em como as interações entre pensamentos, sentimentos e comportamentos em determinado momento influenciam as experiências emocionais globais e as ações subsequentes, permitiu que visássemos diretamente a seus padrões fenomenológicos de disfunção, em vez de tratar um grupo de sintomas que fosse específico de um diagnóstico de cada vez.

COMPONENTES DO TRATAMENTO

A estrutura do PU apresenta cinco módulos centrais de tratamento e três módulos adicionais, que devem ser aplicados durante 12 a 18 sessões individuais de tratamento, de 50 a 60 minutos cada uma, realizadas semanalmente. Sessões finais poderão ser realizadas a cada duas semanas para permitir que os pacientes consolidem os ganhos e proporcionar uma espécie de “suavizador” fora da terapia semanal. Contudo, esse formato para as sessões finais não é uma exigência, e pode ser mais benéfico para o paciente continuar a ter sessões semanais, se ele tiver problemas para usar os conceitos do tratamento de forma constante, sem o reforço semanal das sessões. Portanto, o espaçamento das sessões finais é determinado pelo terapeuta, que leva em consideração o avanço do paciente e qualquer dificuldade prevista após o tratamento.

Os cinco módulos centrais do tratamento voltados aos aspectos do processamento e regulação de emoções são os seguintes: (1) aumentar a consciência de emoções voltadas ao presente (Módulo 3); (2) aumentar a flexibilidade cognitiva (Módulo 4); (3) identificar e prevenir padrões de evitação de emoções e EDBs maladaptativos (Módulo 5); (4) aumentar a consciência e a tolerância a sensações físicas relacionadas às emoções (Módulo 6); e (5) exposição a emoções interoceptivas e baseadas em situações (Módulo 7). Precedendo esses componentes principais, há um módulo voltado a aumentar a motivação e a prontidão para a mudança, a adesão ao tratamento (Módulo 1), bem como um módulo introdutório que oferece psi-

coeducação sobre a natureza das emoções e uma estrutura para compreender as experiências emocionais (Módulo 2). Um módulo final analisa os avanços no decorrer do tratamento e desenvolve estratégias de prevenção de recaída (Módulo 8). Esse tratamento, que ocorre em um contexto de provocação da expressão emocional (exposição à emoção) por meio de sinais situacionais, internos e somáticos (interoceptivos), bem como por meio de exercícios tradicionais de indução de humor, varia de paciente para paciente somente nos sinais situacionais e nos exercícios usados. Além disso, a “exposição” não é conceituada como um mecanismo de ação. Pelo contrário, provocar com sucesso emoções cria uma condição de *setting* para implementar os componentes essenciais de tratamento. A exposição a emoções começa com estímulos gerais (p. ex., indução de humor e provocação interoceptiva) e mais tarde é adaptada para responder às preocupações e sintomas específicos de cada paciente. Embora cada sessão aborde um componente específico do protocolo, a expectativa é de que os pacientes “levem consigo” para sessões futuras as estratégias que aprendem (p. ex., os pacientes aprendem estratégias de reavaliação cognitiva no Módulo 4, mas se espera que continuem a usá-las no restante do tratamento).

Módulo 1: Aumentar a motivação para a adesão ao tratamento

Neste módulo inicial do tratamento, que se baseia nos princípios e técnicas terapêuticas usados na Entrevista Motivacional (EM; Miller e Rollnick, 2013), os terapeutas trabalham para aumentar a prontidão e a motivação do paciente para a mudança de comportamento, e para fomentar um sentimento de autoeficácia ou a crença do paciente em sua capacidade de mudar. O módulo foi incluído no protocolo como resposta à recente pesquisa de Westra e colaboradores (Westra, Arkowitz e Dozois, 2009; Westra e Dozois, 2006) que sugeriu que a EM pode aumentar a eficácia da TCC para transtornos de ansiedade. Este módulo usa dois exercícios motivacionais específicos: (1) um exercício de balança decisional, em que o terapeuta trabalha com o paciente para identificar e pesar as vantagens e desvantagens de mudar ou permanecer o mesmo; e (2) um exercício de definição de objetivos do tratamento que ajuda os pacientes a articular mais claramente objetivos alcançáveis e concretos para o tratamento. Este módulo e os princípios e técnicas nele contidos são usados principalmente para ajudar a “preparar o terreno” para a aprendizagem posterior nos módulos principais. No entanto, os princípios também podem ser aplicados ao longo do tratamento para aumentar a adesão e manter a motivação do paciente para a mudança de comportamento.

Módulo 2: Psicoeducação e acompanhamento de experiências emocionais

Após a sessão inicial de aumento da motivação, os pacientes recebem psicoeducação sobre a natureza e a função das emoções. Esse componente é comum à maioria dos protocolos de TCC, embora o foco seja ampliado para incluir a função de muitas emoções diferentes (raiva, tristeza, etc.), além da função de ansiedade. Neste módulo (que costuma acontecer em uma a duas sessões), os pacientes recebem informações sobre as sequelas cognitivas, fisiológicas e comportamentais das reações emocionais e sobre a forma como esses três componentes interagem. É importante que o paciente comece a considerar que suas reações são funcionais e cumprem o propósito de fornecer informações sobre o ambiente, além de proteger contra danos. A seguir, esse modelo de três componentes é aplicado a uma situação ou um evento recente que o paciente tenha vivido, de modo que ele possa compreender melhor os aspectos de cada componente e como eles interagem. Os pacientes também aprendem a monitorar e acompanhar suas respostas emocionais com mais atenção e, como resultado, espera-se que desenvolvam uma maior consciência dos seus próprios padrões de resposta emocional, incluindo potenciais fatores de manutenção (p. ex., gatilhos comuns e/ou contingências ambientais).

Outro aspecto importante da psicoeducação é o conceito de reforço negativo. Especificamente, essa é uma discussão detalhada de como a resposta comportamental do paciente a um episódio emocional (geralmente a fuga ou alguma forma de evitação emocional) é problemática porque reduz a emoção no curto prazo (i. e., removendo a pessoa do estímulo emocional), mas reforça o ciclo de emoções no longo prazo (ou seja, ensina a pessoa que fugir/evitar é a única maneira de gerenciar esses sentimentos no futuro). É extremamente importante que o paciente entenda a conexão entre as respostas comportamentais e o reforço da emoção, para que seja mais capaz de apreciar a finalidade e a função das exposições à emoção introduzidas em sessões futuras.

Módulo 3: Treinamento de conscientização para emoções

O primeiro módulo central (que normalmente dura uma ou duas sessões de tratamento) é voltado a ajudar os pacientes a identificar melhor como estão reagindo e respondendo às suas emoções, ao promover uma abordagem à experiência das emoções que seja menos baseada em julgamento e mais voltada ao presente. Muitas vezes, os pacientes informam sentir que suas emoções são confusas ou que parecem apenas acontecer *automaticamente*, e/ou de tal maneira que estão

fora de sua consciência imediata (ou seja, *inconscientemente*). Neste módulo, os pacientes aprendem a se conscientizar da interação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos, e a ver as suas emoções de uma forma mais objetiva e com foco no presente. Isso ocorre no contexto específico da situação em que a experiência emocional está se desenrolando. O foco nas experiências do momento presente é importante e se acredita que coloque o paciente em uma posição melhor para identificar mais claramente os padrões de resposta emocional e/ou as estratégias de regulação emocional que estão sendo empregadas na situação específica. Isso, por sua vez, torna o paciente mais capaz de modificar a resposta emocional de forma adaptativa, para torná-la mais constante ou compatível com as demandas situacionais ou motivacionais permanentes. Além disso, também se exploram reações secundárias às experiências emocionais do paciente, e o terapeuta introduz a ideia de que não são as emoções em si que são problemáticas, mas sim a forma como o paciente reage a elas. Como essas reações tendem a ser carregadas de julgamentos (p. ex., ver a ansiedade como um sinal de incapacidade de enfrentar, um indicativo de fraqueza ou um sinal de fracasso) e muitas vezes não se baseiam em informações contextuais do momento presente, elas podem impedir o processamento de informações potencialmente corretivas, que permitiriam uma mudança na resposta emocional. Espera-se que, à medida que desenvolvem uma postura menos julgadora em relação às suas emoções, os pacientes sejam mais capazes de identificar os pensamentos, sensações físicas e comportamentos específicos que possam estar contribuindo para seu desconforto, e, assim, estar em uma posição melhor para implementar estratégias que alterem de forma adaptativa sua resposta emocional. Essas habilidades são desenvolvidas por meio da prática de breves exercícios de *mindfulness* e indução de emoções.

Módulo 4: Avaliação e reavaliação cognitivas (aumento da flexibilidade cognitiva)

A terapia cognitiva, inicialmente desenvolvida por Aaron T. Beck para tratar a depressão (Beck, 1967; Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979; também discutida em profundidade em Young, Rygh, Weinberger e Beck, Cap. 7), tornou-se uma parte fundamental dos tratamentos psicológicos. Os indivíduos com transtornos emocionais provavelmente terão avaliações e interpretações de eventos externos que são caracterizados por vieses cognitivos, como a tendência a superestimar a probabilidade da ocorrência de eventos negativos e a subestimar a capacidade de lidar com eles. Assim, o objetivo da terapia cognitiva é estimar objetivamente a probabilidade dessas avaliações ne-

gativas e incorporar outras, mais realistas e baseadas em evidências, sobre o desfecho de uma situação. À primeira vista, essa técnica pode parecer uma maneira de suprimir ou controlar pensamentos negativos ao “racionalizá-los”, e é assim que a terapia cognitiva é usada incorretamente às vezes, como apontado por Hayes, Strosahl e Wilson (1999). Entretanto, essa estratégia também pode ser conceituada de uma perspectiva da regulação emocional, principalmente se as reavaliações forem consideradas uma das muitas interpretações possíveis de uma situação.

A meta principal deste módulo é estimular mais flexibilidade no pensamento (o módulo costuma ser administrado em uma ou duas sessões). Isso é feito inicialmente ajudando os pacientes a desenvolver um entendimento de como interpretam ou avaliam as situações, e como suas avaliações influenciam os padrões de resposta emocional, e, depois, os ensinando a gerar várias atribuições e avaliações alternativas quando vivenciarem fortes experiências emocionais. Como suas interpretações iniciais geralmente são mais negativas ou ansiosas, os pacientes são incentivados a ser mais flexíveis em sua forma de pensar (ou seja, gerar avaliações alternativas) e aprendem estratégias de reavaliação.

Da forma adaptada em nosso uso, o PU se concentra em corrigir duas avaliações equivocadas fundamentais encontradas com frequência em indivíduos com transtornos emocionais: a probabilidade de um evento negativo acontecer (superestimação de probabilidades) e as consequências se o evento negativo acontecer (catastrofização) (Barlow e Craske, 2007; Craske e Barlow, 2006). Embora várias outras avaliações equivocadas sejam observadas em outros protocolos tradicionais de TCC, a maioria delas pode ser condensada em uma das duas avaliações listadas aqui.

Módulo 5: Prevenção da evitação de emoções e alteração de EDBs

O Módulo 5 geralmente compreende uma a duas sessões. O conceito de evitação emocional é particularmente importante para pacientes que evitem fisicamente ou escapem de situações, mas ainda assim sintam altos níveis de ansiedade, sem muito alívio. O terapeuta deve transmitir a ideia de que, mesmo que a pessoa se mantenha fisicamente na situação, ela provavelmente terá uma série de outros comportamentos sutis para impedir a evitação emocional completa. No PU, as estratégias de evitação emocional são comportamentos que impedem a experiência completa em uma situação, ao contrário dos EDBs, que são consequências comportamentais da experiência da emoção (descritas posteriormente no capítulo). *Qualquer* técnica ou estratégia que o paciente use para reduzir ou limitar emoções pode ser conceituada como estratégia

de evitação emocional, e é essencial que a evitação emocional seja eliminada antes do envolvimento em exposições emocionais, para possibilitar o processamento emocional completo. Assim, para cada paciente, deve ser obtida uma descrição muito detalhada de estratégias de evitação emocional.

Identificamos três categorias gerais de estratégias de evitação emocional:

1. evitação comportamental sutil;
2. evitação cognitiva;
3. sinais de segurança (ver Tab. 6.1 para exemplos).

As estratégias sutis de evitação emocional podem consistir em uma série de comportamentos diferentes, com alguns deles ocorrendo mais frequentemente em alguns transtornos determinados. Por exemplo, evitar cafeína no transtorno de pânico ou na fobia social (antes de um compromisso social) é uma tentativa de impedir os sintomas fisiológicos de se tornarem fortes em situações que provocam ansiedade. Os pacientes com fobia social também podem evitar

contato visual ou usar óculos escuros ao interagir em ambientes sociais. Os indivíduos com TAG podem exagerar no planejamento, preparação ou escrever listas de *coisas a fazer*, em uma tentativa de controlar desfechos potencialmente negativos. Ao mesmo tempo, a procrastinação também é uma forma de evitação comportamental sutil, se uma tarefa ou projeto específico parece gerar excitação emocional demais para o paciente. É muito importante realizar uma análise funcional dos comportamentos sutis para determinar os que são estratégias de evitação, ou seja, os comportamentos que servem para reduzir ou evitar a experiência emocional e são respostas funcionais a situações. Lembremos, também, que aquilo que pode representar estratégia de evitação para uma pessoa pode ser uma resposta funcional para outra. As estratégias de evitação cognitiva geralmente são mais difíceis de evitar, porque elas tendem a ocorrer fora da consciência do paciente. Algumas dessas estratégias incluem distração, “desligar-se”, conferir listas mentalmente ou revisar conversas passadas. Contudo, os dados também sugerem que as preocupações e a ruminação funcio-

TABELA 6.1 Exemplos de estratégias de evitação emocional

Estratégia de evitação emocional	Transtorno mais frequentemente associado
1. Evitação comportamental sutil • Evitar contato visual • Evitar beber cafeína • Tentativa de controlar a respiração • Evitar exercícios/excitação fisiológica (evitação interoceptiva) • Evitar tocar a pia/vaso sanitário • Procrastinação (evitar tarefas que tenham destaque emocional) 2. Evitação cognitiva • Distração (ler um livro, assistir televisão) • “Desligar-se” durante uma conversa • Garantir a si mesmo que tudo está bem • Tentar impedir que venham pensamentos à mente • Distração de fatores que lembrem o trauma • Forçar-se a “pensar positivo” • Preocupação • Ruminação • Supressão de pensamentos 3. Sinais de segurança • Portar telefone celular • Portar frascos de remédio vazios • Apegar-se a objetos que deem sorte • Portar objetos associados a experiências positivas (p. ex., ursinhos de pelúcia, fotos) • Carregar sempre consigo um <i>spray</i> de defesa pessoal • Portar garrafa d’água • Ter à mão material de leitura/livros de oração • Levar óculos escuros ou algo para ocultar o rosto/olhos	Fobia social TPA TPA TPA/depressão TOC TAG Depressão/TPA Fobia social TAG TOC TEPT Depressão TAG Depressão Todos os transtornos TPA/TAG TPA TOC TAG/depressão TEPT TPA TAG Fobia social

nam, na verdade, como uma forma de regular e evitar as emoções (p. ex., Borkovec, 1994). A função da preocupação é possibilitar que a pessoa se prepare para uma possível ameaça. Entretanto, quando alguém vivencia preocupações crônicas e ansiedade associada, sua atenção está centrada no futuro, e não no momento presente. As pesquisas demonstraram que, ao se depararem com um evento emocionalmente excitante, os preocupados crônicos vivenciam o impacto emocional total daquele evento, porque:

1. andaram se “estimulando” para que alguma coisa de ruim acontecesse;
2. seu foco já foi redirecionado a outros eventos negativos futuros (Borkovec, Hazlett-Stevens e Diaz, 1999).

Assim, a preocupação funciona como uma estratégia de evitação cognitiva e serve apenas como tentativa mal-adaptativa de obter controle de eventos futuros aparentemente incontroláveis. As obsessões, que são comuns aos indivíduos com TOC, também podem funcionar da mesma maneira.

Os sinais de segurança são mais comuns em pacientes com TPA, embora também possam estar presentes em pessoas com TAG, TOC ou outros transtornos emocionais. Esses sinais incluem qualquer objeto que o paciente porte para se sentir mais seguro ou “confortável”, particularmente se estiver entrando em uma situação emocionalmente excitante. Os sinais de segurança podem ir de medicação (como benzodiazepínicos para reduzir a excitação fisiológica ou medicação para desconforto gastrointestinal), frascos vazios de medicações, até objetos “da sorte” (p. ex., um talismã, um ursinho de pelúcia, a caneta “da sorte”, etc.). Não importando qual o objeto em si, se sua função é ajudar o paciente a reduzir a excitação emocional no momento, então ela também é problemática, porque alimenta o ciclo de reforço negativo.

Além de alterar os padrões de evitação de emoções, este módulo também se concentra em ajudar os pacientes a identificar e, posteriormente, mudar, EDBs. Os dados e as hipóteses da ciência da emoção sugerem que a forma mais eficiente e eficaz de alterar emoções é mudar as respostas a elas (Barlow, 1988; Izard, 1971). Portanto, pode-se dizer que o mecanismo de mudança durante uma exposição é prevenir a tendência de ação associada a uma experiência emocional específica. Nas últimas várias décadas, as pesquisas trataram dessas tendências de ação e sua modificação se tornou um importante componente de tratamento para ansiedade, assim como outros transtornos emocionais (Barlow, 1988; Linehan, 1993). Por exemplo, Beck e colaboradores (1979) basearam grande parte

de seu tratamento para depressão na mudança das tendências de ação de seus pacientes, que eram de se comportar de “maneira passiva, retardada e apática” (p. 312). Mais recentemente, as estratégias de ativação comportamental se tornaram uma característica central de tratamentos novos contra depressão (Dimidjian et al., 2006; Jacobson, Martell e Dimidjian, 2001). Para uma discussão mais profunda, ver Dimidjian, Martell, Herman-Dunn e Hubley (Cap. 9).

Para diferenciar as tendências de ação das estratégias de evitação (descritas anteriormente), o PU chamou essas respostas comportamentais às emoções de *comportamentos movidos pelas emoções* (*emotion-driven behaviours*, EDBs). Enquanto a função das estratégias de evitação emocional é regular ou suprimir as emoções, os EDBs incluem um conjunto específico de comportamentos *reativos* associados com cada emoção. Por exemplo, o EDB para um ataque de pânico é escapar (luta ou fuga) e para a ansiedade é a hipervigilância. Da mesma forma, a emoção da raiva evoca um EDB caracterizado por atacar/defender, e o EDB para a tristeza é a redução e a retração cognitiva, emocional (ver Tab. 6.2 para exemplos de EDBs associados a diferentes transtornos emocionais). É importante observar, contudo, que o terapeuta deve se concentrar em mudar EDBs, além de impedir a evitação emocional. Por exemplo, um paciente com fobia social pode conseguir manter contato visual e se envolver integralmente em situações sociais, mas pode fugir da situação quando sua ansiedade se elevar ao nível de pânico. Por outro lado, o mesmo paciente pode conseguir se manter na situação o tempo que for necessário, mas pode estar se distraindo todo o tempo ou evitando conversas com as pessoas. Ambos os cenários são problemáticos, porque o paciente está impedindo a si mesmo de aprender que pode vivenciar emoções integralmente sem sair da situação. Também se deve observar que, na prática, a evitação e os EDBs podem ser difíceis de diferenciar, e essa distinção pode ser reduzida com um determinado paciente, se for necessário ou clinicamente relevante.

Após o conceito de EDB ser introduzido, os pacientes começam a acompanhá-lo em formulários de automonitoramento e acabam por se concentrarem em sua alteração. Esse pode ser um exercício bastante concreto para o paciente, porque ele é instruído a “fazer alguma coisa diferente do que normalmente faria”. O formulário de monitoramento Alterando EDBs é mostrado na Figura 6.2.

Módulo 6: Consciência e tolerância das sensações físicas

Este módulo (geralmente de uma sessão) foi formulado para conscientizar os pacientes sobre o papel das sensa-

TABELA 6.2 Exemplos de comportamentos movidos por emoções e comportamentos incompatíveis

EBDs	Transtorno mais frequentemente associado	Comportamentos incompatíveis
Telefonar para familiares para ver se estão seguros	TAG	Restringir contato/ telefonar para familiares
Comportamentos perfeccionistas no trabalho ou em casa	TAG	Deixar as coisas desarrumadas ou inacabadas
Verificar fechaduras, fogão ou outros aparelhos domésticos	TOC	Fechar e voltar a fechar repetidas vezes, e ligar e desligar, até que a lembrança não esteja clara
Sair de (escapar de) um teatro, serviço religioso ou outra área com muita gente	TPA	Ir para o meio da multidão. Sorrir ou produzir expressões faciais sem medo
Retraimento social	Depressão	Ativação comportamental
Sair (escapar) de uma situação social	Fobia social	Permanecer na situação e abordar as pessoas
Atacar verbal/fisicamente alguém durante uma discussão	TEPT	Retirar-se da situação e/ou praticar técnicas de relaxamento
Hipervigilância	Todos os transtornos	Concentrar atenção na tarefa específica em questão; meditação; relaxamento

ções físicas como um componente central das experiências emocionais e promover maior tolerância a essas sensações. Neste módulo, os pacientes são convidados a participar de uma série de exercícios de exposição interoceptiva (EI) destinados a induzir sensações físicas análogas às que costumam ser associadas a sentimentos de ansiedade e desconforto emocional que ocorrem naturalmente (p. ex., falta de ar, palpitações, tonturas), que se tornam muitas vezes, eles próprios, sinais para a ansiedade por meio do condicionamento interoceptivo (Barlow, 2002). Exemplos de exercícios de EI incluem hiperventilação, girar (em pé e/ou em uma cadeira), correr no mesmo lugar, e respirar por um canudo fino. O uso da EI tem se limitado muito ao tratamento de TPA, e já se demonstrou que é eficaz na redução da frequência dos ataques de pânico e do medo de sensações físicas que ocorre como uma função primária da doença (p. ex., Barlow et al., 2000; Craske, Rowe, Lewin e Noriega-Dimitri, 1997). No entanto, considerando-se que a elevada excitação fisiológica e a sensibilidade às sensações físicas são observadas em outros transtornos emocionais, as EIs são aplicadas em diagnósticos, independentemente de as sensações físicas representarem ou não um foco específico de ansiedade do paciente.

Módulo 7: Exposições à emoção interoceptivas e situacionais

Neste último módulo central, os conceitos de tratamento são praticados e ampliados durante exposi-

ções à emoção em sessão, criadas pelo terapeuta e adaptadas aos sintomas de cada paciente (é o módulo mais longo, normalmente com duração de 4 a 6 sessões). Por meio de exposição a sinais internos e externos, os pacientes acabam aumentando sua tolerância a experiências emocionais intensas e desconfortáveis. As exposições realizadas em sessão podem incluir uma exposição por meio de imagens a um evento emocional passado (para TEPT ou TAG), uma conversa com um estranho (para fobia social), entrar em um banheiro sujo (para TOC) ou assistir a um filme ou clipe triste (para TDM ou distímia). Além disso, para alguns pacientes, a participação contínua em EIs pode ser indicada para promover mais tolerância a sensações físicas desconfortáveis. O objetivo das exposições é a introdução gradual a situações e experiências que servem como gatilhos externos de experiências emocionais. Ao se evocarem as emoções que os pacientes vêm evitando, eles têm a oportunidade de praticar as técnicas ensinadas no tratamento (consciência com foco no presente, reavaliação cognitiva, mudança de EDBs e prevenção da evitação de emoções). Nesse sentido, a exposição à emoção propriamente dita é o mecanismo de ação necessário para a mudança. Assim, o contexto situacional real da exposição se torna menos importante. Os terapeutas devem ser criativos na concepção da exposição para maximizar a provocação de emoções para o paciente.

Módulo 8: Prevenção de recaída

O tratamento termina com uma revisão geral de seus princípios e uma discussão sobre os avanços do paciente (geralmente, em uma sessão). Neste módulo, terapeuta e paciente identificam estratégias específicas para manter e ampliar os ganhos do tratamento e para responder a dificuldades futuras que possam surgir. Por exemplo, destaca-se que um retorno de ansiedade e/ou dificuldades de humor não reflete recaída, podendo ser uma flutuação mais natural de emoções que pode ser resolvida usando as habilidades desenvolvidas no tratamento.

DESCRIÇÃO DETALHADA DO PROTOCOLO

A seguir, descrições de sessões e transcrições do caso de “Joseph”, exposto anteriormente, que foi tratado por um dos autores (K. K. E.).

Introdução: Panorama do formato geral e dos procedimentos de tratamento

Durante a sessão introdutória, os objetivos do programa de tratamento são identificados e analisados. O PU tem como objetivo ajudar os pacientes a se conscientizar e compreender melhor as experiências e reações emocionais, e se contrapor a respostas mal-adaptativas a emoções desconfortáveis. Modificar respostas mal-adaptativas pode ajudar a reduzir a intensidade e a frequência das emoções desconfortáveis, e ainda permite que os pacientes as vivenciem de uma forma adaptativa. Também é importante ressaltar que modificar essas respostas pode ser difícil, e que a mudança muitas vezes não ocorre de forma linear.

Antes do primeiro módulo, o terapeuta também faz uma introdução geral à logística do tratamento, incluindo duração e estrutura geral das sessões, papéis do terapeuta e paciente, bem como a importância de priorizar o tratamento e das práticas fora de sessão. A natureza colaborativa do tratamento é enfatizada, incluindo a importância do *feedback* do paciente. Embora o ideal seja 12 a 18 sessões de 50 a 60 minutos cada, pois o PU é baseado em um formato modular, pode-se usar um número flexível de sessões em cada módulo, variando o número total de sessões entre pacientes.

Após essa introdução ao tratamento, segue uma apresentação detalhada da queixa. Nela, o terapeuta aborda as emoções que resultam em maior desconforto e/ou interferência na vida do paciente, as situações e os contextos em que essas emoções ocorrem, e como o paciente tem tentado administrá-las. A seguir, Joseph descreve a ansiedade relacionada a uma nova oportunidade de emprego:

TERAPEUTA: Você mencionou que recentemente lhe ofereceram uma oportunidade de lecionar no verão. Você pode me contar mais sobre isso?

JOSEPH: Bom, eu sei que deveria estar animado. É algo que realmente quero fazer, ensinar música para crianças de bairros pobres, mas isso está me estressando porque sei que vou estragar tudo.

TERAPEUTA: Por quê?

JOSEPH: Para dar o curso, preciso agendar as salas de aula e comprar material, mas não sei com quem devo falar para organizar isso, e estou com receio de que, se mandar um *e-mail* à pessoa que me contratou, ela vai pensar que sou burro ou incompetente ou que ela cometeu um erro me contratando, porque não sei o que estou fazendo.

TERAPEUTA: E como você está lidando com a ansiedade agora?

JOSEPH: Não muito bem, eu acho. Eu tenho vontade de me esconder, como se essa coisa toda tivesse sido um grande erro. Eu estou meio que torcendo para que se resolva de alguma forma, mas não sei como. Tenho evitado mandar um *e-mail* a ela, mas também não falei com ninguém sobre isso. Eu ainda acordo à noite pensando sobre isso, e parece que tem um buraco no meu estômago.

TERAPEUTA: Então parece que também está afetando seu sono?

JOSEPH: Sim.

TERAPEUTA: Você já pensou em alguma solução para o seu problema?

JOSEPH: Não, eu me sinto como um cachorro na frente de faróis acesos, como se estivesse congelado, preso.

TERAPEUTA: Você já pensou em pedir conselho a alguém na escola?

JOSEPH: De jeito nenhum, eu nunca poderia fazer isso!

Note-se que, nessa rápida interação, o terapeuta já obteve informações importantes sobre as experiências emocionais do paciente e as formas com que ele lida com emoções desconfortáveis. Nesse caso, Joseph está passando por uma grande dose de ansiedade relacionada a uma nova oportunidade de emprego. O terapeuta já está coletando informações sobre algumas das avaliações negativas automáticas de Joseph (p. ex., a suposição de que, se ele pedir informações ou ajuda, os outros vão considerá-lo incompetente), sensações físicas relacionadas à ansiedade (p. ex., um “buraco” no estômago) e comportamentos

mal-adaptativos (p. ex., preocupação, ruminação, evitação, procrastinação). O terapeuta também consegue obter informações sobre até onde as formas atuais com que o paciente responde às emoções desconfortáveis são úteis. Nesse caso, Joseph está sentindo uma grande dose de ansiedade, mas não tem conseguido chegar a uma solução para o seu problema, e está “congelado, preso”.

Embora o terapeuta vá usar uma boa parte da sessão examinando as queixas de Joseph e coletando mais informações sobre suas respostas às emoções, esse processo vai continuar durante as primeiras sessões. Enquanto o terapeuta obtém mais informações sobre estratégias adaptativas (ou mal-adaptativas) para administrar emoções, evitação emocional ou situacional e EDBs, isso vai sendo integrado à análise funcional do paciente, e o plano de tratamento pode ser ajustado.

Módulo 1: Aumentar a motivação para adesão ao tratamento

Este módulo se concentra em atingir os objetivos de preparar e desenvolver a disposição de cada paciente para fazer as mudanças comportamentais identificadas, com base nos princípios e técnicas da EM desenvolvidos por Miller e Rollnick (2013). Especificamente, os princípios de (1) expressar empatia, (2) desenvolver discrepância, (3) acompanhar a resistência e (4) reforçar a autoeficácia são usados neste módulo e durante todo o tratamento para apoiar mudanças de comportamento. Neste módulo, o terapeuta explora questões motivacionais com o paciente por meio de exercícios destinados a construir motivação (por intermédio da Planilha da Balança Decisional) e para aumentar a autoeficácia (usando a Planilha de Definição de Objetivos do Tratamento). O objetivo desses exercícios é destacar obstáculos potenciais à mudança, bem como identificar metas específicas e concretas, respectivamente.

TERAPEUTA: Vamos dar uma olhada na sua Planilha da Balança Decisional. Você anotou algumas vantagens da mudança, inclusive ser mais sociável e trabalhar em um emprego do qual você goste. Que tal algumas desvantagens da mudança?

JOSEPH: Bom, às vezes é mais fácil simplesmente evitar lidar com essas situações.

TERAPEUTA: Certo, e é importante observar e ser honesto com você mesmo sobre isso, porque há uma parte de você que quer mudar e outra que aprendeu que, pelo menos no curto prazo, é mais fácil ficar como está. E as desvantagens de permanecer como está?

JOSEPH: Bom, se eu nunca enfrentar a minha ansiedade, talvez nunca chegue a ter uma vida social ou o trabalho que quero.

TERAPEUTA: Então, por um lado, você quer mudar a forma como lida com sua ansiedade para poder ter a vida que você quer e, ao mesmo tempo, essa mudança é mais difícil do que simplesmente evitar?

JOSEPH: Sim, é isso.

TERAPEUTA: Reconhecer ambas as partes de si mesmo é importante porque, na verdade, é muito normal ter alguma apreensão ou ambiguidade em relação à mudança. Ao ser franco consigo mesmo sobre isso, você está em uma posição muito melhor para pesar sua decisão sobre se deve ou não participar do tratamento, porque será sobre avaliar uma escolha, em vez de julgar a você mesmo como sucesso ou fracasso. Se vacilar durante o tratamento, você vai conseguir reconhecer que isso pode estar relacionado a seus sentimentos de apreensão ou ambiguidade com relação à mudança, o que é bastante normal, e não porque você esteja necessariamente falhando de alguma forma.

Módulo 2

Entendendo as emoções

O terapeuta começa este módulo oferecendo psicoeducação sobre a natureza das emoções e como elas se tornam desordenadas. É importante destacar o caráter funcional e adaptativo das emoções no início desta discussão, por duas razões: (1) para que o paciente possa entender por que não quer simplesmente eliminar emoções e (2) para explorar as informações potencialmente importantes fornecidas pelas emoções adaptativas. Este segundo ponto é ilustrado pela apresentação dos EDBs (comportamentos que ocorrem em resposta a emoções), de modo que o paciente possa ver como a emoção motiva respostas específicas a eventos ou situações internas ou externas.

A seguir, o modelo de experiências emocionais formado por três componentes é descrito como uma estrutura para examinar as emoções dividindo-as em componentes (cognições, comportamentos e sensações fisiológicas), o que as torna mais fáceis de administrar. O terapeuta usa um exemplo relevante à experiência do paciente para demonstrar a contribuição de cada componente à sua experiência emocional. O terapeuta orienta o paciente a identificar cada componente no exemplo e apresenta o modelo como base estrutural para o tratamento.

Cada componente é tratado em separado ao longo do tratamento, como uma contribuição para a emoção geral, e como uma interação com os demais componentes. Como trabalho de casa nesta parte do módulo, o paciente deve preencher um modelo com três componentes, em que é convidado a desmembrar uma emoção da semana no modelo de três componentes apresentado na sessão, registrando pensamentos, comportamentos e sensações fisiológicas específicas desse exemplo.

TERAPEUTA: Como já falamos, as emoções, em sua essência, inclusive ansiedade, medo, raiva ou tristeza, são coisas realmente *boas*, porque nos ajudam a funcionar e a navegar no mundo em que vivemos. A questão, no entanto, é que também temos reações a nossas emoções. Uma emoção pode desencadear todos os tipos de pensamentos, memórias, sensações físicas e comportamentos associados, muitas vezes aprendidos durante a vida. O problema é que, quando experimentamos tudo isso ao mesmo tempo, pode ser avassalador, nós podemos ficar presos em nossas respostas emocionais e, de repente, essas emoções parecerem algo com que não podemos lidar, do qual temos que nos afastar. De repente, a ansiedade que você sente em relação ao seu novo trabalho não está ajudando a motivá-lo a se preparar para o futuro, o que seria, na essência, a função adaptativa da ansiedade. Em vez disso, a ansiedade é algo paralisante, algo que o está acordando no meio da noite e fazendo com que você se sinta “congelado”.

JOSEPH: Certo, e eu só quero que desapareça.

TERAPEUTA: Certo. Em vez de ser útil e prática, a emoção fica intolerável. Então, o que nós precisamos fazer é desmembrar essas experiências emocionais em seus componentes para torná-las menos avassaladoras e para nos ajudar a identificar como uma emoção como a ansiedade passa de algo adaptativo e útil a algo temido e evitado. Como já mencionei, as experiências emocionais são compostas de três partes principais: pensamentos, sentimentos e comportamentos. O que precisamos é fazer com que você fique melhor em reconhecer cada uma dessas partes, torná-lo um observador melhor de suas experiências emocionais. Depois, ao longo do tratamento, vamos dar uma olhada mais de perto em cada um desses componentes individualmente, para ver como pensamentos, sentimentos ou sensações físicas e comportamentos específicos podem estar influenciando

sua experiência global e fazendo com que ela deixe de ser algo útil e prático e se torne algo desconfortável e indesejado.

Reconhecendo e acompanhando respostas emocionais

Um passo importante para ampliar o entendimento das experiências emocionais é monitorar mais de perto quando, onde e por que as emoções estão ocorrendo. Isso é feito por meio de ilustração do ARCO das emoções. Nessa ilustração, é fundamental que o terapeuta trabalhe claramente um exemplo com o paciente, com foco em vários pontos importantes. Em primeiro lugar, as emoções sempre são desencadeadas por um evento ou situação (interno ou externo), embora possa ser difícil identificar o gatilho inicialmente. No entanto, com prática e conscientização repetidas, pode ficar mais fácil identificar gatilhos específicos, e aqueles conhecidos como *antecedentes* (o “A” do ARCO das emoções). Os antecedentes podem ocorrer imediatamente antes da emoção ser sentida (p. ex., entrar em um elevador é o gatilho para um ataque de pânico) ou podem ter ocorrido dias ou até mais tempo antes (p. ex., uma discussão com um amigo no início da semana desencadeando uma explosão posterior diante de uma pessoa a quem se ama). Muitas vezes, há vários antecedentes, e eles podem ser imediatos e distantes. O “R” do ARCO das emoções inclui todas as *respostas* a experiências emocionais, como os pensamentos, as sensações fisiológicas e os comportamentos observados no modelo de três componentes. Por fim, as *consequências*, ou o “CO” do ARCO das emoções, são resultados de curto e/ou longo prazos da resposta emocional. As consequências costumam ser negativas, mas é importante que o terapeuta aponte potenciais consequências positivas da resposta emocional (p. ex., redução da ansiedade depois de fugir de uma situação difícil), já que esse processo de reforço negativo geralmente está mantendo o ciclo das emoções.

Ampliando essa discussão, o terapeuta agora introduz o conceito de comportamentos aprendidos, com foco em como o paciente aprendeu respostas às emoções que são geralmente uma tentativa de administrá-las ou controlá-las, mas que muitas vezes acabam levando o paciente a se sentir pior. Responder habitualmente a emoções impede que se aprenda algo novo (ou seja, que a situação não é tão perigosa como parece durante a experiência de um ataque de pânico) e impede o paciente de desenvolver uma maneira de enfrentar. Esse processo é o que torna mal-adaptativas as emoções adaptativas e as respostas emocionais.

Módulo 3: Treinamento para consciência das emoções – aprendendo a observar experiências

O objetivo deste módulo é apresentar ao paciente o conceito de consciência das emoções e começar a desenvolver uma prática regular dessa habilidade. O terapeuta deve transmitir que a habilidade de consciência das emoções é diferente da atual sensação que o paciente tem de suas emoções. Essa habilidade permite que o paciente veja as emoções de uma perspectiva objetiva e sem julgamentos, para melhor identificar e alterar pensamentos e comportamentos mal-adaptativos. Durante esta introdução, o terapeuta analisa a diferença entre *emoções primárias*, que são as “primeiras” respostas emocionais a uma situação e uma recordação (em geral, diretamente relacionadas à situação ou à própria recordação) e *reações secundárias*, que são reações às emoções primárias que tendem a estar carregadas de julgamentos e a não se basear no contexto do presente. As reações secundárias são problemáticas porque podem impedir que se recebam informações corretivas sobre a situação atual. Além disso, as reações secundárias geralmente são de natureza avaliativa e crítica, o que afasta ainda mais o paciente da informação potencialmente útil ou corretiva fornecida pela situação atual ou as emoções primárias, e tende a intensificar ou prolongar a experiência emocional. Usar exemplos pessoais da própria experiência do paciente para descrever as emoções primárias e as reações secundárias pode ser muito útil nessa discussão.

Ao falar da consciência com foco no presente, é importante que o terapeuta lembre o paciente de vários pontos importantes. Em primeiro lugar, esse tipo de prática pode ser estranho ou desconfortável no início. O objetivo não é ser *perfeito* no exercício; em vez disso, o paciente deve tentar se tornar um observador objetivo da experiência emocional e começar a desenvolver a capacidade de prestar atenção com *mindfulness* e no momento. Em segundo lugar, a prática informal da consciência com foco no presente também é importante. O terapeuta pode ajudar o paciente a encontrar um *sinal* (p. ex., a respiração) para redirecionar o foco para o momento presente, particularmente em momentos de desconforto. O objetivo dessa prática mais informal é associar repetidamente o sinal escolhido pelo paciente a um redirecionamento da atenção e da consciência para o momento presente, concentrando-se em uma imagem, um som ou outra sensação, de modo que o envolvimento com esse sinal acabará por se associar automaticamente à consciência do momento presente. É importante que o terapeuta observe que a respiração (ou outro sinal) não deve ser usada

como distração; ela deve ser usada apenas como um sinal para lembrar o paciente de pensar no momento presente. Com o tempo, quando tiver conseguido condicionar esse sinal para ajudar a trazer o foco ao momento presente, o paciente pode aprender a fazer, logo após, uma breve *verificação de três pontos*, de pensamentos, sensações físicas e comportamentos. Ao observar o que está ocorrendo no momento dentro desses três domínios, o paciente pode começar a identificar como as respostas em qualquer um deles podem estar afetando a experiência emocional em geral, comparar o que está acontecendo nesses domínios com informações do contexto atual e, em última análise, identificar e alterar quaisquer padrões mal-adaptativos de resposta.

Esses conceitos são ilustrados na sessão, com o uso de uma prática específica de consciência das emoções sem julgamento, durante o exercício formal de *mindfulness* ou de consciência. Pode ser uma meditação guiada ou alguma outra prática que permita que o paciente se concentre no momento presente, enquanto percebe e pratica abandonar julgamentos e avaliações. Depois que o paciente tiver a oportunidade de praticar essa habilidade, a próxima prática envolve usar a habilidade para perceber experiências emocionais ligeiramente mais fortes. Muitas vezes, é útil fazer o paciente identificar uma música importante para ouvir na sessão, caso contrário, o terapeuta também pode selecionar uma música. No fim da música, o terapeuta ajuda o paciente a suscitar pensamentos, sentimentos, ou outras reações, e pratica discutir essa experiência de forma objetiva e sem julgamentos. O trecho a seguir descreve a reação de Joseph ao ouvir uma música:

TERAPEUTA: O que você percebeu quando estava ouvindo a música?

JOSEPH: Eu percebi que a minha mente estava meio que pulando de um lugar para outro. E foi difícil observar os meus pensamentos.

TERAPEUTA: Mesmo assim, parece que você conseguiu perceber que os seus pensamentos estavam pulando um pouco e eram difíceis de definir. Como o objetivo desse exercício é praticar a observação, perceber que seus pensamentos já o levaram a outro lugar, mesmo depois que já aconteceu, é importante. E as sensações físicas – você notou alguma?

JOSEPH: Eu notei quando um dos instrumentos entrou, eu meio que senti nas minhas entranhas.

TERAPEUTA: Então, ouvir aquele som novo já lhe trouxe uma sensação física?

JOSEPH: Sim.

TERAPEUTA: E os comportamentos, você notou qualquer comportamento ou quaisquer impulsos para fazer alguma coisa?

JOSEPH: Bom, eu notei, algumas vezes, que me senti desconfortável e meio que querendo me mexer.

TERAPEUTA: E sobre a música em si, você conseguiu ouvi-la?

JOSEPH: Eu acho que estava meio que perdido na minha cabeça.

TERAPEUTA: As nossas emoções podem fazer isso. Uma emoção pode desencadear todos os tipos de pensamentos, sentimentos e comportamentos associados, que têm muito pouco a ver com o que está acontecendo “na sala”, mas a emoção desencadeada inicialmente, em si, está ligada a algo que ocorre no momento presente, como a música que você estava ouvindo, que era apenas sons acontecendo no momento presente. Aprimorar a observação de nossas reações ao gatilho (nesse caso, à música) pode nos ajudar a ver como muitos dos nossos pensamentos, sentimentos e comportamentos associados, na verdade, “se encaixam” no contexto atual, e quantos deles são apenas associações, que podem ou não se encaixar no contexto atual.

Módulo 4: Avaliação e reavaliação cognitiva

Inicialmente, a avaliação cognitiva envolve discutir o conceito de que as interpretações dependem, em grande parte, dos inúmeros aspectos (ou estímulos) nos quais uma pessoa escolhe se concentrar em uma determinada situação. Concentrar-se apenas em aspectos limitados ou específicos de uma situação é fundamental para nossa sobrevivência. Nós seríamos tomados pela informação se nos concentrássemos em todos os estímulos, em todos os lugares que fôssemos. Esse processo nos ajuda a avaliar rapidamente as situações de risco e perigo e nos permite estimar o que pode acontecer no futuro, e geralmente acontece fora da consciência. É importante ressaltar que as informações em que prestamos atenção e que percebemos como arriscadas ou perigosas tendem a ser o resultado de associações aprendidas entre informações ou estímulos específicos e o valor afetivo ou de ameaça desses estímulos. Por exemplo, se a avaliação negativa por parte de outros tiver sido associada à ameaça no passado, pode haver um aumento da vigilância para avaliação negativa. As avaliações podem ter um forte impacto sobre os nossos sentimentos ou estados de humor e vice-versa. O terapeuta pode ilustrar esse conceito perguntando como as avaliações podem variar se o paciente estiver se sentindo alegre, triste ou com raiva.

Um exercício a ser feito em sessão é usado para demonstrar as muitas avaliações diferentes que são possíveis e podem ser geradas a partir de uma situação. O terapeuta mostra ao paciente uma imagem *ambígua* à qual se podem atribuir muitas avaliações cognitivas, instrui o paciente a olhar para a imagem por aproximadamente 30 segundos e, em seguida, evoca a avaliação inicial do paciente e pelo menos outras duas ou três. Além disso, pergunta ao paciente o quê, especificamente, pode ter contribuído para a avaliação automática (p. ex., recordações de situações semelhantes, detalhes específicos na imagem). Esse exercício é usado para demonstrar como as situações podem ser interpretadas de várias maneiras se toda a informação disponível for considerada.

As avaliações automáticas – interpretações de situações que acontecem muito rapidamente – costumam ser negativas ou pessimistas. Avaliações automáticas *centrais* (p. ex., “eu sou um fracasso”) são avaliações que podem estar estimulando muitas respostas emocionais. Será útil se o terapeuta puder identificar uma ou mais avaliações automáticas centrais usando a técnica da flecha descendente em vez de se concentrar apenas em avaliações superficiais relacionadas a uma situação específica.

As avaliações automáticas podem levar a uma heurística habitual e poderosa, que começa a excluir outras avaliações possivelmente mais apropriadas ou realistas de uma situação ou evento. Essas avaliações automáticas são chamadas de *armadilhas do pensamento*, porque, com o tempo, o paciente pode ficar “preso” a essa maneira de pensar. Conforme descrito anteriormente, duas armadilhas de pensamento comuns, a *superestimação de probabilidades* (tirar conclusões precipitadas), ou seja, a tendência a pressupor uma alta probabilidade de ocorrência de um evento negativo, e a *catastrofização* (pensar o pior), ou seja, supor que as consequências de um evento estarão além da capacidade de enfrentamento do indivíduo, são apresentadas como dois vieses cognitivos comuns a todos os transtornos emocionais. O terapeuta orienta o paciente a começar a identificar esses vieses no contexto da sua experiência. A seguir, o terapeuta discute esses dois vieses cognitivos com base em uma situação recente na qual Joseph quase foi atropelado enquanto atravessava a rua.

TERAPEUTA: Me conte o que aconteceu quando você quase foi atropelado por um carro.

JOSEPH: Bom, eu estava atravessando a rua e uma motorista dobrou à direita onde não era permitido, e quase me atropelou. Minhas mãos bateram no capô do seu carro, e eu pude ver o rosto dela gritando comigo.

TERAPEUTA: E o que aconteceu depois?

JOSEPH: Bom, eu observei que as pessoas na calçada estavam todas olhando para mim como se eu fosse um completo idiota, e fiquei muito envergonhado. Eu corri para casa e não saí mais naquele dia, simplesmente não conseguia olhar para ninguém.

TERAPEUTA: Você consegue se lembrar de qualquer de seus pensamentos naquele momento?

JOSEPH: Eu só me lembro de me sentir um idiota, como se todos estivessem só olhando para mim e pensando no imbecil que sou.

TERAPEUTA: Você mencionou que estava atravessando em uma faixa de pedestres. O sinal para atravessar estava verde?

JOSEPH: Sim.

TERAPEUTA: E a motorista, você mencionou que a motorista dobrou onde não podia?

JOSEPH: Sim, tinha uma placa de “Proibido dobrar com o sinal vermelho”.

TERAPEUTA: Então você tinha direito de passar?

JOSEPH: Eu acho que sim.

TERAPEUTA: Vamos voltar à reação das pessoas na calçada. Você disse que eles estavam olhando para você, achando que você era um idiota?

JOSEPH: Parecia que sim.

TERAPEUTA: Que evidências você tem de que os pedestres achavam que você fosse um idiota?

JOSEPH: Não sei, eles estavam só olhando para mim, e apontando e franzindo a testa.

TERAPEUTA: Você tem certeza de que era isso que eles estavam pensando?

JOSEPH: Bom, não tenho certeza.

TERAPEUTA: Exatamente, porque nós não sabemos o que eles estavam pensando. Então, uma possibilidade é que eles tenham achado que você era um idiota. Mas você consegue pensar em quaisquer outras coisas que possam ter passado pela cabeça deles? Se você estivesse na calçada e visse alguém quase ser atropelado em uma faixa de pedestres, o que poderia pensar?

JOSEPH: Eu acho que talvez eu ficasse meio apavorado ou torcesse para a pessoa estar bem.

TERAPEUTA: Se você visse alguém atravessando a rua, que tivesse direito de passar, e quase fosse atropelado por um carro fazendo uma conversão ilegal, que probabilidade você acha que haveria de você considerar a pessoa uma idiota?

JOSEPH: Não muita, eu provavelmente ficaria mais preocupado.

TERAPEUTA: Mas, para você, naquele momento, o quanto *parecia* que os pedestres estavam pensando em você, que você era um idiota, em uma escala de 0%, ou seja, nem um pouco, até 100% certo.

JOSEPH: Naquele momento? Provavelmente de 80 a 90%.

TERAPEUTA: E sentado aqui agora, que probabilidade você acha que existe de que os pedestres estivessem pensando que você era um idiota, usando a mesma escala percentual?

JOSEPH: Não sei, talvez 20%?

TERAPEUTA: E no momento, quais emoções você estava sentindo?

JOSEPH: Bom, quando ela quase me atropelou, eu acho que senti medo.

TERAPEUTA: Você consegue se lembrar de alguma sensação física?

JOSEPH: Eu acho que o meu coração estava acelerado, e me lembro de me sentir quente e trêmulo.

TERAPEUTA: Então, quando você estava sentindo medo e todas as sensações físicas associadas, os pensamentos que vieram com ele foram que outros percebiam você como um idiota, como quem estava errado. E naquele momento, esses pensamentos pareciam verdadeiros. Agora, sentado aqui, sem a experiência do medo nem dos sintomas físicos associados, até onde esses pensamentos parecem prováveis?

JOSEPH: Bom, sentado aqui agora, não parece muito provável que eles estivessem me achando um idiota se eu quase fui atropelado. Parece meio extremo.

O terapeuta discute a importância de monitorar e registrar as avaliações automáticas para conscientizar o paciente de que elas estão ocorrendo, e lembra o paciente de que usar as habilidades de consciência com foco no presente, aprendidas no módulo anterior, pode ajudar nesse processamento, ao ancorá-lo no momento presente usando o sinal escolhido pelo paciente (ou seja, respirar fundo e concentrar a atenção em um som ou sensação que ocorra no momento presente), o paciente pode usar a *verificação de três pontos* para observar quais pensamentos estão acontecendo naquele momento. O objetivo é observar os pensamentos automáticos que estão ocorrendo, e depois, por meio de informações da situação atual, considerar outras interpretações possíveis sobre o que está ocorrendo no contexto atual. Desse modo, o paciente pode aplicar, de forma mais flexível, informações oriundas de associações aprendidas (ou seja, recordação) e do contexto atual a avaliações mais adaptativas.

À medida que o paciente começa a registrar avaliações automáticas, o terapeuta pode ajudá-lo a começar a identificar padrões nos pensamentos automáticos. O terapeuta orienta sobre a identificação de armadilhas do pensamento e tenta situar a atenção do paciente na avaliação *central*, usando o questionamento socrático da *flecha descendente*. O trecho a seguir é de uma discussão sobre os temores de Joseph de ter um surto de seus sintomas de SII e precisar usar o banheiro no meio de uma festa.

TERAPEUTA: Você falou sobre como seus sintomas de SII o impediam de ir a festas. O que especificamente lhe preocupa em relação a seus sintomas e as festas?

JOSEPH: Bom, que vou estar em uma festa e, de repente, vou ter que correr para o banheiro.

TERAPEUTA: E o que lhe preocupa nisso?

JOSEPH: Bom, as pessoas vão me ver correndo para o banheiro.

TERAPEUTA: E daí?

JOSEPH: Elas vão saber que estou lá, usando o banheiro.

TERAPEUTA: E o que o preocupa nisso?

JOSEPH: Elas vão me achar asqueroso.

TERAPEUTA: E o que isso significa para você?

JOSEPH: Que eu sou nojento e não valho nada. Ninguém vai querer ter nada a ver comigo.

TERAPEUTA: Isso é o que queremos, o verdadeiro centro de tudo, o que está impulsionando essa interpretação. Muitos desses pensamentos ansiosos que você registrou fazem você se sentir inútil. Então você pensa: “Se eu não posso controlar o meu intestino, eu vou ter de usar o banheiro, e se eu tiver de usar o banheiro, as pessoas vão me rejeitar por ser asqueroso e sem valor”. É claro, qualquer um ficaria ansioso indo a uma festa com esse tipo de avaliação.

Como demonstrado anteriormente, o terapeuta envolve o paciente em uma discussão mais detalhada sobre essa reavaliação cognitiva central, com foco no pensamento flexível. Estratégias para se contrapor à superestimação de probabilidades e descatastrofizar são apresentadas como forma de gerar avaliações alternativas e reduzir o foco na avaliação automática. Para se contrapor à estimação de probabilidades, é necessário se basear em evidências do passado para examinar até onde a estimativa do paciente é realista quando ele sente uma emoção. O terapeuta orienta o paciente a fazer estimativas concretas e a comparar a estimativa original com

uma mais realista. Descatastrofizar envolve ajudar o paciente a identificar sua capacidade de enfrentar a situação temida usando evidências anteriores e exemplos específicos (p. ex., experiências semelhantes do passado). É importante comunicar que essas estratégias não eliminam as avaliações negativas, mas proporcionam maior flexibilidade e permitem que o paciente tenha uma perspectiva sobre as situações temidas, usando informações mais precisas como guia, em vez de ficar preso a avaliações automáticas muito arraigadas.

Módulo 5

Evitação de emoções

Agora, o terapeuta apresenta o conceito de evitação das emoções, descrevendo como ela é prejudicial no longo prazo, apesar de potencialmente fornecer algum alívio no curto prazo. Como observado anteriormente, são introduzidos tipos de evitação, incluindo a comportamental sutil (p. ex., procrastinação), a cognitiva (p. ex., distração) e sinais de segurança (p. ex., levar um frasco de medicamento). É importante que o paciente entenda por que e como a evitação é problemática. O terapeuta explica que a evitação (1) impede a habituação ao estímulo temido, mantendo os níveis de medo em um nível elevado ou constante enquanto se está em contato com o estímulo, (2) interfere no processo de extinção, de forma que a associação condicionada entre sinal e resposta temida é mantida em vez de enfraquecida, e (3) impede o paciente de desenvolver uma sensação de controle ou autoeficácia na gestão do medo, porque os resultados positivos são atribuídos à estratégia de evitação. O terapeuta pede ao paciente para gerar exemplos pessoalmente relevantes de evitação e discute como essas estratégias têm mantido o ciclo de emoções.

TERAPEUTA: Agora, vamos mudar o nosso foco e ver como os comportamentos contribuem para suas experiências emocionais. Primeiro, vamos falar sobre evitação. Às vezes, você pode fazer coisas para evitar ter que sentir uma emoção desconfortável. Por exemplo, você mencionou que ter de recorrer aos seus colegas de trabalho na escola para obter informações sobre algo que você não sabe provoca muita ansiedade e gera avaliações de que eles vão pensar que você é incompetente ou burro, correto?

JOSEPH: Sim, como o material de que preciso para o meu curso. Eu preciso de mais livros de música para as crianças, mas não sei se deveria comprá-los eu mesmo ou encomendá-los por meio da escola, nem como deveria pagar por eles.

Eu sei que eu deveria simplesmente enviar um *e-mail* [à minha supervisora], mas como ela nunca mencionou nada sobre pedidos de material, tenho medo que ela pense que sou burro ou estou pedindo muito, que deveria estar me virando em vez de pedir a ela.

TERAPEUTA: Então você evita pedir a ela, para evitar ter de se sentir ansioso ou “burro”. Esse é um bom exemplo de uma das formas como podemos fazer coisas para evitar emoções desconfortáveis. Existem também alguns comportamentos que podem ser mais sutis, coisas que nem sequer estamos conscientes de estar fazendo como estratégia de evitação. Por exemplo, alguém que tem ataques de pânico pode evitar a cafeína para não ter que sentir as sensações físicas de maior excitação. Você consegue pensar em algum exemplo de formas mais sutis em que pode estar evitando emoções desconfortáveis?

JOSEPH: Bom, quando você disse isso, pensei imediatamente em frutas. Eu não como frutas há dois anos, porque tenho medo de que isso provoque os meus sintomas de SII.

TERAPEUTA: Então você está tentando evitar inchaço e cólicas?

JOSEPH: Isso, e provavelmente mais importante, estou tentando evitar me constranger em público!

TERAPEUTA: Então, você pode ver, nós temos maneiras sutis e mais evidentes de evitar emoções desconfortáveis, mas a questão é: será que elas fazem o problema sumir?

JOSEPH: Não, eu ainda não sei o que vou fazer com relação às encomendas de livros, e acho que ainda estou preocupado com a minha SII, mesmo sem comer frutas.

TERAPEUTA: Então, você pode ver, a evitação pode fazer o problema desaparecer no curto prazo, mas no longo prazo, essa estratégia não é muito útil e pode até piorar a situação. Na verdade, esses comportamentos de evitação podem fortalecer a associação do medo e da ansiedade com essas situações. Quanto mais você evitar mandar o *e-mail* à sua supervisora, mais o pensamento de entrar em contato com ela vai provocar ansiedade.

JOSEPH: É verdade, agora esse assunto está só pairando e fica ainda pior.

A seguir, são feitos exercícios em sessão para demonstrar os efeitos da evitação emocional. O primeiro exercício é pedir diretamente ao paciente para suprimir um pensamento, por exemplo, pensar

em alguma coisa durante os próximos 30 segundos, mas não permitir que ele pense em um urso branco (Wegner, Schneider, Carter e White, 1987). Nesse exemplo clássico, os pacientes informam ter grande dificuldade de não pensar em um urso branco, e enxergam imagens ou têm pensamentos recorrentes sobre um urso branco durante todo o experimento. Depois, discute-se a eficácia das estratégias de supressão. Em segundo lugar, realiza-se o mesmo exercício, mas o paciente deve suprimir a recordação ou o pensamento pessoalmente relevante e desconfortável. Joseph, por exemplo, vinha tentando ativamente não pensar sobre um *e-mail* que havia enviado à sua supervisora, pedindo informações sobre como encomendar material para seus alunos. Ele estava preocupado com parecer incompetente, e que ela respondesse negativamente ao seu *e-mail*. O mesmo experimento do *urso branco* foi realizado com esse pensamento: Joseph deveria pensar em qualquer coisa que quisesse 30 segundos, mas não naquele e-mail. Previsivelmente, Joseph considerou extremamente difícil impedir que rumações sobre as possíveis reações de sua supervisora entrassem em sua mente. Assim, o exercício apresenta uma demonstração pungente e pessoalmente relevante da futilidade das tentativas de evitar temas ou situações desconfortáveis.

Comportamentos movidos pelas emoções

O conceito de EDBs foi introduzido no início do tratamento (Módulo 2), e o objetivo deste módulo é trabalhá-los mais detalhadamente e aprender a identificar e combater os EDBs mal-adaptativos. O terapeuta começa com uma revisão dos EDBs adaptativos e não adaptativos. Mais uma vez, um EDB usando para fugir de uma situação quando se enfrenta pânico pode ser adaptativo se a pessoa estiver enfrentando uma ameaça direta à sua segurança, mas é mal-adaptativo se não houver ameaça clara. Neste último exemplo, o pânico e o EDB resultante são uma forma de *alarme falso*. O terapeuta pode, então, explicar como os EDBs são estabelecidos e mantidos, usando o conceito de reforço negativo. Semelhante à evitação emocional, a dependência habitual em relação a EDBs dá alívio no curto prazo e pode, portanto, tornar-se uma poderosa resposta aprendida que mantém o ciclo de emoções. Nesse momento, pede-se que o paciente gere exemplos de EDBs a partir de sua experiência e discuta como o reforço negativo pode estar contribuindo para o desconforto emocional. Na transcrição a seguir, Joseph descreve exemplos pessoais de EDBs, incluindo o uso repetido do banheiro na tentativa de controlar sua SII e a verificação de comportamentos em resposta a pensa-

mentos de dúvida e medos de decepcionar ou causar dano a outras pessoas.

TERAPEUTA: Você mencionou que está levantando várias horas antes de precisar sair para o trabalho. Você pode me dizer o que faz nesse tempo?

JOSEPH: Como eu disse, depois que vou para o trabalho, é difícil ir ao banheiro, então quero ter certeza de ter usado antes de sair de casa.

TERAPEUTA: E quantas vezes você está indo ao banheiro antes de sair?

JOSEPH: Umas cinco ou seis vezes.

TERAPEUTA: E o que fez você começar a ir cinco ou seis vezes, em vez de apenas uma?

JOSEPH: Bom, no começo, eu ia uma vez, mas aí me preocupava com precisar ir outra vez novo, então ia novamente. Então eu ficava indo por um tempo, me preocupando se tinha ido o suficiente, e ia de novo, e me preocupava...

TERAPEUTA: E como você sabe que foi o suficiente?

JOSEPH: Eu nunca sei com certeza, mas em algum momento eu tenho de sair de casa ou me atraso para o trabalho. É por isso que comecei a me levantar mais cedo, para ter certeza de que tenho tempo suficiente para ir ao banheiro.

TERAPEUTA: E o que aconteceria se você fosse apenas uma vez?

JOSEPH: Isso me deixaria muito ansioso, eu não poderia fazer isso.

TERAPEUTA: E nesse momento em que você está sentindo a incerteza sobre se foi vezes suficientes, quais emoções vêm junto?

JOSEPH: Eu começo a me sentir ansioso.

TERAPEUTA: E o que você faz quando começa a se sentir ansioso?

JOSEPH: Eu vou de novo.

TERAPEUTA: E isso faz você se sentir menos ansioso, pelo menos no curto prazo?

JOSEPH: Sim, me faz sentir como se eu tivesse algum controle sobre o problema.

TERAPEUTA: Isso é o que chamamos de EDB. O que acontece é que, quando você se permite usar o banheiro novamente em resposta à preocupação de não ter usado o suficiente, isso ajuda você a se sentir melhor temporariamente, e reforça essa relação: preocupação, ansiedade, ir ao banheiro novamente. É um conceito muito poderoso. Então, o que você vai fazer na próxima vez que essa incerteza surgir? Algo que você sabe que vai fazer você se sentir melhor. Você aprendeu que a ansiedade que sente, re-

sultado de não saber se cuidou da situação o suficiente para sair de casa, pode ser aliviada simplesmente indo novamente, o que desencadeia uma espécie de ciclo. Você consegue pensar em outros exemplos desse tipo de relação, entre se sentir ansioso ou incerto e realizar algum tipo de ação?

JOSEPH: Bom, acho que é parecido com quando eu começo a me preocupar com me esquecer de apagar o fogão, ou se deixei uma vela acesa na noite anterior, e tenho que voltar e verificar.

TERAPEUTA: E você pode descrever o que acontece imediatamente antes de você voltar e verificar?

JOSEPH: Eu começo a sentir medo. Eu vejo uma imagem na minha cabeça, do apartamento incendiando e meus colegas ainda dormindo, então começo a me preocupar com isso, e penso que poderia sair para o trabalho e me esquecer de apagar o fogão, a cozinha pegar fogo e eu acabar incendiando o apartamento, e, pior ainda, com meus colegas ainda no apartamento?

TERAPEUTA: Um pensamento que causa muita ansiedade. O que você sente fisicamente naquele momento?

JOSEPH: Não tenho certeza, mas provavelmente muito tenso e nervoso.

TERAPEUTA: E o que você faz?

JOSEPH: Eu volto e verifico tudo de novo.

TERAPEUTA: Uma vez? Ou mais de uma vez?

JOSEPH: Eu vou verificar, e aí começo a duvidar de novo, e então vou verificar novamente.

TERAPEUTA: E quando você verifica pela primeira vez, como se sente?

JOSEPH: No começo, me sinto melhor.

TERAPEUTA: Então, assim como no outro exemplo, esse EDB de verificação é reforçado cada vez que você faz isso, porque faz você se sentir melhor, pelo menos temporariamente. Ao sentir a ansiedade, você se sente compelido a executar a verificação como forma de aliviar ou agir sobre ela. Mas esses EDBs parecem não funcionar porque os pensamentos de dúvida voltam, e você acaba se atrasando para o trabalho ou tem que perder sono para dar tempo a esses comportamentos. E, como falamos sobre os comportamentos de evitação, isso parece piorar a situação – a dúvida e a ansiedade que você sente são tão fortes que parece que você não aguentaria não realizar esses comportamentos. O que temos que fazer, como fizemos com os seus pensamentos, é começar a desmembrar

essas associações para que você possa aprender coisas novas sobre a dúvida e a ansiedade que causam esses comportamentos, por exemplo, talvez você possa tolerar essas emoções mais do que pensa, mesmo sem o EDB.

Este módulo é concluído com uma introdução a como se contrapor a padrões de evitação e EDBs, objetivando e modificando comportamentos específicos. As duas estratégias terapêuticas principais são (1) começar a se envolver em atividades de evocação das emoções que estão sendo evitadas e (2) se contrapor a EDBs mal-adaptativos, desenvolvendo e realizando comportamentos que são diferentes dessas respostas, ou que se contrapõem a elas.

Módulo 6: Consciência e tolerância das sensações físicas

O Módulo 6 introduz a primeira oportunidade de se envolver em uma exposição cujo foco é provocar sensações físicas que muitas vezes desencadeiam fortes reações emocionais, e começar a conscientizar o paciente acerca da contribuição das sensações físicas às experiências emocionais. Após uma introdução à fundamentação para provocar sensações físicas, terapeuta e paciente trabalham em uma lista de exercícios destinados a provocar emoção por meio da ativação física, conhecida como *exercícios de indução de sintomas*. Alguns exemplos são hiperventilar, girar e correr no mesmo lugar. Além disso, podem ser acrescentados quaisquer exercícios que possam ser particularmente relevantes para o paciente. Antes de cada exercício, o terapeuta o demonstra, e após o paciente o concluir, pede que ele avalie a intensidade, o desconforto e a semelhança com sensações físicas geralmente experimentadas durante uma emoção, cada um em uma escala de 0 (*nem um pouco*) a 8 (*muito*).

TERAPEUTA: Então, hoje nós vamos fazer uma série de exercícios para induzir algumas dessas sensações físicas que costumam estar presentes quando você sente ansiedade, e examinar a intensidade, o desconforto até onde sensações se aproximam de suas experiências durante emoções desconfortáveis. O primeiro que eu vou pedir para você fazer é o exercício de hiperventilação. (*Depois do exercício.*) Quais sensações você observa?

JOSEPH: Eu não gostei nem um pouco.

TERAPEUTA: Então você está tendo pensamentos e julgamentos sobre as sensações, de que você não gosta delas. E sobre as sensações físicas propriamente ditas, você pode descrevê-las?

JOSEPH: Tonto, cambaleante, meio irreal, como se eu estivesse desconectado.

TERAPEUTA: Ótimo. Então, pensando sobre essas sensações, como você avaliaria a intensidade delas?

JOSEPH: Provavelmente, 7.

TERAPEUTA: E quanto ao desconforto?

JOSEPH: Também, 7.

TERAPEUTA: E a semelhança?

JOSEPH: Bom, eu não costumo ficar tonto quando estou ansioso, mas acho que me sentir cambaleante e surreal está mais perto, talvez por isso, um 5?

O terapeuta repete a exposição mais duas vezes e, na última vez, pede que o paciente preste especial atenção a todos os pensamentos que está tendo sobre as sensações, principalmente quaisquer avaliações negativas, e como esses pensamentos interagem com as sensações físicas, e se as diminuem ou intensificam.

TERAPEUTA: Como você classificaria a intensidade desta vez?

JOSEPH: Provavelmente, 5.

TERAPEUTA: E o desconforto?

JOSEPH: Foi muito melhor dessa vez, provavelmente, só 4.

TERAPEUTA: O que você notou que foi diferente desta vez?

JOSEPH: Bom, eu acho que sabia o que esperar, e não estava tendo os mesmos pensamentos da primeira vez. Na primeira vez, eu ficava pensando: “Eu não gosto disso”, e me perguntando quando ia acabar. Dessa vez, eu só fui fazendo.

TERAPEUTA: Interessante. Então, quando você só se concentrou nas sensações em si, sem julgamento nem pensamentos negativos sobre elas, a intensidade foi menor?

JOSEPH: Sim, certamente.

Após a conclusão de todos os exercícios escolhidos, terapeuta e paciente escolhem os mais relevantes para fazer regularmente na semana seguinte. O paciente é convidado a fazer um exercício várias vezes por dia, até que o desconforto associado diminua. Essa exposição repetida facilita o aprendizado de novas informações sobre a periculosidade (ou não) das sensações físicas, e pode ajudar a diminuir o desconforto futuro quando os sintomas físicos ocorrerem. Veja a Figura 6.3 para um exemplo de Formulário de Teste para Indução dos Sintomas.

Faça cada um dos exercícios abaixo (conforme descrito). Certifique-se de realizar cada exercício totalmente e de tentar produzir uma intensidade de sintomas pelo menos moderada. Após o exercício, por favor, anote:

- 1. os sintomas físicos que experimentou
- 2. a **intensidade** dos sintomas (escala de 0 a 8 pontos; 0 = *Nenhuma intensidade*, 8 = *Intensidade extrema*)
- 3. o nível de **desconforto** que sentiu durante a tarefa (escala de 0 a 8 pontos; 0 = *Nenhum desconforto*, 8 = *Desconforto extremo*)
- 4. o grau de **semelhança com os sintomas que ocorrem naturalmente** (escala de 0 a 8; 0 = *Nem um pouco semelhante*, 8 = *Extremamente semelhante*)

Espre até que a maior parte dos sintomas tenha desaparecido antes de experimentar o próximo exercício. Use os outros espaços fornecidos para ser criativo e produzir outros exercícios que sejam específicos para você. Quando estiver pronto, escolha três dos exercícios que lhe geraram mais ansiedade. Marque-os com um X.

Procedimento	Sintomas experimentados	Intensidade	Desconforto	Semelhança
Hiperventilação (60 segundos)				
Respirar através de um canudo fino (2 minutos)				
Girar em pé (60 segundos)				
Correr no mesmo lugar (60 segundos)				
Outro: (__segundos)				
Outro: (__segundos)				
Outro: (__segundos)				
Outro: (__segundos)				
Outro: (__segundos)				
Outro: (__segundos)				

FIGURA 6.3 Formulário de Teste para Indução de Sintomas.

Módulo 7: Exposições interoceptivas e situacionais à emoção

Este módulo de tratamento permite a aplicação de todas as habilidades aprendidas até agora a situações, eventos ou atividades reais que provoquem fortes níveis de emoções que o paciente tenha evitado anteriormente. O terapeuta começa com uma discussão sobre a fundamentação das exposições à emoção. Embora costume ser o mais desafiador, este módulo no programa de tratamento é a melhor oportunidade para fazer mudanças comportamentais e emocionais duradouras. As exposições à emoção têm três objetivos essenciais: (1) Interpretações e avaliações sobre a periculosidade de situações (internas ou externas) são modificadas e substituídas por interpretações e avaliações novas e mais adaptativas; e (2) a evitação e o desconforto relacionado são revertidos, os EDBs são reconhecidos e modificados, e (3) o principal objetivo de extinguir reações ansiosas e desconfortáveis à experiência de emoções intensas pode acontecer.

Além de fazer exposições à emoção como trabalho de casa, uma parte importante deste módulo é praticar exposições à emoção em sessão. Isso é fundamental porque o terapeuta pode muitas vezes desafiar o paciente a se envolver em exposições mais difíceis na sessão e poderá observar qualquer uso de estratégias de evitação ou engajamento em EDBs dos quais o paciente possa não estar consciente. As tarefas específicas de exposição em sessão variam de paciente para paciente, e é importante que o terapeuta consiga gerar uma série de diferentes tarefas possíveis a realizar. Uma vez que a tarefa tenha sido identificada, o terapeuta pode discutir quaisquer avaliações automáticas ansiosas ou negativas que estejam ocorrendo e ajudar o paciente a cogitar outras possibilidades. O terapeuta também deve lembrar o paciente de usar as habilidades de consciência com foco no presente e tentar impedir quaisquer estratégias de evitação que possam interferir na exposição. No fim de cada sessão, o terapeuta ajuda o paciente a escolher várias exposições à emoção para realizar fora da sessão, como trabalho de casa.

Para Joseph, várias exposições diferentes foram projetadas visando uma série de situações que provocam ansiedade. Entre os exemplos estão caminhar em linha reta em uma calçada lotada, forçando os pedestres que se aproximam a desviar em vez de desviar ele próprio, fazer um debate simulado com um estranho e manter sua opinião, comer uma fruta e andar no transporte público e concentrar sua atenção no que está acontecendo ao seu redor, em vez de em quaisquer reações físicas subsequentes à fruta

(p. ex., gases, inchaço), ir a uma festa e pedir para ir ao banheiro, com vistas a testar algumas das suas avaliações automáticas antecipatórias sobre o que os outros vão pensar dele, diminuir o número de vezes que usa o banheiro de manhã, de cinco para uma, também reduzir o número de vezes que verifica fogões, velas e assim por diante, antes de sair de casa.

Uma exposição próxima ao topo da hierarquia de Joseph foi fazer uma longa viagem de carro com alguns amigos e conhecidos para assistir a um concerto em uma cidade próxima. Isso exigiria que ele enfrentasse vários de seus medos ao mesmo tempo. Em primeiro lugar, ele teria que se afirmar e perguntar a seus amigos se poderia ir junto no carro. Em segundo lugar, estaria viajando com um pequeno grupo de pessoas, incluindo algumas que não conhece bem, e poderia ter que manter uma conversa informal. Em terceiro lugar, estaria preso em um pequeno espaço confinado, sem rota de fuga fácil em caso de seus sintomas SII surgirem.

TERAPEUTA: Esse foi um trabalho de exposição grande para você. Vamos começar do começo, quando você teve de perguntar ao seu amigo se podia ir junto na viagem. Você se lembra do que estava sentindo um pouco antes de dar esse telefonema?

JOSEPH: Eu notei que me sentia trêmulo. Eu senti um frio na barriga, meu rosto estava quente, e meu coração batia rápido.

TERAPEUTA: Então, um monte de sensações físicas associadas à ansiedade. E pensamentos?

JOSEPH: Eu estava preocupado que o meu amigo ficasse aborrecido, como se eu estivesse incomodando, ou que ele ficasse irritado por eu ter esperado tanto tempo para lhe perguntar. E eu também ficava adiando, olhando coisas na internet, ia ao bar da esquina comprar um refrigerante, coisas desse tipo.

TERAPEUTA: Ótimo! Então você também notou alguns comportamentos. E o que aconteceu quando você ligou para ele? Suas avaliações de antecipação se confirmaram?

JOSEPH: Nem um pouco, ele ficou realmente muito feliz de eu ter pedido. Ele disse que estava esperando que eu fosse junto, estava esperando e ficou feliz.

TERAPEUTA: E sobre a viagem em si, como foi?

JOSEPH: Bom, cerca de 10 minutos depois de sairmos eu comecei a sentir algumas cólicas e pensei: “Certo, vai começar”. Então eu me lembrei da exposição que fizemos com a

fruta e decidi tentar manter o foco na música que tocava, na vista da janela e nas conversas que estavam acontecendo no carro, e não na minha barriga.

TERAPEUTA: E ajudou?

JOSEPH: Bom, a cólica continuou, mas não me incomodava tanto porque eu não estava me concentrando apenas nisso.

TERAPEUTA: Você teve alguma necessidade urgente de usar o banheiro?

JOSEPH: Tive, em um momento, e eu decidi tentar o que nós falamos, e ver se conseguia esperar passar, e passou! Em um momento, porém, eu precisei usar o banheiro.

TERAPEUTA: E o que aconteceu?

JOSEPH: Eu perguntei ao meu amigo se ele podia parar assim que houvesse um local adequado.

TERAPEUTA: E qual foi a reação dele ou dos outros passageiros?

JOSEPH: Nada de mais! Ninguém pareceu se importar, e na verdade eu acho que eles também queriam parar, então não foi nada de mais! Eu também notei outra coisa. Na viagem de volta, eu nem pensei nisso, e o meu intestino começou a roncar, mas eu simplesmente não me preocupei e continuei me concentrando no que estava acontecendo ao meu redor. E nem foi problema na volta.

Para Joseph, houve grande progresso por meio das exposições relacionadas aos seus sintomas de ansiedade e do manejo dos seus sintomas da SII. No entanto, ele continuou com uma crença central de que não *tinha valor* e era *desagradável*. Outras exposições foram formuladas para tratar diretamente dessa crença.

TERAPEUTA: Você parece ter feito grandes progressos ao longo das últimas semanas, concorda?

JOSEPH: Sim, certamente eu acho que consigo lidar melhor com a minha ansiedade, e as coisas parecem estar indo muito bem no trabalho atualmente, o que ajuda. Os outros professores até começaram a me convidar para tomar uma bebida depois do trabalho, eu fui algumas vezes e, na verdade, me diverti bastante.

TERAPEUTA: Essa é uma ótima notícia. Uma coisa interessante: apesar dessas mudanças em seus questionários semanais, eu percebo que você ainda está marcando alguns itens como “Eu não gosto de mim” ou “Eu me sinto totalmente inútil”.

JOSEPH: Sim, eu ainda não acho que eu seja uma ótima pessoa, e ainda me preocupo com estar apenas

enganando as pessoas, ou que elas vão descobrir o “verdadeiro” eu e fugir.

TERAPEUTA: E se nós fizéssemos algum trabalho de exposição sobre isso?

Usando técnicas semelhantes aprendidas no Módulo 4, o terapeuta ajuda Joseph a gerar evidências a favor e contra as afirmações de que ele não gosta de si mesmo e que é inútil. Ele consegue gerar algumas evidências contra essa crença, por exemplo, a grande participação de amigos e simpatizantes em um *show* que ele fez recentemente. Usando essas e outras evidências, o terapeuta ajuda Joseph a gerar uma lista de autoafirmações positivas.

TERAPEUTA: Então, o que você poderia dizer sobre suas experiências recentes de fazer o *show*?

JOSEPH: Eu não sei, “eu sou um bom músico”?

TERAPEUTA: Essa é uma, mas talvez algo ainda mais objetivo e no qual seja mais fácil você acreditar, como você se dedica muito à sua música?

JOSEPH: Isso é verdade. E quando eu toco, as pessoas parecem gostar.

TERAPEUTA: Então você se dedica à sua música e diverte as pessoas com ela?

JOSEPH: Sim, isso é verdade. Eu também sou um bom ouvinte.

TERAPEUTA: Conte mais sobre isso.

JOSEPH: Bom, eu tenho um amigo que está passando por um momento difícil, e às vezes ele me telefona só para falar disso. Eu normalmente sou muito bom em deixá-lo falar.

TERAPEUTA: Então podemos acrescentar à lista “Eu estou disponível para as pessoas e as ouço”? Talvez até “Eu sou um bom amigo”?

Depois de o terapeuta e Joseph gerarem uma lista de afirmações que são evidências contrárias à crença central de ser inútil e não gostar de si mesmo, pediu-se que Joseph lesse essas declarações em voz alta e percebesse suas reações a elas.

TERAPEUTA: Como foi a leitura dessas declarações?

JOSEPH: Estranha. Eu me senti muito desconfortável. Me faz sentir ansioso.

TERAPEUTA: Você pode descrever isso para mim?

JOSEPH: Bom, eu sinto essa espécie de “surto” estranho de medo e essa sensação na boca do estômago, e eu noto que tenho um tipo de pensamento sarcástico como “Não é verdade” ou “Claro que você é...”.

TERAPEUTA: Então, dizer coisas boas sobre si mesmo traz um sentimento de medo, e alguns pensamentos negativos sobre você?

JOSEPH: Sim. Eu acho que me sinto meio vulnerável também, como se a minha guarda estivesse baixa.

TERAPEUTA: Essa é uma observação muito interessante. Então, dizer algo positivo sobre você mesmo faz você se sentir um pouco vulnerável, exposto, talvez? Talvez seja um sentimento menos familiar para você do que a autocrítica?

JOSEPH: Certamente. Então, é um medo como o de entrar em um território desconhecido, como se eu não soubesse o que pode saltar em cima de mim?

TERAPEUTA: Talvez algo assim! Enquanto os pensamentos negativos talvez sejam mais conhecidos e menos temerários, de alguma forma. E se a gente tornasse as declarações um pouco menos novas e desconhecidas, repetindo-as algumas vezes? (*Depois de Joseph reler as declarações outras duas vezes.*) Como foi dessa vez?

JOSEPH: Um pouco mais fácil, não tão estranho, eu acho, mas ainda um pouco estranho.

TERAPEUTA: Bom. Então, expor-se a essas declarações repetidas vezes parece ter um efeito semelhante a alguns dos outros exercícios de exposição que fizemos? Um pouco mais fácil e menos estranho a cada vez?

JOSEPH: Sim, eu acho que fica um pouco mais fácil a cada vez.

TERAPEUTA: E que tal continuar com essa exposição esta semana, gerando mais algumas declarações e as lendo em voz alta para si mesmo todos os dias?

JOSEPH: Eu posso tentar.

Em sessões futuras, o terapeuta revisita a necessidade continuada que o paciente tem de exposições emocionais. Se ele conclui que o paciente se beneficiaria de outras exposições à emoção, elas podem continuar, tanto na sessão quanto em trabalhos de casa, neste momento. Além disso, o terapeuta pode se concentrar em quaisquer eventos ou reações emocionais ocorridos durante a semana anterior que possam ser processados em sessão. Os obstáculos à realização da exposição e reações a exposições são discutidos em sessão.

Módulo 8: Conquistas, manutenção e prevenção de recaída

Na sessão final do tratamento, o terapeuta repassa os principais conceitos apresentados no tratamento e os

progressos do paciente. O terapeuta analisa o modelo de três componentes das emoções, com foco em fazer reavaliação cognitiva, impedir a evitação emocional e modificar EDBs. O paciente expõe sua impressão de progressos alcançados durante o tratamento, e o terapeuta pode destacar as áreas onde houve melhora e as que necessitam de mais prática. As razões para a falta de melhora (p. ex., erro no diagnóstico inicial, falta de entendimento dos princípios do tratamento, metas irreais e falta de motivação) também devem ser examinadas. O terapeuta, então, discute a inevitabilidade de fatores de estresse futuros e a potencial recorrência dos sintomas. A continuação das exposições informais à emoção e o uso de habilidades aprendidas são incentivados. O terapeuta pode ajudar ainda mais o paciente a permanecer comprometido com o tratamento ao estabelecer objetivos de longo prazo para o paciente.

RESULTADO E CONCLUSÃO

Os sintomas de Joseph foram avaliados no pré e no pós-tratamento usando uma bateria de questionários de autoavaliação, conforme descrito anteriormente. Durante o tratamento, a pontuação de Joseph na SIAS diminuiu de 51 no pré-tratamento para 26 no pós-tratamento. Sua pontuação no BDI-II diminuiu de 49 para 11. Sua pontuação no PSWQ, de 80 para 35. Funcionalmente, Joseph conseguiu atingir muitos de seus objetivos ao longo do tratamento. Por exemplo, ele encontrou um emprego de que realmente gosta e que combina com seus objetivos de carreira. Aumentou significativamente suas interações sociais e começou a participar de atividades, como fazer mais *shows* locais, os quais elevaram muito a sua autoconfiança e sua autoestima. Ele adquiriu controle dos seus sintomas da SII e não mais realizou comportamentos de evitação relacionados a eles. No momento do encerramento, Joseph observou que se sentia “uma pessoa completamente diferente” e estava visivelmente mais positivo e confiante em seu comportamento e em sua apresentação. Embora não fizesse parte do programa de pesquisa e, portanto, não tenha participado de uma entrevista clínica pós-tratamento independente, sua clínica (K. K. E.) estimou que seus CSRs para diagnósticos de fobia social e TAG caíram para 3 (subclínico), o diagnóstico de TDM estava em remissão parcial, com um CSR de 2, e embora ele tenha melhorado em muitos de seus sintomas relacionados ao TOC, o diagnóstico de TOC garantiu uma classificação de CSR de 4 (pouco acima da gravidade clínica).

Joseph voltou ao nosso Centro oito meses pós-tratamento para uma avaliação de seguimento, que

foi composta por nova aplicação da ADIS e de questionários de autoavaliação. No seguimento, as classificações autoavaliadas dos sintomas de Joseph aumentaram ligeiramente em relação ao pós-tratamento. Ele teve escores um pouco mais elevados na SIAS, principalmente em itens relacionados a cumprimentar estranhos ou encontrar estranhos na rua, com uma pontuação total no acompanhamento de 37. Seu escore no PSWQ aumentou ligeiramente, de 35 para 40. Particularmente, o escore de Joseph no BDI aumentou de 11 no pós-tratamento para 35 no seguimento, o que sugere uma recaída dos sintomas depressivos. Em particular, Joseph indicou aumentos nos sentimentos pessimistas sobre o futuro, sentimentos de culpa, fadiga e transtornos do sono. Na época de sua entrevista de seguimento, ele relatou que passara recentemente por um rompimento com sua namorada no início da temporada de festas de fim de ano, e atribuiu sua tristeza a essa separação e ao clima do inverno. Sem mais dados de seguimento, no entanto, não fica claro o grau em que o aumento dos sintomas depressivos pode ser atribuído a essas variáveis situacionais ou representa uma recaída de sua depressão. Apesar desses aumentos no seguimento, Joseph apresentou uma diminuição nos escores da WSAS do pré-tratamento ao seguimento (de 34, *Interferência grave*, a 21, *Interferência moderada*), o que pode indicar que, apesar de seus sintomas terem retornado até certo ponto, ele conseguiu administrar sua interferência muito melhor. No entanto, Joseph não completou a WSAS no pós-tratamento, por isso não está claro exatamente qual é a trajetória da mudança nessa medida.

As avaliações por clínico usando o ADIS pareceram coincidir, em grande parte, com a autoavaliação de Joseph. Ele teve uma ligeira piora de seus sintomas de TAG e TDM do pós-tratamento ao seguimento, recebendo CSRs de 4 e 5, respectivamente. Ele conseguiu manter seus ganhos do tratamento com relação aos sintomas do TOC, que receberam novamente um CSR de 4. A fobia social de Joseph recebeu um CSR de 2, sugerindo que ele conseguiu manter, e talvez até melhorar, os ganhos obtidos no tratamento; embora ainda aponte um pouco de medo e ansiedade relacionados a situações sociais, a interferência e o desconforto relacionados a esses medos não foram mais confirmados em nível clínico.

REFERÊNCIAS

- Allen, L. B., White, K. S., Barlow, D. H., Shear, M. K., Gorman, J. M., & Woods, S. W. (2010). Cognitive-behavior therapy (CBT) for panic disorder: Relationship of anxiety and depression comorbidity with treatment outcome. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32(2), 185-192.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Andrews, G. (1990). Classification of neurotic disorders. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 83(10), 606-607.
- Andrews, G. (1996). Current controversies in the anxiety disorders. In R. M. Rapee (Ed.), *Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the difference* (pp. 3-20). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological Inquiry*, 2, 58-71.
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55(11), 1247-1263.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Bullis, J. R., Comer, J. S., & Ametaj, A. A. (2013). Evidence-based psychological treatments: An update and the way forward. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 1-27.
- Barlow, D. H., & Craske, M. G. (2007). *Mastery of your anxiety and panic: Client workbook for anxiety and panic* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2000). Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2529-2536.
- Barlow, D. H., Sauer-Zavala, S. E., Carl, J. R., Bullis, J. R., & Ellard, K. K. (in press). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*.
- Beck, A. T. (1967). *The diagnosis and management of depression*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bentley, K. H., Gallagher, M. W., Carl, J. R., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). *Development and validation of an Overall Depression Severity and Impairment Scale*. Manuscript submitted for publication.
- Boelen, P. A., Vrinssen, I., & van Tulder, F. (2010). Intolerance of uncertainty in adolescents: Correlations with worry, social anxiety, and depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198, 194-200.
- Borkovec, T. D. (1994). The nature, functions, and origins of worry. In G. C. L. Davey & F. Tallis (Eds.), *Worrying: Perspectives on theory, assessment, and treatment* (pp. 5-34). New York: Wiley.

- Borkovec, T. D., Hazlett-Stevens, H., & Diaz, M. L. (1999). The role of positive beliefs about worry in generalized anxiety disorder and its treatment. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 126-138.
- Boswell, J. F., Thompson-Holland, J., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2013). The intolerance of uncertainty: A common factor in the treatment of emotional disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 630-645.
- Bouton, M. E. (2005). Behavior systems and the contextual control of anxiety, fear, and panic. In L. Feldman Barrett, P. M. Niedenthal, & P. Winkelman (Eds.), *Emotion and consciousness* (pp. 205-227). New York: Guilford Press.
- Bouton, M. E., Mineka, S., & Barlow, D. H. (2001). A modern learning theory perspective on the etiology of panic disorder. *Psychological Review*, 108, 4-32.
- Brown, T. A. (2007). Temporal course and structural relationships among dimensions of temperament and DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 313-328.
- Brown, T. A., Antony, M. M., & Barlow, D. H. (1995). Diagnostic comorbidity in panic disorder: Effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 408-418.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1995). Long-term outcome in cognitive-behavioral treatment of panic disorder: Clinical predictors and alternative strategies for assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 754-765.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2002). Classification of anxiety and mood disorders. In D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed., pp. 292-327). New York: Guilford Press.
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for assessment and treatment. *Psychological Assessment*, 21, 256-271.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 179-192.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., & Barlow, D. H. (2014). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-5*. New York: Oxford University Press.
- Brown, T. A., Di Nardo, P. A., Lehman, C. L., & Campbell, L. A. (2001). Reliability of DSM-IV anxiety and mood disorders: Implications for the classification of emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 49-58.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006a). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6, 587-595.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006b). Effects of suppression and acceptance on emotional responses in individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1251-1263.
- Campbell-Sills, L., Liverant, G. I., & Brown, T. A. (2004). Psychometric evaluation of the behavioral inhibition/behavioral activation scales in a large sample of outpatients with anxiety and mood disorders. *Psychological Assessment*, 16(3), 244-254.
- Campbell-Sills, L., Norman, S. B., Craske, M. G., Sullivan, G., Lang, A. J., Chavira, D. A. (2009). Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: the Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 92-101.
- Caspi, A., Sugden, K., Moffitt, T. E., Taylor, A., Craig, I. W., & Harrington, H. (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 301, 386-389.
- Chorpita, B. F., Albano, A. M., & Barlow, D. H. (1998). The structure of negative emotions in a clinical sample of children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 107, 74-85.
- Chorpita, B. F., & Barlow, D. H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 124, 3-21.
- Clark, D. A. (2012). The English Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) program: History and progress. In R. K. McHugh & D. H. Barlow (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions* (pp. 61-77). New York: Oxford University Press.
- Clark, L. A. (2005). Temperament as a unifying basis for personality and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 505-521.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 103-116.
- Craske, M. G., & Barlow, D. H. (2006). *Mastery of your anxiety and worry* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Craske, M. G., Rowe, M., Lewin, M., & Noriega-Dimitri, R. (1997). Interoceptive exposure versus breathing retraining within cognitive-behavioural therapy for panic disorder with agoraphobia. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 85-99.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., & Addis, M. E. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(4), 658-670.
- Di Nardo, P. A., Brown, T. A., & Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV*. Albany, NY: Graywind.
- Drabant, E. M., Ramel, W., Edge, M. D., Hyde, L. W., Kuo, J. R., Goldin, P. R. (2012). Neural mechanisms underlying

- 5-HTTLPR-related sensitivity to acute stress. *American Journal of Psychiatry*, 169, 397-405.
- Endicott, J., Nee, J., Harrison, W., & Blumenthal, R. (1993). Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire: A new measure. *Psychopharmacology Bulletin*, 29(2), 321-326.
- Eysenck, H. J. (1947). *Dimension of personality*. London: Routledge & Kegan Paul.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders—Patient Edition (SCID-I/P, Version 2.0)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., Riggs, D. S., Dancu, C. V., & Rothbaum, B. O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessment post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6(4), 459-473.
- Foa, E. B., & Tolin, D. F. (2000). Comparison of the PTSD Symptom Scale—Interview Version and the Clinician-Administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 13(2), 181-191.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., & Hill, C. L. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Hafner, J., & Marks, I. M. (1976). Exposure *in vivo* of agoraphobics: Contributions of diazepam, group exposure, and anxiety evocation. *Psychological Medicine*, 6, 71-88.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32, 50-55.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Safren, S. A., Brown, E. J., & Schneier, F. R. (1999). Psychometric properties of the Liebowitz Social Anxiety Scale. *Psychological Medicine*, 29(1), 199-212.
- Heimberg, R. G., Liebowitz, M. R., Hope, D. A., Schneier, F. R., Holt, C. S., & Welkowitz, L. A. (1998). Cognitive behavioral group therapy vs phenelzine therapy for social phobia: 12-week outcome. *Archives of General Psychiatry*, 55(12), 1133-1141.
- Hettema, J. M., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 747-755.
- Izard, C. E. (1971). *The face of emotion*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Kendler, K. S. (1996). Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes, (partly) different environments—revisited. *British Journal of Psychiatry*, 30(Suppl.), 68-75.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., & Eaves, L. J. (1995). The structure of genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: Phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. *Archives of General Psychiatry*, 52, 374-382.
- Kessler, R. C., Nelson, C. B., McGonagle, K. A., Lui, J., Swartz, M., & Blazer, D. G. (1996). Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: Results from the National Comorbidity Survey. *British Journal of Psychiatry*, 168, 17-30.
- Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & van Rooy, S. (2008). Evaluation of the Mental Health Continuum—Short Form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15(3), 181-192.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health?: Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 539-548.
- Keyes, C. L. M. (2006). Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? *American Journal of Orthopsychiatry*, 76, 395-402.
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., ten Klooster, P. M., & Keyes, C. L. (2011). Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 99-110.
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: Exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Behaviour Therapy*, 39, 126-136.
- Liebowitz, M. R. (1987). Social phobia. *Modern Problems in Pharmacopsychiatry*, 22, 141-173.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Schneier, F. R., Hope, D. A., Davies, S., & Holt, C. S. (1999). Cognitive-behavioral group therapy versus phenelzine in social phobia: Longterm outcome. *Depression and Anxiety*, 10(3), 89-98.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Liverant, G. I., Brown, T. A., Barlow, D. H., & Roemer, L. (2008). Emotion regulation in unipolar depression: The effects of acceptance and suppression of subjective emotional experience on the intensity and duration of sadness and negative affect. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 1201-1209.
- Lonsdorf, T. B., Golkar, A., Lindström, K. M., Fransson, P., Schalling, M., & Ohman, A. (2011). 5-HTTLPR and COMTval158met genotype gate amygdala reactivity and habituation. *Biological Psychology*, 87, 106-112.

- Margraf, J., Taylor, C. B., Ehlers, A., Roth, W. T., & Agras, W. S. (1987). Panic attacks in the natural environment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175, 558-565.
- Mattick, R. P., & Clarke, J. C. (1998). Development and validation of measures of social phobia scrutiny fear and social interaction anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 455-470.
- McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (Eds.). (2012). *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions*. New York: Oxford University Press.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Merikangas, K. R., Zhang, H., & Avenevoli, S. (2003). Longitudinal trajectories of depression and anxiety in a prospective community study. *Archives of General Psychiatry*, 60, 993-1000.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Montag, C., Fiebach, C. J., Kirsch, P., & Reuter, M. (2011). Interaction of 5-HTTLPR and a variation on the oxytocin receptor gene influences negative emotionality. *Biological Psychiatry*, 69, 601-603.
- Munafò, M. R., Brown, S. M., & Hariri, A. R. (2008). Serotonin transporter (5-HTTLPR) genotype and amygdala activation: A meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 63, 852-857.
- Nathan, P. E., & Gorman, J. M. (Eds.). (2007). *A guide to treatments that work* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norman, S. B., Cissell, S. H., Means-Christensen, A. J., & Stein, M. B. (2006). Development and validation of an Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *Depression and Anxiety*, 23(4), 245-249.
- Pezawas, L., Meyer-Lindenberg, A., Drabant, E. M., Verchinski, B. A., Munoz, K. E., & Kolachana, B. S. (2005). 5-HTTLPR polymorphism impacts human cingulate-amygdala interactions: A genetic susceptibility mechanism for depression. *Nature Neuroscience*, 8(6), 828-834.
- Raffa, S. D., Stoddard, J. A., White, K. S., Barlow, D. H., Gorman, J. M., & Shear, M. K. (2008). Relapse following combined-treatment discontinuation in a placebo-controlled trial for panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(7), 548-555.
- Rapee, R. M., Craske, M. G., & Barlow, D. H. (1990). Subject described features of panic attacks using a new self-monitoring form. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 171-181.
- Roy-Byrne, P. P., Craske, M. G., & Stein, M. B. (2006). Panic disorder. *Lancet*, 368, 1023-1032.
- Rutter, M., Moffitt, T. E., & Caspi, A. (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, 226-261.
- Ruzek, J. I., Karlin, B. E., & Zeiss, A. (2012). Implementation of evidence-based psychological treatments in the Veterans Health Administration. In R. K. McHugh & D. H. Barlow (Eds.), *Dissemination and implementation of evidence-based psychological interventions* (pp. 78-96). New York: Oxford University Press.
- Safren, S. A., Heimberg, R. G., Horner, K. J., Juster, H. R., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (1999). Factor structure of social fears: The Liebowitz Social Anxiety Scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 13(3), 253-270. Sauer-Zavala, S. E., & Barlow, D. H. (2013). *The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment*. Manuscript submitted for publication.
- Shear, K., Belnap, B. H., Mazumdar, S., Houck, P., & Rollman, B. L. (2006). Generalized anxiety disorder severity scale (GADSS): A preliminary validation study. *Depression and Anxiety*, 23(2), 77-82.
- Shear, M. K., Brown, T. A., Barlow, D. H., Money, R., Sholomskas, D. E., & Woods, S. W. (1997). Multicenter collaborative Panic Disorder Severity Scale. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1571-1575.
- Shear, M. K., Vander Bilt, J., & Rucci, P. (2001). Reliability and validity of a Structured Interview Guide for the Hamilton Anxiety Rating Scale (SIGH-A). *Depression and Anxiety*, 13, 166-178.
- Stein, M. B., Campbell-Sills, L., & Gelernter, J. (2009). Genetic variation in 5HTTLPR is associated with emotional resilience. *Neuropsychiatric Genetics*, 150B, 900-906.
- Storch, E. A., Larson, M. J., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2010). Psychometric analysis of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale Second Edition Symptom Checklist. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 650-656.
- Suárez, L., Bennett, S. M., Goldstein, C., & Barlow, D. H. (2009). Understanding anxiety disorders from a "triple vulnerability" framework. In M. M. Antony & M. B. Stein (Eds.), *Handbook of anxiety and the anxiety disorders* (pp. 153-172). New York: Oxford University Press.
- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2002). Effects of cognitive-behavior therapy for panic disorder on comorbid conditions: Replication and extension. *Behavior Therapy*, 33, 493-509.
- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L., Zucker, B. G., & Craske, M. G. (2005). Impact of cognitive-behavioral therapy for panic disorder on comorbidity: A controlled investigation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 959-970.
- Tull, M. T., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance, emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 378-391.
- Tyrer, P. J. (1989). *Classification of neurosis*. Chichester, UK: Wiley.
- Tyrer, P. J., Seivewright, N., Murphys, S., Ferguson, B., Kingdon, D., & Barczak, B. (1998). The Nottingham stu-

- dy of neurotic disorder: Comparison of drug and psychological treatments. *Lancet*, 2, 235-240.
- Watson, D. (2005). Rethinking the mood and anxiety disorders: A quantitative hierarchical model for DSM-V. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 522-536.
- Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wegner, D. M., Schneider, D. J., Carter, S. R., III, & White, T. L. (1987). Paradoxical effects of thought suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 5-13.
- Weinberg, A., & Hajcak, G. (2010). Electrocortical evidence for vigilance-avoidance in generalized anxiety disorder. *Psychophysiology*, 48(6), 1-10.
- Weiser, M., Pauli, P., Weyers, P., Alpers, G., & Mühlberger, A. (2009). Fear of negative evaluation and the hypervigilance-avoidance hypothesis: An eye-tracking study. *Journal of Neural Transmission*, 116, 717-723.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2009). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of Adult Development*, 17(2), 110-119.
- Westra, H. A., Arkowitz, H., & Dozois, D. J. A. (2009). Adding a motivational interviewing pretreatment to cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 1106-1117.
- Westra, H. A., & Dozois, D. J. A. (2006). Preparing clients for cognitive behavioural therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30, 481-498.
- Williams, J. B. (1988). A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. *Archives of General Psychiatry*, 45, 742-747.

CAPÍTULO 7

TERAPIA COGNITIVA PARA DEPRESSÃO

Jeffrey E. Young

Jayne L. Rygh

Arthur D. Weinberger

Aaron T. Beck

Um dos avanços mais importantes nas abordagens psicossociais aos problemas emocionais foi o sucesso da terapia cognitiva para depressão. As evidências da poderosa eficácia dessa abordagem aumentaram constantemente com o passar dos anos, particularmente em relação aos resultados de longo prazo. Empregando uma série de técnicas cognitivas e comportamentais bem especificadas, a terapia cognitiva também se diferencia pela estrutura detalhada de cada sessão, com suas pautas específicas, e pelo estilo terapêutico muito definido e claramente eficaz de interagir com o paciente por meio de várias perguntas (estilo Socrático). Além disso, os autores destacam claramente a importância da relação de colaboração entre terapeuta e paciente e definem técnicas específicas para atingir esse estado de colaboração para que os dois constituam uma equipe de investigação. Neste capítulo, os autores tratam não apenas da terapia cognitiva tradicional, mas também de uma ampliação chamada terapia *com foco no esquema*. Essa abordagem se concentra na identificação e na modificação de esquemas iniciais mal-adaptativos *centrais*, que seriam desenvolvidos durante a infância em pacientes mais gravemente deprimidos e resistentes ao tratamento, muitas vezes com transtornos da personalidade comórbidos, os quais podem torná-los vulneráveis à recaída. A explicação detalhada desse tratamento ampliado será fundamental para terapeutas cognitivos experientes, assim como para os que estão tendo contato com a terapia cognitiva para depressão pela primeira vez. Dois casos contundentes, “Denise”, tratada com terapia cognitiva tradicional, e “Barbara”, tratada com terapia do esquema, ilustram ambas as abordagens. — D. H. B.

PANORAMA GERAL E PESQUISA

A depressão e o surgimento da terapia cognitiva

A depressão é um dos transtornos mais comuns encontrados por profissionais de saúde mental. Pesquisas feitas pelo *U.S. National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R), os *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC; 2010), e a Organização Mundial da Saúde (WHO; 2008), bem como dados apresentados pelo *National Institute of Mental Health* (NIMH), indicam o seguinte:

- A estimativa de prevalência durante a vida para transtorno depressivo maior nos Estados Unidos é de 29,9% (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky e Wittchen, 2012).
- A estimativa de prevalência em 12 meses de transtorno depressivo maior nos Estados Unidos é de 8,6% (Kessler et al., 2012).
- Entre países e culturas, as estimativas de prevalência ao longo da vida do transtorno depressivo maior é de 14,6% em países de renda alta e de 11,1% nos de renda baixa a média; as estimativas de prevalência em 12 meses são de 5,5% em países de renda alta e de 5,6% nos de renda baixa a média (Bromet et al., 2011).
- Episódios depressivos graves nos Estados Unidos são associados a índices mais elevados de dependência e abuso de substâncias entre adultos de 18 anos ou mais (21,5%) e entre jovens de 12 a 17 anos (18,9%) do que entre pessoas sem esses episódios (8,2% e

6,7%, respectivamente) (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA], 2008).

- A depressão aumenta o risco de ataques cardíacos e é mais comum em pessoas com problemas crônicos, como obesidade, diabetes, doença cardiovascular, câncer, asma e artrite (NIMH, 2006; Strine et al., 2008; Chapman, Perry e Strine, 2005).
- O transtorno depressivo maior nos Estados Unidos está associado a 27,2 dias de trabalho perdidos, e o transtorno bipolar (I ou II) com 65,5 dias de trabalho perdidos para cada trabalhador doente, por ano (Kessler et al., 2006).
- O transtorno depressivo maior é a principal causa de deficiência nos Estados Unidos para as idades entre 15 e 44 (NIMH, 2006), e contribui muito para o peso global da doença (WHO, 2004).

O alto risco de recaída (Scott, 2000), o uso elevado de recursos (Howland, 1993) e a perda de capital humano (Berndt et al., 2000) associados à depressão revelam a gravidade do problema. A OMS (2004) projeta que a depressão estará entre as três principais causas do número total de anos de vida perdidos para doença, deficiência ou morte prematura até 2030. Como indicam esses relatórios, a depressão é disseminada, cara e potencialmente devastadora.

Nenhuma quantidade de dados consegue captar ou transmitir adequadamente a dor e o sofrimento pessoal vivenciados na depressão. Muitas pessoas deprimidas não recebem ajuda profissional (Frank e Thase, 1999; Jarrett, 1995; Wang et al., 2005) e, embora o número daqueles que procuram ajuda tenha aumentado na última década, a deficiência de tratamento continua sendo um problema sério (Olfson et al., 2002; Wang et al., 2005). O custo e/ou a falta de cobertura suficiente por parte dos planos de saúde, preocupações sobre confidencialidade, estigma social continuado e falta de informações sobre onde ir e que tipo de serviços obter ainda são obstáculos a serviços de saúde mental adequados e suficientes (SAMHSA, 2008). Obter o tipo certo de ajuda pode ser, ao mesmo tempo, inibidor e desanimador, principalmente para aqueles que já sofrem com limitações. A citação a seguir continua relevante:

Os norte-americanos que buscam tratamento para os sintomas depressivos devem decidir onde buscar tratamento, qual modelo e que tipo de profissional [...] o clínico deve escolher um tratamento somático, psicológico ou uma combinação, em uma determinada dose e/ou pauta de consultas [...] por meio desse procedimento,

o paciente decide até que ponto vai cumprir as recomendações, por quanto tempo, diante de custos econômicos, práticos, físicos e emocionais reconhecidos e não reconhecidos [...]. Infelizmente, a falta de informações, assim como o estigma social que se mantém em relação à doença e ao tratamento psiquiátrico, influencia a tomada de decisões. Ao mesmo tempo, as decisões ocorrem em um ambiente cheio de debate e tensão social, política e econômica entre formuladores de políticas, convênios que pagam os custos e profissionais, bem como entre diferentes tipos de associações profissionais. (Jarrett, 1995, p. 435).

Quando há tratamento disponível, ele costuma ser inadequado ou pouco adequado (Wang et al., 2005). Os tratamentos baseados em evidências ainda não foram amplamente adotados na prática clínica (Stirman et al., no prelo), refletindo uma crise da saúde pública (Keller e Boland, 1998). Permanece central a necessidade de tratamentos que tenham eficácia comprovada e rápida.

Um dos principais avanços no tratamento da depressão foi o surgimento da terapia cognitiva, que se ampliou exponencialmente desde a publicação, por Beck, de um detalhado manual de tratamento para depressão em 1979 (Beck, 1967, 1976; Beck, Rush, Shaw e Emery, 1979). A obra de Beck e seus colaboradores levou a uma mudança de paradigma dentro da psicoterapia (Salkovskis, 1996). Devido, em parte, ao desenvolvimento, por Beck, de hipóteses testáveis e protocolos clínicos, a terapia cognitiva recebeu muita atenção profissional (Hollon, 1998; McGinn e Young, 1996; Rehm, 1990). De todas as abordagens de tratamento cognitivo-comportamental para a depressão, o paradigma de Beck (Beck, 1967; Beck et al., 1979) recebeu a maior quantidade de estudos empíricos, validação e aplicação clínica (Barlow e Hofmann, 1997; de Oliveira, 1998; Dobson e Pusch, 1993; Hollon, 1998; Hollon, Thase e Markowitz, 2002; Jarrett e Thase, 2010; Rehm, 1990; Roberts e Hartlage, 1996; Scott, 1996a). A terapia cognitiva se tornou o tratamento preferido para muitos transtornos (Clark e Beck, 2010; Newman, Leahy, Beck, Reilly-Harrington e Gyulai, 2002). Existem vários livros excelentes para que os profissionais ensinem os procedimentos da terapia cognitiva (p. ex., J. S. Beck, 2011), bem como cadernos de exercícios e/ou guias para pacientes (p. ex., Gilson, Freeman, Yates e Freeman, 2009; Leahy, 2010; Wright e McCray, 2011).

Junto com essa atenção, contudo, veio a confusão sobre o que realmente significa a expressão *terapia cognitiva*. As estratégias cognitivas reais empregadas nos tratamentos *cognitivos* podem ser diferentes entre si em muitos aspectos, assim como

daqueles prescritos por Beck e colaboradores (1979) em seu manual para terapia cognitiva para depressão. Sendo assim, o leitor deve estar ciente de que o uso comum que se faz do termo terapia cognitiva não implica necessariamente uniformidade de procedimentos. A terapia descrita por Beck e colaboradores envolve o uso de técnicas cognitivas e comportamentais, e pode, assim, ser chamada adequadamente cognitivo-comportamental. Entretanto, na literatura, ambos os termos têm sido usados para descrever os procedimentos de Beck e colaboradores, com alguns artigos usando a expressão terapia cognitiva (Sacco e Beck, 1995, p. 345).

Pesquisas sobre o tratamento da fase aguda

A pesquisa sobre resultados concluiu que a terapia cognitiva é eficaz com populações clínicas em vários ensaios controlados (ver análise de Beck e Alford, 2009; Hollon e Shelton, 2001). Embora alguns estudos iniciais (Blackburn, Bishop, Glen, Whalley e Christie, 1981; Rush, Beck, Kovacs e Hollon, 1977) tenham sugerido que a terapia cognitiva pode ser superior ao tratamento medicamentoso para depressão no fim do tratamento, Meterissian e Bradwejn (1989) observaram que as intervenções psicofarmacológicas muitas vezes não foram implementadas adequadamente. Nas pesquisas em que as intervenções foram adequadas, a terapia cognitiva revelou, como regra geral, eficácia equivalente às medicações antidepressivas, incluindo os antidepressivos tricíclicos (TCAs) e os inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs) no tratamento de pacientes ambulatoriais com depressão não bipolar (DeRubeis et al., 2005; Hollon et al., 1992; Murphy, Simmons, Wetzel e Lustman, 1984) e um inibidor da monoaminoxidase (IMAO) no tratamento de de pacientes ambulatoriais com depressão atípica (Jarrett et al., 1999). Embora muitos estudos não tenham incluído condições com placebo, os estudos de Jarrett e colaboradores e de DeRubeis e colaboradores (2005) concluíram que os tratamentos ativos são superiores aos placebos. Em uma metanálise de DeRubeis, Gelfand, Tang e Simons (1999) sobre o resultado de tratamentos em quatro estudos com pacientes ambulatoriais gravemente deprimidos, a terapia cognitiva foi equivalente à medicação antidepressiva (imipramina ou nortriptilina). Um estudo de Bhar e colaboradores (2008) em 16 semanas de tratamento, concluiu que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a farmacoterapia (paroxetina) produziram trajetórias semelhantes de mudança em sintomas cognitivos e vegetativos de depressão maior.

Apenas dois estudos que incluíam placebo concluíram que a terapia cognitiva era menos eficaz do que a intervenção psicofarmacológica. O primeiro

foi o NIMH *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP), sobre depressão moderada a grave em adultos. O segundo foi o estudo multicêntrico *Treatment for Adolescents with Depression Study* (TADS) para redução de sintomas depressivos em adolescentes.

O NIMH-TDCRP foi o primeiro estudo importante a incluir uma condição placebo. Os resultados iniciais do TDCRP (Elkin et al., 1989) sugeriam taxas mais reduzidas de melhora com a TCC do que estudos anteriores. Também parecia que com grupos de pacientes mais gravemente deprimidos, a psicoterapia interpessoal e os antidepressivos poderiam ser superiores à TCC. A alta visibilidade e o prestígio do estudo do NIMH-TDCRP geraram muito debate (Hollon, DeRubeis e Evans, 1996; Wolpe, 1993), pois parecia que os benefícios da TCC na fase aguda do tratamento poderiam ter sido superestimados em estudos anteriores. Contudo, examinando posteriormente os dados, Elkin, Gibbons, Shea e Shaw (1996) reconheceram a observação de Jacobson e Hollon (1996) de que as pesquisas variavam segundo os locais, com a terapia cognitiva tendo um desempenho igual ao da medicação em um dos três locais com pacientes gravemente deprimidos. Jacobson e Hollon observaram que os melhores resultados foram obtidos onde havia terapeutas mais experientes. Hollon e colaboradores (2002, p.62) “suspeitam de que a explicação não é que a terapia cognitiva não consegue ser eficaz com esses pacientes, e sim que o conhecimento do terapeuta pode fazer muita diferença, e essa diferença aumenta com a dificuldade de tratar a depressão”. Além disso, um estudo de Albon e Jones (2003) levantou a questão da diferenciação dos dois tipos de tratamentos psicoterápicos no TDCRP. Albon e Jones, terapeutas especializados em TCC e psicoterapia interpessoal, desenvolveram protótipos de regimes ideais de seus próprios tratamentos. A seguir, transcrições reais das sessões de tratamento do TDCRP foram comparadas a esses protótipos dos especialistas. Albon e Jones concluíram que ambas as sessões de TCC e de psicoterapia interpessoal estavam mais próximas ao protótipo cognitivo-comportamental, e que essa proximidade ao protótipo cognitivo-comportamental produzia correlações mais positivas com medidas de resultados entre ambos os tipos de tratamento. Talvez seja por isso que Quilty, McBride e Bagby (2008) encontraram resultados equivalentes com psicoterapia interpessoal, TCC e farmacoterapia, e Peeters e colaboradores (2013) encontraram índices semelhantes de remissão com TCC, psicoterapia interpessoal, e ambos os tratamentos combinados com medicação. Da mesma forma, Luty e colaboradores (2007) concluíram que a psicoterapia interpessoal e a TCC foram igualmente eficazes em termos gerais, mas

(em contraste com o estudo NIMH TDCRP) consideraram a TCC mais eficaz para depressão grave.

Em uma análise mais aprofundada do mesmo conjunto de dados usado no estudo de Luty e colaboradores (2007), Joyce e colaboradores (2007) concluíram que a comorbidade com os transtornos de personalidade e transtorno depressivo maior prejudicou a resposta ao tratamento com psicoterapia interpessoal, mas não com TCC. Bellino, Zizza, Rinaldi e Bogetto (2007) concluíram que a psicoterapia interpessoal e a TCC (cada uma combinada com fluoxetina) foram igualmente eficazes no tratamento da depressão em pacientes com personalidade *borderline* e transtorno depressivo maior. Fournier e colaboradores (2008) constataram que, em 16 semanas de tratamento, a TCC foi mais eficaz na redução da depressão do que a medicação (paroxetina) para pacientes com depressão moderada a grave e sem transtorno da personalidade, mas menos eficaz para aqueles com transtorno da personalidade. Esse estudo não incluiu pacientes com transtornos da personalidade *borderline*, esquizotípica ou antisocial. Ainda não está clara a eficácia da TCC (sozinha ou como complemento ao tratamento psicofarmacológico) para transtornos depressivo maior e da personalidade, coexistentes.

Alguns autores argumentaram que as principais psicoterapias são praticamente iguais em eficácia, independentemente do transtorno estudado. Para testar essa hipótese, uma recente metanálise examinou se a TCC era superior a outras formas de psicoterapia em vários transtornos (Tolin, 2010). Os resultados mostraram que, *em todos os transtornos incluídos no estudo*, a TCC foi superior à terapia psicodinâmica, embora não às terapias interpessoal e de apoio, no pós-tratamento e no seguimento. No entanto, a análise constatou que a TCC foi significativamente superior às terapias alternativas estudadas para *transtornos depressivos e de ansiedade*. Tolin (2010) concluiu que “estes resultados vão contra afirmações anteriores sobre equivalência de tratamentos e sugerem que a TCC deve ser considerada um tratamento psicossocial de primeira linha, pelo menos para os pacientes com transtornos de ansiedade e depressão” (p. 710).

Os multicêntricos TADS (2004) para redução de sintomas depressivos em adolescentes concluíram que a combinação de medicação (fluoxetina) e TCC produziu o resultado mais positivo e que a medicação, isolada, só foi superior ao placebo, mas que a TCC sozinha não diferiu significativamente do placebo. Essas conclusões foram baseadas em resultados obtidos em 12 semanas. Análises (TADS, 2007) sobre os resultados obtidos nas Semanas 18, 24 e 36, no entanto, indicaram que, na Semana 36, a eficácia da TCC aumentou significativamente e foi equivalente à medicação, e

que a combinação de medicação e TCC foi um pouco mais eficaz do que a TCC ou medicação sozinhas.

Spirito, Esposito-Smythers, Wolff e Uhl (2011) concluíram recentemente uma revisão atualizada de estudos sobre resultados referentes à TCC para depressão na adolescência e tendências suicidas. Eles resumiram os dados sobre depressão concluindo: “A TCC para depressão em adolescentes recebeu sustentação considerável na literatura de pesquisa. TCC individual e em grupo, com e sem o componente relacionado aos pais, parece estar bem estabelecida e/ou ser eficaz para a maioria dos participantes”. Em relação à TCC e a tendências suicidas em adolescentes, os autores concluíram que “a maioria dos estudos sobre TCC para adolescentes deprimidos constatou uma redução na ideação suicida, independentemente do formato da TCC (ou seja, individual, ou em grupo). Deve-se observar que também foram encontradas reduções nas tendências suicidas em resposta a terapia de família, terapia de apoio e farmacoterapia. No entanto, enquanto várias formas de terapia resultaram em reduções comparáveis em tendências suicidas em adolescentes, a TCC tem se mostrado a mais promissora na redução simultânea de diagnósticos/sintomas de TDM e ideação suicida”.

Vários estudos não consideraram a combinação de TCC e drogas superior a qualquer tratamento isolado com pacientes ambulatoriais deprimidos na fase aguda do tratamento (Biggs e Rush, 1999; Evans et al., 1992; Hollon, Shelton e Loosen, 1991; Scott, 1996a; Shaw e Segal, 1999). O aumento da eficácia parece ser pequeno na fase aguda do tratamento – na melhor das hipóteses, de 10 a 20% (Conte, Plutchik, Wild e Karasu, 1986). Estudos sobre o tratamento com pacientes deprimidos internados sugerem resultados benéficos quando a TCC é combinada com medicação (Bowers, 1990; Miller, Norman, Keitner, Bishop e Dow, 1989; Stuart e Bowers, 1995; Wright, 1996). Embora a terapia cognitiva pareça ser um complemento útil ao tratamento padrão com pacientes internados, não fica claro se a terapia cognitiva sozinha é suficiente (Hollon et al., 2002).

Na tentativa de tornar a terapia cognitiva tradicional mais disponível e/ou financeiramente acessível ao público em geral, têm-se explorado TCCs em grupo (TCCG) e pela internet (TCCI). Em uma revisão sobre TCCI cujos dados se acumulam rapidamente, Johansson e Andersson (2012) concluíram que há sustentação crescente à eficácia da TCCI guiada (materiais de autoajuda estruturados e contato com o terapeuta por *e-mail*) em comparação com a TCCI não guiada (nenhum contato com terapeuta). A pesquisa indica que a TCCI guiada tem eficácia comparável à terapia presencial; tratamentos adaptados a cada pa-

ciente (que incluem outras técnicas específicas para diagnósticos coexistentes) são superiores aos tratamentos não adaptados (que usam o mesmo material para todos os pacientes) com depressão grave.

Quanto à TCCG, uma metanálise recente (Feng et al., 2012) sobre estudos publicados de 2000 a 2010 revelou que a TCCG foi mais eficaz com depressão leve a moderada. O efeito diminuiu à medida que aumentou a gravidade da depressão. A duração ideal da sessão foi de 60 a 90 minutos. Exercícios para fazer em casa melhoraram os resultados. Índices de rotatividade mais elevadas foram relacionadas a resultados inferiores. Feng e colaboradores (2012) constataram um pequeno efeito sobre os índices de recaída em seis meses. Os índices foram mais baixos, sem sintomas residuais de pós-tratamento.

Pesquisas sobre prevenção de recaída¹

Ainda que a ampla maioria dos pacientes se recupere de um episódio de depressão, eles permanecem vulneráveis à depressão futura.

A recorrência é um grande problema para muitos indivíduos que sofrem de depressão: pelo menos 50% das pessoas que têm um episódio depressivo terão outro dentro de 10 anos. As que têm dois têm uma chance de 90% de ter um terceiro, ao passo que indivíduos com três ou mais episódios durante a vida têm taxas de recaída de 40% dentro de 15 semanas da recuperação de um episódio. (Kupfer, Frank e Wamhoff, 1996, p. 293).

Outros investigadores estimaram que 85% dos pacientes com depressão unipolar têm probabilidades de vivenciar recorrências (Keller e Boland, 1998, p. 350). Wang (2004), em um seguimento de seis anos, constatou que 49,8% dos pacientes tratados para depressão maior desenvolveram episódios subsequentes do transtorno. Como esses números mostram claramente, há uma necessidade urgente de termos tratamentos que sejam capazes de minimizar ou mesmo prevenir a recaída.

Consideramos como uma descoberta muito animadora no tratamento da depressão com terapia cognitiva a observação constante (Paykel, 2007) de que os pacientes tratados com terapia cognitiva isolada ou combinada com medicação têm resultados muito melhores em termos de recaída do que aqueles tratados só com medicação (quando ambos os tratamentos são interrompidos no encerramento da terapia). Apesar das diferenças em características das amostras e metodologias nos diferentes estudos, a terapia cognitiva parece ter propriedades profiláticas importantes. Após seguimento de um ano, diversos

estudos relataram taxas menores de recaída para pacientes tratados com terapia cognitiva do que para os tratados com antidepressivos. Simons, Murphy, Levine e Wetzel (1986) encontraram taxas de recaída de 12% com a terapia cognitiva *versus* 66% com antidepressivos; Bowers (1990) encontrou taxas de recaída de 20% com terapia cognitiva *versus* 80% com antidepressivos; Shea e colaboradores (1992) relataram 9% de recaída com terapia cognitiva *versus* 28% com antidepressivos; Hollon e colaboradores (2005) informaram taxas de recaída de 31% com terapia cognitiva *versus* 76% com antidepressivos. Os resultados da mais extensa metanálise até o momento revelaram que, “em média, somente 29,5% dos pacientes tratados com terapia cognitiva tiveram recaída *versus* 60% dos tratados com antidepressivos” (Gloaguen, Cottraux, Cucherat e Blackburn, 1998, p. 68). Os benefícios profiláticos da terapia cognitiva são muito significativos porque

não há evidências de que a farmacoterapia proporcione qualquer proteção contra o retorno dos sintomas após o tratamento ser encerrado.² Como a maioria dos indivíduos deprimidos terá vários episódios, a capacidade de uma intervenção impedir o retorno dos sintomas após o tratamento deve ser pelo menos tão importante quanto sua capacidade de tratar o episódio presente. (Evans et al., 1992, p. 802).

Uma preocupação relacionada a isso – e uma das mais destacadas, mas não associada exclusivamente aos agentes psicotrópicos – é a presença de sintomas residuais após o tratamento: “O tratamento da depressão por meios farmacológicos provavelmente deixará uma quantidade substancial de sintomas residuais na maioria dos pacientes” (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti e Belluardo, 1998, p. 820). Inevitavelmente, os pacientes que melhoram com antidepressivos continuam a manifestar alguns dos sintomas de depressão e, como concluíram vários investigadores, a menos que os pacientes se recuperem integralmente, os sintomas residuais aumentam o risco de recaída (Evans et al., 1992; Fava, Rafanelli, Grandi, Conti et al., 1998; Hardeveld, Spijker, de Graaf, Nolen e Beekman, 2010; Keller e Boland, 1998; Rush et al., 2006).

Um grupo de investigadores preocupados com o risco de recaída associado aos sintomas residuais observou sintomas tardios após o tratamento com fluoxetina, concluindo que

mesmo entre sujeitos dos quais se afirma terem respondido integralmente à fluoxetina 20 mg por cinco semanas, mais de 80% tinham um ou mais sintomas residuais conforme o DSM-III-R para transtorno depressivo maior, mais

de 30% tinham três ou mais sintomas, e 10,2% cumpriam os critérios para depressão menor ou subsindrômica [...]. Essas conclusões implicam que os sintomas depressivos mínimos são pro-dômicos e aumentam o risco de se desenvolver um episódio inicial total de depressão grave. (Nierenberg et al., 1999, pp. 224-225).

Concluiu-se que a terapia cognitiva é eficaz na redução de sintomas residuais e da recaída após a suspensão da medicação: “A TCC de curto prazo, após terapia com medicação antidepressiva bem-sucedida, teve efeito substancial na taxa de recaída após a descontinuação da medicação antidepressiva. Os pacientes que receberam TCC informaram uma taxa de recaída substancialmente mais baixa (25%), no seguimento de dois anos, do que os que foram designados a [administração clínica] (80%)” (Fava, Rafanelli, Grandi, Conti et al., 1998, p. 818). Os benefícios de proteção proporcionados pela terapia cognitiva ainda são observáveis em um estudo de seguimento de quatro anos, embora tendam a desaparecer após seis anos (Fava, Rafanelli, Grandi, Canestrari e Morphy, 1998). Outro estudo concluiu que apenas 5% do grupo “tratado com TCC e recuperado” buscou mais tratamento em comparação com 39% do grupo que recebeu antidepressivos (ver Williams, 1997). Paykel e colaboradores (1999) encontraram taxas de recaída cumulativas significativamente mais baixas em 68 semanas, em pacientes que receberam 16 sessões de TCC após uma resposta parcial à farmacoterapia. Bockting e colaboradores (2005) compararam tratamento tradicional (TT, que incluía continuação da medicação) com TT acrescida de terapia cognitiva breve, e encontraram recaída significativamente mais baixa em pacientes com cinco ou mais episódios anteriores de depressão. As taxas de recaída foram de 72% para TT *versus* 46% para TT acrescida de terapia cognitiva breve.

Uma estratégia preventiva usada por psiquiatras para lidar com as altas taxas de recaída associadas à medicação antidepressiva é a “medicação continuada”, que é o tratamento de manutenção de longo prazo (e, em muitos casos, para toda a vida) (Evans et al., 1992; Fava et al., 1998; Thase, 1999) – geralmente na mesma dosagem dada na fase aguda do tratamento. As pesquisas comparando índices de recaída em pacientes que continuam a medicação no longo prazo com aqueles tratados e depois retirados da terapia cognitiva não sugerem uma vantagem significativa a essa prática. Por exemplo, DeRubeis e colaboradores (2005) concluíram que ambos os grupos tiveram taxas de recaída equivalentes (40%); Hollon e colaboradores (2005) encontraram 31% de recaída quando tratados e depois retirados da terapia cognitiva, comparados com 47% que tiveram

recaída quando tratados com medicação continuada. Fournier e colaboradores (2008) descobriram que os pacientes com depressão maior e transtorno da personalidade que responderam positivamente a 16 semanas de TCC, com três sessões de reforço opcionais ao longo de 12 meses, apresentaram melhora contínua superior com a TCC, em comparação à retirada da farmacoterapia e melhoria equivalente à farmacoterapia com a continuação ao longo desses 12 meses. Dobson e colaboradores (2008) acompanharam pacientes que responderam a um tratamento de TCC, ativação comportamental ou farmacoterapia para depressão aguda. Durante um seguimento de dois anos, os pacientes de psicoterapia não receberam mais tratamento e os pacientes de farmacoterapia receberam a continuação dessa farmacoterapia ou de comprimidos de placebo. Eles constataram que a TCC proporcionou a proteção mais forte; ambas as psicoterapias foram equivalentes à farmacoterapia com continuação; ambas as psicoterapias foram superiores a continuação de placebo.

Alguns pesquisadores apontaram a natureza tautológica dessa solução: “O tratamento com medicamentos resultou em um índice de recaída mais elevado do que a terapia cognitivo-comportamental; portanto, os pacientes devem ser mantidos com medicamentos para prevenir a recaída” (Antonuccio, Danton e DeNelsky, 1995, p. 578). Embora os medicamentos ainda sejam a forma inicial e mais prescrita de tratamento para depressão maior nos Estados Unidos (Antonuccio et al., 1995; Cipriani et al., 2009), bem como o método mais usado para manter os ganhos do tratamento (Geddes et al., 2003), três pontos importantes precisam ser considerados: interrupção precoce, efeitos iatrogênicos da farmacoterapia e relação custo-benefício.

A pesquisa mostrou que “um grupo razoável de pacientes escolhe não continuar a farmacoterapia no longo prazo, na ausência de sintomas depressivos ou não consegue tomar a medicação por causa de um problema médico que impede o uso de antidepressivos, ou sofre efeitos colaterais intoleráveis” (Spanier, Frank, McEachran, Grochocinski e Kupfer, 1999, p. 250). Embora os medicamentos “de primeira linha” mais recentes sejam mais toleráveis do que os mais antigos, 70% dos pacientes continuam a ter sintomas depressivos importantes com um desses medicamentos, e até 50% interrompem os testes devido a efeitos colaterais indesejados (Connolly e Thase de 2012). Thase (2011) observou que várias combinações de antidepressivos são amplamente prescritas como resultado de problemas com resposta insuficiente ou ausente, embora ainda não tenham sido realizados ensaios clínicos controlados e adequadamente elaborados nessas combinações.

Em relação aos efeitos iatrogênicos, um grupo de pesquisadores concluiu que “há muitas evidências de que os antidepressivos não são tratamentos benéficos [...]. Muitos antidepressivos são cardiotoxícos, têm efeitos colaterais perigosos e são usados com frequência em tentativas de suicídio [...]. [Eles também] resultam em conformidade mais baixa do que a psicoterapia, têm maior taxa de abandono e resultam em uma taxa de não resposta de até 60% com algumas populações de pacientes” (Antonuccio et al., 1995, p. 581). Deve-se observar que a psicoterapia também pode ter efeitos colaterais indesejados e indesejáveis (Mohr, 1995), mas muito pouco se sabe sobre os efeitos negativos associados à terapia cognitiva.

A terceira consideração é a relação custo-benefício do tratamento. As pesquisas sobre o tema são surpreendentemente limitadas. Antonuccio, Thomas e Danton (1997) realizaram uma análise de custo-benefício em vários estudos sobre resultados de tratamentos para depressão e descobriram que, durante um período de dois anos, o custo do tratamento apenas com fluoxetina foi 33% maior do que o da TCC individual, e que o custo do tratamento combinando fluoxetina com TCC foi 23% maior do que apenas TCC. Um estudo australiano (Vos, Corry, Haby, Carter e Andrews, 2005) analisou os custos e os benefícios de TCC e drogas no tratamento episódico e de manutenção para depressão. Eles concluíram que o tratamento de manutenção com ISRS foi opção mais cara, quase o dobro de biblioterapia, TCC em grupo, TCC individual e TCAs. Scott, Palmer, Paykel, Teasdale e Hayhurst (2003) examinaram a relação custo-benefício da prevenção de recaída em depressão comparando a TCC como tratamento auxiliar aos antidepressivos e manejo clínico, e apenas com antidepressivos e manejo clínico, em um período de 17 meses. Eles descobriram que acrescentar TCC foi mais caro, mas também mais eficaz, na redução dos índices cumulativos de recaída (os índices de recaída foram de 29% com TCC auxiliar e 47% sem TCC auxiliar). Eles chamam atenção sobre terem observado que os custos associados à TCC auxiliar em seu estudo foram uma “pior hipótese” porque o seguimento durou apenas 17 meses; outras pesquisas (como observado na seção anterior) demonstraram manutenção dos ganhos e reduziram os índices de recaída em até seis anos com a TCC. Sava, Yates, Lupu, Szentogatai e David (2009) realizaram uma comparação de custos de TCC, terapia racional-emotiva e farmacoterapia (fluoxetina), e concluíram que os três tratamentos foram igualmente eficazes na redução dos sintomas, mas ambas as psicoterapias tiveram uma relação custo-benefício melhor do que a farmacoterapia em relação ao número de dias livres de depressão por mês, durante 40 semanas. Embora

não tenham feito comparações estatísticas formais de custos entre as condições de tratamento, Dobson e colaboradores (2008) observaram que o “custo acumulado do uso contínuo de medicamentos provou ser maior até o fim do primeiro ano de seguimento neste estudo” (p. 471). Scott e colaboradores (2003) argumentaram que os custos ajustados progressivamente ao longo do tempo até a recaída devem ser levados em conta na tomada de decisão sobre o valor de vários tratamentos. Esses resultados sugerem que a TCC, seja isoladamente ou em combinação com medicamentos, pode melhorar a relação custo-benefício, particularmente quando os custos mais elevados no curto prazo para tratamentos combinados são comparados com resultados melhores e custos marginais menores no longo prazo.

Quais são a frequência e a duração ideais das sessões de terapia cognitiva para que seja eficaz, tanto no encerramento e no seguimento de longo prazo? De acordo com Sacco e Beck (1995, p. 332):

Orientações gerais sugerem 15 a 25 sessões (de 50 minutos) em intervalos semanais, com clientes mais gravemente deprimidos, que geralmente requerem encontros duas vezes por semana nas primeiras quatro a cinco semanas. Para evitar um encerramento abrupto, recomenda-se um processo de “redução gradual”, com as últimas sessões ocorrendo uma vez a cada duas semanas. Após o encerramento, alguns clientes também podem precisar de algumas sessões de reforço (quatro ou cinco são comuns).

Alguns autores observaram que tratamentos mais longos podem ser necessários para uma recuperação total e mais duradoura (Elkin et al., 1996; Thase, 1992). Pesquisa de Jarrett e colaboradores (2001) sugere que os índices de recaída em pacientes de alto risco com uma idade precoce de início ou remissão instável poderão ser reduzidos ainda mais com *terapia cognitiva em fase de continuação* (TC-C), que consiste em 10 sessões (duas vezes por semana nos primeiros dois meses e uma vez por mês durante os seis meses seguintes) após a fase aguda do tratamento. A fase de continuação têm foco na prevenção de recaída e na generalização de habilidades (em diferentes respostas, ambientes, estímulos e momentos). Esta estratégia é sustentada por estudos (Jarrett et al., 2001; Vittengl, Clark, Dunn e Jarrett, 2007; Vittengl, Clark e Jarrett, 2009) com o objetivo de prevenir a recaída em pacientes que respondem a uma série de modalidades de tratamento (farmacoterapia, psicoterapia interpessoal e/ou TCC) para a fase aguda da depressão. Embora mais pesquisas estejam sendo feitas sobre essa estratégia Jarrett e Thase (2010),

Jarrett, Vittengl e Clark (2008) sugeriram o uso de escores de uma série de medidas (Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton, Inventário de Depressão de Beck [BDI], o Inventário para Sintomatologia Depressiva e a Avaliação de Seguimento de Intervalo Longitudinal) para ajudar os terapeutas cognitivos a decidir quantas sessões a mais podem ser necessárias para ajudar a evitar recaída ou recorrência.

Outra alternativa para prevenir a recaída é a terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (TCBM), desenvolvida por Teasdale, Segal e Williams (1995). A TCBM se baseia em estratégias de aceitação e meditação que também são fundamentais para a terapia comportamental dialética para personalidade *borderline* (Linehan, 1993a, 1993b). “A TCBM visa conscientizar os participantes sobre pensamentos, sentimentos e sensações corporais indesejados, e mudar sua relação com eles, para que não os evitem nem reajam a eles de forma automática, e sim respondam de forma intencional e hábil” (Ma e Teasdale, 2004, p. 32). Teasdale e colaboradores (Ma e Teasdale, 2004; Teasdale, 1997a, 1997b; Teasdale et al., 1995, 2002) argumentaram que o principal mecanismo de mudança terapêutica na terapia cognitiva reside em se distanciar ou descentrar da cognição em vez de alterar o conteúdo dos pensamentos. Dois estudos realizados sobre TCBM descobriram que o TAU (tratamento usual) seguido por TCBM, em comparação com apenas TAU, reduziu significativamente a recaída em pacientes com três ou mais episódios de depressão. No primeiro estudo, 66% recaíram apenas com TAU, em comparação com 37% com TAU seguido de TCBM (Teasdale et al., 2000). No segundo estudo, 78% recaíram apenas com TAU, e 36% com TAU seguido de TCBM (Ma e Teasdale, 2004). Ampliando o período de acompanhamento até dois anos, Matthew, Whitford, Kenny, e Denson (2010) concluíram que TAU seguido por TCBM foi mais eficaz do que apenas TAU na “diminuição de sintomas depressivos, preocupação e ruminação, e na melhora das habilidades de *mindfulness*” (p. 998), mas observaram um enfraquecimento dos efeitos ao longo do tempo, que parece estar relacionado à quantidade de prática formal da TCBM.

Embora pesquisadores anteriores (Segal, Williams e Teasdale, 2002) tenham presumido que a dificuldade de concentração e o pensamento negativo durante um episódio depressivo impediriam o treinamento em habilidades de controle de atenção com TCBM, van Aalderen e colaboradores (2012) descobriram recentemente que TCBM mais TAU, em comparação com apenas TAU, apresentaram ganhos equivalentes em eficácia para pacientes em remissão e para aqueles atualmente deprimidos. Manicavasagar, Perich e Parker (2012) também examinaram a eficá-

cia da TCBM na redução da depressão presente. Eles compararam TCCG e TCBM, e encontraram melhorias equivalentes em depressão. Curiosamente, não encontraram diferenças significativas entre as duas condições em escores de atenção plena ou ruminação. O potencial de redução dos custos associados a tratamentos que podem ser implementados em grupo sugere que eles podem ser interessantes não só para prevenir recaídas, mas também para depressão presente.

A pesquisa sobre depressão crônica

Como mostram os dados anteriores, a TCC demonstrou ser um tratamento eficaz em uma ampla variedade de populações deprimidas. No entanto, muitos pacientes deprimidos ainda não respondem ao tratamento. A depressão resistente aos tratamentos atuais continua sendo um grave problema de saúde pública. De 40 a 50% dos pacientes podem não completar ou não responder ao tratamento com TCC para depressão aguda (DeRubeis et al., 2005; Jarret e Thase, 2010). Cinquenta por cento não atingem remissão completa dos sintomas depressivos após dois ensaios de medicamentos (Mathys e Mitchell, 2011; Rush et al., 2006; Trivedi et al., 2006). Wiersma e colaboradores (2008) observam, a partir da atual pesquisa, que 20% das depressões persistem após dois anos e que de 25 a 35% dos pacientes ambulatoriais em saúde mental sofrem de depressão crônica.

Com base em pesquisas existentes, McCullough (2003) afirmou que há diferenças qualitativas entre formas crônicas e não crônicas de depressão, e que elas demandam diferentes estratégias de tratamento. De acordo com o autor, a pesquisa “mostra que os transtornos crônicos, quando comparados à depressão maior aguda/episódica (tanto episódios individuais quanto recorrentes, com recuperação completa entre eles), diferem significativamente em termos de idade de início, padrões de desenvolvimento clínico, história do desenvolvimento, perfis de comorbidade modal do Eixo II, índices característicos de resposta ao tratamento, porcentagens de recaída previsíveis e necessidade de tratamento no longo prazo” (p. 243). Ele observa que essas diferenças, em grande parte, não foram abordadas na literatura sobre o tratamento; consequentemente, o trabalho terapêutico feito por psicólogos, psiquiatras e assistentes sociais foi conduzido como se os pacientes com depressão fossem uma população indiferenciada. Young, Klosko e Weishaar (2003) observaram que, embora a TCC tradicional seja altamente eficaz para muitos pacientes, continua havendo um número significativo que não é ajudado ou continua a ter desconforto emocional e funcionamento prejudicado, principalmente aqueles com significativas patologias de caráter. Para os que têm proble-

mas crônicos, pode ser necessária uma abordagem de tratamento mais ampla.

Antes de discutir tratamentos específicos para a depressão crônica, descrevemos as características gerais da população. Uma idade de início precoce (geralmente na metade da adolescência, antes dos 20 anos) na forma de distímia tende a diferenciar as formas crônicas e não crônicas de depressão em 70 a 75% das populações clínicas (Keller e Boland, 1998; Keller e Hanks, 1995; McCullough, 2000). Traumas no início da vida ou relações familiares adversas (perda de um dos pais na infância, abuso sexual, físico e/ou verbal, negligência e superproteção) são mais evidentes em pessoas com depressão crônica (Chapman et al., 2004; Cong et al., 2012; Dube et al., 2001; Heim e Nemeroff, 2001; Kendler et al., 1995; Lizardi et al., 1995; Randolph e Dykman, 1998; Sachs-Ericsson, Verona, Joiner e Preacher, 2006). Entre os pacientes com distímia de início precoce que têm estresse crônico, aqueles que ainda têm histórico familiar adverso mostram um aumento na gravidade da depressão ao longo do tempo, em comparação com os que não têm esses históricos familiares adversos, mas com históricos familiares de transtorno distímico (Dougherty, Klein e Davila, 2004). Há maior prevalência de transtornos comórbidos, principalmente os da personalidade (Garyfallos et al., 1999; Pepper et al., 1995). Transtornos da personalidade do Grupo C estão associados à depressão crônica (Hayden e Klein, 2001).

Foram desenvolvidos cinco tratamentos potencialmente promissores que ampliam a TCC e podem tratar a depressão crônica. Eles são a aplicação que Harley, Sprich, Safren, Jacob e Fava (2008) fizeram do treinamento para habilidades da Terapia Comportamental Dialética (TCD) de Linehan (1993b), aplicações (Barnhofer et al., 2009; Eisendrath et al., 2011) da TCBM de Segal e colaboradores (2002); da terapia metacognitiva (MCT) de Wells e colaboradores (2012), o sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental (CBASP), de McCullough (2000), e a terapia do esquema (TE) de Young e colaboradores (2003).

Harley e colaboradores (2008) apresentaram evidências preliminares de que o treinamento de habilidades em TCD realizada em grupos pode ser uma alternativa eficaz para a depressão resistente ao tratamento. Os pacientes que não alcançaram remissão com medicação antidepressiva foram designados a uma condição de 16 sessões, uma vez por semana, de treinamento em habilidades de TCD (*mindfulness*, eficácia interpessoal, regulação emocional e tolerância do desconforto) ou a uma condição de lista de espera. Eles constataram uma melhora significativamente maior (com grandes tamanhos de efeito na

Escala de Avaliação de Hamilton e BDI) em sintomas depressivos no grupo de treinamento de habilidades em TCD. Feldman, Harley, Kerrigan, Jacobo e Fava (2009) levantaram a hipótese de que o treinamento de habilidades em TCD ajuda os pacientes a processar sua experiência emocional de uma forma que reduz, em vez de agravar, os sintomas depressivos.

Outro estudo preliminar (Barnhofer et al., 2009) e um estudo de caso (Eisendrath, Chartier e McLane, 2011) usaram com sucesso a TCBM para tratar depressão crônica. Barnhofer e colaboradores (2009) compararam TCBM mais TAU e apenas TAU, e encontraram melhora significativamente maior na TCBM acrescida de TAU em grupo. Eisendrath e colaboradores (2011) trataram com sucesso um paciente usando uma versão modificada da TCBM. Eles acrescentaram exercícios e metáforas oriundos da terapia de aceitação e compromisso (ACT; Luoma, Hayes e Walser, 2007; Zettle, 2007) e se concentraram na depressão presente em seu tratamento com TCBM. Esses resultados iniciais são intrigantes, principalmente considerando-se que os tratamentos são de duração relativamente curta e propícios para um formato de grupo.

Wells e colaboradores (2012) também realizaram um estudo preliminar no qual usaram MCT para tratar pacientes com depressão resistente ao tratamento, trabalhando controle da atenção, ruminação, preocupação e crenças metacognitivas em oito sessões de tratamento. Eles encontraram melhorias significativas, tanto no pós-tratamento quanto aos 12 meses de seguimento. Esse tratamento será foco de mais interesse se os resultados positivos puderem ser replicados em um estudo randomizado controlado.

O sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental (CBASP) de McCullough (2000) é um tratamento integrador, de duração limitada, que contém elementos de psicoterapias cognitivas, comportamentais, interpessoais e psicodinâmicas. McCullough (2003) afirma:

O tratamento começa com uma criança adulta com retardo cognitivo-emocional que traz uma visão “instantânea” negativa do mundo à sessão. O paciente crônico funciona, pelo menos na arena social interpessoal, com a mentalidade estrutural de uma criança pré-operacional de 4 a 6 anos (Piaget) [...]. Deve-se ensinar o paciente a funcionar formalmente, a perceber que seu comportamento tem consequências, a gerar empatia autêntica e a aprender a se afirmar efetivamente. A psicoterapia começa com uma “criança adulta” que deve ser ajudada a amadurecer em termos de desenvolvimento na esfera cognitivo-emotiva. (p. 247, 248).

A mudança é causada por um programa de contingência que se baseia em reforço negativo. Em primeiro lugar, expõem-se as contingências entre comportamentos e consequências. A seguir, como resultado das mudanças positivas de comportamento, o desconforto e a aflição são reduzidos ou eliminados. Três técnicas são utilizadas para gerar mudança: análise situacional, exercício da discriminação interpessoal e ensaio/treinamento de habilidades comportamentais. Dois estudos usaram CBASP com pacientes cronicamente deprimidos, ambulatoriais. O primeiro deles (Keller et al., 2000) comparou os efeitos do CBSAP isoladamente, nefazodona isolado e tratamento combinado após 12 semanas de fase aguda do tratamento. A taxa de resposta geral foi de 48% para ambas as monoterapias e de 73% para o tratamento combinado. Entre os 76% (519 de 681) que completaram o estudo, 52% responderam ao CBSAP, 55% responderam à nefazodona e 85% ao tratamento combinado. O segundo (Klein et al., 2004), um estudo de seguimento realizado um ano após esse estudo inicial, examinou a recaída e os sintomas depressivos com o passar do tempo nos pacientes que responderam ao CBSAP, comparando os efeitos da CBSAP continuada (16 sessões de 52 semanas) com somente avaliação. Houve significativamente menos recaídas e sintomas depressivos para os que estavam na CBSAP continuada. Um estudo mais recente, no entanto, apresentou resultados mistos. Kocsis e colaboradores (2009) compararam farmacoterapia aumentada com CBASP, farmacoterapia aumentada com terapia de suporte breve e apenas farmacoterapia continuada, com pacientes que não responderam e que responderam parcialmente a um ensaio inicial de medicamento. Embora 37,5% tenham tido uma resposta parcial ou remissão com esses três tratamentos, os pesquisadores não encontraram diferenças significativas entre os três grupos. Outros dois estudos estão em andamento atualmente (Schramm et al., 2011; Wiersma et al., 2008) para ajudar a esclarecer a utilidade específica do CBASP para depressão crônica.

A terapia do esquema (TE) também é uma terapia integradora (Young et al., 2003), com elementos de terapias cognitiva, comportamental, interpessoal e centradas na emoção. Hawke e Povencher (2011) observam que “a teoria do esquema de Young não tenta competir com a teoria Beckiana tradicional, e sim a amplia aos pacientes resistentes ao tratamento cujos problemas psicológicos supostamente se mantêm com fundamentos caracterológicos complexos. E o faz dando mais ênfase nas origens do desenvolvimento de psicopatologia grave” (p. 258).

Um estudo realizado por Giesen-Bloo e colaboradores (2006) encontrou resultados surpreendentemente fortes e significativos em favor da terapia do esquema em comparação com terapia focada na transferência para transtorno crônico da personalidade *borderline*. Após três anos de tratamento (sessões duas vezes por semana), 45% dos pacientes da terapia focada no esquema (comparados a 24% em terapia focada na transferência) se recuperaram completamente. Um ano depois, mais de metade (52%) dos que estavam em terapia do esquema se recuperaram totalmente (em relação a 29% em terapia focada na transferência) e dois terços (70%) dos que estavam em terapia do esquema apresentaram melhoras significativas. Além disso, os pacientes da terapia do esquema tiveram bem menos probabilidades de abandonar a terapia (27% abandonaram, e 50% abandonaram a terapia focada na transferência). Resultados ainda mais fortes foram relatados (Farrell, Shaw e Webber, 2009) para a terapia focada no esquema em grupo (GST, ver Farrell e Shaw, 2012) para pessoas com transtorno da personalidade *borderline*. Esse estudo comparou TAU individual (TCC ou psicodinâmica) mais GST auxiliar com TAU isolado. Noventa e quatro por cento dos que receberam TAU mais GST, em comparação com apenas 16% que fizeram apenas TAU, já não cumpriam os critérios para transtorno da personalidade *borderline* no fim de 20 meses de tratamento. Além disso, houve um índice de desistência de 0% na condição GST mais TAU em comparação com 25% na condição de TAU. Dado o elevado grau de semelhança entre os pacientes com doenças crônicas (históricos adversos na infância, depressão com início precoce e uma infinidade de esquemas), acreditamos que a terapia do esquema tem muitas probabilidades de ser um tratamento eficaz também para a população cronicamente deprimida. Fritz Renner, da Maastricht University, na Holanda, está realizando um estudo sobre a eficácia da terapia do esquema com depressão crônica (ver: clinicaltrials.gov/ct2/show/nct01153867).

Situação atual e pesquisas futuras sobre o tratamento da depressão

Existe um corpo considerável de pesquisa sobre tratamentos antidepressivos e cognitivos para a depressão. Certamente, ainda há incoerências suficientes na literatura para que se continue o debate e a pesquisa sobre os méritos relativos dos diferentes tratamentos para depressão. No entanto, a eficácia da terapia cognitiva para a depressão é claramente uma conclusão replicável e consistente.

Muitas perguntas importantes e não respondidas – além de conclusões de pesquisas divergentes

– provavelmente impossibilitarão aos defensores de qualquer tratamento isolado fazer recomendações firmes em favor de um tratamento para depressão em detrimento de outro, em diferentes transtornos e populações. No espírito da ênfase de Beck nas hipóteses e protocolos testáveis, e por meio de estudos mais sofisticados, esperamos que seja possível avaliar quais tipos de pacientes deprimidos se beneficiarão mais de qual tipo de tratamento, ou combinação de tratamentos, e em que sequência.

O restante deste capítulo é dedicado a descrever o modelo cognitivo de depressão e a terapia do esquema, detalhar as características básicas da terapia cognitiva e demonstrar suas aplicações à depressão na prática clínica.

MODELO COGNITIVO DE DEPRESSÃO

O modelo cognitivo parte da premissa de que a cognição, o comportamento e a bioquímica são todos componentes importantes dos transtornos depressivos. Não os consideramos como teorias concorrentes da depressão, e sim como níveis diferentes de análise. Cada abordagem de tratamento tem seu próprio *foco de conveniência*. O farmacoterapeuta intervém em nível bioquímico. O terapeuta cognitivo intervém nos níveis cognitivo, afetivo e comportamental. Nossa experiência sugere que quando alteramos crenças depressivas, mudamos simultaneamente o humor característico, o comportamento e, como sugerem algumas evidências (Free, Oei e Appleton, 1998; Joffe, Segal e Singer, 1996), a bioquímica da depressão. Embora o mecanismo exato da mudança permaneça sendo alvo de investigação, especulação e debate consideráveis (Barber e DeRubeis, 1989; Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue e Hayes, 1996; Crews e Harrison, 1995; DeRubeis et al., 1990; DeRubeis e Feeley, 1990; Hayes e Strauss, 1998; Oei e Free, 1995; Oei e Shuttlewood, 1996; Shea e Elkin, 1996; Sullivan e Conway, 1991; Whisman, 1993), há indicações de que a terapia cognitiva funciona por meio da alteração de crenças e propensões de processamento de informações e que diferentes aspectos da cognição cumprem papéis distintos no processo de mudança (Hollon et al., 1996, p. 314).

Nosso foco neste capítulo recai sobre as perturbações cognitivas na depressão. A pesquisa em ciência cognitiva enfatiza a importância do processamento de informações na sintomatologia depressiva (Ingram e Holle, 1992). Segundo essas teorias, a cognição de viés negativo é um processo central na depressão. Esse processo se reflete na *tríade cognitiva da depressão*: os pacientes deprimidos geralmente têm uma visão negativa de si mesmos, de seu ambiente e do

futuro. Eles se consideram inúteis, inadequados, não amáveis e deficientes. Esses pacientes veem o ambiente como algo sufocante, que apresenta obstáculos insuperáveis e que resulta continuamente em fracasso e perda. Sua visão de futuro também é sem esperança. Seus esforços serão insuficientes para mudar o rumo insatisfatório de suas vidas. Essa visão negativa do futuro costuma levar a ideação suicida e tentativas de suicídio propriamente ditas.

Pacientes deprimidos distorcem constantemente suas interpretações de eventos, de forma que mantêm visões negativas de si mesmos, do ambiente e do futuro. Beck sugere que grande parte desse processamento cognitivo distorcido ocorre fora da esfera da consciência, sob a forma de *pensamentos automáticos*, aqueles que intervêm entre eventos de vida e reações emocionais do paciente a esses eventos. Os pensamentos automáticos muitas vezes passam despercebidos ao paciente porque estão fora da consciência, porque fazem parte de uma forma repetitiva ou habitual de pensar e porque ocorrem com muita frequência. Os pensamentos automáticos costumam ser o contrário daquilo que um paciente sabe ser verdade de forma lógica e consciente, e a maioria dos pacientes, antes da terapia, não consegue detê-los por meio de processos de pensamento racional.

Esse processo de distorção cognitiva é muito mais comum em pacientes deprimidos do que nos não deprimidos. Por exemplo, uma mulher deprimida cujo marido chega em casa tarde da noite pode concluir que ele está tendo um caso com outra mulher, mesmo que não haja nenhuma outra evidência sustentando essa conclusão. Esse exemplo ilustra a inferência arbitrária, ou seja, chegar a uma conclusão que não se sustenta nas evidências disponíveis. Outras distorções são o pensamento *tudo ou nada*, a supergeneralização, a abstração seletiva e a magnificação (Beck et al., 1979).

TEORIA DO ESQUEMA

Segundo evoluções subsequentes dentro do modelo cognitivo, um fator predisponente importante para muitos pacientes com depressão é a presença de esquemas (Stein e Young, 1992; Young, 1990/1999).³ Beck (1976) enfatizou a importância de esquemas na depressão e deu a seguinte definição:

Um esquema é uma estrutura cognitiva para selecionar, codificar e avaliar os estímulos que têm influência sobre o organismo. . . . Com base nessa matriz de esquemas, o indivíduo consegue se orientar em relação ao tempo e ao espaço e categorizar e interpretar as experiências de uma maneira que tenham sentido. (p. 233)

Beck, Freeman e colaboradores (1990) também observaram:

No campo da psicopatologia, o termo “esque-ma” tem sido aplicado a estruturas com conteúdo idiossincrático altamente personalizado que são ativadas durante transtornos como a depressão, ansiedade, ataques de pânico e obsessões, e se tornam influentes.... Sendo assim, na depressão clínica, por exemplo, os esquemas negativos estão em ascendência, resultando em um viés negativo sistemático na interpretação e na lembrança de experiências, bem como nas previsões de curto e longo prazo, enquanto esquemas positivos se tornam menos disponíveis. É fácil que pacientes deprimidos vejam os aspectos negativos de um evento, mas é difícil de ver os positivos. Eles conseguem se lembrar de eventos negativos com muito mais prontidão que dos positivos. Eles dão mais peso às probabilidades de desfechos indesejáveis que às dos positivos. (p. 32)

Também se reconhece cada vez mais que “concentrar-se em esquemas principais é fundamental para a terapia de curto prazo eficaz” (Freeman e Davison, 1997, p. 8).

Por meio da observação clínica, Young identificou um subconjunto de esquemas que ele chama de *esquemas iniciais mal-adaptativos (EIDs)*: “Esquemas iniciais mal-adaptativos são temas extremamente estáveis que se desenvolvem durante a infância e são elaborados ao longo da vida do indivíduo, e que são disfuncionais em um grau significativo” (Young, 1990/1999, p. 9). Os 18 EIDs identificados por Young estão listados na Figura 7.1.⁴ De acordo com a teoria de Young (ver Young et al., 2003), os esquemas precoces⁵ resultam de uma interação entre o temperamento inato da criança e experiências negativas precoces, principalmente com pessoas significativas. As crianças constroem gradualmente pontos de vista mal-adaptativos difusos sobre si e sobre outras pessoas, que são filtrados por seus esquemas e são coerentes com eles.

Segundo Young, EIDs são (1) verdades apriorísticas sobre si mesmo e/ou o ambiente, (2) autoperpetuantes e resistentes à mudança, (3) disfuncionais, (4) muitas vezes desencadeadas por alguma mudança ambiental (p. ex., perda de emprego ou parceiro), (5) ligadas a elevados níveis de afeto quando ativados e, (6) como observado anteriormente, costumam resultar de uma interação do temperamento da criança com experiências de desenvolvimento disfuncionais com familiares, cuidadores e pares (Young, 1990/1999). Young diz, ainda, que quando um EID é acionado, determinadas memórias precoces, crenças

centrais, fortes emoções e reações fisiológicas também são ativadas. (No modelo de Young, as *crenças centrais* representam o componente cognitivo dos esquemas.)⁶

Os EIDs têm probabilidade de se desenvolver quando o ambiente não atende às principais necessidades da criança em termos de segurança, estabilidade ou previsibilidade, amor, cuidado e atenção, aceitação e reconhecimento, empatia, limites realistas e validação de sentimentos e necessidades. Quando suas principais necessidades não são satisfeitas, as crianças muitas vezes internalizam atitudes e crenças que acabam por se mostrar mal-adaptativas. Por exemplo, uma criança que é criticada repetidamente pode desenvolver um esquema de Fracasso, ou seja, uma sensação de que, não importa o que fizer, seu desempenho nunca será bom o suficiente.

O esquema geralmente ocorre fora da consciência e pode permanecer dormente até que um evento na vida o ative (p. ex., ser demitido do emprego). Nesse exemplo, uma vez que o esquema de Fracasso tiver sido ativado, o paciente categoriza, seleciona e codifica a informação de tal maneira que o esquema é mantido. Portanto, os EIDs predispoem muitos pacientes deprimidos a distorcer os eventos de uma forma característica, levando a uma visão negativa de si mesmos, do meio ambiente e do futuro.

Para os pacientes que têm um grande número de EIDs fortes e profundamente enraizados, e para os pacientes que lidam com seus esquemas evitando rigidamente certas situações de vida ou as supercompensando, concluímos que o conceito de *modos esquemáticos* (Young et al., 2003) costuma ser muito útil para entender e mudar os pensamentos, sentimentos e comportamentos dos pacientes. O trabalho com modos fortalece e desenvolve modos saudáveis e enfraquece os modos disfuncionais, aumentando, assim, o controle da pessoa sobre suas respostas.

O conceito de modo de Young é semelhante ao de um estado do ego. Um “modo” é definido como “aqueles esquemas ou operações de esquema – adaptativos ou mal-adaptativos – que estão ativos no momento para um indivíduo” (Young et al., 2003, p. 271). Os modos incluem tudo o que a pessoa estiver pensando, sentindo e fazendo em um determinado momento e, portanto, podem ser considerados como estados em vez de traços. Um modo disfuncional é ativado quando esquemas mal-adaptativos específicos surgem em emoções desconfortáveis, respostas evitativas ou comportamentos autodestrutivos que tomam conta e controlam o funcionamento de um indivíduo em determinado momento. Um indivíduo pode “virar” de um modo para outro. Quando ocorre essa mudança, suas cognições, emoções e respostas de en-

1. ABANDONO/INSTABILIDADE

Instabilidade ou *falta de confiabilidade* percebida dos que estão disponíveis para estabelecer apoio e conexão. Envolve a sensação de que as pessoas significativas não serão capazes de continuar dando apoio emocional, conexão, força ou proteção concreta, porque são emocionalmente instáveis e imprevisíveis (p. ex., surtos de raiva), não confiáveis ou não estão presentes de forma estável; porque vão morrer de uma hora para outra ou porque abandonarão o paciente por uma pessoa melhor.

2. DESCONFIANÇA/ABUSO

Expectativas de que outros irão machucar, abusar, humilhar, enganar, mentir, manipular ou levar vantagem. Geralmente, envolve a percepção de que o prejuízo é intencional ou é resultado de negligência injustificada e extrema. Pode incluir a sensação de que sempre se acaba sendo enganado por outros ou “levando a pior”.

3. PRIVAÇÃO EMOCIONAL

Expectativas de que o desejo de ter um grau adequado de apoio emocional não será satisfeito pelos outros. As três formas mais importantes de privação são:

- A. *Privação de cuidado*: ausência de atenção, afeto, carinho ou companheirismo.
- B. *Privação de empatia*: ausência de compreensão, escuta, de uma postura aberta ou compartilhamento mútuo de sentimentos.
- C. *Privação de proteção*: ausência de força, direção ou orientação por parte de outros.

4. DEFECTIVIDADE/VERGONHA

A sensação de ser imperfeito, mau, indesejado, inferior ou inválido em aspectos importantes, ou de não merecer ser amado por pessoas significativas quando se está em contato com elas. Pode envolver hipersensibilidade à crítica, rejeição e postura acusatória; constrangimento, comparações e insegurança quando se está junto de outros ou vergonha dos defeitos percebidos. Essas falhas podem ser *privadas* (como egoísmo, impulsos de raiva, desejos sexuais inaceitáveis) ou *públicas* (como aparência física indesejável, inadequação social).

5. ISOLAMENTO SOCIAL/ALIENAÇÃO

Sentimento de estar isolado do resto do mundo, de ser diferente de outras pessoas e/ou não fazer parte da comunidade.

6. DEPENDÊNCIA/INCOMPETÊNCIA

Crença de que se é incapaz de dar conta das *responsabilidades cotidianas* de forma competente sem uma considerável ajuda dos outros (p. ex., cuidar de si mesmo, resolver problemas cotidianos, exercer a capacidade de discernimento, cumprir novas tarefas, tomar decisões adequadas). Com frequência, apresenta-se como desamparo.

7. VULNERABILIDADE A DANOS OU DOENÇAS

Medo exagerado de que uma catástrofe *iminente* cairá sobre si a qualquer momento e que não se será capaz de impedi-la. Os medos se dirigem a um ou mais dos seguintes: (A) *catástrofes médicas* (p. ex., ataques cardíacos, aids); (B) *catástrofes emocionais* (p. ex., enlouquecer); (C) *catástrofes externas* (p. ex., queda de elevadores, ataques criminosos, desastres de avião, terremotos).

8. EMARANHAMENTO/SELF NÃO DESENVOLVIDO

Envolvimento emocional e intimidade em excesso com uma ou mais pessoas significativas (com frequência, os pais) à custa da individuação plena ou do desenvolvimento social normal. Muitas vezes, envolve a crença de que ao menos um dos indivíduos emaranhados não consegue sobreviver ou ser feliz sem o apoio constante do outro. Também pode incluir sentimentos de ser sufocado por outras pessoas, fundido com elas OU de insuficiente identidade individual. Com frequência, é vivenciado como uma sensação de vazio e desajeitamento, de não ter direção ou, em casos extremos, questionar a própria existência.

(continua)

FIGURA 7.1 Esquemas iniciais mal-adaptativos. Direitos autorais 1999 por Jeffrey E. Young. Reimpressa com permissão.

9. FRACASSO

Crença de que se fracassou, de que se fracassará inevitavelmente ou de que se é fundamentalmente inadequado em relação aos iguais em áreas de realização (escola, carreira, esportes, etc.). Costuma envolver a crença de que se é burro, inepto, sem talento, ignorante, inferior, menos exitoso do que os outros e assim por diante.

10. MERECIMENTO/GRANDIOSIDADE

Crença de que se é superior a outras pessoas, de merecer direitos e privilégios especiais, ou de não ter de estar sujeito às regras de reciprocidade que orientam a interação social normal. Muitas vezes, envolve a insistência de que se deveria poder fazer o que se quer, independentemente da realidade, do que outros consideram razoável ou do custo para outras pessoas; OU um foco exagerado na superioridade (p. ex., estar entre os mais bem sucedidos, famosos, ricos) para atingir *poder* ou *controle* (e não tanto para obter atenção ou aprovação). Às vezes, inclui competitividade excessiva ou dominação em relação a outros: afirmar o próprio poder, forçar o próprio ponto de vista ou controlar o comportamento de outros segundo os próprios desejos, sem empatia ou preocupação com as necessidades ou sentimentos dos outros.

11. AUTOCONTROLE/AUTODISCIPLINA INSUFICIENTES

Dificuldade geral ou recusa a exercer autocontrole e tolerância à frustração com relação aos próprios objetivos ou a limitar a expressão excessiva das próprias emoções e impulsos. Em sua forma mais branda, o paciente apresenta ênfase exagerada na *evitação do desconforto*: evitando dor, conflito, confrontação e responsabilidade ou exaustão à custa de realização pessoal, comprometimento ou integridade.

12. SUBJUGAÇÃO

Concessão excessiva do controle a outros, pois a pessoa se sente coagida, submetendo-se para evitar a raiva, a retaliação e o abandono. As duas principais formas são:

A. *Subjugação das necessidades*: supressão das próprias preferências, decisões e desejos.

B. *Subjugação das emoções*: supressão de emoções, principalmente a raiva.

Geralmente, envolve a percepção de que os próprios desejos, opiniões e sentimentos não são válidos ou importantes para outros. Muitas vezes, apresenta-se como obediência excessiva, combinada com uma hipersensibilidade a se sentir encurralado. Costuma levar a aumento da raiva, manifestada em sintomas desadaptativos (p. ex., comportamento passivo-agressivo, explosões de descontrole, sintomas psicossomáticos, retirada do afeto, atuações, abuso de substâncias).

13. AUTOSSACRIFÍCIO

Foco excessivo no cumprimento *voluntário* das necessidades de outras pessoas em situações cotidianas, à custa da própria gratificação. As razões mais comuns são: não causar sofrimento a outros; evitar culpa por se sentir egoísta; ou manter a conexão com outros que são percebidos como carentes. Muitas vezes resulta de uma sensibilidade intensa ao sofrimento dos outros. Às vezes, leva a uma sensação de que as próprias necessidades não estão sendo adequadamente satisfeitas e a ressentimento em relação àqueles que estão sendo cuidados. (Sobreposição ao conceito de codependência.)

14. BUSCA DE APROVAÇÃO/BUSCA DE RECONHECIMENTO

Ênfase excessiva na obtenção de aprovação, reconhecimento ou atenção de outras pessoas ou em se enquadrar, à custa do desenvolvimento de um sentido seguro e verdadeiro de *self*. A autoestima é dependente principalmente das reações de outros, em lugar das próprias inclinações naturais. Por vezes, inclui uma ênfase exagerada em *status*, aparência, aceitação social, dinheiro ou realizações como forma de obter *aprovação*, *admiração* ou *atenção* (não principalmente em função de poder ou controle). Frequentemente resulta em importantes decisões na vida que não são autênticas nem satisfatórias, ou em hipersensibilidade à rejeição.

(continua)

FIGURA 7.1 Continuação.

15. NEGATIVISMO/PESSIMISMO

Um foco amplo e permanente nos aspectos negativos na vida (sofrimento, morte, perda, decepção, conflito, culpa, ressentimento, problemas não resolvidos, erros potenciais, traição, coisas que podem dar errado, etc.) enquanto se minimizam ou negligenciam os aspectos positivos ou otimistas. Geralmente inclui uma expectativa exagerada – em uma ampla gama de situações profissionais, financeiras ou interpessoais – de que as coisas vão acabar dando muito errado, ou que aspectos da própria vida que parecem estar indo muito bem acabarão por desabar. Geralmente, envolve um medo exagerado de cometer erros que podem levar a colapso financeiro, perda, humilhação ou a se ver preso em uma situação ruim. Como exageram os resultados negativos potenciais, esses pacientes costumam se caracterizar pela preocupação, vigilância, queixas ou indecisão crônicas.

16. INIBIÇÃO EMOCIONAL

Inibição excessiva da ação, dos sentimentos ou da comunicação espontâneos, geralmente para evitar a desaprovação por parte de outros, sentimentos de vergonha, de perda de controle dos próprios impulsos. As áreas mais comuns da inibição envolvem: (a) inibição da *raiva* e da *agressão*; (b) inibição de *impulsos positivos* (p. ex., alegria, afeto, excitação sexual, brincadeira); (c) dificuldade de expressar *vulnerabilidade* ou *comunicar* livremente seus sentimentos, necessidades e assim por diante; ou (d) ênfase excessiva na *racionalidade*, ao mesmo tempo em que se desconsideram emoções.

17. PADRÕES INFLEXÍVEIS/ CRÍTICA EXAGERADA

Crença subjacente de que se deve fazer um grande esforço para atingir elevados padrões *internalizados* muito elevados de comportamento e desempenho, geralmente para evitar críticas. Costuma resultar em sentimentos de pressão ou dificuldade de desacelerar e em posturas críticas exageradas com relação a si mesmo e a outros. Deve envolver importante prejuízo do prazer, relaxamento, saúde, autoestima, senso de realização ou relacionamentos satisfatórios. Os padrões inflexíveis geralmente se apresentam como: (A) *perfeccionismo*, atenção exagerada a detalhes ou uma subestimação de quão bom é seu desempenho em relação à norma; (B) *regras rígidas* e ideias de como as coisas “deveriam” ser em muitas áreas da vida, incluindo preceitos morais, éticos, culturais e religiosos elevados, fora da realidade; ou (C) preocupação com *tempo* e *eficiência*, necessidade de realizar mais.

18. CARÁTER PUNITIVO

Crença de que as pessoas devem ser punidas com severidade por cometer erros. Envolve a tendência a estar com raiva, ser intolerante, punitivo e impaciente com aquelas pessoas (incluindo a si próprio) que não correspondem às suas expectativas ou padrões. Geralmente, inclui dificuldades para perdoar erros em si e nos outros, em função de uma relutância a levar em consideração circunstâncias atenuantes, permitir a imperfeição humana ou empatizar com sentimentos.

FIGURA 7.1 Continuação.

frentamento também mudam. Young e colaboradores identificaram quatro principais tipos de modos: modos de Criança (Fig. 7.2a), modos de Enfrentamento Mal-adaptativos (Fig. 7.2b), modos de Pais Disfuncionais (Fig. 7.2c), e modo do Adulto Saudável. O modo do Adulto Saudável é

a parte saudável e adulta do *self* que cumpre uma função “executiva” em relação aos outros modos. O adulto saudável ajuda a atender às necessidades emocionais básicas da criança. Construir e fortalecer o Adulto Saudável do paciente para trabalhar com os outros modos de forma mais eficaz é o objetivo primordial do trabalho com modos na terapia do esquema. (Young et al., 2003, p. 277).

Pesquisas relacionadas à teoria do esquema

Um grande número de estudos examinou os 18 EIDs, medidos pelo Questionário de Esquemas de Young (YSQ; Young, 2005). Embora os resultados variem um pouco entre diferentes populações, todos os 18 EIDs têm sido aceitos em termos gerais (Lee, Taylor e Dunn, 1999; Schmidt, 1994; Schmidt, Joiner, Young e Telch, 1995).

Muitos estudos examinaram os EIDs em pacientes deprimidos. Hawke e Provencher (2011) fizeram uma excelente revisão de pesquisas sobre EIDs em transtornos do humor (Bailieux, Romo, Kindynis, Radtchenko e Debray, 2008; Halvorsen et al., 2009; Halvorsen, Wang, Eisemann e Waterloo, 2010; Riso et al., 2003, 2006; Wang, Halvorsen, Eisemann e Water-

loo, 2010) e de ansiedade. Aumentos na maioria dos domínios esquemáticos, se não em todos, têm ficado evidentes ao se compararem pacientes deprimidos com controles que nunca ficaram doentes. Em um estudo comparando especificamente EIDs em pacientes com depressão crônica, depressão não crônica e controles saudáveis, Riso e colaboradores (2003) constataram que os dois grupos deprimidos tiveram escores mais elevados em todos os domínios esquemáticos em comparação com controles saudáveis. No entanto, os escores do grupo com depressão crônica foram mais altos em esquemas nos domínios de desconexão e rejeição, prejuízo à autonomia e ao desempenho, e supervigilân-

cia, mesmo quando os pesquisadores fizeram controle para sintomas de transtornos depressivos e de personalidade. Hawke e Provencher (2011, p. 261) observam: “Isto sugere que a depressão crônica está associada mais fortemente a EIDs do que a forma não crônica, e que essa associação não é simplesmente uma função de sintomas depressivos ou de Eixo II atuais”.

Renner e colaboradores (2012) também concluíram que os EIDs, em particular nos domínios da desconexão e rejeição, bem como autonomia e desempenho prejudicados, estão relacionados à gravidade dos sintomas depressivos. Eles observam que, de acordo com a teoria de Beck, “esses resultados

Modo de Criança	Descrição	Esquemas comumente associados
Criança vulnerável	Experimenta afeto disfórico ou ansioso, especialmente medo, tristeza, desamparo, quando está “em contato” com esquemas associados.	Abandono, Desconfiança/Abuso, Privação emocional, Defectividade, Isolamento Social, Dependência/Incompetência, Vulnerabilidade a danos ou doenças, Emaranhamento/ <i>Self</i> Não Desenvolvido, Negatividade/Pessimismo.
Criança enraivecida	Libera raiva diretamente em resposta a necessidades fundamentais não satisfeitas ou tratamento injusto relacionado a esquemas centrais.	Abandono, Desconfiança/Abuso, Privação Emocional, Subjugação (ou, às vezes, qualquer desses esquemas associado à Criança Vulnerável).
Criança impulsiva/indisciplinada	Age impulsivamente, de acordo com desejos imediatos de prazer, sem considerar limites nem necessidades ou sentimentos de outras pessoas (não está ligado a necessidades centrais).	Merecimento, Autocontrole/Autodisciplina Insuficientes.
Criança feliz	Sente-se amada, conectada, contente, satisfeita.	Nenhum. Ausência de esquemas ativados.

FIGURA 7.2A Modos de Criança. De Young, Klosko e Weishaar (2003). Direitos autorais 2003 de The Guilford Press. Reimpressa com permissão.

Modos de Enfrentamento Mal-adaptativos	Descrição
Rendição Complacente	Adota um estilo de enfrentamento baseado em complacência e dependência.
Protetor Distante	Adota um estilo de enfrentamento de retraimento emocional, desconexão, isolamento e evitação comportamental.
Supercompensador	Adota um estilo de enfrentamento caracterizado por contra-ataque e controle. Pode supercompensar por meios semiadaptativos, como trabalho em excesso.

FIGURA 7.2B Modos de Enfrentamento Mal-adaptativos. De Young, Klosko e Weishaar (2003). Direitos autorais 2003 de The Guilford Press. Reimpressa com permissão.

Modo Parental Disfuncional	Descrição	Esquemas comumente associados
Pai/Mãe Punitivo/Crítico	Restringe, critica ou pune a si mesmo ou a outros.	Subjugação, Caráter Punitivo, Defectividade, Desconfiança/Abuso (como abusador).
Pai/Mãe Exigente	Estabelece expectativas e níveis de responsabilidade altos em relação aos outros; pressiona a si ou outros para cumpri-los.	Padrões Inflexíveis, Autosacrifício.

FIGURA 7.2C Modos Parentais Disfuncionais. De Young, Klosko e Weishaar (2003). Direitos autorais 2003 de The Guilford Press. Reimpressa com permissão.

são coerentes com o modelo cognitivo da depressão, situando os esquemas ou crenças fundamentais nos domínios do fracasso, da perda e da inutilidade no centro dos sintomas depressivos” (p. 587). Em sua análise da consistência dos EIDs com tratamentos baseados em evidências (TCC e psicoterapia interpessoal [TIP], com e sem medicação) para depressão, eles descobriram que os EIDs se mantiveram relativamente estáveis ao longo do tempo (em pré e pós-tratamento). Esse resultado é coerente com a noção de Young e colaboradores (2003) sobre os EIDs como crenças estáveis, semelhantes a traços, que permanecem mesmo após o tratamento bem-sucedido dos sintomas do Eixo I. De acordo com o modelo de esquemas, esses resultados não deveriam surpreender, uma vez que nenhum dos tratamentos neste estudo visou especificamente a mudança de EIDs.

Em um estudo recente, Eberhart, Auerbach, Bigda-Peyton e Abela (2011) analisaram como os EIDs e o estresse influenciam os sintomas depressivos, comparando os dois modelos de estresse: estresse-diátese e geração de estresse. O modelo de estresse-diátese postula que os EIDs só geram vulnerabilidade à depressão ao interagir com altos níveis de estresse. O modelo de geração de estresse postula que os EIDs são fundamentais para a criação de condições de estresse que, em seguida, aumentam a depressão. Os resultados sustentam a hipótese da geração de estresse. Os pesquisadores observaram

que uma série de esquemas mal-adaptativos nos domínios da desconexão e da rejeição, prejuízo a autonomia e desempenho, e direcionamento aos outros eram preditores de geração de estressores dependentes e interpessoais. Esses estressores, por sua vez, indicavam aumento dos sintomas depressivos. Além disso, houve evidências de que esses estressores mediavam as relações entre esquemas mal-adaptativos e sintomas depressivos. Em particular, foram observados efeitos de mediação para esquemas de subjugação, esquemas de fracasso e uma série de esquemas relacionados a desconexão e rejeição” (p. 96). [Corpo] Esta pesquisa destaca a importância da segmentação de EIDs no tratamento da depressão crônica.

Nas seções a seguir, apresentamos informações sobre as características gerais e a natureza da terapia cognitiva, uma discussão sobre o processo de terapia cognitiva, e, após, dois exemplos de casos que ilustram a terapia cognitiva em ação. A paciente do primeiro caso tem uma forma não crônica de depressão e é tratada com terapia cognitiva “padrão” (como foi apresentada originalmente no livro de Beck et al., de

1979). A terapia cognitiva padrão tem foco na mudança do pensamento depressivo no presente. A paciente do segundo caso tem depressão crônica e é tratada com terapias cognitiva e do esquema. O foco da terapia do esquema, neste caso, está na identificação e na modificação dos esquemas subjacentes do paciente por meio de trabalho de modo.

CARACTERÍSTICAS DA TERAPIA

A terapia cognitiva com adultos deprimidos ambulatoriais geralmente é realizada no consultório do terapeuta. Costuma ser mais bem aplicada em *setting* individual, mas a terapia cognitiva de grupo também demonstrou êxito com muitos pacientes com esse perfil (Beutler et al., 1987; Jarrett e Nelson, 1987), embora possa não ser tão eficaz quanto o tratamento individual (Wierzbicki e Bartlett, 1987). A terapia cognitiva para depressão com auxílio de computador (sessões de 50 minutos, *versus* 25 minutos com ajuda do computador) também foi considerada eficaz (Wright et al., 2005). É comum envolver cônjuges, parceiros, pais e outros familiares no tratamento. Por exemplo, eles podem dar informações que ajudem os pacientes a testar a validade de seu pensamento em relação a como são vistos por essas pessoas. Além disso, a terapia de casal baseada no modelo cognitivo costuma ser muito eficaz para aliviar a depressão relacionada a problemas interpessoais crônicos (Beck, 1988; O’Leary e Beach, 1990).

Em nossa experiência clínica, uma série de características do terapeuta contribui para a terapia cognitiva eficaz. Em primeiro lugar, os terapeutas cognitivos deveriam demonstrar as habilidades de terapia “não específicas” identificadas por outros autores (ver, p. ex., Truax e Mitchell, 1971): devem ser capazes de transmitir cordialidade, autenticidade, sinceridade e franqueza. Em segundo, os terapeutas cognitivos mais eficazes também parecem conseguir ver os eventos da perspectiva de seus pacientes (empatia precisa). Eles conseguem suspender seus próprios pressupostos pessoais e vieses enquanto escutam os pacientes deprimidos descreverem suas reações e interpretações. Terceiro, os terapeutas cognitivos habilidosos conseguem raciocinar logicamente e planejar estratégias; eles não pensam de forma vaga. Nesse aspecto, lembram os bons advogados de tribunal, que conseguem identificar problemas às vezes sutis no raciocínio de outras pessoas e evocar de forma habilidosa uma interpretação mais convincente dos mesmos eventos. Terapeutas cognitivos habilidosos planejam as estratégias com bastante antecedência, prevenindo o resultado desejado. Quarto, os melhores profissionais dessa abordagem são ativos. Eles têm que se sentir

confortáveis ao assumir a liderança, fornecendo estrutura e orientação ao processo terapêutico.

Embora as características dos pacientes tenham recebido alguma atenção clínica (Eifert, Beach e Wilson, 1998; Padesky e Greenberger, 1995; Persons, Burns e Perloff, 1988; Shea et al., 1990), ainda não temos conhecimento adequado sobre quais delas estão relacionadas ao sucesso na terapia cognitiva. Nossa experiência sugere que os pacientes com transtorno depressivo maior (ou formas mais brandas de depressão) respondem bem à abordagem da terapia cognitiva descrita neste capítulo. Se o paciente for diagnosticado com transtornos da personalidade de Eixo II e/ou se sua depressão for crônica, a combinação das terapias cognitiva e do esquema pode ser bem mais longa e crucial na obtenção de uma resposta positiva mais completa e duradoura.

A terapia cognitiva pode cumprir um papel importante de auxílio à farmacoterapia para transtornos bipolares (Ball et al., 2006; Basco e Rush, 1996; Colom, Vieta, Martinez, Jorquera e Gastó, 1998; Craighead, Miklowitz, Vajk e Frank, 1998; Lam, Hayward, Watkins, Wright e Sham, 2005; Scott, 1996b) e é eficaz no tratamento de pacientes com depressão endógena grave (Thase, Bowler e Harden, 1991; Whisman, 1993). Evidências preliminares também sugerem que a terapia cognitiva é eficaz no tratamento de mulheres com depressão pós-parto (Bledsoe e Grote, 2006).

É recomendável avaliar a adequação dos pacientes à terapia cognitiva (Padesky e Greenberger, 1995; Safran e Segal, 1990; Safran, Segal, Vallis, Shaw e Samstag, 1993). Em nossa experiência, certas características dos pacientes são preditivas de uma resposta mais rápida. Os pacientes “ideais” de terapia cognitiva são: adequadamente introspectivos e conseguem raciocinar de forma abstrata; são organizados, bons planejadores e conscienciosos em relação a assumir responsabilidades; estão empregados ou têm um histórico de emprego; não têm raiva excessiva deles mesmos ou de outras pessoas; são menos dogmáticos ou rígidos em seu pensamento; conseguem identificar um evento que claramente precipita o episódio depressivo e têm relacionamentos íntimos com outras pessoas. A maioria dos pacientes desvia, em alguns aspectos, desse protótipo, e essas características não são essenciais para um tratamento bem-sucedido. Contudo, pacientes com mais desses atributos costumam apresentar avanços mais rápidos em sintomas depressivos por meio da terapia cognitiva.

A idade não é obstáculo, pois pacientes de várias idades parecem se beneficiar da terapia cognitiva (Beutler et al., 1987; Floyd, Scogin, McKendree-

-Smith, Floyd e Rokke, 2004; Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson e Thompson, 1990; Harrington, Wood e Verduyn, 1998; Koder, Brodaty e Anstey, 1996; Levensky e Hufford, 1997; Reinecke, Ryan e DuBois, 1998). Muitos estudos indicaram que as crianças e os adolescentes demonstram melhorias clínicas importantes após a TCC (Curry, 2001). Estudos com pacientes mais velhos mostram que “várias formas de psicoterapia cognitiva e comportamental podem ser tão eficazes no tratamento de depressão geriátrica quanto das depressões que ocorrem em momentos anteriores da vida” (Futerman, Thompson, Gallagher-Thompson e Ferris, 1995, p. 511).

COLABORAÇÃO

Um aspecto básico para a terapia cognitiva é uma relação de colaboração entre paciente e terapeuta. Quando trabalham juntos, a experiência de aprendizagem é melhorada para ambos e o espírito cooperativo que se desenvolve contribui em muito para o processo terapêutico. Igualmente importante, a abordagem colaborativa ajuda a garantir objetivos compatíveis para o tratamento, e a prevenir mal-entendidos e interpretações equivocadas entre paciente e terapeuta. Em função da importância da relação de colaboração, damos muita ênfase às habilidades interpessoais do terapeuta, ao processo de seleção conjunta dos problemas que devem ser trabalhados, ao *feedback* regular e o processo de investigação a que chamamos “empirismo colaborativo”.

Qualidades interpessoais

Como o trabalho conjunto requer que o paciente confie no terapeuta, enfatizamos as qualidades interpessoais que contribuem para a confiança. Como dito anteriormente, a cordialidade, a empatia precisa e a autenticidade são qualidades pessoais desejáveis para um terapeuta cognitivo, assim como para todos os psicoterapeutas. É importante que o terapeuta cognitivo não pareça estar cumprindo o *papel* de terapeuta. O terapeuta deve ser capaz de transmitir de forma verbal e não verbal que é sincero, aberto, preocupado e direto. Também é importante que o terapeuta não pareça estar retendo impressões ou informações ou se esquivando das perguntas. O terapeuta deve ter cuidado para não parecer crítico ou desaprovador da perspectiva do paciente.

O *rapport* entre paciente e terapeuta é crucial no tratamento de pacientes deprimidos. Quando é muito bom, os pacientes percebem o terapeuta como alguém que está sintonizado com seus sentimentos e atitudes, que é solidário e compreensivo e com quem eles podem se comunicar sem ter que expressar sentimentos em detalhe e explicar suas declarações. Nesse

caso, terapeuta e paciente se sentem confortáveis e seguros.

Uma atitude segura e profissional também é importante na terapia cognitiva. Um terapeuta deve transmitir confiança em sua capacidade de ajudar o paciente deprimido. Essa confiança pode ajudar a neutralizar a desesperança no futuro que o paciente tem inicialmente. Como a terapia cognitiva deve às vezes ser diretiva e impor estrutura, especialmente no início do tratamento, é útil manter um sentido claro de profissionalismo.

Determinação conjunta dos objetivos da terapia

O paciente e o terapeuta trabalham em conjunto para estabelecer os objetivos terapêuticos, determinar prioridades entre eles e criar uma pauta para cada sessão. Entre os problemas a serem abordados durante a terapia estão sintomas depressivos específicos (p. ex., desesperança, choro e dificuldade de se concentrar) e problemas externos (p. ex., dificuldades do casal, preocupações profissionais, preocupações com a educação dos filhos). Assim, as prioridades são determinadas de forma conjunta, segundo o nível de aflição gerada por um determinado problema e o quanto ele é tratável. Durante o período de estabelecimento da pauta de cada sessão (discutida em detalhe a seguir), o terapeuta e o paciente determinam juntos os itens a serem tratados naquela sessão. Por meio desse processo colaborativo, os problemas-alvo são escolhidos semanalmente.

O processo de seleção de problemas muitas vezes apresenta dificuldades para o terapeuta cognitivo iniciante, como não conseguir chegar a um acordo sobre problemas específicos sobre os quais se concentrar, escolha de preocupações periféricas e a tendência a passar de um problema a outro em lugar de buscar com persistência uma solução satisfatória para um problema de cada vez. Como a seleção de problemas implica estruturação e colaboração por parte do terapeuta, é necessária uma habilidade considerável.

Feedback regular

O *feedback* feito com regularidade é especialmente importante na terapia com pacientes deprimidos, sendo um ingrediente crucial no desenvolvimento e na manutenção do relacionamento terapêutico colaborativo. O terapeuta cognitivo inicia o componente de *feedback* no começo da terapia, evocando pensamentos e sentimentos do paciente sobre muitos aspectos do tratamento, como lidar com um problema específico, a maneira do terapeuta e exercícios de casa. Uma vez que muitos pacientes interpretam mal as afirmações e perguntas dos terapeutas, é somente por meio de *feedback* regular que o terapeuta pode verificar se ele e o paciente estão na mesma “sintonia”. O terapeuta

também deve estar atento a pistas verbais e não verbais para encobrir reações negativas.

Como parte do processo de *feedback* regular, o terapeuta cognitivo compartilha a fundamentação de cada intervenção. Isso ajuda a desmistificar o processo terapêutico e facilita ao paciente questionar a validade de uma determinada abordagem. Além disso, quando o paciente entende de que forma uma determinada técnica ou exercício de casa pode ajudar na solução de um problema, é mais provável que participe com consciência.

Outro elemento central do processo de *feedback* é o terapeuta verificar regularmente se o paciente compreende suas formulações. Os pacientes, por vezes, concordam com uma formulação simplesmente por complacência, e pacientes deprimidos apresentam com frequência complacência e relutância em “falar claro” com seus terapeutas, por medo de ser rejeitados ou criticados, ou de cometer um erro. Portanto, o terapeuta deve fazer um esforço extra para evocar os sentimentos ou desejos do paciente que sejam relevantes para a complacência (p. ex., ansiedade com relação a rejeição, desejo de agradar) e estar alerta em busca de pistas verbais e não verbais de que o paciente realmente possa não entender as explicações.

No fim de cada sessão, o terapeuta cognitivo faz um resumo conciso do que ocorreu e pede ao paciente para resumir e anotar os pontos principais da sessão. O paciente mantém esse resumo para rever durante a semana. Na prática, o terapeuta usa os resumos muitas vezes durante uma entrevista terapêutica padrão: na preparação da pauta, em uma recapitulação do material tratado até um momento intermediário, e no resumo final dos principais pontos da entrevista. Os pacientes em geral respondem favoravelmente à evocação de *feedback* e à apresentação de resumos. Temos observado que o desenvolvimento de empatia e *rapport* é facilitado por essas técnicas.

Empirismo colaborativo

Quando um relacionamento terapêutico colaborativo está formado de modo adequado, paciente e terapeuta funcionam como uma equipe de investigação. Embora venhamos a aprofundar a discussão sobre o processo investigativo posteriormente, é importante introduzi-lo nesse contexto do relacionamento colaborativo. Como uma equipe, paciente e terapeuta abordam os pensamentos automáticos e os esquemas da mesma maneira com que os cientistas abordam cada pergunta: cada pensamento ou esquema se torna uma hipótese a ser testada, e são coletadas evidências que sustentem ou refutem as hipóteses. Os eventos do passado, as circunstâncias do presente e as pos-

sibilidades do futuro são dados que constituem essas evidências, e a conclusão de aceitar ou rejeitar a hipótese é conjunta, à medida que paciente e terapeuta submetem as evidências à análise lógica. Também se podem formular experimentos para testar a validade de determinadas cognições. Os terapeutas cognitivos não precisam persuadir os pacientes da falta de lógica ou incoerência com a realidade, porque os pacientes “descobrem” suas próprias inconsistências. Esse processo de descoberta guiada – um método educacional amplamente aceito – é um dos componentes vitais da terapia cognitiva.

O PROCESSO DA TERAPIA COGNITIVA

Aqui, tentamos transmitir uma ideia de como as sessões da terapia cognitiva estão estruturadas e do desenvolvimento do tratamento. A discussão detalhada de técnicas específicas acontece após esta seção.

As primeiras sessões

Um objetivo terapêutico central das primeiras sessões é produzir algum alívio de sintomas. A redução do sofrimento do paciente ajuda a aumentar o *rapport*, a colaboração e a confiança no processo terapêutico. Entretanto, o alívio dos sintomas deve estar baseado em mais do que o *rapport*, empatia e a promessa implícita de “cura”. Nas primeiras sessões, o terapeuta cognitivo dá início ao processo de definir os problemas do paciente e demonstrar algumas das estratégias que serão usadas na terapia para lidar com esses problemas.

A definição dos problemas é um objetivo central dos primeiros estágios da terapia. O terapeuta trabalha em conjunto com o paciente para definir os problemas específicos dos quais tratarão nas sessões. O terapeuta cognitivo faz isso obtendo o quadro mais completo possível das dificuldades psicológicas e da vida do paciente. Ele também busca detalhes relacionados à gravidade da depressão e à sintomatologia específica. Os terapeutas cognitivos se preocupam especialmente com como os pacientes veem seus próprios problemas.

Uma vez que os problemas específicos tenham sido definidos, paciente e terapeuta estabelecem prioridade entre eles. Tomam-se decisões com base na susceptibilidade à mudança terapêutica e à centralidade do problema ou da cognição em relação à aflição emocional do paciente. Para ajudar a estabelecer as prioridades de forma eficaz, o terapeuta deve enxergar a relação entre problemas específicos, determinadas situações da vida e emoções aflitivas em particular.

Outro objetivo da sessão inicial é ilustrar a relação íntima entre cognição e emoção. Quando consegue observar a mudança de humor do paciente (p. ex., choro), o terapeuta aponta a alteração no afeto e pergunta pelos pensamentos do paciente um pouco antes

da mudança de humor. A seguir, identifica o pensamento negativo e nomeia sua relação com a mudança. Inicialmente o terapeuta dirige os exercícios de casa para ajudar o paciente a ver a conexão entre cognição e emoção.

Um requisito frequente nos primeiros estágios da terapia é dar ao paciente conhecimento sobre a terapia cognitiva. O paciente que já tenha feito terapia de orientação analítica ou rogeriana pode começar a terapia cognitiva com expectativa de uma abordagem terapêutica mais voltada ao *insight* e não diretiva. O terapeuta cognitivo pode facilitar a transição a uma abordagem mais ativa e estruturada ao manter uma postura voltada aos problemas, o que muitas vezes implica interromper gentilmente um paciente que tenda a especular em relação às fontes dos problemas e busque interpretações de parte do terapeuta.

Por fim, o terapeuta deve comunicar a importância do exercício de casa durante a sessão inicial, ao enfatizar que realizá-lo é, na verdade, mais importante que a própria terapia. O terapeuta também pode melhorar a motivação explicando que os pacientes que realizam os exercícios geralmente melhoram de forma mais rápida. A natureza e a implementação do exercício de casa são aprofundadas em uma seção posterior deste capítulo.

Progresso de uma sessão de terapia típica

Cada sessão começa com a definição de uma pauta, o que garante um uso ideal do tempo em uma abordagem relativamente de curto prazo, baseada na solução de problemas. A pauta geralmente começa com uma curta sinopse das vivências do paciente desde a última sessão, incluindo a discussão dos exercícios de casa. A seguir, o terapeuta lhe pergunta em que ele quer trabalhar naquela sessão, muitas vezes oferecendo tópicos a ser incluídos.

Depois de completada uma lista curta de problemas ou tópicos, paciente e terapeuta determinam a ordem na qual tratá-los e, se for necessário, o tempo a ser alocado a cada tópico. Várias questões devem ser consideradas ao se estabelecerem prioridades, incluindo o estágio da terapia, a gravidade da depressão, a probabilidade de avançar na solução do problema, a generalização potencial do efeito de um determinado tema ou tópico. O terapeuta cognitivo é sensível ao desejo ocasional do paciente de falar sobre algo que lhe parece importante no momento, mesmo que essa discussão não pareça produtiva em termos de outros objetivos. Esse tipo de flexibilidade caracteriza o relacionamento terapêutico colaborativo.

Após essas questões preliminares terem sido tratadas, paciente e terapeuta avançam para um ou dois problemas a serem tratados na sessão. O terapeuta começa a discussão de um problema fazendo uma

série de perguntas voltadas a esclarecer a natureza da dificuldade do paciente. Ao fazê-lo, o terapeuta busca determinar se há esquemas iniciais mal-adaptativos, interpretação equivocada de problemas ou expectativas irreais envolvidos. O terapeuta também busca descobrir se o paciente tinha expectativas que não eram realistas, se o seu comportamento foi adequado e se todas as soluções possíveis para o problema foram consideradas. As respostas do paciente sugerem ao terapeuta uma conceituação cognitivo-comportamental de por que ele está tendo dificuldades nessa área. Nesse ponto, o terapeuta já percebeu um ou dois pensamentos, esquemas, imagens ou comportamentos a serem trabalhados. Quando esse problema-alvo for selecionado, o terapeuta escolhe as técnicas cognitivas ou comportamentais para aplicar e explica sua fundamentação ao paciente. As técnicas específicas usadas na terapia cognitiva são explicadas nas seções seguintes deste capítulo.

Ao finalizar a sessão, o terapeuta pede ao paciente um resumo, muitas vezes por escrito, das principais conclusões da sessão. O terapeuta pergunta pelas reações do paciente à sessão, para saber se foi dita alguma coisa perturbadora e prever alguma reação negativa retardada que possa se seguir à entrevista. Por fim, o terapeuta dá um exercício de casa voltado a ajudar o paciente a aplicar as habilidades e conceitos específicos da sessão ao problema durante a semana seguinte.

Progresso do conteúdo da sessão ao longo do tempo

Embora a estrutura das sessões de terapia cognitiva não mude no decorrer do tratamento, o conteúdo costuma mudar bastante. A primeira fase do tratamento – redução de sintomas – concentra-se em superar a desesperança, identificar problemas, definir prioridades, apresentar a terapia cognitiva ao paciente, estabelecer uma relação de colaboração, demonstrar a relação entre cognição e emoção, rotular erros no pensamento e fazer progressos em relação a um problema-alvo. A terapia é voltada inicialmente aos sintomas do paciente, com atenção a dificuldades comportamentais e motivacionais.

Na segunda fase, cujo foco é mudar esquemas para prevenir recaídas e casos crônicos, terapeuta e paciente passam de pensamentos específicos sobre determinados problemas a esquemas centrais sobre o *self* e os outros, e para os modos associados a esses esquemas. Eles exploram como os esquemas e modos iniciam, agravam e mantêm muitos dos problemas do paciente. A seguir, trabalham em colaboração para reestruturar e modificar os esquemas e modos por

meio de várias técnicas, o que acaba levando a uma melhoria mais ampla e mais geral em funcionamento na vida e no humor.

No decorrer da terapia, o paciente assume cada vez mais responsabilidade por identificar problemas, gerar soluções e implementá-las por meio dos exercícios de casa. O terapeuta cada vez mais assume o papel de orientador ou consultor, à medida que o paciente aprende a implementar técnicas sem apoio constante. À medida que o paciente se torna mais capaz de resolver problemas, a frequência das sessões se reduz e a terapia pode ser encerrada.

O restante deste capítulo é dedicado a uma descrição detalhada da terapia cognitiva tradicional e das estratégias da terapia do esquema.

REDUÇÃO DE SINTOMAS

Técnicas comportamentais

As técnicas comportamentais são usadas durante o transcurso da terapia cognitiva, mas geralmente estão concentradas nas etapas iniciais do tratamento. Elas são especialmente necessárias para os pacientes mais gravemente deprimidos que são passivos, anedônicos, socialmente retraídos e incapazes de se concentrar por períodos longos. Ao envolver a atenção e o interesse desses pacientes, o terapeuta cognitivo tenta induzi-los a contrapor o retraimento e se envolver mais na atividade construtiva. A partir de uma série de técnicas comportamentais, o terapeuta seleciona as que vão ajudar a enfrentar de forma mais eficaz os problemas situacionais e interpessoais. Por meio de exercícios de casa, o paciente implementa procedimentos específicos para lidar com situações concretas ou para usar o tempo de forma mais adaptativa.

O terapeuta cognitivo usa técnicas comportamentais com o objetivo de modificar pensamentos automáticos. Por exemplo, um paciente que acredite que “não consegue fazer mais nada” pode modificar esse pensamento após completar uma série de exercícios graduais voltadas a aumentar seu controle. O paciente gravemente deprimido cai em um ciclo vicioso em que o nível reduzido de atividade leva a uma visão negativa de si mesmo, que, por sua vez, resulta em mais desestímulo e consequente inatividade. A intervenção com as técnicas comportamentais pode alterar esse padrão autodestrutivo.

As técnicas comportamentais mais usadas incluem planejar atividades que abranjam exercícios de controle e de prazer, ensaio cognitivo, treinamento para autoconfiança, dramatização e técnicas de desvio de atenção. O planejamento das atividades costuma ser usado nas primeiras etapas da terapia cognitiva para se contrapor à perda de motivação, à desesperan-

ça e à ruminação excessiva. O terapeuta usa o Plano de Atividades Semanais para planejar as atividades hora a hora, dia a dia (ver Fig. 7.3). O paciente mantém um registro das atividades desenvolvidas a cada hora. O planejamento das atividades também ajuda o paciente a ter mais prazer e uma maior sensação de realização a partir de atividades cotidianas. Os pacientes classificam cada atividade completada (usando uma escala de 0 a 10 pontos) em relação a controle e prazer. As classificações geralmente contradizem as crenças dos pacientes de que eles não conseguem mais realizar ou desfrutar de coisa alguma. Para ajudar alguns pacientes na iniciação de atividades de controle e prazer, o terapeuta pode considerar necessário subdividir uma atividade em segmentos, indo dos aspectos mais simples aos mais complexos. A isso chamamos *exercício graduado*. A subdivisão possibilita aos pacientes deprimidos realizar exercícios que antes seriam impossíveis, dando-lhes assim uma prova de sucesso.

O ensaio cognitivo possibilita que se peça que o paciente visualize ou imagine cada passo envolvido na realização de um determinado exercício. Essa técnica pode ser especialmente útil com pacientes

que tenham dificuldades de realizar exercícios que demandem vários passos para ser completadas. Às vezes, prejuízos à capacidade de concentração criam dificuldades para o paciente prestar atenção naquele exercício específico. As imagens evocadas pela técnica do ensaio cognitivo ajudam o paciente a se concentrar e o terapeuta a identificar obstáculos que tornem o exercício difícil para aquela pessoa em particular.

Alguns pacientes deprimidos dependem de outras pessoas que cuidem da maioria de suas necessidades cotidianas. Com o treinamento para autoconfiança, o paciente assume cada vez maior responsabilidade por atividades de rotina como tomar banho, fazer sua cama, limpar a casa, cozinhar e fazer compras. O desenvolvimento da autoconfiança envolve a obtenção de maior controle sobre suas reações emocionais.

A dramatização tem muitos usos na terapia cognitiva. Em primeiro lugar, pode ser usada para trazer à tona pensamentos automáticos por meio da atuação de determinadas situações interpessoais, como uma interação com um supervisor no trabalho. Em segundo, também pode ser usado, por meio de exercícios de casa, para orientar o paciente na práti-

Observação: Classifique as atividades com C para controle e P para prazer, 0–10								
		Seg.	Ter.	Qua.	Qui.	Sex.	Sáb.	Dom.
Manhã	6–7							
	7–8							
	8–9							
	9–10							
	10–11							
	11–12							
Tarde	12–1							
	1–2							
	2–3							
	3–4							
	4–5							
	5–6							
Noite	6–7							
	7–8							
	8–9							
	9–10							
	10–11							
	11–12							
	12–6							

FIGURA 7.3 Plano de Atividades Semanais.

ca e participação em novas respostas cognitivas em interações sociais problemáticas. Um terceiro uso da dramatização é ensaiar novos comportamentos. Dessa forma, a dramatização pode ser usada como parte do treinamento da assertividade e muitas vezes é acompanhada da modelagem e da orientação.

A inversão de papéis, uma variação da dramatização, pode ser muito eficaz para ajudar os pacientes a testar como outras pessoas veem seu comportamento. Isso fica bem ilustrado por uma paciente que teve uma “experiência humilhante” enquanto comprava roupas em uma loja. Após fazer o papel da atendente, a paciente teve de concluir que tinha dados insuficientes para sua ideia anterior de que parecia desajeitada e inepta. Por meio da inversão de papéis, os pacientes começam a se ver de forma menos severa ao se evocarem respostas de “autoempatia”.

Por fim, o terapeuta pode introduzir várias técnicas de distração para ajudar o paciente a aprender a reduzir a intensidade de afetos dolorosos. O paciente aprende a desviar pensamentos negativos por meio de atividade física, contatos sociais, trabalho, lazer e imagens visuais. A prática com técnicas de distração também ajuda a obter mais controle sobre a reatividade emocional.

Técnicas cognitivas

As técnicas cognitivas específicas proporcionam pontos de entrada para a organização cognitiva do paciente. O terapeuta cognitivo usa técnicas para evocar e testar pensamentos automáticos e identificar esquemas para ajudar o terapeuta e o paciente a entender a construção que este faz da realidade. Ao aplicar técnicas cognitivas específicas, é importante que o terapeuta trabalhe dentro do quadro do modelo cognitivo da depressão. Cada conjunto de técnicas é discutido.

Evocando pensamentos automáticos

Os *pensamentos automáticos* são aqueles que intervem entre eventos externos e as reações emocionais da pessoa a eles, muitas vezes passando despercebidos, porque são parte de um padrão repetitivo de pensamento e porque ocorrem com muita frequência e muito rápido. As pessoas raramente param para avaliar sua validade, porque eles são muito verossímeis, conhecidos e habituais. O paciente em terapia cognitiva deve aprender a reconhecer esses pensamentos automáticos para que a terapia avance com eficácia. O terapeuta cognitivo e o paciente fazem um esforço conjunto para descobrir os pensamentos específicos que precedem emoções como raiva, tristeza e ansiedade. O terapeuta usa questionamento, imagens mentais e dramatização para evocar pensamentos automáticos.

O método mais simples para revelar pensamentos automáticos é o terapeuta perguntar ao paciente quais pensamentos passaram pela sua cabeça em resposta a determinados eventos. Esse questionamento dá aos pacientes um modelo de exploração introspectiva que pode ser usado por conta própria, quando o terapeuta não estiver presente, e depois de completarem o tratamento.

Outra possibilidade é que, quando o paciente conseguir identificar os eventos externos e as situações que evocam determinada resposta emocional, o terapeuta use imagens mentais pedindo que o paciente visualize a situação em detalhe. O paciente consegue identificar os pensamentos automáticos conectados com situações reais quando a imagem evocada está clara. Nessa técnica, os terapeutas pedem que os pacientes relaxem, fechem os olhos e se imaginem na situação aflitiva. Os pacientes descrevem em detalhe o que está acontecendo à medida que revivem o evento.

Se um evento aflitivo for interpessoal, os terapeutas também podem usar a dramatização. O terapeuta faz o papel da outra pessoa na interação e o paciente faz a si mesmo. Os pensamentos automáticos podem ser evocados quando o paciente se envolve o suficiente na dramatização.

Ao tentar evocar pensamentos automáticos, o terapeuta toma cuidado para observar e apontar quaisquer alterações de humor que aconteçam durante a sessão, e pergunta ao paciente sobre seus pensamentos imediatamente antes da mudança de humor. As mudanças de humor incluem qualquer reação emocional, como lágrimas ou raiva. Essa técnica pode ser especialmente útil quando o paciente estiver aprendendo a identificar pensamentos automáticos.

Quando os pacientes se familiarizam com as técnicas para identificar pensamentos automáticos, pede-se que mantenham um Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais (Beck et al., 1979; ver Fig. 7.4), no qual anotam as emoções e pensamentos automáticos que acontecem em situações desagradáveis entre as sessões. Em sessões posteriores, os pacientes são ensinados a desenvolver respostas racionais a seus pensamentos automáticos disfuncionais e a registrá-los na coluna adequada. Terapeuta e paciente geralmente revisam o registro diário da semana anterior próximo ao começo da sessão seguinte. Em sessões com pacientes crônicos, o terapeuta também ensina a reconhecer os modos. Vários exercícios relacionados ao afeto são usados para gerar mudanças nos esquemas associados a esses modos.

A evocação de pensamentos automáticos deve ser distinguida do processo de interpretação de outras

psicoterapias. Em geral, os terapeutas cognitivos trabalham apenas com os pensamentos automáticos que são mencionados pelos pacientes. Sugerir pensamentos aos pacientes pode prejudicar o trabalho conjunto e os inibir para aprender a continuar o processo por conta própria. No entanto, como último recurso, quando as estratégias não diretivas falham, o terapeuta cognitivo pode oferecer vários pensamentos automáticos possíveis e depois perguntar ao paciente se alguma dessas opções se enquadra.

Mesmo quando o terapeuta já fez muitos esforços para evocar pensamentos automáticos, às vezes eles permanecem inacessíveis. Nesse caso, ele tenta verificar o significado específico do evento que evocou a reação emocional. Por exemplo, uma paciente começava a chorar sempre que discutia com sua colega de dormitório, que era uma boa amiga. Os esforços para gerar pensamentos automáticos não funcionaram. Só depois que o terapeuta fez uma série de perguntas para determinar o sentido do evento ficou claro que a paciente associava discutir ou brigar a terminar a relação. Por meio desse processo, terapeuta e paciente conseguiram ver o significado que desencadeava o choro.

Testando pensamentos automáticos com pacientes não crônicos

Quando terapeuta e paciente conseguem isolar um pensamento automático chave, eles o abordam como

uma hipótese testável. Nessa abordagem “científica”, fundamental à terapia cognitiva, os pacientes aprendem a pensar de forma semelhante ao processo de investigação. Por meio dos procedimentos de coleta de dados, avaliação de evidências e formulação de conclusões, eles aprendem em primeira mão que sua visão da realidade pode ser muito diferente do que realmente acontece. Ao formular experimentos que submetam seus pensamentos automáticos a análise objetiva, os pacientes aprendem a modificar sua forma de pensar, porque aprendem o *processo* de pensamento empírico. Os pacientes que aprendem a pensar assim durante o tratamento são mais capazes de continuar a abordagem empírica após o fim da terapia formal.

O terapeuta cognitivo aborda a testagem dos pensamentos automáticos pedindo ao paciente que liste evidências de sua experiência a favor e contra a hipótese. Às vezes, após considerar as evidências, o paciente imediatamente rejeita o pensamento automático, reconhecendo que ele é distorcido ou simplesmente falso.

Quando a experiência anterior não é suficiente ou adequada para testar a hipótese, o terapeuta pede que o paciente elabore um experimento com esse objetivo. A seguir, o paciente faz uma predição e passa a coletar dados. Se os dados contradizem a predição, o paciente pode rejeitar o pensamento automático. O resultado do experimento pode, é claro,

	SITUAÇÃO Descreva: 1. Evento real que leve a emoção desagradável ou 2. Sequência de pensamentos, imaginação, ou lembrança que leve a emoção desagradável.	EMOÇÃO(ÕES) 1. Especifique: triste/ansiosa/raiva, etc. 2. Classifique grau de emoção. 1-100	PENSAMENTO(S) AUTOMÁTICO(S) 1. Escreva o(s) pensamento(s) automático(s) que precede(m) a(s) emoção(ões). 2. Classifique a crença em pensamentos automáticos. 0-100%	RESPOSTA RACIONAL 1. Escreva resposta racional ao(s) pensamento(s) automático(s) 2. Classifique crença em resposta racional. 0-100%	RESULTADO 1. Reclassifique a crença em pensamentos automáticos. 0-100% 2. Especifique e classifique emoções subsequentes 0-100%.
DATA					

Explicação: Quando você experimenta uma emoção desagradável, observe a situação que parecia estimular a emoção. (Se a emoção ocorreu enquanto você estava pensando, sonhando acordado, etc., por favor, anote). Em seguida, observe o pensamento automático associado à emoção. Registre o grau em que você acredita nesse pensamento: 0% = nada; 100 % = completamente. Em graus de notação de emoção: 1 = um traço; 100 = o mais intenso possível.

FIGURA 7.4 Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais.

confirmar a predição do paciente, de forma que é muito importante que o terapeuta *não parta do pressuposto* de que o pensamento automático do paciente está distorcido.

Alguns pensamentos automáticos não se prestam à testagem de hipóteses por meio de exame de evidências. Nesses casos, há duas opções disponíveis: o terapeuta pode produzir evidências a partir de sua própria experiência e oferecê-las na forma de uma pergunta que revele a contradição ou pode fazer uma pergunta voltada a revelar o erro lógico inerente às crenças do paciente. O terapeuta pode dizer, por exemplo, a um paciente homem que não tem certeza de poder sobreviver sem um relacionamento pessoal íntimo: “Você estava só no ano passado, e ficou bem. O que lhe faz pensar que não conseguiria agora?”.

Ao testar pensamentos automáticos, às vezes é necessário refinar o uso que o paciente faz de uma palavra. Isso se aplica especialmente a rótulos globais como *ruim*, *burro* ou *egoísta*. O que é necessário nesses casos é a definição operacional de uma palavra. Para ilustrar, um paciente em nossa clínica tinha o seguinte pensamento recorrente: “Sou um fracasso em matemática”. Terapeuta e paciente tiveram de estreitar o sentido da palavra antes de poder testar o pensamento. Eles operacionalizaram “fracasso” em matemática como “não ser capaz de tirar nota C após ter investido um tempo considerável estudando tanto quanto um aluno médio da turma”. Agora, tinham condições de examinar evidências passadas e testar a validade da hipótese. Esse processo pode ajudar os pacientes a ver a exagerada abrangência de suas autoavaliações negativas e a natureza idiossincrática de muitos pensamentos automáticos.

A reatribuição é outra técnica útil para ajudar o paciente a rejeitar um pensamento inadequado, com conteúdo de culpa. Um padrão cognitivo comum na depressão é atribuir a si mesmo a culpa ou a responsabilidade por eventos adversos. A reatribuição pode ser usada quando o paciente atribui, de forma não realista, ocorrências adversas a uma deficiência pessoal, como falta de capacidade ou de esforço. Terapeuta e paciente revisam os eventos relevantes e aplicam lógica às informações disponíveis para fazer uma avaliação mais realista da responsabilidade. A meta da reatribuição não é absolver o paciente de toda a responsabilidade e sim examinar os muitos fatores que contribuem para eventos adversos. Por meio desse processo, os pacientes ganham objetividade, aliviam-se do fardo de se responsabilizarem e depois podem buscar formas de resolver problemas realistas ou impedir sua recorrência.

Outra estratégia envolvendo a reatribuição é os terapeutas demonstrarem aos pacientes que eles usam critérios mais rígidos para atribuir responsabilidades a seu próprio comportamento insatisfatório do que para avaliar o comportamento de outros. Os terapeutas cognitivos também usam reatribuição para mostrar aos pacientes que parte de seus problemas de pensamento ou comportamento pode ser sintomas de depressão (p. ex., perda da concentração) e não sinais de decadência física.

Quando um paciente é acurado na identificação de um problema de vida realista ou uma deficiência das habilidades, o terapeuta cognitivo pode usar a técnica de gerar alternativas, na qual terapeuta e paciente buscam ativamente outras soluções. Como uma pessoa deprimida muitas vezes passa a ter restrições, o esforço para reconceituar o problema pode fazer o paciente enxergar uma solução viável que pode ter rejeitado anteriormente.

Deve-se observar que as técnicas cognitivas apontadas aqui implicam o uso de perguntas por parte do terapeuta. Um erro comum que observamos em terapeutas cognitivos principiantes é a atitude de dar conselhos. Identificamos que os terapeutas ajudam os pacientes a mudar seus pensamentos com mais eficácia usando perguntas cuidadosamente construídas. Se forem estimulados a abrir seu próprio caminho nos problemas e chegar a suas conclusões, os pacientes aprenderão um processo eficaz de solução de problemas. Aprofundamos o uso do questionamento na terapia cognitiva em uma parte posterior deste capítulo.

Questionamento

Como enfatizamos no decorrer deste capítulo, o questionamento é um dispositivo terapêutico importante na terapia cognitiva. Grande parte dos comentários dos terapeutas durante a sessão de terapia são perguntas. A mesma pergunta pode cumprir vários propósitos ao mesmo tempo, ao passo que séries de perguntas cuidadosamente elaboradas podem ajudar os pacientes a refletir sobre uma determinada questão, decisão ou opinião. O terapeuta cognitivo busca, por meio do questionamento, evocar o que os pacientes estão pensando, em vez de dizer a eles o que ele acredita que pensam.

No começo da terapia, as perguntas são empregadas para se obter um quadro completo e detalhado das dificuldades específicas do paciente, para se obter antecedentes e dados diagnósticos, para avaliar a tolerância do paciente ao estresse, sua capacidade de introspecção, seus métodos de enfrentamento e assim por diante, para obter informações sobre a situação

externa e o contexto interpessoal do paciente, além de modificar queixas vagas, trabalhando com o paciente para chegar a problemas – também determinados – dos quais tratar.

À medida que a terapia avança, o terapeuta usa o questionamento para explorar abordagens aos problemas, para ajudar o paciente apesar vantagens e desvantagens de soluções possíveis, para examinar as consequências de se manterem comportamentos mal-adaptativos específicos, para evocar pensamentos automáticos e para demonstrar EIDs e suas consequências. Resumindo, o terapeuta usa o questionamento na maior parte das técnicas terapêuticas cognitivas.

Embora o questionamento seja, em si, uma forma de identificar e mudar pensamentos automáticos e esquemas, é importante que as questões sejam apresentadas de forma cuidadosa e habilidosa. Se elas forem usadas para “pegar” os pacientes e fazer com que se contradigam, eles podem vir a se sentir atacados e manipulados pelo terapeuta. Muitas questões abertas podem deixá-los ficarem se perguntando o que o terapeuta espera deles. Os terapeutas devem observar com cuidado a duração e a formulação das perguntas para ajudar os pacientes a reconhecer seus pensamentos e esquemas, e a avaliar as questões de forma objetiva.

Exercício de casa para autoajuda

Fundamentação

A atribuição regular de exercícios de casa é muito importante na terapia cognitiva. Quando aplicam sistematicamente o que aprenderam nas sessões a suas vidas fora delas, os pacientes têm maior probabilidade de fazer avanços significativos na terapia e conseguir manter esses ganhos depois de terminado o tratamento. Burns e Spangler (2000) concluíram que os pacientes que fizeram mais exercícios de casa apresentaram grandes e significativas reduções na depressão em comparação aos que seguiram menos as instruções. Os exercícios de casa muitas vezes são a forma com que os pacientes coletam dados, testam hipóteses e começam a modificar seus pensamentos e esquemas. Além disso, os dados oferecidos por meio dos exercícios de casa ajudam a redirecionar o foco da terapia, de preocupações subjetivas e abstratas a outras, mais concretas e objetivas. Quando um paciente e um terapeuta revisam as atividades da semana anterior durante o momento da entrevista em que se define a pauta, eles podem fazê-lo rapidamente, e o terapeuta pode estabelecer relações entre o que acontece na sessão e exercícios específicos, evitando assim questões tangentes e secundárias. Os exercícios de casa aumentam a autoconfiança do paciente

e proporcionam métodos para que ele continue a trabalhar nos problemas depois do fim do tratamento. Os terapeutas cognitivos enfatizam a importância do exercício de casa ao explicar aos pacientes sua fundamentação na terapia. Também tomam o cuidado de explicar os benefícios específicos a ser derivados de cada exercício individual.

Estabelecendo e revisando o exercício de casa

O terapeuta cognitivo formula cada exercício para o paciente em questão. O exercício deve ter relação direta com o conteúdo da sessão terapêutica, para que o paciente entenda seu propósito e importância. Cada exercício deve ser formulado claramente e muito específico em sua natureza. Perto do fim de cada sessão, o exercício é escrito em duplicata, com uma cópia para o terapeuta e outra para o paciente.

Alguns exercícios de casa típicos são ler um livro ou artigo relacionado com um determinado problema, praticar técnicas de distração ou relaxamento, contar pensamentos automáticos em um cronômetro, classificar atividades em termos de prazer e controle no Plano de Atividades Semanais, manter um Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais e ouvir a gravação de uma sessão.

Durante a sessão, o terapeuta pergunta pelas reações do paciente aos exercícios de casa, por exemplo, se o exercício é claro e exequível. Para identificar potenciais obstáculos, o terapeuta pode pedir ao paciente que imagine que dá os passos envolvidos no exercício. Essas técnicas podem ajudar muito, principalmente nos primeiros estágios da terapia. O paciente assume maior responsabilidade por fazer os exercícios de casa à medida que a terapia avança para seus estágios intermediários e finais.

É essencial que o paciente e o terapeuta revisem o exercício de casa da semana anterior na própria sessão. Se não o fizerem, o paciente pode concluir que os exercícios de casa não são importantes. Na primeira parte das sessões, terapeuta e paciente discutem o exercício da semana anterior e o terapeuta resume os resultados.

Dificuldades em completar o exercício de casa

Quando um paciente não faz o exercício de casa ou o faz sem convicção, o terapeuta cognitivo evoca pensamentos automáticos, esquemas ou problemas comportamentais que podem ajudar a ambos a entender onde reside a dificuldade. O terapeuta não pressupõe que o paciente esteja sendo *resistente* ou *passivo-agressivo*. Quando as dificuldades foram identificadas, terapeuta e paciente trabalham juntos para superá-las. É claro que é comum que os pacientes tenham dificuldades de

fazer os exercícios, e examinamos alguns dos problemas típicos e as formas de enfrentá-los.

Quando os pacientes não entendem o exercício estabelecido, o terapeuta deve explicá-lo melhor, especificando suas expectativas detalhadamente. Às vezes, a técnica comportamental do ensaio cognitivo (descrita anteriormente) pode ajudar nessas situações.

Alguns pacientes acreditam que são desorganizados por natureza e não conseguem manter registros e cumprir exercícios detalhados. Os terapeutas podem ajudar a refutar essas crenças gerais perguntando sobre outras circunstâncias nas quais eles fazem listas, por exemplo, quando planejam uma viagem de férias ou compras. Os terapeutas também podem perguntar aos pacientes se eles conseguiriam fazer o exercício se houvesse uma recompensa importante. Esse tipo de pergunta ajuda os pacientes a reconhecer que o problema não é o autocontrole, e sim que eles não acreditam que a gratificação seja suficiente. Quando os pacientes se dão conta de que o problema é de atitude, o terapeuta pode, junto com eles, listar as vantagens de completar os exercícios.

Pacientes mais deprimidos podem precisar de ajuda para estruturar seu tempo, para que o exercício de casa se torne uma atividade regular. Isso geralmente pode ser conseguido estabelecendo-se uma hora específica a cada dia para esse exercício. Se necessário, paciente e terapeuta podem estabelecer um sistema de recompensa para aumentar a motivação para o exercício de casa. Por exemplo, os pacientes podem se recompensar por realizar um exercício com uma compra especial.

Alguns pacientes têm medo de fracassar nos exercícios ou de não fazer como deveriam. Nesses casos, o terapeuta pode explicar que se pode “falhar” nos exercícios de autoajuda. Realizar um exercício parcialmente é mais útil do que não realizar, e os erros fornecem informações valiosas sobre os problemas que ainda têm que ser trabalhados. Além disso, como o desempenho não é avaliado, não há o que pacientes possam perder se enxergarem a atividade de um ponto de vista mais adaptativo.

Às vezes, os pacientes acreditam que seus problemas estão demasiado arraigados e complexos para serem resolvidos por meio de exercícios de casa. O terapeuta pode explicar que até mesmo os empreendimentos mais complexos começam e consistem em passos pequenos e concretos. Um escritor, por exemplo, pode resolver um “bloqueio de escritor” tomando uma atitude: “Se não consigo escrever um livro, vou escrever, pelo menos, um parágrafo”. Quando houver parágrafos suficientes escritos, o resultado é um livro. Terapeuta e paciente podem considerar as vantagens e

desvantagens de pensar que os problemas não podem ser resolvidos fazendo exercícios de casa ou o terapeuta pode pedir que o paciente experimente antes de chegar a uma conclusão. Em casos em que o paciente acredita que não avançou o suficiente e, portanto, que o exercício de casa não ajuda, o terapeuta pode detalhar o avanço que foi feito e ajudar o paciente a ver que pode ser necessário mais tempo para que se notem mudanças substanciais.

Quando os pacientes parecem se ressentir de receber exercícios, o terapeuta pode estimulá-los a desenvolver seus próprios exercícios de casa. O terapeuta também pode oferecer aos pacientes exercícios alternativos para escolher, sendo uma das alternativas não cumprir os exercícios de casa. Se os pacientes escolherem essa opção, o terapeuta pode ajudar a examinar as consequências dessa escolha. Outra estratégia é apresentar aos pacientes um modelo de terapia de consumidor: os pacientes têm determinado objetivo (superar a depressão), e o terapeuta oferece um meio para chegar a esse objetivo; os pacientes são livres para usar ou rejeitar as ferramentas, assim como são livres para comprar ou não comprar no mercado.

Alguns pacientes acreditam que podem melhorar da mesma forma sem o exercício de casa, caso em que os terapeutas têm duas opções. Em primeiro lugar, podem apresentar sua própria experiência clínica, que é sustentada por evidências clínicas existentes de que a maioria dos pacientes que não se envolvem ativamente e não completam os exercícios terapêuticos de casa avançam mais lentamente na terapia. A outra opção é estabelecer um experimento para um dado período de tempo, durante o qual os pacientes não têm de realizar exercícios. No fim do período estabelecido, terapeutas e pacientes podem avaliar os avanços durante esse tempo. Mais uma vez, é importante que os terapeutas cognitivos tenham em mente que alguns pacientes conseguem realizar muitas mudanças sem completar formalmente os exercícios de casa.

Problemas especiais

O terapeuta cognitivo principiante muitas vezes erra por continuar usando o método padrão descrito aqui, mesmo se não funcionarem muito bem. O terapeuta cognitivo deve ser flexível o suficiente para se adaptar às necessidades dos pacientes e aos vários problemas especiais que costumam surgir na terapia. Agrupamos esses problemas especiais em duas categorias: as dificuldades na relação entre terapeuta e paciente e os problemas nos quais a própria terapia parece não estar funcionando.

Dificuldades na relação terapeuta-paciente

O primeiro conjunto de problemas está relacionado à própria relação entre terapeuta e paciente. Quando o terapeuta percebe pela primeira vez que um paciente está insatisfeito, contrariado, com raiva ou hostil, é imperativo que apresente essas observações de forma empática. É importante que a resposta do terapeuta ao paciente não seja simplesmente mais e mais cumprimento rígido das regras prescritas ou da fundamentação da terapia. Também é importante que o terapeuta não faça críticas a si mesmo. As pesquisas indicam que essas respostas têm efeitos prejudiciais na relação terapêutica (Castonguay et al., 1996; Henry, Strupp, Butler, Schacht e Binder, 1993; Piper et al., 1999). Em lugar disso, pesquisas preliminares (Castonguay et al., 2004; Safran, Muran, Samstag e Stevens, 2002) indicam que o uso que o terapeuta faz das habilidades de metacomunicação (discussão aberta sobre a reação negativa do paciente, exploração da experiência do paciente, reconhecimento e admissão da contribuição do terapeuta a essas reações negativas) tem muito mais probabilidades de consertar e restaurar – e mesmo melhorar – o vínculo terapêutico.

É essencial que os terapeutas estejam cientes de que muitas intervenções podem ser mal interpretadas de forma negativa por pacientes deprimidos. Os terapeutas abordam problemas de má interpretação da mesma forma que abordam outros pensamentos, ou seja, trabalhando com o paciente para coletar dados e buscar explicações alternativas das evidências. Dificuldades na relação entre terapeuta e paciente geralmente podem ser resolvidas por meio de diálogo. Algumas vezes, o terapeuta pode precisar adequar seu comportamento às necessidades específicas de um determinado paciente. Por exemplo, o terapeuta pode ficar mais à vontade para se abrir e ter as reações pessoais adequadas com vistas a responder às necessidades de um paciente que persiste em ver o terapeuta como impessoal. Igualmente, pode resolver verificar com maior frequência as formulações dos pensamentos do paciente, para atender às necessidades de alguém que continue a acreditar que o terapeuta não o entende.

É imperativo, em situações como essa, que o terapeuta não pressuponha que o paciente está sendo obstinadamente resistente ou irracional. Na verdade, a reatância terapêutica (“um estado motivacional caracterizado pela tendência a restaurar ou reafirmar a própria capacidade de ter liberdades percebidas como perdidas ou ameaçadas” [Arnold et al., 2003, p. 1026]) foi considerada um preditor positivo de resultado de tratamento na terapia diretiva com pacientes cronicamente deprimidos. Arnold e colaboradores

concluíram que o tratamento foi melhorado quando os terapeutas responderam de maneira flexível a esses comportamentos dos pacientes. Os terapeutas cognitivos trabalham com os pacientes para obter uma melhor compreensão de suas respostas. As próprias reações muitas vezes fornecem dados com relação aos tipos de distorções que os pacientes produzem em seus relacionamentos pessoais e outras relações sociais. Assim, as respostas de pacientes dão aos terapeutas a oportunidade de trabalhar com eles em suas interpretações mal-adaptativas nas relações.

Progresso insatisfatório

Um segundo conjunto de problemas ocorre quando a terapia parece não estar funcionando, mesmo quando o paciente realiza conscienciosamente os exercícios de casa e a relação colaborativa parecem bem-sucedidas. Às vezes, surgem problemas a partir de expectativas indevidas por parte do paciente – ou expectativas irrealistas por parte do terapeuta – com relação à rapidez e à consistência da mudança. Quando a terapia parece não estar avançando com a rapidez de que “deveria”, paciente e terapeuta devem se lembrar de que os altos e baixos são previstos no decorrer do tratamento. É importante que os terapeutas não percam de vista que alguns pacientes simplesmente avançam mais lentamente do que outros. O terapeuta ou o paciente, ou ambos, podem estar minimizando pequenas mudanças que tenham acontecido. Nesse caso, o terapeuta pode enfatizar os pequenos ganhos e lembrar o paciente de que grandes objetivos são atingidos por meio de pequenos passos.

Às vezes, a desesperança dos pacientes os leva a invalidar as conquistas. Os terapeutas devem buscar descobrir os pensamentos automáticos mal-adaptativos, distorções cognitivas e esquemas precoces que contribuem para essa desesperança generalizada. Nesses casos, os terapeutas devem trabalhar para corrigir noções equivocadas sobre o processo de mudanças e sobre a natureza da depressão antes que possa haver mais avanços na terapia.

Em alguns casos em que a terapia parece não estar funcionando bem, pode ser que algumas das técnicas terapêuticas não tenham sido usadas corretamente. Muitas vezes surgem problemas quando os pacientes não acreditam realmente nas respostas racionais ou não são capazes de se lembrar delas em momentos de aflição emocional. É importante que o terapeuta determine quanto o paciente acredita nas repostas racionais e o ajude a usar respostas novas, o mais próximo possível do momento em que os pensamentos automáticos ocorrem. Ao paciente que não acredita totalmente em uma resposta racional, o

terapeuta pode sugerir uma postura experimental, de “experimentá-la para ver se serve”. Ao paciente que não consegue pensar em respostas em função de perturbação emocional, deve-se dizer que esses estados de aflição emocional dificultam o raciocínio e que pensamentos como “se isso não funciona, nada vai funcionar” só fazem agravar o problema. Deve-se garantir aos pacientes que eles conseguirão pensar em respostas racionais mais rapidamente com a prática.

Outro problema derivado da má aplicação das técnicas de terapia cognitiva ocorre quando o terapeuta usa uma delas de forma inflexível. Muitas vezes, é necessário que o terapeuta experimente várias técnicas comportamentais ou cognitivas antes de encontrar uma abordagem à qual o paciente responda bem. O terapeuta cognitivo deve insistir por um tempo em uma determinada técnica quando parecer que o paciente não está melhorando. Para dar um exemplo específico, os exercícios de casa comportamentais podem ser mais úteis com alguns pacientes, mesmo que o terapeuta tenha todas as razões para prever, de antemão, que os exercícios cognitivos serão mais eficazes.

Em alguns casos em que parece que se está avançando pouco na terapia, pode ser que o terapeuta tenha selecionado um problema tangencial. O terapeuta cognitivo deve estar alerta para essa possibilidade, principalmente nos primeiros estágios da terapia. Quando parece haver pouca ou nenhuma mudança no nível de depressão, mesmo que o paciente pareça ter feito progressos consideráveis em uma área problemática, o terapeuta deve cogitar a possibilidade de que o problema mais afliitivo ainda não tenha sido revelado. Um exemplo típico dessas dificuldades é o paciente que aponta problemas principais no trabalho, e depois se acaba revelando que problemas de relacionamento estão contribuindo muito para as dificuldades profissionais. A questão principal pode ser ocultada pelo paciente por parecer ser demasiado ameaçadora.

Por fim, a terapia cognitiva não é para todo mundo. Se o terapeuta experimentou todas as abordagens disponíveis ao problema e consultou outros terapeutas cognitivos, pode ser melhor encaminhar o paciente a outro terapeuta com orientação semelhante ou diferente.

Independentemente da razão pela qual a terapia não está avançando de forma satisfatória, os terapeutas cognitivos devem prestar atenção a seus próprios afetos e cognições. Eles devem manter uma postura disciplinada e voltada à solução de problemas. Se o terapeuta cognitivo se encontra indevidamente influenciado pelo desespero de um paciente ou começa a notar que seus próprios esquemas são

desencadeados pelas interações terapêuticas, ele deve buscar supervisão. A desesperança em pacientes ou em terapeutas é um obstáculo à solução de problemas. Se conseguirem se contrapor efetivamente a suas próprias autoavaliações e a outros pensamentos disfuncionais, os terapeutas serão capazes de se concentrar mais em ajudar os pacientes a encontrar soluções para seus problemas.

Estudo de caso de Denise: depressão não crônica

No estudo de caso a seguir, descrevemos o desenvolvimento do tratamento de uma mulher deprimida de forma não crônica que foi atendida em nosso centro. Com o caso, ilustramos muitos dos conceitos já descritos neste capítulo, incluindo a evocação de pensamentos automáticos, a tríade cognitiva da depressão, empirismo colaborativo, estruturação de uma sessão e o *feedback*.

Avaliação e apresentação dos problemas

Na avaliação inicial, Denise, viúva de 59 anos, informou que havia morado sozinha no último ano. Seu marido foi diagnosticado com câncer no cérebro três anos antes e morreu há um ano. Ela tinha dois filhos solteiros (de 25 e 27 anos) que estavam morando em outras partes do país por questões profissionais. Denise tinha curso superior incompleto e havia trabalhado até os 30 anos, mas parou depois de se casar. Ela descrevia seus principais problemas como depressão (no último ano e meio), dificuldade de dar conta da vida cotidiana e solidão. Ela informou um episódio intenso de depressão maior próximo aos 25 anos, depois da morte de seu pai.

Denise disse que tinha se tornado cada vez mais isolada socialmente, com o início da doença de seu marido (câncer no cérebro). Informou ter tido amizades normais quando criança, adolescente e adulta. Ela e o marido tiveram uma vida relativamente tranquila juntos, direcionada em sua maior parte a criar os filhos e a trabalhar. Quando tinham tempo livre, gostavam de fazer atividades intelectuais e culturais juntos (museus, palestras, concertos e bons restaurantes). Os poucos amigos próximos com os quais conviviam haviam se aposentado e ido morar na Flórida e no Arizona durante a época da doença de seu marido.

Denise foi diagnosticada com transtorno depressivo maior, recorrente. Os escores de seus testes confirmavam o diagnóstico de depressão. Seu escore no Inventário de Depressão de Beck (BDI-II) era 28, situando-a na faixa da depressão moderada a grave. Seus sintomas mais proeminentes de depressão eram falta de

prazer, irritabilidade, retraimento social, incapacidade de tomar decisões, fadiga, culpa, dificuldade de se motivar para desempenhar as funções diárias e solidão.

Sessão 1

A sessão começa com Denise descrevendo a “tristeza” que tem sentido. O terapeuta começou a evocar, quase que imediatamente, os pensamentos automáticos da paciente durante esses períodos:

TERAPEUTA: Que tipo de pensamento passou pela sua cabeça quando você sentiu essas coisas na última semana?

DENISE: Acho que fico pensando qual é a razão de tudo isso. Minha vida acabou. Não é mais a mesma coisa. Penso coisas como “o que eu vou fazer?”. Às vezes sinto raiva dele, de meu marido. Como ele foi me deixar?... Isso não é uma coisa horrível da minha parte? O que está acontecendo comigo? Como posso ter raiva dele? Ele não queria ter morrido dessa maneira horrível. Eu deveria ter feito mais. Eu deveria ter feito ele ir ao médico quando começou a ter dor de cabeça... Ah, mas de que adiantaria?

TERAPEUTA: Parece que você está se sentindo muito mal agora. É isso?

DENISE: É.

TERAPEUTA: Conte o que mais está passando pela sua cabeça agora.

DENISE: Não posso mudar nada. Acabou. Não sei... parece tudo tão sem graça e triste. O que eu tenho para esperar do futuro... doença e depois, morte?

TERAPEUTA: Então, um dos pensamentos é que você não pode mudar as coisas, e que elas não vão melhorar?

DENISE: É.

TERAPEUTA: E às vezes você acredita nisso completamente?

DENISE: É, acredito, às vezes.

TERAPEUTA: Neste momento, você acredita?

DENISE: Acredito, sim,

TERAPEUTA: Neste momento, você acredita que não tem como mudar as coisas e que isso não vai melhorar?

DENISE: Bom, tem uma pontinha de esperança, mas é mais...

TERAPEUTA: Existe alguma coisa que você talvez espere, em termos de sua vida daqui para frente?

DENISE: O que eu espero é... eu gosto de ver meus filhos, mas eles andam muito ocupados. Meu filho é advogado e minha filha está estudando

medicina. Então eles estão muito ocupados, e não têm tempo para estar comigo.

Ao interrogar sobre os pensamentos automáticos de Denise, o terapeuta começou a entender sua perspectiva de que ficaria para sempre, na maior parte do tempo, sozinha. Isso ilustra a desesperança em relação ao futuro que é característica da maioria dos pacientes deprimidos. Uma segunda vantagem dessa linha de investigação é que o terapeuta apresentou a Denise a ideia de observar seus próprios pensamentos, que é central à terapia cognitiva.

À medida que a sessão continuava, o terapeuta investigou a perspectiva que Denise tinha com relação a sua vida cotidiana. Ele escolheu se concentrar em sua inatividade e retraimento. Esse é com frequência o primeiro objetivo terapêutico ao se trabalhar com um paciente gravemente deprimido.

Na sequência a seguir o terapeuta orientou Denise a examinar as vantagens e as desvantagens de ficar em casa o dia todo.

DENISE: Geralmente, eu não quero sair de casa. Eu quero ficar lá, simplesmente deixar as persianas baixas, sabe como é, a gente não quer fazer nada. Só quero deixar tudo lá fora, tudo longe de mim.

TERAPEUTA: Você se sente melhor quando fica em casa todo o dia tentando deixar tudo lá fora?

DENISE: Um pouco...

TERAPEUTA: O que você quer dizer?

DENISE: Bom, eu posso assistir à televisão todo o dia e simplesmente me perder nesses programas bobos. Me faz sentir menos sozinha, e que meus problemas não são tão ruins.

TERAPEUTA: E quanto tempo você fica fazendo isso?

DENISE: Ultimamente?... a maior parte do tempo. Ficar em casa e ver televisão é seguro, meio que protegido, tudo... como a minha solidão, parece mais distante.

TERAPEUTA: Depois de passar um tempo assim, como você se sente?

DENISE: Depois? Geralmente, eu tento não prestar muita atenção em como estou me sentindo.

TERAPEUTA: Mas quando presta, como se sente?

DENISE: Sinto-me mal. Mal por desperdiçar o dia. Não faço as coisas que tinha de fazer... como as minhas contas, limpar, tomar banho. Geralmente, acabo me sentindo meio patética... e culpada.

TERAPEUTA: Por um lado, você se sente aliviada e, por outro, depois, é meio crítica em relação a si mesma?

Observe que o terapeuta não tentou debater ou exortar Denise para que saia de casa ou se envolva com as tarefas necessárias do cotidiano, e sim, por meio de questionamento, estimulou-a a examinar mais de perto seu pressuposto de que estava melhor assistindo à televisão todo o dia em sua casa. Esse é o processo a que chamamos de “empirismo colaborativo”. Na segunda sessão, Denise já tinha reexaminado sua hipótese sobre assistir televisão e ficar em casa todo o dia.

DENISE: Sobre assistir à televisão em casa e sair, eu pensei nisso outro dia. Lembro-me de dizer que ficar em casa me fazia sentir melhor. Quando prestei atenção ao que eu realmente sentia, não me fazia sentir melhor, só meio que bloqueava o sentir mal, mas não me sentia melhor.

TERAPEUTA: É engraçado. Quando você fala nisso, sua lembrança da experiência foi mais positiva do que realmente tinha sido, mas isso acontece com as pessoas às vezes. Acontece comigo, também. Eu acho uma coisa boa e não é tanto quando vou conferir de verdade.

Voltamos agora à primeira sessão. Depois de um pouco de investigação por parte do terapeuta, Denise mencionou que às vezes é como se a terapia cognitiva fosse sua “última esperança”. O terapeuta usou isso como uma oportunidade de explorar sua desesperança e sua ideia suicida.

TERAPEUTA: O que estava passando pela sua cabeça quando você disse “Essa é a minha última esperança”? Você teve algum tipo de visão em sua mente?

DENISE: Tive, se isso não funcionar, eu sinto que não consigo viver assim pelo resto da vida.

TERAPEUTA: E se não funcionar, o que acontece?

DENISE: Ah, eu não me importo com o que aconteça comigo...

TERAPEUTA: Você tinha alguma coisa mais concreta em mente?

DENISE: Bom, neste momento eu não acho que conseguiria cometer suicídio, mas se continuar me sentindo assim por muito tempo, talvez sim. Mas não sei. Já pensei em suicídio antes, mas nunca pensei realmente em como faria. Sei que algumas coisas me impedem, como os meus filhos, acho que machucaria eles de verdade, e outras pessoas, como a minha mãe. A minha mãe está bem de saúde agora, mas pode precisar de mim algum dia... Essas coisas me impedem, meus filhos e minha mãe.

TERAPEUTA: Então essas são as razões para não cometer suicídio. E quais seriam algumas das razões pelas quais você poderia querer fazer isso?

DENISE: Por que às vezes tudo parece tão vazio e sem esperança. Não há nada para esperar, todo o dia é a mesma coisa. A minha vida é um desesperdício, então por que não acabar com ela, simplesmente?

O terapeuta queria que Denise se sentisse o mais livre possível para discutir pensamentos suicidas, então se esforçou para entender as razões de sua desesperança e o que a impedia de se suicidar. Após determinar que ela não tinha planos iminentes de fazer uma tentativa, o terapeuta disse que trabalharia com ela para fazer algumas mudanças. A seguir, pediu que escolhesse um pequeno problema em que eles pudessem trabalhar juntos.

TERAPEUTA: Tem alguma coisa pequena que você possa fazer que afetasse a sua vida imediatamente?

DENISE: Não sei. Bom, acho que simplesmente ligar para a minha amiga Diane, na Flórida. Ela me telefonou faz um mês e depois de novo na semana passada. Nas duas vezes, eu disse que estava ocupada e que ligaria para ela, mas não liguei. Tenho me sentido tão para baixo. Não tenho nada para dizer a ela.

TERAPEUTA: Quando ela morava perto, sobre quais coisas vocês conversavam?

DENISE: Temos filhos mais ou menos da mesma idade, então falávamos dos nossos filhos. Ambas gostamos de ler e frequentávamos um clube de leitura juntas e depois falávamos dos livros que estávamos lendo. Nós duas gostamos de arte. Assistíamos a palestras no museu durante a semana e depois falávamos de arte e comentávamos as palestras. Tínhamos planos de fazer coisas juntas em nosso tempo livre. Sempre era muito interessante quando eu passava algum tempo com ela. Tínhamos tanta coisa em comum! Eu tenho saudades dela.

TERAPEUTA: Parece que você costumava fazer muitas atividades interessantes. E agora?

DENISE: Depois que o meu marido ficou doente e os meus amigos se mudaram, eu simplesmente parei. Faz tempo que não faço nada disso.

TERAPEUTA: O que você acha de participar de um ciclo de palestras agora?

DENISE: Não sei.

TERAPEUTA: Bom, o que você acha da ideia?

DENISE: Certo, é uma ideia, mas simplesmente parece demais. Não acho que eu vá me divertir... do jeito que me sinto... não sei.

TERAPEUTA: Você estaria disposta a testar esse pensamento de que não iria se divertir com isso atualmente?

DENISE: Não sei... acho que sim.

TERAPEUTA: Isso é um "sim"?

DENISE: É, mas não sei como vou fazer para conseguir.

TERAPEUTA: Bom, como você iria ficar sabendo que há um ciclo de palestras?

DENISE: É só olhar na internet, na página do museu e ver o que está disponível.

TERAPEUTA: Certo, você tem computador?

DENISE: Tenho.

TERAPEUTA: Está funcionando?

DENISE: Está.

TERAPEUTA: E como você se sente para fazer isso?

DENISE: Acho que posso fazer... eu sou tão patética, sei o que fazer. Eu não preciso que você me explique. Por que eu simplesmente não fiz isso antes?

TERAPEUTA: Bom, você provavelmente teve boas razões para não fazer isso antes. Provavelmente estava muito presa na desesperança.

DENISE: Acho que sim.

TERAPEUTA: Quando está sem esperanças, você tenta negar, por assim dizer, ou cortar possíveis soluções ou opções.

DENISE: É verdade.

TERAPEUTA: Quando você fica presa na desesperança, não tem nada que possa fazer. É isso que você acha?

DENISE: É.

TERAPEUTA: Então, em vez de se acusar de não ter feito isso antes, porque não vai e faz isso agora?

Esse trecho ilustra o processo de exercícios graduais que é tão importante nas primeiras etapas da terapia com um paciente deprimido. O terapeuta fez à paciente uma série de perguntas para desmembrar em passos menores o processo de participar de um ciclo de palestras. Denise se deu conta de que todo o tempo sabia o que fazer, mas, como mostrou o terapeuta, sua desesperança a impedia de ver as opções.

DENISE: Dar esse passo vai ser difícil para mim.

TERAPEUTA: Os primeiros passos são mais difíceis para todo mundo, mas tem uma expressão antiga: "Uma caminhada de mil quilômetros começa com o primeiro passo".

DENISE: Isso é bem verdade.

TERAPEUTA: É o primeiro passo que é tão importante, e depois você pode se preparar para o segundo, depois o terceiro e assim por diante. Com o tempo, você pega o ritmo, e cada passo parece ser uma consequência mais natural. Mas, primeiro, tudo o que você tem que fazer é dar um pequeno passo. Você não tem que dar passos gigantes.

DENISE: Bom, sim entendo. Acho que estava achando que cada passo fosse tão difícil quanto o primeiro. Talvez vá ficando mais fácil.

Na segunda sessão, Denise relatou ter tido sucesso.

DENISE: Verifiquei na internet sobre o ciclo de palestras e me surpreendi. Tinha uma que parecia ser interessante, e estou pensando que vou me inscrever pela internet mesmo. Eu realmente não achava que algum desses sentimentos ainda estivesse presente. Estou com expectativas para o segundo passo.

No fim da primeira sessão, o terapeuta ajudou Denise a preencher o Plano de Atividades Semanais para a semana seguinte. As atividades eram bastante simples, como levantar e tomar um banho, fazer comida, ir às compras e verificar o ciclo de palestras na internet. Por fim, o terapeuta pediu a Denise uma opinião em relação à sessão e sua desesperança.

TERAPEUTA: Você tem alguma reação?

DENISE: Ainda estou me sentindo para baixo, mas me sinto um pouco melhor. É interessante que só a ideia de olhar quais palestras podem estar disponíveis já esteja me fazendo sentir um pouco mais leve. Até fiquei com vontade de ligar para Diane e comentar as alternativas... Isso é um sinal de coisas melhores que estão vindo?

TERAPEUTA: O que você acha?

DENISE: Pode ser.

Sessão 2

Na segunda sessão, o terapeuta começa trabalhando com Denise para definir uma pauta. Ela quer discutir o fato de que não vinha cuidando de suas contas nem

das tarefas domésticas e que ainda passava grande parte do dia sozinha, na frente da televisão. O terapeuta usou isso como uma oportunidade para discutir na pauta a questão da atividade em relação à inatividade. Depois revisou o exercício de casa anterior. Denise tinha feito todas as atividades marcadas e também tinha listado alguns de seus pensamentos negativos entre sessões. Seu escore no BDI-II tinha caído um pouco (os pacientes costumam preencher o BDI-II antes de cada sessão, para que paciente e terapeuta possam monitorar o avanço do tratamento).

A seguir, Denise mostrou ao terapeuta sua lista de pensamentos negativos. Uma preocupação foi que ela tinha expressado raiva do marido na primeira sessão.

DENISE: Não gosto de contar coisas de mim, mas você disse que eu anotasse meus pensamentos, então aí está. Quando fui dormir na noite seguinte à nossa primeira sessão, pensei no que tinha dito a você, sobre estar com raiva do meu marido. Fiquei pensando que você deveria ter achado que sou uma pessoa áspera e fria. Quer dizer, o meu marido teve uma morte horrível e tenho essa reação dura, insensível. Comecei a pensar que agora você provavelmente tem um sentimento muito negativo a meu respeito, por causa dessa declaração, e que não quer trabalhar comigo.

TERAPEUTA: Fico muito contente que você esteja me contando esses pensamentos. Vou começar perguntando: quem é que está tendo esses pensamentos negativos?

DENISE: Você? Bom, não, na verdade, sou eu.

TERAPEUTA: Certo. Você acha que alguém como eu poderia ter outra reação em relação ao que você disse?

DENISE: Não sei. É que é muito duro sentir raiva de alguém que não tinha nenhum controle sobre o que estava acontecendo.

A seguir, o terapeuta ofereceu a Denise uma perspectiva alternativa:

TERAPEUTA: Você acha que alguém pode reagir às suas reações com empatia?

DENISE: Como é que alguém poderia?

TERAPEUTA: Eu imagino que seria muito desagradável e desconfortável ter perdido seu marido e seus amigos, todos na mesma época. Mesmo que

você os ame, é compreensível que sinta raiva. Parece uma reação bastante humana a eventos muito difíceis na sua vida.

DENISE: É, acho que isso faz sentido. Obrigada.

Isso ilustra como um terapeuta cognitivo pode usar os eventos durante uma sessão para ensinar o paciente a identificar pensamentos automáticos e a considerar interpretações alternativas. Além disso, o terapeuta apresentou o resumo de um tema fundamental que ele tinha identificado ao ouvir os pensamentos automáticos de Denise em relação a seu marido e à terapia. O tema era seu medo de ser julgada com severidade e potencialmente punida por sua declaração (esquema de caráter punitivo). Os terapeutas cognitivos muitas vezes identificam e começam a corrigir EIDs durante a primeira fase do tratamento. Pode ser necessário um trabalho mais intensivo e uma mudança de esquemas em uma fase posterior do tratamento para vacinar contra a recaída. Aprofundamos esse processo na próxima seção deste capítulo.

No segmento seguinte, o terapeuta explica como chegou à conclusão de que o caráter punitivo era um esquema importante para Denise.

TERAPEUTA: Quando disse que pensava que eu teria uma opinião negativa sobre você e não iria querer trabalhar porque você disse que sentia raiva de seu marido, parecia que estava realmente preocupada de poder ser julgada e punida com severidade pelo que disse.

DENISE: É verdade.

TERAPEUTA: Não quero fazer disso uma grande coisa agora, mas você também disse que, depois que seus amigos se mudaram, sentiu raiva deles e condenou sua decisão. Mesmo sabendo que cada grupo de amigos tem que se mudar por questões financeiras e de saúde específicas, e estava nesse processo de mudança há anos, parte de você ainda sentia raiva deles. Você mencionou que acreditava que os amigos deviam se ajudar uns aos outros, especialmente em momentos de grande necessidade, e se um amigo decepciona outro, a relação deve acabar. É isso?

DENISE: É isso.

TERAPEUTA: Então você se afastou muito dessas relações importantes e agora está se sentindo muito solitária. A ideia de falar com esses amigos de novo dá medo que eles estejam com raiva e a

punam pela reação que teve. Você fica em um beco sem saída. Não é isso?

DENISE: É, acho que é isso mesmo.

TERAPEUTA: Então, uma das coisas que podem afetá-la de verdade e fezê-la sentir-se muito mal é essa ideia de que as pessoas, incluindo você mesma, devem se comportar de determinadas maneiras, e se eles ou você não se comportam da forma “certa”, deve haver uma punição severa, é isso?

DENISE: É, acho que é isso. Mas ouvindo-o falar não me parece que seja certo.

TERAPEUTA: O que você quer dizer?

DENISE: É muito extremo, é muito duro, as pessoas são humanas, têm limitações e cometem erros às vezes.

TERAPEUTA: Que bom que você está começando a observar e avaliar esses pensamentos em vez de simplesmente reagir a eles automaticamente. O que isso nos diz é que você tem de estar alerta para qualquer momento em que tenha a sensação de que você ou outros devem ser punidos severamente por se comportar de uma determinada maneira. A ideia de que as pessoas não devem ser tratadas com flexibilidade, mesmo em circunstâncias muito difíceis, pode não funcionar muito bem na vida real, com gente de verdade. Você disse que ambos os amigos lhe disseram que se sentiam muito mal por deixá-la nesse momento, e eles telefonam regularmente desde que foram embora. Você acha que se começar a responder e telefonar a eles, talvez reajam de um jeito diferente, da mesma forma como eu reagi de forma diferente da que você esperava?

DENISE: Acho, isso é bem provável.

Mais ou menos na metade da sessão, o terapeuta pediu um *feedback* da paciente até ali:

TERAPEUTA: Até aqui tem alguma coisa que tenhamos discutido hoje que a incomode?

DENISE: Que me incomode?

TERAPEUTA: Sim.

DENISE: Eu me sinto meio maluca.

TERAPEUTA: Isso é importante. Você poderia...

DENISE: Bom, estou tentando não me sentir assim, mas me sinto.

TERAPEUTA: Bom, se está, está. Por que você simplesmente não se deixa sentir maluca e me conta como é isso?

DENISE: Bom, eu estou me sentindo muito diferente de todo mundo. As outras pessoas não parecem ter os meus problemas. Elas ainda estão

casadas e felizes e levando a vida. Eu me sinto muito diferente.

Esse comentário levou à identificação de um terceiro tema, o esquema do Isolamento Social/Alieação. Nos últimos anos, Denise vinha se vendo como se fosse cada vez mais diferente. Nesse momento contudo, começava a entender a ideia de responder a seus pensamentos de forma mais racional. Depois que o terapeuta apontou o pensamento negativo no trecho anterior, a paciente disse espontaneamente:

DENISE: Eu sei o que fazer com a ideia de que sou “maluca”.

TERAPEUTA: O que você vai fazer com ela neste momento?

DENISE: Vou dizer a mim mesma: “Eu não sou muito diferente das outras pessoas. Os outros também perderam seus companheiros. Eu não sou a única. Sou só a primeira no meu grupo de amigos. Com o tempo, eles também estarão na mesma situação. Faz parte da vida”. Fazer tratamento não quer dizer que eu seja maluca, você provavelmente atende a muita gente e trata de problemas como os meus.

TERAPEUTA: É verdade.

Os mesmos pensamentos automáticos surgiram mais tarde, na sessão, quando Denise observou a aliança de casamento do terapeuta. No trecho a seguir, o terapeuta a ajudou a elaborar um experimento para testar o seguinte pensamento: “Eu sou muito diferente dele”.

TERAPEUTA: Certo, agora façamos um experimento e vejamos se você mesma consegue responder ao pensamento automático, e vejamos o que acontece com seu sentimento. Veja se responder racionalmente, faz se sentir melhor ou pior.

DENISE: Certo.

TERAPEUTA: Vamos lá: “Eu sou muito diferente dele”. Qual é a resposta racional para isso? Uma resposta realista?

DENISE: Você está usando uma aliança de casamento e isso é diferente de mim, porque estou só, sem companheiro.

TERAPEUTA: Sim, e?

DENISE: E?... Eu não sei muito de você, além de que é casado. Acho que, pelo que sei, essa informação também poderia ser considerada uma semelhança. Ambos nos casamos, e você sabe como é ser casado. Eu parto do princípio de que você nunca perdeu uma companheira, mas

talvez isso não seja verdade. Você também pode ter perdido uma companheira.

TERAPEUTA: Então você é diferente ou eu sou diferente? Ou nós só temos situações diferentes com relação a nossos parceiros atualmente?

DENISE: Só temos situações diferentes no momento.

O diálogo anterior demonstra o uso de reatribuição. Inicialmente, Denise interpretou a aliança do terapeuta como evidência de que eles eram muito diferentes. Como resultado da abordagem da descoberta guiada, ela reatribuiu a diferença a um entre dois fatores: ela e o terapeuta eram diferentes ou a situação em relação a companheiros era diferente para ambos. No fim do experimento, Denise expressou satisfação por estar finalmente reconhecendo essa tendência a distorcer suas avaliações.

DENISE: Agora eu estou me sentindo contente. Sinto-me um pouco melhor porque, pelo menos, alguém está me mostrando as coisas. Eu nunca tinha me dado conta de que julgava tanto a mim e aos outros, e que estava supondo que era tão diferente das outras pessoas.

TERAPEUTA: Então você se sente bem por ter feito essa observação a seu respeito?

DENISE: Sim.

Depois de resumir os principais pontos da segunda sessão, o terapeuta estabeleceu o exercício de casa para a semana seguinte: preencher o Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais (ver Fig. 7.4) e o Plano de Atividades Semanais (com classificações de domínio e prazer; ver Fig. 7.3).

Sessão 3

No início da terceira sessão, o humor de Denise havia melhorado visivelmente. Ela tinha se inscrito para um ciclo de palestras no museu e estava com expectativas para ir à primeira. Ela também tinha telefonado para sua amiga Diane, com resultados muito positivos. Estava identificando pensamentos negativos e punitivos em relação aos outros e os questionando. O primeiro item da pauta em que ela escolheu trabalhar foi: “Como eu me afasto de outras pessoas”, um aspecto de seus esquemas de padrões inflexíveis, caráter punitivo e isolamento social/alienação.

DENISE: Quero parar de me afastar das pessoas. Quero aceitar mais os outros e me envolver com eles.

TERAPEUTA: E o que a impede de fazer isso?

DENISE: Parece-me que eu acho que tenho que ser um pouco distante e rígida em relação aos outros, se não eles vão fazer as coisas do jeito que qui-

serem. As pessoas têm de conhecer as minhas regras e cumpri-las se quiserem se relacionar comigo.

O terapeuta continuou investigando para entender por que Denise acreditava que tinha de fazer as outras pessoas aderirem a um conjunto de regras rígidas se quisessem ter uma relação com ela. À medida que a discussão avançava, ficava evidente, no resumo, que ela conseguia ver que essas regras rígidas não levavam necessariamente a ter uma boa relação, na verdade, afastavam as pessoas, mas em situações da vida real, Denise nunca achava que estava errada.

A tarefa seguinte do terapeuta foi ajudá-la a aplicar seu pensamento racional a seu pensamento distorcido no *contexto de um evento concreto*. Por solicitação do terapeuta, ela descreveu uma conversa com sua amiga Diane e como sua intolerância em relação à amiga ter se desviado de suas regras criou distância. Denise queria que Diane e seu marido viessem visitá-la no verão seguinte, mas Diane disse que seu cachorro andava muito doente, e que se o cachorro ainda estivesse vivo, ela nunca poderia deixá-lo. Denise considerou aquilo ridículo. Ela achava que a relação com um animal de estimação nunca deveria ter precedência sobre a relação com uma pessoa. Isso aconteceu quando Denise queria e esperava se reaproximar de Diane. O terapeuta a ajudou a usar sua lógica para avaliar seu esquema desadaptativo.

TERAPEUTA: Você pensou: “Tenho razão de lhe dizer exatamente o que penso. Ela não pode me colocar em segundo lugar em relação ao cachorro. Ela não pode fazer isso sem uma consequência”. Parece provável que você acredite nesse pensamento, e que acredite que estava correto. E como acreditava que estava correto, achava que tinha que retirar seu afeto dela se ela não fizesse a sua vontade.

DENISE: Certo.

TERAPEUTA: Vamos examinar isso. Você acha que esse pensamento está correto?

DENISE: Bom, é ofensivo.

TERAPEUTA: O que é ofensivo?

DENISE: Ela estar dando mais prioridade ao cachorro.

TERAPEUTA: Você já teve um animal de estimação?

DENISE: Não.

TERAPEUTA: Você acha que Diane possa sentir que o cachorro é parte da família?

DENISE: Nunca pensei nisso por esse ponto de vista.

TERAPEUTA: Se você olhar a situação dessa perspectiva, como se sente?

DENISE: Me sinto meio insensível... Isso não está certo. Não estou permitindo nenhuma outra perspectiva. Eu nunca tive animal de estimação, então não sei como é ter um animal. Não está correto que julgue tanto a Diane. Tenho de ser mais compreensiva. Eu não fui muito amiga. Na verdade, estou me comportando de forma que vai diretamente contra meus valores mais profundos.

TERAPEUTA: Então, segundo os seus próprios valores, isso está certo?

DENISE: Não, não está. Eu não estava respeitando os valores *dela*. Só exigindo que ela respeitasse os meus. Isso não está certo.

TERAPEUTA: Então esse é um dos problemas. Se você quiser superar essa sensação de que nunca deve abrir mão ou flexibilizar as suas regras por outras pessoas, uma das coisas que deve fazer é buscar esse pensamento: “Eu tenho razão e você deve sofrer uma consequência negativa por sua decisão ‘errada’”. E voltar a esta conversa que estamos tendo agora, e decidir por sua própria conta se realmente estava certa. Agora, se todas as vezes você encarar um conflito em uma relação e abrir a possibilidade de que possa não entender completamente, mas no fundo pensar realmente: “Mas eu sei que tenho razão”, você vai se sentir deixada de lado e não vai querer se envolver com essa pessoa. Não é assim?

DENISE: É, parece correto.

TERAPEUTA: Então nós temos de decidir aqui e agora. Você realmente acredita que tem razão em suspender seu julgamento negativo inicial e deixar aberta a possibilidade de reavaliar sua reação ao comportamento dela?

DENISE: Sim.

TERAPEUTA: Então, na próxima vez que pensar “Tenho razão e vou garantir que essa pessoa saiba disso”, como vai responder a esse pensamento?

DENISE: Se eu tiver razão? Mas não tenho razão, necessariamente. Preciso levar em conta a perspectiva da outra pessoa.

TERAPEUTA: Você está dizendo isso porque é a resposta certa ou porque acredita de verdade?

DENISE: Não, eu acredito de verdade.

O terapeuta seguiu essa discussão com uma técnica chamada *ponto-contraponto* para ajudar Denise a praticar respostas racionais a seus pensamentos

automáticos ainda com mais intensidade. Nesse trecho, ele expressou o pensamento negativo de Denise e ela tentou se defender mais racionalmente.

TERAPEUTA: Agora eu vou agir como o promotor público, e vou dizer: “Parece-me que você deixa sua amiga violar uma de suas regras de amizade. É isso?”

DENISE: É.

TERAPEUTA: “Parece-me que isso foi uma coisa que lhe custou muito fazer”.

DENISE: Não, não foi difícil.

TERAPEUTA: “Você não acha que foi?”

DENISE: Não, eu deveria tentar entender sua perspectiva.

TERAPEUTA: “Você pode se sentar aí e dizer que tem de ser mais compreensiva, mas acho que antes você tinha dito que quer que as pessoas a respeitem”.

DENISE: Quero, mas também tenho de respeitar os outros.

TERAPEUTA: “Eu sei disso, mas agora você está dizendo que vai deixar que ela faça isso sem que nada aconteça. E depois?”

DENISE: Depois tudo o que pode acontecer é uma compreensão melhor entre nós duas, vamos nos sentir mais próximas.

TERAPEUTA: “Mas como você pode se sentir mais próxima se ela não está respeitando as suas regras de relacionamento?”

DENISE: Talvez as minhas regras não sejam aplicáveis a essa situação. Tenho de aprender a ser mais compreensiva, flexível e tolerante com alguns desvios das minhas regras.

TERAPEUTA: “Mas aí você vai perder controle da situação.”

DENISE: Não, isso é exagero. Eu não tenho que controlar toda a situação. Ainda posso decidir o que faz sentido. Ainda estou no controle do que é importante.

TERAPEUTA: “E como pode ser isso?”

DENISE: Porque posso respeitar a mim mesma e respeitar a minha amiga, também. Não tenho de transformar tudo em uma situação ou-ou para tentar fazer com que ela veja e aja à minha maneira. Isso só dificulta o seu relacionamento comigo, e vou perder na relação em longo prazo se continuar insistindo que ela faça do meu jeito ou nada feito.

Por fim, o terapeuta voltou ao esquema e perguntou à paciente o quanto ela acreditava nessa nova perspectiva.

TERAPEUTA: Se você for flexível, você perde controle. Você acredita nisso?

DENISE: Não.

TERAPEUTA: Você acredita nisso em parte?

DENISE: Não. Na verdade é mais provável que eu perca o controle sobre qualquer possibilidade de conseguir o que quero se for tão inflexível. É como se perdesse a visão da importância da relação quando fico tão aferrada ao pensamento de que tenho de estar no controle e de que a outra pessoa tem de fazer as coisas da minha maneira.

TERAPEUTA: Ok, então, agora, o quanto você acredita nisso?

DENISE: Completamente.

TERAPEUTA: 100%?

DENISE: Sim.

TERAPEUTA: Você tem 100% de certeza, e não 90 ou 80%?

DENISE: Não, 100%.

No resto da terceira sessão, Denise e o terapeuta repassaram outros casos em que ela havia notado que seus padrões não eram flexíveis e sentiu a necessidade de ser punitiva quando suas regras não eram cumpridas. A sessão acabou com um resumo das principais questões levantadas nas três primeiras sessões.

Resumo das sessões iniciais

Nas três primeiras sessões, o terapeuta estabeleceu o fundamento para o resto do tratamento. Ele começou imediatamente ensinando Denise a identificar seus pensamentos automáticos negativos e, ao fazer isso, começou a entender os sentimentos que ela tinha de desesperança e a explorar seu isolamento. Ao identificar seus pensamentos em uma série de situações específicas, ele conseguiu deduzir vários esquemas-chave que mais tarde se mostraram centrais ao pensamento de Denise:

1. padrões inflexíveis;
2. caráter punitivo;
3. isolamento social/alienação.

Todos eles pareciam contribuir para o isolamento social e a depressão que ela sentia. O terapeuta fez uso particularmente habilidoso dos pensamentos de Denise durante a segunda sessão da terapia, para

ajudá-la a ver que estava distorcendo evidências sobre a interação terapêutica e chegando a uma conclusão equivocada de que o terapeuta iria julgá-la e puni-la, e obter sentimentos positivos em relação a ela, da mesma forma com que ela própria tende a reagir a outras pessoas.

Para além de identificar pensamentos e distorções, o terapeuta orientou Denise em passos concretos para superar sua inatividade e seu retraimento. Ele pediu que ela avaliasse as vantagens e as desvantagens de ficar em casa todo o dia assistindo à televisão; ele desmembrou o exercício de ir a um ciclo de palestras no museu em passos pequenos e administráveis e organizou com ela uma pauta de atividades para a semana.

Por fim, o terapeuta empregou várias estratégias para demonstrar a Denise que ela poderia testar a validade de seus pensamentos, desenvolver respostas racionais e se sentir melhor. Por exemplo, no decorrer das três sessões, o terapeuta estabeleceu um experimento, usou reatribuição, ofereceu perspectivas alternativas e praticou a técnica de ponto-contraponto.

Uma última questão que queremos enfatizar é que o modo terapêutico principal era o questionamento. A maioria dos comentários do terapeuta estava na forma de perguntas, e isso ajudou Denise a avaliar seus próprios pensamentos fora da sessão e impediu que ela se sentisse atacada por ele.

No fim dessas sessões iniciais, Denise informou estar mais otimista sobre a possibilidade de mudança em sua vida.

Sessões posteriores

Denise continuou a preencher o Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais e a coletar evidências de que poderia relaxar seus padrões e ser mais tolerante com os pontos de vista e os defeitos de outras pessoas. Ela descobriu que se sentia feliz, consigo e com outros, como resultado disso.

O terapeuta estabeleceu vários experimentos com Denise para testar uma série de crenças: de que seus amigos teriam uma atitude punitiva com ela quando não se comportasse de forma perfeita, e que seus relacionamentos se tornariam desagradáveis e indesejáveis se ela relaxasse qualquer de seus rígidos padrões com relação a como os outros deveriam se comportar nos relacionamentos.

Por meio de exercícios graduais, Denise contra-atacou sua tendência a se retrair, aproximando-se gradualmente de situações novas e, por vezes, desconhecidas. Quando notava que impunha seus padrões de comportamento aos outros ou sentia a necessidade

de ser punitiva, ela praticava comportamentos mais abertos e de maior aceitação (fazendo perguntas abertas que refletiam sua compreensão das respostas de outros e inibindo declarações rígidas ou de reprovação). Ela praticava tolerar o desconforto associado a esses novos comportamentos até que eles ficassem mais confortáveis e naturais.

Quando Denise encerrou a terapia, seu escore de BDI-II estava na faixa normal. A fase de redução de sintomas no tratamento foi completada com sucesso em 20 sessões.

A seção seguinte descreve e inclui um caso de terapia do esquema para depressão crônica.

TERAPIA DO ESQUEMA PARA DEPRESSÃO CRÔNICA

A terapia do esquema, desenvolvida por Young (1990/1999; Young et al., 2003), pode ser usada com pacientes que apresentem episódios de depressão recorrentes, transtorno distímico, um início precoce da depressão, traumas precoces na vida e relações familiares adversas (p. ex., perda de pais na infância, abuso sexual, físico ou verbal, negligência e superproteção), transtornos da personalidade comórbidos ou uma grande quantidade de EIDs (identificado com o Questionário de Esquemas de Young; 2005). Young e Klosko (1994) publicaram um livro de ajuda para auxiliar os pacientes a melhor entender seus esquemas.

Beck e colaboradores (1990) observaram que

os esquemas são difíceis de alterar. Eles são mantidos firmemente em seu lugar por elementos comportamentais, cognitivos e afetivos. A abordagem terapêutica deve ser tríplice. Assumir uma posição estritamente cognitiva e tentar convencer os pacientes a abandonar as suas distorções não vai funcionar. Causar sua catarse de fantasias e lembranças dentro da sessão não vai funcionar por si só, sendo essencial um programa terapêutico que aborde todas as três áreas. As distorções cognitivas de um paciente servem como indicações claras que apontam ao esquema.

Como resultado, a terapia do esquema representa uma ampliação significativa da TCC. Ela dá mais ênfase em padrões iniciais de desenvolvimento e suas origens, dificuldades interpessoais de longo prazo e relacionamento entre terapeuta e paciente, bem como a exercícios com foco nas emoções ou vivenciais.

O estudo de caso de Barbara: depressão crônica

O segundo estudo de caso demonstra o uso da terapia do esquema com uma paciente cronicamente deprimida.

Histórico e apresentação dos problemas

A paciente “Barbara” era uma mulher de 46 anos, extremamente atraente, casada há 20 anos com George, um alcoolista funcional que trabalhava em um banco de investimentos em Wall Street. Era o primeiro casamento de ambos, mas estava sendo extremamente duro desde o início. Barbara quis ter filhos, mas não conseguiu conceber naturalmente. Embora tivessem discutido tratamento para fertilidade e adoção, ela contou que George resistia a essas opções, porque ele questionava a capacidade dela de ser uma mãe adequada.

No início do relacionamento, ela relatava que havia uma química sexual extremamente forte, mas informou que essa química agora era instável e muitas vezes desaparecia por longos períodos no transcorrer do relacionamento. Ela disse que só sentia felicidade real com George nos primeiros meses da relação, quando ele foi extremamente generoso e atencioso. Sua decisão de casar com George foi baseada em um sentimento de que foram feitos um para o outro. Eles se conheceram em um bar de alto nível, onde ela trabalhava como garçonete. Contudo, quando o relacionamento se estabilizou, George continuava passando grande parte de seu tempo em bares sem ela, já que ela não gostava de beber.

Quando veio à sua primeira consulta, Barbara estava passando a maior parte do tempo na cama, assistindo à televisão. Ela raramente saía de casa, exceto para fazer compras. As saídas com sua mãe ou amigas para “levantar o astral” muitas vezes terminavam em muitas compras, seguidas de críticas verbais por parte de George, bêbado depois de chegar em casa do bar, em função do que ele considerava sua falta de gosto, discernimento e inteligência em relação às compras. Barbara iniciou tratamento porque seu marido disse que ela o estava “enlouquecendo com seu comportamento ridículo” e que ela tinha de “dar um jeito nisso”. Ela reconhecia que se sentia muito deprimida, dizia que este episódio de depressão mais recente começou depois de uma briga particularmente desagradável com seu marido sobre adotar uma criança.

Barbara contava que tinha depressão leve a moderada na maior parte de sua vida, intercalada com

múltiplos episódios de depressão maior. Ela se deu conta pela primeira vez de que se sentia moderadamente deprimida por volta dos 11 anos de idade. Filha única, ela inicialmente descreveu sua família na infância como “legal”. Barbara descreveu sua mãe como extremamente atenciosa e dedicada: “Uma mãe muito boa, que fazia tudo por mim”. Ela disse que sua mãe vivia para ela, mas também se lembrava de que a mãe ocasionalmente caía em depressão. Já aos seis anos, ela se lembra de sua mãe não estar emocionalmente disponível quando estava deprimida.

Barbara descreveu seu pai como um *workaholic* que quase nunca estava em casa. Quando ele vinha para casa, estava distante, preferindo a solidão de seu gabinete a interagir com ela e com sua mãe. Se Barbara tentava interagir com ele como uma criança, ele a censurava, chamando-a de “chata simplória” e exigia que ela lhe deixasse em paz.

Ela descreveu seu primeiro episódio depressivo maior, que ocorreu por volta dos 16 anos, depois de terminar com seu primeiro namorado sério. Episódios posteriores foram desencadeados por outros rompimentos e pelos problemas de fertilidade.

Barbara teve um escore de 29 no BDI-II, o que a coloca na faixa de depressão moderada a grave. Ela também preencheu o Questionário de Esquemas de Young (Long Form; Young, 2005) e recebeu escores muito altos em Privação Emocional, Defectividade, Abandono, Dependência/Incompetência, Merecimento, Fracasso, Subjugação, Busca de Aprovação e Negatividade/Pessimismo. Seu Questionário dos Modos de Esquema (*Schema Mode Questionnaire*, Young et al., 2008) indicava que ela funcionava basicamente nos seguintes modos: Protetor Desligado, Capitulador Complacente, Pai/Mãe Punitivo e Criança Vulnerável.

Na primeira consulta de Barbara, o terapeuta realizou um trabalho de avaliação complementar, através de imagens (um procedimento de avaliação padrão para terapia do esquema). Durante essa avaliação, Barbara foi instruída: “Feche os olhos e deixe sua mente flutuar até suas primeiras lembranças de sua mãe”. Barbara relatou lembranças dolorosas aos seis anos, com sua mãe na cama, deprimida e emocionalmente indisponível. Ela disse que se sentia muito assustada e perdida nessa época. O mesmo exercício com imagens foi usado em uma sessão posterior, na qual Barbara foi convidada a recuperar uma memória precoce de seu pai. Nessa imagem, o pai de Barbara exibiu comportamento intolerante, humilhante e rejeitador para com ela quando criança. Durante o exercício, ela relatou se sentir inaceitável, com vergonha de si mesma e indesejada por ele.

No Inventário Multimodal de História de Vida (*Multimodal Life History Inventory*) (Lazarus e Lazarus, 1991), uma ferramenta de avaliação de 15 páginas, que cobre uma ampla gama de questões que tratam de sentimentos, pensamentos, comportamentos, e uma série de outras questões psicoterapêuticas, Barbara relatou seus principais problemas, como depressão, sentir-se infeliz consigo mesma, vazia e não amada, e desvalorizada. Ela também listou os seguintes comportamentos: procrastinação, retraimento, dificuldades de concentração, distúrbios do sono, choro e surtos ocasionais de perda de controle. Ela indicou ainda que se sentia triste, deprimida, infeliz, incorrigível, inútil e solitária. Ela confirmava as seguintes declarações: “Não sei o que fazer da minha vida”, “A vida é vazia, um desperdício” e “Não há nada para esperar do futuro”.

Com base na entrevista inicial, Barbara foi diagnosticada com transtorno depressivo maior, episódio recorrente em Eixo I e transtorno da personalidade dependente no Eixo II.

Trabalho com modos de esquemas

Esta seção demonstra o uso do trabalho com modos de esquema – um importante componente da abordagem da terapia do esquema – com Barbara.

O terapeuta mudou para a terapia do esquema porque a depressão de Barbara não estava cedendo com terapia cognitiva padrão. Embora tivesse aprendido a questionar seus pensamentos automáticos, identificasse e desafiasse suas principais crenças com respostas racionais, e cumprisse os exercícios comportamentais para testar seus pensamentos e crenças, Barbara nunca aceitou *emocionalmente* o ponto de vista racional, apesar de muitas evidências concretas. Ela continuava convencida de que não tinha valor, era inútil e sem esperança. Seus EIDs continuavam teimosamente enraizados. O terapeuta decidiu que o próximo passo seria a introdução de exercícios com foco na emoção para acessar os esquemas de Barbara em um nível emocional mais profundo, usando a abordagem dos modos de esquema.

Há sete passos gerais no trabalho com modos de esquema:

1. aumentar a consciência sobre os modos ao identificar e dar nome aos modos do paciente;
2. explorar as origens dos modos na infância e na adolescência e discutir seu valor adaptativo;
3. relacionar modos mal-adaptativos a problemas e sintomas atuais;
4. demonstrar as vantagens e desvantagens de cada modo;

5. acessar o Modo de Criança Vulnerável por meio de imagens;
6. conduzir diálogos entre os modos;
7. generalizar os resultados do trabalho feito nas sessões para a vida do paciente fora delas.

As partes a seguir ilustram o trabalho terapêutico com cada passo.

Passo 1: Aumentar a consciência sobre os modos ao identificar e nomear os modos com o paciente

Este passo ajuda o terapeuta e o paciente a conceituar os problemas em termos de diferentes partes do *self* ou modos. A partir do Questionário dos Modos de Esquema, o terapeuta já estava ciente de que Barbara funcionava principalmente nos modos de Protetor Desligado, Capitulador Complacente, Pai/Mãe Punitivo e Criança Vulnerável. A sessão revela como o terapeuta questiona a paciente para que ela possa começar a reconhecer e diferenciar essas partes de si mesma.

Durante a sessão, ela é estimulada a dar nomes aos modos, com termos que pareçam adequados, em vez de simplesmente aplicar os termos genéricos do Questionário de Modos de Esquema. Recomenda-se que os pacientes encontrem termos que captem melhor os pensamentos, emoções e/ou comportamentos associados a cada modo. Um objetivo principal desse primeiro passo é ajudar o paciente a observar essas partes e a descentrar em relação a elas. Esse passo começa com o processo de interrupção da automaticidade dos modos.

TERAPEUTA: Tenho observado, em nossas sessões, que você às vezes parece muito triste e incomodada, crítica em relação a si mesma, e outras vezes parece um pouco distraída do que sente, como quando estava me contando do ótimo par de sapatos que encontrou quando saiu para fazer compras.

BARBARA: É, acho que é verdade. Falar de minhas compras me faz sentir melhor.

TERAPEUTA: Quando você diz “melhor”, o que quer dizer?

BARBARA: Que me sinto bem.

TERAPEUTA: Tipo, feliz, em paz, contente?

BARBARA: Sinto prazer.

TERAPEUTA: De que forma isso é prazeroso?

BARBARA: Sinto prazer quando olho coisas bonitas com minha mãe ou com minhas amigas, e gosto de comprar essas coisas. Tira a minha cabeça de todo o resto.

TERAPEUTA: Como se você estivesse temporariamente distraída de outros sentimentos?

BARBARA: É, é isso.

TERAPEUTA: Quais são esses outros sentimentos?

BARBARA: Simplesmente se sentir muito mal. Não aguento sentir isso.

TERAPEUTA: Então, às vezes tem uma parte de você que só quer distância dessa outra parte que se sente mal?

BARBARA: É.

TERAPEUTA: Há outras coisas que você faça, além de comprar, que a ajudam a se distanciar dos sentimentos ruins?

BARBARA: Bom, eu durmo muito.

TERAPEUTA: Algo mais?

BARBARA: Eu vejo televisão, mas a televisão nem sempre ajuda.

TERAPEUTA: Essa parte de você que quer distância de se sentir mal – como poderíamos chamar essa parte?

BARBARA: Essa parte de mim? Não sei. Não sei como chamar.

TERAPEUTA: O que você sente?

BARBARA: Parece que estou escapando.

TERAPEUTA: Certo. Então chamamos essa parte de “A Escapista”?

BARBARA: Acho que sim... Parece correto.

TERAPEUTA: E essa parte de você da qual você escapou – você pode me falar mais dela?

BARBARA: Essa parte se sente mal, horrível.

TERAPEUTA: Deixe que eu escute essa parte falar desses sentimentos.

BARBARA: É que eu simplesmente sou uma pessoa ruim (*começa a chorar*)... eu não sirvo para nada. Me sinto tão incorrigível. Não sei o que fazer. Não consigo entender nada. Eu sou um zero, um fracasso. Nós temos mesmo que falar disso?

TERAPEUTA: Barbara, eu sei que não é bom entrar em contato com essa parte de você, mas se puder aguentar por um tempinho, vai me ajudar a entender por que se sente tão mal. Você sabe o que essa parte de você quer?

BARBARA: Eu quero me sentir bem.

TERAPEUTA: O que você acha que a ajudaria a se sentir melhor?

BARBARA: Não sei. Realmente não sei. Só quero que você me conserte. Meu marido tem razão, sou uma pessoa ridícula.

TERAPEUTA: Parece que tem uma parte de você que se sente realmente péssima, que acha que tem alguma coisa muito errada. Parece que essa parte

está ouvindo e assumindo o que seu marido disse de você, que “é ridícula”. Quero que você segure a parte que concorda com seu marido e quero que escute mais a parte que se sente péssima, a parte de você que quer que tudo seja consertado. Essa parte... você a sente?

BARBARA: Sinto.

TERAPEUTA: Conte mais. Quais são as coisas que você quer que sejam consertadas?

BARBARA: Não sei, só quero me sentir bem comigo mesma, orgulhosa de mim, mas simplesmente não me sinto. Quero ter um filho, mas meu marido não acha que consigo dar conta disso. Ele provavelmente tem razão. Eu preciso de muita ajuda só para a vida cotidiana. Eu não consigo dar conta de nada.

TERAPEUTA: Então essa parte de você, essa parte que se sente mal e desamparada, mas também quer se sentir melhor, como poderíamos chamar essa parte?

BARBARA: Não sei, o que você acha?

TERAPEUTA: Bom, o que você sente com ela?

BARBARA: Sinto-me desamparada, constrangida e desamparada.

TERAPEUTA: Com que idade você se sente quando está em contato com essa parte de você mesma?

BARBARA: Sinto-me jovem, muito jovem.

TERAPEUTA: Você quer chamar essa parte de “Barbarazinha Constrangida” [modo Criança Vulnerável, com os EIDs associados de Defectividade, Dependência/Incompetência e *self* Emaranhado/Não Desenvolvido]?

BARBARA: Certo.

TERAPEUTA: Certo, e agora essa outra parte, a parte que está concordando com seu marido e chama você de ridícula...

BARBARA: Bom, é que eu sou ridícula e boba. Não consigo enfrentar nada.

TERAPEUTA: Antes que você concorde com essa parte, quero que você simplesmente observe como ela soa. Como soa essa parte de você? Ela soa crítica?

BARBARA: Sim, mas eu mereço, sou muito inútil.

TERAPEUTA: Parece que você está tendo dificuldades para simplesmente escutar essa parte sem concordar automaticamente com ela. É isso?

BARBARA: É, acho que é verdade.

TERAPEUTA: Então, como é que você quer chamar essa parte?

BARBARA: Eu não sei... mas... você não vai me dizer como chamá-la, não é?

TERAPEUTA: É.

BARBARA: Está bem, acho que “A Crítica” [modo Pai/Mãe Punitivo/Crítico associado com EIDs de Defectividade e Subjugação].

Nessa parte da sessão, o terapeuta ajudou Barbara a começar a reconhecer e nomear os modos: Protetor Desligado como “A Escapista”, Pai/Mãe Punitivo/Crítico como “A crítica” e Criança Vulnerável como “Barbarazinha Constrangida”. Embora não seja completamente ilustrado aqui, o terapeuta também usou uma sequência semelhante de perguntas para ajudar Barbara a identificar outros modos. Dessa parte da sessão, fica claro que “A Crítica” (modo de Pai/Mãe Punitivo) está gerando uma quantidade enorme de afeto negativo nela. Sua única forma aparente de lidar com o ataque de crítica proveniente desse modo é por meio da “Escapista” (modo de Protetor Desligado), no qual ela desperdiça grande parte de sua vida dormindo. Fora isso, a experiência básica de Bárbara em relação a si mesmo reside na “Barbarazinha Constrangida” (modo Criança Vulnerável), em que ela se sente defectiva, inútil, incorrigível e desamparada.

Passo 2: Explorar as origens dos modos na infância e/ou na adolescência

Esta seção ilustra como o terapeuta ajuda Barbara a reconhecer as origens desses modos. Além disso, avalia a força do modo Pai/Mãe Saudável.

TERAPEUTA: A “Crítica” soa como alguém que você conhece ou conheceu em sua vida?

BARBARA: Sim, como George.

TERAPEUTA: Alguém mais?

BARBARA: Ah, também soa como o meu pai... exatamente como o meu pai.

TERAPEUTA: Em que sentido?

BARBARA: Ele falava assim comigo... sempre que eu tentava chamar a atenção dele.

TERAPEUTA: Que idade você tinha?

BARBARA: Pequena, muito pequena... uns três ou quatro anos, pelo que me lembro.

TERAPEUTA: Você pode fechar os olhos e se deixar sentir como essa criança pequena de novo, com seu pai?

BARBARA: (*Olhos fechados.*)

TERAPEUTA: Conte o que está acontecendo.

BARBARA: Ele está gritando comigo porque puxei o casaco dele.

TERAPEUTA: Deixe eu ouvir o que ele está lhe dizendo.

BARBARA: “Pare, sua pestinha. Você é uma simplória. Você não tem nada melhor para fazer do que puxar o meu casaco? Saia daqui!”

TERAPEUTA: E como você está se sentindo quando ele grita essas coisas para você?

BARBARA: Sinto-me idiota, uma imbecil. Eu não sou nada, uma peste inútil, um incômodo.

TERAPEUTA: Parece que ele tem razão, ou você está com raiva dele?

BARBARA: Não, não sinto raiva, só me sinto mal (*começa a chorar*), eu simplesmente sou ruim.

TERAPEUTA: Então tem uma parte de você que concorda com ele, punindo – como seu pai – e acha que você é ruim.

BARBARA: É.

TERAPEUTA: E onde está a sua mãe?

BARBARA: Ela está me dizendo para calar a boca e deixar ele em paz. Ela diz que ele está cansado de trabalhar o dia todo.

TERAPEUTA: E o que você pensa e sente quando ela diz isso?

BARBARA: Eu estou pensando que sou uma pessoa horrível.

TERAPEUTA: Então você está entendendo o recado de que você é o problema, de ambos os seus pais. Parece que os dois estão dizendo que você merece esse tratamento duro e tem uma parte de você que acredita neles – que você merece ser punida porque incomodou seu pai. Isso é verdade?

BARBARA: É, é assim.

TERAPEUTA: Então também existe uma parte punitiva de você mesma, essa parte que aceitou a mensagem punitiva de seus pais, de que você é uma pessoa ruim, uma peste.

BARBARA: Sim.

TERAPEUTA: O que sua mãe está fazendo?

BARBARA: Depois de um tempo, ela sai comigo. Ela vê que estou triste e quer que me sinta bem. Ela tenta fazer com que me sinta melhor me dando alguma coisa, um brinquedo ou alguma coisa de comer. Muitas vezes ela me leva às compras e me compra alguma coisa especial.

TERAPEUTA: E como você se sente quando ela faz isso?

BARBARA: Eu me sinto um pouco melhor quando estamos na rua ... mas, mais tarde, me sinto mal. Ainda sinto vergonha porque eu sou tão má e inútil.

TERAPEUTA: Então ainda tem a “Barbarazinha Constrangida” por baixo?

BARBARA: É, isso mesmo.

TERAPEUTA: Se você pudesse reescrever o roteiro para sua família, uma família com pais ideais, o que teria acontecido?

BARBARA: Não tenho ideia. Eles não eram maus, estavam fazendo o melhor que podiam.

TERAPEUTA: Certo, mas e se você tivesse tido um pai que ficasse entusiasmado de lhe encontrar no final de um dia de trabalho... um pai que gostasse de vir para casa e estar com sua família... que tivesse prazer em falar com você e conhecê-la, brincar com você?

BARBARA: Você quer dizer um pai que me amasse?

TERAPEUTA: É, quero dizer um pai que conseguisse lhe demonstrar o seu amor com muitos tipos de atitudes.

BARBARA: Puxa, isso teria sido muito diferente.

TERAPEUTA: Você sente alguma raiva dele agora, ao pensar sobre como ele falou com você, uma criancinha que só tentava chamar a atenção dele?

BARBARA: Não, eu funcionava do jeito dele. Ele trabalhava muito, e eu tinha que deixá-lo em paz.

TERAPEUTA: O que você acaba de dizer – soa como alguém que você conhece?

BARBARA: Sim, soa como a minha mãe.

TERAPEUTA: E o que você acha disso agora?

BARBARA: Bom, ela só estava tentando manter a paz e cumprir o papel que ele não cumpria.

TERAPEUTA: Mas e você, essa criança doce e inocente, que só quer o que todas as crianças querem – o amor e a atenção de seu pai?

BARBARA: É triste, me sinto triste por mim.

TERAPEUTA: Isso mesmo, é triste para você. Você é uma criança fazendo o que as crianças fazem – elas tentam chamar a atenção dos pais, as crianças querem saber que são amadas, valorizadas, apreciadas. Você não era diferente de nenhuma outra criança, mas o que acontece?

BARBARA: (*Chora.*)

TERAPEUTA: Ninguém chama a atenção do seu pai pelo comportamento horrível que ele tem com você. Todo mundo acomoda as coisas para *ele* e fala com você como se *you* fosse o problema, quando você só está fazendo o que todas as crianças fazem. Mesmo assim, seu pai e sua mãe estão reagindo como se o problema fosse você.

BARBARA: É, você tem razão. Por que eles faziam isso?

TERAPEUTA: Você acha que havia alguma coisa errada com você ou com a maneira com que eles agiam em relação a você?

BARBARA: Na forma como eles agiam comigo.... É um problema da forma como eles me tratavam.

TERAPEUTA: Certo. Eles é que deveriam se sentir constrangidos pela forma como se comportaram. Não havia nada de constrangedor em relação a você e o seu comportamento.

Na seção anterior, o terapeuta ajuda Barbara a entender a origem da “Crítica”, a parte dela que aceitou a mensagem do “Pai/Mãe Punitivo” de que ela era o problema. As perguntas e os comentários do terapeuta também a ajudam a entender que o problema estava, na verdade, no comportamento dos seus pais em relação a ela, e não um defeito inerente a ela.

O terapeuta direciona agora a atenção de Barbara à origem da “Escapista”, essa parte que estava buscando alívio desses sentimentos horríveis em relação a ela mesma quando criança. O terapeuta também a ajuda a se tornar mais ciente de que a “Escapista” só consegue dar alívio no curto prazo.

TERAPEUTA: Quando você tinha esse sentimento ruim sobre si mesma quando criança, o sentimento de “Barbara Constrangida”, como enfrentava esse sentimento? O que você fazia?

BARBARA: Muitas vezes, eu não fazia nada. Eu só sentava na minha cama, no meu quarto, imaginando coisas, querendo que tudo fosse diferente. Eu fantasiava que era uma estrela, uma pessoa linda que todo mundo adorava. As pessoas se encantavam comigo e me davam presentes caros e roupas que me deixavam ainda mais bonita. À vezes, quando minha mãe me levava para passear e me comprava coisas, era meio como se ela estivesse fazendo esse sonho virar realidade.

TERAPEUTA: Essa é sua parte “Escapista” tentando ajudar que você se sinta melhor?

BARBARA: É, certamente é.

TERAPEUTA: E aí, o que acontecia?

BARBARA: Eu me sentia melhor, principalmente quando cresci e chamava muita atenção por minha aparência, mas em algum momento, meu pai acabava gritando comigo. Lembro-me dele gritando com a minha mãe por “gastar dinheiro demais” só para fazer de mim uma “vagabunda bonitinha”.

TERAPEUTA: Então os esforços para se sentir melhor acabavam saindo pela culatra.

BARBARA: É, eu nunca me senti muito bem por muito tempo. Nunca me senti bem por dentro.

Passo 3: Relacionar problemas e sintomas atuais a modos desadaptativos

Nesta seção, o terapeuta faz perguntas que ajudam Barbara a reconhecer de que forma esses modos que se desenvolveram na infância ainda estão em funcionamento. Ela começa a conectar esses modos com as razões para estar se sentindo tão deprimida, e começa a ver os padrões repetitivos em sua vida.

TERAPEUTA: Vamos dar uma olhada no que está acontecendo agora em sua vida. Você reconhece qualquer relação entre o que temos conversado – essas partes diferentes de você, e como você está pensando e se sentindo consigo mesma, e enfrentando sua vida agora?

BARBARA: Sim, ainda estou tentando me sentir bem – ou apenas não sentir – por ser a “Escapista”. Quando eu tenho esses surtos de comprar e deixo que minha mãe e minhas amigas me visitem, ainda assim não funciona melhor do que sempre foi. E dormir todo o tempo também não funciona.

TERAPEUTA: O que você quer dizer?

BARBARA: É que eu só me sinto bem por um tempinho. Depois, em vez de meu pai chegar em casa, eu chego em casa e está o George ou ele chega e eu estou. George é tão crítico em relação a mim e tão indisponível quanto meu pai.

TERAPEUTA: E então, o que é que acontece?

BARBARA: Eu começo a me sentir mal de novo, muito deprimida. Me sinto como se fosse uma pessoa com quem não vale a pena estar, que sou chata e inútil. Estou dizendo tudo que é coisa ruim a meu respeito e concordo com tudo o que George diz de mim. Eu sou a minha pior “Crítica”. No fim, eu ainda me sinto como a velha “Barbarazinha Constrangida” por dentro, que nunca realmente se sente melhor. Então, eu só quero ir dormir para me afastar de tudo isso. Finalmente, eu estou começando a ver tudo com mais clareza, girando no mesmo círculo, nada mudou e nada muda. Tenho sido muito infeliz a vida toda.

TERAPEUTA: Mas tem uma mudança muito importante.

BARBARA: Que é qual?

TERAPEUTA: Você está começando a ver e entender o que tem acontecido por muito tempo, em

vez de só ficar no mesmo ciclo, sem qualquer consciência.

Passo 4: Demonstrar as vantagens e desvantagens de cada modo

O terapeuta começa a perguntar a Barbara sobre as vantagens e as desvantagens de ouvir e agir sobre essas partes diferentes de si mesma. Isso a ajuda a se distanciar mais dos modos e a conscientizá-la sobre outra forma possível para responder.

TERAPEUTA: Quando essas partes ou modos diferentes de você se desenvolvem, eles cumprem um propósito. Por que não falamos de cada um deles e exploramos suas vantagens e desvantagens, no passado e no presente? Comecemos com a “Escapista”.

BARBARA: Essa parte faz com que eu me sinta bem, ou pelo menos que não me sinta mal.

TERAPEUTA: Por quanto tempo?

BARBARA: Por algum tempo.

TERAPEUTA: E no longo prazo? Essa parte a ajuda a sentir melhor?

BARBARA: Não, na verdade, não. Não consigo escapar de verdade de me sentir mal. Não posso dizer que me sinta melhor no longo prazo.

TERAPEUTA: Então tem alguma vantagem nessa parte de você, na “Escapista”?

BARBARA: Fico confusa sobre isso.

TERAPEUTA: Claro. Entendo isso. Se você não conhece nenhuma outra maneira de se sentir melhor, qualquer alívio é melhor do que nenhum alívio.

BARBARA: É.

TERAPEUTA: Mas às vezes é bom se deixar sentir mal, porque quando você se deixa entrar em contato com seus sentimentos, muitas vezes começa a reconhecer o que faz se sentir melhor no longo prazo... como encontrar atividades que sejam realmente interessantes para você ou que lhe deem uma sensação de realização e propósito, ou que tragam à tona uma sensação de profundo prazer.

BARBARA: Isso tem sentido, mas eu não tenho a menor ideia de como encontrar essas coisas.

TERAPEUTA: Bom, isso é uma coisa em que podemos trabalhar.

BARBARA: Parece bom.

TERAPEUTA: E a “Crítica”? Tem alguma vantagem em dar ouvidos a ela?

BARBARA: Essa parte me diz o que há de errado comigo.

TERAPEUTA: E o que a “Crítica” diz que está errado com você?

BARBARA: Que eu sou burra e boba, inútil e desagradável.

TERAPEUTA: Você acha que a “Crítica” tem razão?

BARBARA: Claro.

TERAPEUTA: Mas colocando as palavras da “Crítica” na boca do seu pai e escutando ele falar com a Barbarazinha, com 3 anos de idade, quando ela cumprimenta entusiasmada quando ele chega em casa do trabalho, o que acha?

BARBARA: Dito assim, eu acho que ele é um imbecil, quer dizer, o que ele pensa que está fazendo com essa pobre menininha? O que há com ele?

TERAPEUTA: Certo. Então, tem alguma vantagem em escutar essas palavras críticas?

BARBARA: Não... não, definitivamente, não.

TERAPEUTA: Tem alguma desvantagem em dar ouvidos à “Crítica”?

BARBARA: Sim, está ficando mais claro agora por que essa parte de mim está se sentindo tão mal. Tenho que parar de ouvir essa parte. Quando eu aceito que meu pai disse a verdade, me sinto mal, muito mal, comigo mesma.

TERAPEUTA: Você quer dizer que traz à tona esse sentimento de “Barbarazinha Constrangida”?

BARBARA: É.

TERAPEUTA: E ela? Do quê ela precisa?

BARBARA: Ela precisa se sentir bem consigo mesma. Ela precisa ouvir coisas boas sobre ela mesma, ela precisa de alguém para escutá-la e prestar atenção nela – para amá-la.

TERAPEUTA: Concordo.

Passo 5: Usar imagens para acessar o modo de criança vulnerável

O terapeuta começa agora a conversar com Barbara sobre o modo Criança Vulnerável. Ao acessar esse modo, terapeuta e paciente podem começar a trabalhar nos esquemas centrais que são parte da “Barbarazinha Constrangida”.

TERAPEUTA: Eu sei que às vezes é desagradável se deixar entrar em contato com a “Barbarazinha Constrangida”, mas você estaria disposta a isso, para que possamos conhecer essa parte de você e descobrir do que você realmente precisa para se sentir melhor e o que a está impedindo?

BARBARA: Acho que sim... (Olhos fechados.)

TERAPEUTA: Diga o que você está sentindo e pensando neste momento.

BARBARA: É o mesmo sentimento de sempre – me sinto ruim... e inútil (*Visivelmente começa a parecer desconfortável, abre os olhos*).

TERAPEUTA: Você consegue voltar a “Barbarazinha Constrangida”, consegue se deixar sentir como ela?

BARBARA: Certo (*fecha os olhos de novo*).

TERAPEUTA: Onde está você? O que você está fazendo?

BARBARA: Estou sentada na minha cama, no meu quarto. Meu pai acaba de me dizer para sair.

TERAPEUTA: E como você está se sentindo?

BARBARA: Péssima.

TERAPEUTA: E que você quer?

BARBARA: Quero que a minha mamãe venha e me faça sentir melhor.

TERAPEUTA: Onde ela está?

BARBARA: No quarto dela, deitada na cama. Ela também não está bem.

TERAPEUTA: Se você pudesse trazer uma mãe saudável para ficar com você agora mesmo, o que ela lhe diria? Quero ouvir ela falar com a Barbarazinha.

BARBARA: Você sabe que ele só está cansado de trabalhar. Se você o deixar em paz, tudo vai ficar bem.

TERAPEUTA: Quero ouvir o que a Barbarazinha acha disso.

BARBARA: Não adianta muito, ainda me sinto incomodada e ruim.

TERAPEUTA: E se eu vier ajudar?

BARBARA: Certo.

TERAPEUTA: Você é uma menininha muito carinhosa. Muitos pais adorariam chegar em casa e encontrar um abraço de sua filhinha. Tem alguma coisa errada com o papai. Por que ele não reconhece que você está lhe oferecendo algo que é valioso, muito especial?... Ouvindo isso, como se sente, Barbara?

BARBARA: Melhor.

TERAPEUTA: Agora deixe eu falar com o seu pai.

BARBARA: Está bem.

TERAPEUTA: Como você pode falar assim com a sua filha? Só o que ela fez foi recebê-lo com alegria e amor quando você chega em casa. E veja só como você está respondendo. Sua resposta a ela é completamente inapropriada. Você é muito fechado e distanciado de tudo. O que

está acontecendo com você? Não vê que tem uma filha linda, criativa e amorosa? Barbara não merece esse tipo de tratamento. Eu não vou mais aguentar isso nem deixar que você a machuque... Como a Barbarazinha se sente quando ouve isso?

BARBARA: Muito melhor. Eu queria que a minha mãe tivesse falado assim com o meu pai. Mas, sabe como é, se você realmente tivesse tentando dizer qualquer coisa assim para ele, ele não iria escutar. Ele nunca ouvia o que a minha mãe tinha para dizer. Ele provavelmente só ia dizer alguma coisa maldosa e fechar a porta.

TERAPEUTA: Certo. E se isso acontecesse, o que você gostaria que acontecesse depois?

BARBARA: Não sei.

TERAPEUTA: Deixe que eu entre de novo e diga isso a ele pela porta. Se você escolher escutar ou não, há um limite, um limite para o quanto estaremos à sua disposição. Se você escolher não estar disponível para nós, nós não estaremos disponíveis para você.

BARBARA: Não acho que ele vá mudar.

TERAPEUTA: Então eu e você, juntos, vamos deixá-lo e criar uma vida nova.

BARBARA: Isso realmente é possível.

TERAPEUTA: Você quer fazer com que isso aconteça?

BARBARA: Quero, mas e ele? Ele ficaria tão solitário.

TERAPEUTA: Quem seria solitário?

BARBARA: Ele, a menos que ficassemos.

TERAPEUTA: Mas se você ficasse, quem se sentiria solitário?

BARBARA: Eu.

TERAPEUTA: Você quer continuar a estar à disposição de alguém que escolhe não estar disponível para você?

BARBARA: Ah, não, isso não está certo.

TERAPEUTA: Então, o que você quer fazer?

BARBARA: Quero ir embora.

Nessa parte da sessão, o terapeuta assumiu o modo “Pai/Mãe Saudável” para Barbara, porque ela não tem um modelo forte para esse modo. Esse é um exemplo do que se chama de *reparentalização limitada*. Nesse papel, o terapeuta entra em cena temporariamente para ajudar o paciente em relação a suas necessidades básicas não atendidas de segurança, estabilidade ou previsibilidade; amor, cuidado e atenção; aceitação e elogios; empatia; limites realistas; validação de sentimentos e necessidades. O terapeuta também refuta e questiona quaisquer mensagens ou

crenças irracionais de que essas necessidades devam permanecer não atendidas. À medida que começa a se sentir mais segura e mais protegida pelo “Pai/Mãe Saudável” no decorrer deste trabalho, “Barbarazinha” já não se sente constrangida.

Passo 6: Realizar diálogos entre os modos

Quando os pacientes começam a internalizar o modo Pai/Mãe Saudável demonstrado pelo terapeuta, seu próprio modo de Adulto Saudável se torna mais forte. O modo do Adulto Saudável do paciente pode agora questionar ativamente e combater o modo do Pai/Mãe Punitivo, apoiando, protegendo e curando a Criança Vulnerável, com a ajuda do terapeuta.

O terapeuta agora aborda o modo da Escapista, ou Protetor Distante. No segmento que segue, o terapeuta estabelece um diálogo entre os modos de Criança Vulnerável e Escapista.

TERAPEUTA: E que tal fazer com que a “Barbarazinha” fale com a “Escapista” sobre coisas de que ela realmente gosta?

BARBARA: Certo... mas como se faz isso?

TERAPEUTA: Em primeiro lugar, quero que você se sente neste lado do sofá. Quando estiver aqui, quero que entre em contato e fale com a “Barbarazinha”. Faça com que ela fale sobre todas as coisas que lhe interessam – aquelas coisas que a interessam, a entusiasma e a ajudam a se sentir viva. E depois, quero que você se levante e se sente no outro lado do sofá. Quando estiver deste lado, quero que entre em contato e fale pela “Escapista”. Vamos ir e vir entre essas duas partes de seu *self* e ver o que sai daí. Eu vou ajudar a “Barbarazinha” se ela precisar de mim.

BARBARA: [como “Barbarazinha”] Uma vez eu fiz um vestido na escola, e me dei conta de que realmente gostava de costurar. Era muito simples, nada especial, mas como me diverti fazendo aquilo! Acho que talvez eu queira fazer um curso para experimentar costurar de novo.

[como a “Escapista”] Por que você quer fazer isso? Se não der certo, você simplesmente vai se sentir mal consigo mesma. Talvez as pessoas achem que você é ridícula, nessa idade, tentando aprender a costurar. Por que se arriscar a se sentir ruim e burra? Por que você simplesmente não se deita e deixa isso para lá?

[como “Barbarazinha”] Mas eu posso gostar. Se eu não começar a experimentar as coisas que acho que posso gostar, nunca vou saber do que gosto ou o que me faz feliz... Se continuo escutando

o que você diz, só o que eu vou fazer é dormir o resto da minha vida. Eu quero ter uma vida.

[como a “Escapista”] Não sei se vale a pena o risco de se sentir mal.

[como “Barbarazinha”] Mesmo se eu me sentir mal no princípio, será apenas temporário. Ou vou aprender a costurar bem ou vou encontrar alguma outra coisa em que seja boa. Vou acabar encontrando alguma coisa se continuar tentando.

[como a “Escapista”] Está bem, faça como achar melhor.

[como “Barbarazinha”] É isso que vou fazer.

Nesse ponto, o terapeuta visa ajudar Barbara a descobrir o que lhe dá uma sensação interna de alegria e realização. Esse exercício é difícil para Barbara porque ela passou muitos de seus primeiros anos dependente de sua mãe, não desenvolvendo nenhuma habilidade ou talento especial, e se rendendo ao que os outros queriam que ela fosse. No entanto, como ilustra o segmento anterior, Barbara começou a reconhecer a importância de experimentar novas atividades que a interessassem, apesar do desconforto temporário que poderia experimentar pela possibilidade de fracassar e se sentir burra novamente. O passo final da terapia é tomar essas lições que ela aprendeu nas sessões e integrá-las a suas experiências de vida cotidiana

Passo 7: Generalizar os resultados do trabalho com modos para a vida real

Barbara decidiu se inscrever em um curso de costura e se surpreendeu com seu desempenho, bastante bom. A seguir, decidiu fazer mais dois, um de costura mais avançada e outro de *design* de figurinos. Depois desses cursos, ela trabalhou como voluntária para um grupo de teatro local, fazendo seus figurinos. Barbara recebeu muita atenção, elogios e apreciação de seus professores e amigos do teatro. Nesse momento do tratamento, ela comentou com seu terapeuta: “Sabe de uma coisa? Acho que é a primeira vez que me sinto bem e orgulhosa de mim mesma”.

À medida que crescia a autoconfiança e a rede de amigos de Barbara, ela começou a aceitar e a tolerar menos os comportamentos negligentes e depreciativos de George em relação a ela. Ela também começou a se incomodar cada vez mais com o padrão de comportamento de sua mãe, de desculpar os comportamentos dele em nome de estar “financeiramente confortável”. Isso estava em claro contraste com a aceitação passiva de Barbara de seu relacionamento com o marido no início do tratamento. Ao começar a ver paralelos entre como ela se sentia com ele e como se sentira quando criança, na casa de seus pais,

Barbara começou a questionar se esse casamento era bom para ela. Ela reconheceu que muitos dos comportamentos de George eram prejudiciais de maneira semelhante aos de seus pais. Embora continuasse querendo adotar uma criança, ela começou a questionar a capacidade de George de ser um bom pai.

O trecho a seguir, de uma sessão posterior do tratamento de Barbara ilustra o quanto ela se tornou muito mais saudável e afirmativa em relação a George.

BARBARA: Tenho observado que quando George fala comigo num tom condescendente, me sinto como uma menininha com meu pai, de novo. Eu não quero isso. Eu quero ser tratada com amor e respeito, com igualdade. Não está certo aceitar seu comportamento, ser ignorada e diminuída por alguém que deveria me amar.

TERAPEUTA: Então, o que você quer fazer?

BARBARA: Acho que estou pronta para confrontar George em relação à bebida e seu comportamento abusivo. Nem consigo imaginar adotar uma criança e trazê-la para casa se ele continuar a se comportar assim.

TERAPEUTA: O que você quer que aconteça?

BARBARA: Quero que ele pare de beber e comece a me tratar com amor e respeito.

TERAPEUTA: E se ele não fizer isso?

BARBARA: Acho que vou ter que deixá-lo e me divorciar.

TERAPEUTA: E como seria isso para você, nessa pior hipótese que você consegue imaginar?

BARBARA: Na pior das hipóteses... Sabe, eu acho que vou ficar bem, agora tenho minha própria vida. Tenho meus próprios amigos. E tenho você, se as coisas ficarem muito difíceis.

TERAPEUTA: Você pode contar comigo sempre que precisar de apoio.

BARBARA: É, acho que vou ficar bem.

Nesse momento do tratamento, Barbara incorporou completamente o modo do Adulto Saudável, e curou os esquemas mais prejudiciais que haviam sido parte de seu modo de Criança Vulnerável. Junto com essas mudanças, a depressão dela entrou em remissão completa. Pouco depois dessa sessão, ela confrontou seu marido. Apesar da terapia de casal, George se recusou a fazer qualquer mudança e Barbara entrou com um pedido de divórcio.

Barbara chegou a ter uma recaída de depressão maior quando seu divórcio foi finalizado. A “Barbarazinha Constrangida” e a “Escapista” voltaram temporariamente durante esse período. Entretanto, Barbara

conseguiu reconhecer o ressurgimento do modo do Pai/Mãe Punitivo e conseguiu superá-lo com seu modo de Adulto Saudável, agora mais forte. Ela conseguiu empatizar consigo mesma e se perdoar, e lamentar a oportunidade perdida de ter sua própria família. Ela decidiu voltar a estudar e conseguiu se tornar professora de nível médio, lecionando *design* de figurinos e artes dramáticas no departamento de teatro. Também desenvolveu um relacionamento duradouro com um homem solteiro, carinhoso e emocionalmente disponível, que compartilhava de sua paixão pelo teatro. Sua depressão crônica cedeu e desde então Barbara tem estado livre de sintomas na maior parte do tempo.

CONCLUSÃO

As evidências da eficácia da terapia cognitiva no tratamento de depressão unipolar e bipolar continuam a crescer. Adolescentes, adultos e pacientes geriátricos têm mostrado que a terapia traz benefícios.

A terapia cognitiva também ajuda os pacientes a entender a relação entre pensamentos, comportamentos e sentimentos. As cognições são “postas à prova” pelo exame das evidências, pelo estabelecimento de experimentos *in vivo*, pela avaliação das vantagens e desvantagens, tentativas de exercícios graduais e pelo emprego de outras estratégias de intervenção. Mediante esse processo, os pacientes começam a enxergar a si e a seus problemas de forma mais realista, a se sentir melhor, a mudar seus padrões de comportamento desadaptativos e a dar passos para resolver dificuldades da vida real. Essas mudanças acontecem como resultado direto dos exercícios de casa baseados em autoajuda, cuidadosamente planejadas – uma das marcas do tratamento cognitivo. A terapia cognitiva reduz os sintomas, ajudando os pacientes a identificar e modificar pensamentos automáticos e os comportamentos associados a eles.

Uma ampliação da terapia cognitiva chamada de terapia do esquema foi desenvolvida para lidar com as estruturas psicológicas mais profundas que predis põem os pacientes à depressão crônica. Após usar intervenções voltadas à redução inicial de sintomas, muita atenção e esforços são direcionados para identificar e modificar esquemas e modos de esquema subjacentes, que muitas vezes predis põem os indivíduos à depressão crônica.

Depois de uma avaliação minuciosa, um amplo componente de mudança é desenvolvido e implementado. Durante essa fase do tratamento, os pacientes passam a entender seus próprios esquemas e modos de esquema, suas origens em termos de desenvolvimento, bem como a forma como são desencadeados, reforçados e mantidos.

Ao longo do tratamento, os terapeutas cognitivos mantêm uma aliança colaborativa com seus pacientes. Eles são muito ativos na estruturação das sessões, mas também fazem grandes esforços para ajudar os pacientes a tirar suas próprias conclusões. O terapeuta serve como guia, ajudando o paciente através de um labirinto de cognições e padrões de vida disfuncionais. Como resultado, os pacientes desenvolvem as ferramentas psicológicas de que precisam para fazer as mudanças cognitivas, afetivas, interpessoais e comportamentais necessárias para minimizar outros episódios de depressão.

NOTAS

1. Alguns pesquisadores consideraram útil diferenciar “recaída” (o retorno dos sintomas dentro de seis meses a partir do encerramento do tratamento) e “recorrência” (um episódio de depressão novo, que acontece pelo menos 12 meses depois do fim do tratamento; Gelder, 1994; ver, também, Overholser, 1998). Entretanto, essa distinção não foi incorporada uniformemente à literatura.
2. As taxas de recaída relatadas para pacientes tratados com medicação variaram, dependendo da definição de “recaída”, da duração do período de seguimento e da gravidade da depressão dentro da população de pacientes (Williams, 1997). Por causa dessas diferenças, algumas das estimativas ficaram entre 34 e 92% (Frank, 1996; Overholser 1998; Versiani, 1998; Williams, 1997), embora também se tenham informado taxas mais baixas (Keller e Boland, 1998).
3. O livro de Young (1990/1999) citado aqui e ao longo do capítulo, *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach*, é a terceira edição. Contudo, as ideias aqui expressas foram desenvolvidas em 1990, para a edição original. Da mesma forma, o Questionário de Esquemas de Young foi desenvolvido em 1990 e reimpresso na terceira edição.
4. Atualmente, o conceito de domínio esquemático não é um componente da teoria do esquema. Embora as primeiras pesquisas com análise fatorial tenham sustentado o agrupamento dos 18 EIDs em cinco domínios mais amplos, estudos posteriores têm sido inconsistentes a respeito de como os esquemas se agrupam, e alguns domínios simplesmente não se sustentaram. No entanto, incluímos estudos que tratam desses cinco domínios, pois os resultados não esclarecem a relação entre esquemas e outros construtos. Estamos no processo de revisar toda a pesquisa disponível para poder reavaliar a questão de como os esquemas se agrupam.
5. No restante do capítulo, usamos o termo *esquema* para nos referir especificamente aos “esquemas iniciais mal-adaptativos” de Young.
6. Muitos terapeutas cognitivos também se concentram em *pressupostos subjacentes*, que representam cognições mais profundas do que os pensamentos automáticos, mas menos centrais do que esquemas ou crenças centrais.

Os pressupostos subjacentes são considerados crenças condicionais, enquanto a maioria dos esquemas é incondicional. Em nosso próprio trabalho, não consideramos essa distinção necessária ao trabalhar com a maioria dos pacientes. Assim, crenças condicionais e incondicionais que sejam duradouras e difusas podem ser incorporadas ao construto mais amplo de um esquema.

REFERÊNCIAS

- Albon, J. S., & Jones, E. E. (2003). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 775-783.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26(6), 574-585.
- Antonuccio, D. O., Thomas, M., & Danton, W. G. (1997). A cost-effectiveness analysis of cognitive behavior therapy and fluoxetine (Prozac) in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 28, 187-210.
- Arnow, B. A., Manber, R., Blasey, C., Klein, D. N., Blalock, J. A., Markowitz, J. C., et al. (2003). Therapeutic reactance as a predictor of outcome in the treatment of chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1025-1035.
- Bailleux, S., Romo, L., Kindynis, S., Radtchenko, A., & Debray, Q. (2008). Study of the bonds between early maladaptive schemas and strategies of coping (among alcohol-dependent patients and depressed patients). *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 18(1), 19-25.
- Ball, J. R., Mitchell, P. B., Corry, J. C., Skillecorn, A., Smith, M., & Malhi, G. S. (2006). A randomized controlled trial of cognitive therapy for bipolar disorder: Focus on long-term change. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 277-286.
- Barber, J. P., & DeRubeis, R. J. (1989). On second thought: Where the action is in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 13(5), 441-457.
- Barlow, D. H., & Hofmann, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behaviour therapy* (pp. 95-117). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winer, R., & Williams, J. M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 366-373.

- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1988). *Love is never enough*. New York: Harper & Row.
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive therapy: Basics and beyond* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Bellino, S., Zizza, M., Rinaldi, C., & Bogetto, F. (2007). Combined therapy of major depression with concomitant borderline personality disorder: Comparison of interpersonal and cognitive psychotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52(11), 718-725.
- Berger, T., Hammerli, K., Gubser, N., Andersson, G., & Caspar, F. (2011). Internet-based treatment of depression: A randomized controlled trial comparing guided with unguided self-help. *Cognitive Behavioral Therapy*, 40(4), 251-266.
- Berndt, E. R., Koran, L. M., Finkelstein, S. N., Gelenberg, A. J., Kornstein, S. G., Miller, I. M., et al. (2000). Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry*, 157, 940-947.
- Beutler, L. E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretlen, D., Corbishley, A., Hamblin, D., et al. (1987). Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(4), 550-556.
- Bhar, S. S., Gelfand, L. A., Schmid, S. P., Gallop, R., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., et al. (2008). Sequence of improvement in depressive symptoms across cognitive therapy and pharmacotherapy. *Journal of Affective Disorders*, 110 (1-2), 161-166.
- Biggs, M. M., & Rush, A. J. (1999). Cognitive and behavioral therapies alone or combined with antidepressant medication in the treatment of depression. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp.121-172). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Blackburn, I. M., Bishop, S., Glen, A. I. M., Whalley, L. J., & Christie, J. E. (1981). The efficacy of cognitive therapy in depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Bledsoe, S. E., & Grote, N. K. (2006). Treating depression during pregnancy and the postpartum: A preliminary meta-analysis. *Research on Social Work Practice*, 16(2), 109-120.
- Bocking, C. L. H., Schene, A. H., Spinhoven, P., Koeter, M. W. J., Wouters, L. F., Huyser, J., et al. (2005). Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 647-657.
- Bowers, W. A. (1990). Treatment of depressed in-patients: Cognitive therapy plus medication, and medication alone. *British Journal of Psychiatry*, 156, 73-58.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., de Girolamo, G., et al. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine*, 9, 90.
- Burns, D. D., & Spangler, D. L. (2000). Does psychotherapy homework lead to improvements in depression in cognitive-behavioral therapy or does improvement lead to increased homework compliance? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 46-56.
- Castonguay, L. G., Goldfried, M. R., Wiser, S., Raue, P. J., & Hayes, A. M. (1996). Predicting the effect of cognitive therapy for depression: A study of unique and common factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 497-504.
- Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikens, D., Constantino, M. J., Laurenceau, J. P., Bolough, L., et al. (2004). Integrative cognitive therapy: A preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 4-20.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). Current depression among adults—United States, 2006 and 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(38), 1229-1235.
- Chapman, D. P., Perry, G. S., & Strine, T. W. (2005). The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Preventing Chronic Disease*, 2, A14. Retrieved from www.cdc.gov/pdc/issues/jan/04_0066.htm.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., & Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 217- 225.
- Cipriani, A., Santilli, C., Furukawa, T. A., Signoretti, A., Nakagawa, A., McGuire, H., et al. (2009). Escitalopram versus other antidepressant agents for depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD006532.
- Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. New York: Guilford Press.
- Colom, F., Vieta, E., Martinez, A., Jorquera, A., & Gastó, C. (1998). What is the role of psychotherapy in the treatment of bipolar disorder? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 67, 3-9.
- Cong, E., Li, Y., Shao, C., Chen, J., Wu, W., Shang, X., et al. (2012). Childhood sexual abuse and the risk of recurrent major depression in Chinese women. *Psychological Medicine*, 42, 409-417.
- Connolly, K. R., & Thase, M. E. (2012). Emerging drugs for major depressive disorder. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 17(1), 105-126.
- Conte, H. R., Plutchik, R., Wild, K. V., & Karasu, T. B. (1986). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, 43, 471-479.
- Craighead, W. E., Miklowitz, D. J., Vajk, F. C., & Frank, E. (1998). Psychological treatments for bipolar disorder. In

- P. E. Nathan & J. M. Gorman (Eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 240-248). New York: Oxford University Press.
- Crews, W. D., Jr., & Harrison, D. W. (1995). The neuropsychology of depression and its implications for cognitive therapy. *Neuropsychology Review*, 5(2), 81-123.
- Curry, J. F. (2001). Specific psychotherapies for childhood and adolescent depression. *Biological Psychiatry*, 49, 1091-1100.
- de Oliveira, I. R. (1998). The treatment of unipolar major depression: Pharmacotherapy, cognitive behaviour therapy or both? *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 23, 467-475.
- DeRubeis, R. J., & Feeley, M. (1990). Determinants of change in cognitive therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 469-482.
- DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 156(7), 1007-1013.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005). Cognitive therapy vs. medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Grove, W. M., Evans, M. D., Garvey, M. J., & Tuason, V. B. (1990). How does cognitive therapy work?: Cognitive change and symptom change in cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(6), 862-869.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalzing, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallon, R., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468-477.
- Dobson, K. S., & Pusch, D. (1993). Towards a definition of the conceptual and empirical boundaries of cognitive therapy. *Australian Psychologist*, 28(3), 137-144.
- Dougherty, L. R., Klein, D. N., & Davila, J. (2004). A growth curve analysis of the course of dysthymic disorder: The effects of chronic stress and moderation by adverse parent-child relationships and family history. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(6), 1012-1021.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Chapman, D. P., Williamson, D. F., & Giles, W. H. (2001). Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study. *Journal of the American Medical Association*, 286, 3089-3096.
- Eberhart, N. K., Auerbach, R. P., Bigda-Peyton, J., & Abele, J. R. Z. (2011). Maladaptive schemas and depression: Tests of stress generation and diathesis-stress models. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 30(1), 75-104.
- Eifert, G. H., Beach, B. K., & Wilson, P. H. (1998). Depression: Behavioral principles and implications for treatment and relapse prevention. In J. J. Plaud & G. H. Eifers (Eds.), *From behavior theory to behavior therapy* (pp. 68-97). Boston: Allyn & Bacon.
- Eisendrath, S., Chartier, M., & McLane, M. (2011). Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: A clinical case study. *Cognitive Behavioral Practice*, 18(3), 362-370.
- Elkin, I., Gibbons, R. D., Shea, M. T., & Shaw, B. F. (1996). Science is not a trial (but it can sometimes be a tribulation). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 92-103.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J., et al. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indication and outcomes* (pp. 802-808). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Farrell, J., & Shaw, I. A. (2012). *Group schema therapy for borderline personality disorder: A step-by-step treatment manual with patient workbook*. Malden, MA: Wiley-Blackwell.
- Farrell, J., Shaw, I. A., & Webber, M. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized control trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Canestrari, R., & Morphy, M. A. (1998). Six-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 155(10), 1443-1445.
- Fava, G. A., Rafanelli, C., Grandi, S., Conti, S., & Belluardo, P. (1998). Prevention of recurrent depression with cognitive behavioral therapy: Preliminary findings. *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 816-820.
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 316-326.
- Fen3g2, I. C. Y., Chu, H., Chen, C. H., Chang, Y. S., Chen, T. H., Chou, Y. H., et al. (2012). The effect of cognitive behavioral group therapy for depression: A meta-analysis 2000-2010. *Worldviews Evidence Based Nursing*, 9(1), 2-17.
- Floyd, M., Scogin, F., McKendree-Smith, N. L., Floyd, D. L., & Rokke, P. D. (2004). Cognitive therapy for depression: A comparison of individual psychotherapy and bibliotherapy for depressed older adults. *Behavior Modification*, 28(2), 297-318.
- Fournier, J. C., De Rubeis, R. J., Shelton, R. C., Gallop, R., Amsterdam, J. D., & Hollon, S. D. (2008). Antidepressant

- sant medications versus cognitive therapy in depressed patients with or without personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 192(2), 124-129.
- Frank, E. (1996). Long-term treatment of depression: Interpersonal psychotherapy with and without medication. In C. Mundt & M. J. Goldstein (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 303-315). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Frank, E., & Thase, M. E. (1999). Natural history and preventative treatment of recurrent mood disorders. *Annual Review of Medicine*, 50, 453-468.
- Free, M. L., Oei, T. P. S., & Appleton, C. (1998). Biological and psychological processes in recovery from depression during cognitive therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 29, 213-226.
- Freeman, A., & Davison, M. R. (1997). Short-term therapy for the long-term patient. In L. Vandecreek, S. Knapp, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (pp. 5-24). Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Futterman, A., Thompson, L., Gallagher-Thompson, D., & Ferris, R. (1995). Depression in later life: Epidemiology, assessment, etiology, and treatment. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 494-525). New York: Guilford Press.
- Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P., & Thompson, L. W. (1990). Maintenance of gains versus relapse following brief psychotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(3), 371-374.
- Garyfallos, G., Adarnopoulo, A., Karastergiou, A., Voikli, M., Sotiropoulou, A., Donias, S., et al. (1999). Personality disorders in dysthymia and major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(5), 332-340.
- Geddes, J. R., Carney, S. M., Davies, C., Furukawa, T. A., Kupfer, D. J., Frank, E., et al. (2003). Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: A systematic review. *Lancet*, 361, 653-661.
- Gelder, M. G. (1994). Cognitive therapy for depression. In H. Hippius & C. N. Stefanis (Eds.), *Research in mood disorders: An update* (Vol. 1, pp. 115-124). Goettingen, Germany: Hogrefe & Huber.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: A randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gilson, M., Freeman, A. M., Yates, J., & Freeman, S. M. (2009). *Overcoming depression: A cognitive therapy approach* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy Research*, 34, 368-379.
- Halvorsen, M., Wang, C. F., Richter, J., Myrland, I., Pederesen, S. K., Eisemann, M., et al. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(5), 394-407.
- Hardeveld, F., Spijker, J., de Graaf, R., Nolen, W. A., & Beekman, A. T. F. (2010). Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122, 184-191.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacob, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 196(2), 136-143.
- Harrington, R., Wood, A., & Verduyn, C. (1998). Clinically depressed adolescents. In P. J. Graham (Ed.), *Cognitive-behaviour therapy for children and families* (pp. 156-193). New York: Cambridge University Press.
- Hawke, L. D., & Provencher, M. D. (2011). Schema theory and schema therapy in mood and anxiety disorders: A review. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 25(4), 257-276.
- Hayden, E. P., & Klein, D. N. (2001). Predicting outcome of dysthymic disorder at a 5-year follow-up: The impact of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and chronic stress. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1864-1870.
- Hayes, A. M., & Strauss, J. L. (1998). Dynamic systems theory as a paradigm for the study of change in psychotherapy: An application to cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 939-947.
- Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical studies. *Biological Psychiatry*, 49, 1023-1039.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, S. F., Schacht, T. E., & Binder, J. L. (1993). The effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.
- Hollon, S. D. (1998). What is cognitive behavioural therapy and does it work? *Current Opinion in Neurobiology*, 8, 289-292.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., & Evans, M. D. (1996). Cognitive therapy in the treatment and prevention of depression. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 293-317). New York: Guilford Press.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Weimer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M., et al. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., et al. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs. me-

- dications in moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 417-422.
- Hollon, S. D., & Shelton, R. C. (2001). Treatment guidelines for major depressive disorder. *Behavior Therapy*, 32, 235-258.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 88-99.
- Hollon, S. D., Thase, M. E., & Markowitz, J. C. (2002). Treatment and prevention of depression. *Psychological Science in the Public Interest*, 3, 39-77.
- Howland, R. H. (1993). Chronic depression. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 633-639.
- Ingram, R. E., & Holle, C. (1992). Cognitive science of depression. In D. J. Stein & J. E. Young (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 187-209). San Diego, CA: Academic Press.
- Jacobson, N. S., & Hollon, S. D. (1996). Cognitive-behavior therapy versus pharmacotherapy: Now that the jury's returned its verdict, it's time to present the rest of the evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 74-80.
- Jarrett, R. B. (1995). Comparing and combining short-term psychotherapy and pharmacotherapy for depression. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 435-464). New York: Guilford Press.
- Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B. M., Eaves, G. G., & Silver, P. C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without continuation phase. *Archives of General Psychiatry*, 58(4), 381-388.
- Jarrett, R. B., & Nelson, R. O. (1987). Mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Behavior Therapy*, 18, 227-241.
- Jarrett, R. B., Schaffer, M., McIntire, D., Witt-Browder, A., Kraft, D., & Risser, R. C. (1999). Treatment of atypical depression with cognitive therapy or phenelzine: A double-blind, placebo-controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 431-437.
- Jarrett, R. B., & Thase, M. E. (2010). Comparative efficacy and durability of continuation phase cognitive therapy for preventing recurrent depression: Design of a double-blind, fluoxetine-and pill-placebo-controlled, randomized trial with 2-year follow-up. *Contemporary Clinical Trials*, 31(4), 355-377.
- Jarrett, R. B., Vittengl, J. R., & Clark, L. A. (2008). How much cognitive therapy, for which patients, will prevent depressive relapse. *Journal of Affective Disorders*, 111(2-3), 185-192.
- Joffe, R., Segal, Z., & Singer, W. (1996). Change in thyroid hormone levels following response to cognitive therapy for major depression. *American Journal of Psychiatry*, 153(3), 411-413.
- Johansson, R., & Andersson, G. (2012). Internet-based psychological treatments for depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12 (7), 861-870.
- Joyce, P. R., McKenzie, J. M., Carter, J. D., Rae, A. M., Luty, S. E., Frampton, C. M. A., et al. (2007). Temperament, character and personality disorders as predictors of response to interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 190, 503-508.
- Keller, M. B., & Bolland, R. J. (1998). Implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biological Psychiatry*, 44(5), 348-360.
- Keller, M. B., & Hanks, D. L. (1995). Course and natural history of chronic depression. In J. H. Kocsis & D. N. Klein (Eds.), *Diagnosis and treatment of chronic depression* (pp. 58-72). New York: Guilford Press.
- Keller, M. B., McCullough, J. P., Klein, D. F., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J., et al. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Kendler, K. S., Kessler, R. C., Walters, E. E., MacLean, C., Neale, M. C., Heath, A. C., et al. (1995). Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of major depression in women. *American Journal of Psychiatry*, 152, 833-842.
- Kessler, R. C., Akiskal, H. S., Ames, M., Birmbaum, H., Greenberg, P. A., Jin, R., et al. (2006). Prevalence and effects of mood disorders on work performance in a nationally representative sample of U.S. workers. *American Journal of Psychiatry*, 163(9), 1561-1568.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Internal Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Klein, D. N., Santiago, N. J., Vivian, D., Blalock, J. A., Kocsis, J. H., Markowitz, J. C., et al. (2004). Cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy as a maintenance treatment for chronic depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 681-688.
- Kocsis, J. H., Gelenberg, A. J., Rothbaum, B. O., Klein, D. N., Trivedi, M. H., Manber, R., et al. (2009). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy and brief supportive psychotherapy for augmentation of antidepressant nonresponse in chronic depression: the RE-VAMP Trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(11), 1178-1188.
- Koder, D. A., Brodaty, H., & Anstey, K. J. (1996). Cognitive therapy for depression in elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(2), 97-107.
- Kupfer, D. J., Frank, E., & Wamhoff, J. (1996). Mood disorders: Update on prevention of recurrence. In C. Mundt, M. M. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 289-302). London: Gaskell.
- Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 324-329.

- Lazarus, A. A., & Lazarus, C. N. (1991). *Multimodal Life History Inventory* (2nd ed.). Champaign, IL: Research Press.
- Leahy, R. L. (2010). *Beat the blues before they beat you*. New York: Hay House.
- Lee, C. W., Taylor, G., & Dunn, J. (1999). Factor structure of the Schema Questionnaire in a large clinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23(4), 441-451.
- Levendusky, P. G., & Hufford, M. R. (1997). The application of cognitive-behavior therapy to the treatment of depression and related disorders in the elderly. *Journal of Geriatric Psychiatry*, 30(2), 227-238.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lizardi, H., Klein, D. N., Ouimette, P. C., Riso, L. P., Anderson, R. L., & Donaldson, S. K. (1995). Reports of the childhood home environment in early onset dysthymia and episodic major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 132-139.
- Luoma, J. B., Hayes, S. C., & Walser R. D. (2007). *Learning ACT: An acceptance and commitment therapy skills-training manual for therapists*. Richmond, BC, Canada: Raincoast Books.
- Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Rae, A. M., Frampton, C. M. A., Mulder, R. T. et al. (2007). Randomized controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *British Journal of Psychiatry*, 190, 496-502.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40.
- Manicavasagar, V., Perich, T., & Parker, G. (2012). Cognitive predictors of change in cognitive behavior therapy and mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40, 227-232.
- Mathew, K. L., & Whitford, H. S. (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 561-576.
- Mathys, M., & Mitchell, B. G. (2011). Targeting treatment-resistant depression. *Journal of Pharmacological Practice*, 24(6), 520-533.
- Matthew, K. L., Whitford, H. S., Kenny, M. A., & Denson, L. A. (2010). The long-term effects of mindfulness-based cognitive therapy as a relapse prevention treatment for major depressive disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 561-576.
- McCullough, J. P., Jr. (2000). *Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy (CBASP)*. New York: Guilford Press.
- McCullough, J. P., Jr. (2003). Treatment for chronic depression: Cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13(3/4), 241-263.
- McGinn, L. K., & Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182-207). New York: Guilford Press.
- Meterissian, G. B., & Bradwejn, J. (1989). Comparative studies on the efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination in depression: Was adequate pharmacotherapy provided? *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 9, 334-339.
- Miller, I. W., Norman, W. H., Keitner, G. I., Bishop, S., & Dow, M. G. (1989). Cognitive-behavioral treatment of depressed inpatients. *Behavior Therapy*, 20, 25-47.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1-27.
- Murphy, G. E., Simmons, A. D., Wetzel, R. D., & Lustman, P. J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy, singly and together, in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.
- National Institute of Mental Health. (2006). The numbers count: Mental disorders in America (Publication No. 06-4584). Retrieved April 6, 2007, from www.nimh.nih.gov/publicat/numbers.
- Newman, C. F., Leahy, R. L., Beck, A. T., Reilly-Harrington, N. A., & Gyulai, L. (2002). *Bipolar disorder: A cognitive therapy approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Nierenberg, A. A., Keefe, B. R., Leslie, V. C., Alpert, J. E., Pava, J. A., Worthington, J. J., III, et al. (1999). Residual symptoms in depressed patients who respond acutely to fluoxetine. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(4), 221-225.
- Oei, T. P. S., & Free, M. L. (1995). Do cognitive behavior therapies validate cognitive models of mood disorders?: A review of the empirical evidence. *International Journal of Psychology*, 30(2), 145-180.
- Oei, T. P. S., & Shuttlewood, G. J. (1996). Specific and nonspecific factors in psychotherapy: A case of cognitive therapy for depression. *Clinical Psychology Review*, 16(2), 83-103.
- O'Leary, K. D., & Beach, S. R. H. (1990). Marital therapy: A viable treatment for depression and marital discord. *American Journal of Psychiatry*, 147(2), 183-186.
- Olfson, M., Marcus, S. C., Druss, B., Elinson, L., Tanielian, T., & Pincus, H. A. (2002). National trends in the outpatient treatment of depression. *Journal of the American Medical Association*, 287, 203-209.
- Overholser, J. C. (1998). Cognitive-behavioral treatment of depression, part X: Reducing the risk of relapse. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 28(4), 381-396.
- Padesky, C. A., with Greenberger, D. (1995). *A clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford Press.
- Paykel, E. S. (2007). Cognitive therapy in relapse prevention in depression. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 10, 131-136.
- Paykel, E. S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R., et al. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy. *Archives of General Psychiatry*, 56, 829-835.

- Peeters, F., Huibers, M., Roelofs, J., van Breukelen, G., Hollon, S. D., Markowitz, J. C., et al. (2013). The clinical effectiveness of evidence-based interventions for depression: A pragmatic trial in routine practice. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 349-355.
- Pepper, C. M., Klein, D. N., Anderson, R. L., Riso, L. P., Oumette, P. C., & Lizardi, H. (1995). DSM-III-R axis II comorbidity in dysthymia and major depression. *American Journal of Psychiatry*, 152(2), 239-247.
- Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 557-575.
- Piper, W. E., Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G., et al. (1999). Prediction of dropping out in time-limited, interpretive psychotherapy. *Psychotherapy*, 36, 114-122.
- Quilty, L. C., McBride, C., & Bagby, R. M. (2008). Evidence for the cognitive mediational model of cognitive behavioral therapy for depression. *Psychological Medicine*, 38(11), 1531-1541.
- Randolph, J. J., & Dykman, B. M. (1998). Perceptions of parenting and depression-proneness in the offspring: Dysfunctional attitudes as a mediating mechanism. *Cognitive Depressive Disorders*, 21, 401-449.
- Rehm, L. P. (1990). Cognitive and behavioral theories. In B. B. Wolman & G. Stricker (Eds.), *Depressive disorders: Facts, theories, and treatment methods* (pp. 64-91). New York: Wiley.
- Reinecke, M. A., Ryan, N. E., & DuBois, D. L. (1998). Cognitive-behavioral therapy of depression and depressive symptoms during adolescence: A review and meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(1), 26-34.
- Renner, F., Lobbestael, J., Peeters, F., Arntz, A., & Huibers, M. (2012). Early maladaptive schemas in depressed patients: Stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal of Affective Disorders*, 136, 581-590.
- Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., et al. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(1), 72-80.
- Riso, L. P., Froman, S. E., Raoof, M., Gable, P., Maddux, R. E., Turini-Santorelli, N., et al. (2006). The long-term stability of early maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 515-529.
- Roberts, J. E., & Hartlage, S. (1996). Cognitive rehabilitation interventions for depressed patients. In P. W. Corrigan & S. C. Yudofsky (Eds.), *Cognitive rehabilitation for neuropsychiatric disorders* (pp. 371-392). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Rush, A. J., Beck, A. T., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- Rush, A. J., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., Nierenberg, A. A., Stewart, J. W., Warden, D., et al. (2006). Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one of several treatment steps: A STAR*D report. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1905-1917.
- Sacco, W. P., & Beck, A. T. (1995). Cognitive theory and therapy. In E. E. Beckham & W. R. Leber (Eds.), *Handbook of depression* (2nd ed., pp. 329-351). New York: Guilford Press.
- Sachs-Ericsson, N., Verona, E., Joiner, T., & Preacher, K. J. (2006). Parental abuse and mediating role of self-criticism in adult internalizing disorders. *Journal of Affective Disorders*, 93(1-3), 71-78.
- Safran, J. D., Muran, J. C., Samstag, L. W., & Stevens, C. (2002). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Therapists contributions and responsiveness to patients* (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.
- Safran, J. D., & Segal, Z. V. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Safran, J. D., Segal, Z. V., Vallis, T. M., Shaw, B. F., & Samstag, L. W. (1993). Assessing patient suitability for short-term cognitive therapy with an interpersonal focus. *Cognitive Therapy and Research*, 17(1), 23-38.
- Salkovskis, P. M. (Ed.). (1996). *Frontiers of cognitive therapy: The state of the art and beyond*. New York: Guilford Press.
- Sava, F. A., Yates, B. T., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavioral therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 36-52.
- Schmidt, N. B. (1994). The Schema Questionnaire and the Schema Avoidance Questionnaire. *Behavior Therapist*, 17(4), 90-92.
- Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. E., & Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321.
- Schramm, E., Zobel, I., Dykier, P., Kech, S., Brakemeier, E., Kutz, A., et al. (2011). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy versus interpersonal psychotherapy for early-onset chronic depression: A randomized pilot study. *Journal of Affective Disorders*, 129, 109-116.
- Scott, J. (1996a). Cognitive therapy of affective disorders: A review. *Journal of Affective Disorders*, 37, 1-11.
- Scott, J. (1996b). The role of cognitive behaviour therapy in bipolar disorders. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 24(3), 195-208.
- Scott, J. (2000). New evidence in the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1518-1520.
- Scott, J., Palmer, S., Paykel, E., Teasdale, J., & Hayhurst, H. (2003). Use of cognitive therapy for relapse prevention in chronic depression. *British Journal of Psychiatry*, 182, 221-227.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

- Shaw, B. F., & Segal, Z. V. (1999). Efficacy, indications, and mechanisms of action of cognitive therapy of depression. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp. 173-196). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Shea, M. T., & Elkin, I. (1996). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. In C. Mundt, M. J. Goldstein, K. Hahlweg, & P. Fiedler (Eds.), *Interpersonal factors in the origin and course of affective disorders* (pp. 316-328). London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Watkins, J. T., Collins, J. F., et al. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: Findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49(10), 782-787.
- Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Collins, J. F., Elkin, I., Sotsky, S. M., et al. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147(6), 711-718.
- Simons, A. D., Murphy, G. D., Levine, J. L., & Wetzel, R. D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over 1 year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.
- Spanier, C. A., Frank, E., McEachran, A. B., Grochocinski, V. J., & Kupfer, D. J. (1999). Maintenance interpersonal psychotherapy for recurrent depression: Biological and clinical correlates and future directions. In D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy indications and outcomes* (pp. 249-273). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Spirito, A., Esposito-Smythers, C., Wolff, J., & Uhl, K. (2011). Cognitive-behavioral therapy for adolescent depression and suicidality. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 191-204.
- Stein, D. J., & Young, J. E. (1992). Schema approach to personality disorders. In *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 271-288). San Diego, CA: Academic Press.
- Stirman, S. W., Miller, C. J., Toder, K., Calloway, A., Beck, A. J., Evans, A. C., et al. (in press). Perspectives on cognitive therapy training within community mental health settings: Implications for clinical satisfaction and skill development. *Depression Research and Treatment*.
- Strine, T. W., Mokdad, A. H., Balluz, L. S., Gonzalez, O., Crider, R., Berry, J. T., et al. (2008). Depression and anxiety in the United States: Findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatric Services*, 59(12), 1383-1309.
- Stuart, S., & Bowers, W. A. (1995). Cognitive therapy with inpatients: Review and meta-analysis. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 9(2), 85-92.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2008). Results from 2007 National Survey on Drug Use and Health: National Findings (Office of Applied Studies, NSDUH Series H-34, DHHS Publication No. SMA 08-4343). Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Sullivan, M. J. L., & Conway, M. (1991). Dysphoria and valence of attributions for others' behavior. *Cognitive Therapy and Research*, 15(4), 273-282.
- Teasdale, J. D. (1997a). Assessing cognitive mediation of relapse prevention in recurrent mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 145-156.
- Teasdale, J. D. (1997b). The relationship between cognition and emotion: The mind-in-place in mood disorders. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 67-93). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: Empirical evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 275-287.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(4), 615-623.
- Thase, M. E. (1992). Long-term treatments of recurrent depressive disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 53(Suppl. 9), 32-44.
- Thase, M. E. (1999). How should efficacy be evaluated in randomized clinical trials of treatments for depression? *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl. 4), 23-32.
- Thase, M. E. (2011). Antidepressant combinations: Widely used, but far from empirically validated. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(6), 317-323.
- Thase, M. E., Bowler, K., & Harden, T. (1991). Cognitive behavior therapy of endogenous depression: Part 2. Preliminary findings in 16 unmedicated inpatients. *Behavior Therapy*, 22, 469-477.
- Tolin, D. F. (2010). Is cognitive-behavioral therapy more effective than other therapies? A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(6), 710-720.
- Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team. (2004). Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for adolescents with depression study (TADS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292(7), 807-820.
- Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS) Team. (2007). Long term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1132-1144.
- Trivedi, M. H., Fava, M., Wisniewski, S. R., Thase, M. E., Quitkin, F., Warden, D., et al. (2006). Medication augmentation after the failure of ISRS for depression. *New England Journal of Medicine*, 354, 1243-1252.
- Truax, C. B., & Mitchell, K. M. (1971). Research on certain therapist interpersonal skills in relation to process and outcome. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.),

- Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 299-344). New York: Wiley.
- van Aalderen, J. R., Donders, A. R. T., Gionmi, F., Spinoven, P., Barendregt, H. P., & Speckens, A. E. M. (2012). The efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: A randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42, 989-1001.
- Versiani, M. (1998). Pharmacotherapy of dysthymic and chronic depressive disorders: Overview with focus on moclobemide. *Journal of Affective Disorders*, 51(3), 323-332.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., Dunn, T. D., & Jarrett, R. B. (2007). Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: A comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy's effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(3), 475-488.
- Vittengl, J. R., Clark, L. A., & Jarrett, R. B. (2009). Continuation-phase cognitive therapy's effect on remission and recovery from depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(2), 367-371.
- Vocisano, C., Klein, D., Arnow, B., Rivera, C., Blalock, J. A., Rothbaum, B., et al. (2004). Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice and Training*, 41(3), 255-265.
- Vos, T., Corry, J., Haby, M. M., Carter, R., & Andrews, G. (2005). Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy and drug interventions for major depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39(8), 683-692.
- Wang, C. E., Halvorsen, M., Eisemann, M., & Waterloo, K. (2010). Stability of dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas: A 9-year follow-up study of clinically depressed subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(4), 389-396.
- Wang, J. (2004). A longitudinal population-based study of treated and untreated major depression. *Medical Care*, 42(6), 543-550.
- Wang, J., Patten, S. D., William, J. V., Currie, S., Beck, C. A., Maxwell, C. J., et al. (2005). Help seeking behaviors of individuals with mood disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50(10), 652-659.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 367-373.
- Whisman, M. A. (1993). Mediators and moderators of change in cognitive therapy of depression. *Psychological Bulletin*, 114, 248-265.
- Wiersma, J. E., van Schaik, D. J. F., van Oppen, P., McCullough, J. P., Schoevers, R. A., Dekker, J. J., et al. (2008). Treatment of chronically depressed patients: A multisite randomized controlled trial testing the effectiveness of "cognitive behavioral analysis system of psychotherapy" (CBASP) for chronic depression versus usual secondary care. *BMC Psychiatry*, 8, 18.
- Wierzbicki, M., & Bartlett, T. S. (1987). The efficacy of group and individual cognitive therapy for mild depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(3), 337-342.
- Williams, J. M. G. (1997). Depression. In D. M. Clark & C. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior therapy* (pp. 259-283). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Wolpe, J. (1993). Commentary: The cognitivist oversell and comments on symposium contributions. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24(2), 141-147.
- World Health Organization (WHO). (2004). The Global Burden on Disease 2004 update. Retrieved from www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
- Wright, J. H. (1996). Inpatient cognitive therapy. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 208-225). New York: Guilford Press.
- Wright, J. H., & McCray, L. W. (2011). *Breaking free from depression: Pathways to wellness*. New York: Guilford Press.
- Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., et al. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: Maintaining efficacy while reducing therapist time. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1158-1164.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange. (Original work published 1990)
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire* (3rd ed.). New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, E., van Vreeswijk, M., et al. (2008). *Schema Mode Questionnaire (Version 1.1)*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.
- Young, J. E., & Klosko, J. S. (1994). *Reinventing your life: How to break free of negative life patterns*. New York: Plume.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*. Richmond, BC, Canada: Raincoat Books.

CAPÍTULO 8

PSICOTERAPIA INTERPESSOAL PARA DEPRESSÃO

Kathryn L. Bleiberg

John C. Markowitz

Na última década, surgiram muitas evidências sustentando a eficácia clínica da terapia interpessoal (TIP) para diversos problemas, especialmente a depressão. Uma vantagem importante desse tipo de terapia é a relativa facilidade com que os profissionais conseguem aprender a administrar esse protocolo em sua integridade. Neste capítulo, o processo da TIP é ilustrado, com algum detalhamento, no contexto do tratamento de “Sara”, que sofria um episódio de depressão maior há dois meses, relacionado ao luto pela morte de sua filha na 27ª semana de gestação. A primeira autora, Kathryn L. Bleiberg, autoridade internacional na formação em TIP, foi a terapeuta. Embora a TIP seja relativamente fácil de entender, os meandros que se encontram em sua administração (ou em qualquer abordagem terapêutica) ficam particularmente evidentes neste capítulo. A terapeuta se concentra habilidosamente em resolver o luto, bem como o isolamento social e os conflitos da paciente com o marido em relação a suas reações emocionais à perda. Sobre a TIP, também é importante a conclusão de que o tratamento tem mais sucesso quando é administrado com fidelidade aos objetivos da TIP e com aderência ao seu protocolo. O poder que têm um terapeuta e um paciente trabalhando juntos e se atendo às tarefas proporciona boas evidências dos efeitos específicos do foco interpessoal em psicoterapia. — D. H. B.

A terapia interpessoal (TIP) é um tratamento de duração limitada, centrado no diagnóstico, pragmático e sustentado de forma empírica, desenvolvido originalmente para tratar pacientes ambulatoriais com depressão maior. A TIP trata de eventos, dificuldades interpessoais e sintomas recentes. Usando o modelo médico e vinculando sintomas de humor aos eventos recentes na vida, o terapeuta de TIP ajuda o paciente a se sentir compreendido. A TIP ajuda na recuperação da depressão, aliviando os sintomas, ajudando o paciente a desenvolver estratégias mais eficazes para lidar com problemas interpessoais atuais relacionados ao início dos sintomas e mobilizando o apoio social (Bleiberg e Markowitz, 2007). O sucesso da TIP como tratamento individual para depressão maior levou à sua adaptação a subpopulações de pacientes com transtornos do humor, incluindo pacientes deprimidos com mais idade (Reynolds et al., 2006, 2010; Sholomskas, Chevron, Prusoff e Berry, 1983), adolescentes deprimidos (Mufson, Moreau e Weiss-

man, 1993; Mufson, Weissman, Moreau e Garfinkel, 1999; Mufson et al., 2004), pacientes HIV positivos deprimidos (Markowitz, Klerman, Perry, Clougherty e Mayers, 1992; Markowitz, Kocsis, et al., 1998; Ransom et al., 2008), pacientes com depressão pré-parto (Spinelli e Endicott, 2003) e pós-parto (O’Hara, Stuart, Gorman e Wenzel, 2000), transtorno distímico (Markowitz, 1998) e transtorno bipolar (Frank, 2005). A TIP foi adaptada para transtornos de ansiedade, incluindo a fobia social (Lipsitz, Fyer, Markowitz e Cherry, 1999), o transtorno de estresse pós-traumático (Bleiberg e Markowitz, 2005; Markowitz, Milrod, Bleiberg e Marshall, 2009), a bulimia nervosa (Fairburn, Jones, Peveler, Hope e O’Connor, 1993; Fairburn et al., 1995), o transtorno de compulsão alimentar (Wilfley, 2008; Wilson, Wilfley, Agras e Bryson, 2010) e o transtorno da personalidade *borderline* (Markowitz, Skodol e Bleiberg, 2006). Além de sua adaptação para tratar pacientes com diferentes diagnósticos, a TIP tem sido cada vez mais pratica-

da e estudada com pacientes de diferentes culturas (Markowitz e Weissman, 2012a). A eficácia demonstrada da TIP no tratamento da depressão maior tem levado à sua incorporação a diretrizes nacionais de tratamento (American Psychiatric Association, 2010; Cuijpers et al., 2011).

Este capítulo descreve princípios, características e técnicas da TIP individual para depressão maior e ilustra como um profissional implementa as técnicas da TIP com um paciente real.

DEPRESSÃO MAIOR

O transtorno depressivo maior (TDM), a doença depressiva mais comum, afeta milhões de norte-americanos todos os anos. O *Global Burden of Disease Study*, iniciado pela Organização Mundial da Saúde (Murray e Lopez, 1996), estimou que a depressão é a quarta maior causa de incapacitação e se tornará a segunda em todo o mundo, em 2020. Estudos epidemiológicos de transtornos do humor proporcionaram estimativas da prevalência e dos correlatos do TDM. O *National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R; Kessler et al., 2003) encontrou uma prevalência de 16,2% ao longo da vida e uma prevalência anual de 6,6% nos Estados Unidos, com a maioria dos casos associada a sintomas bastante graves e alto prejuízo ao funcionamento. Pesquisas realizadas nos Estados Unidos e em outros países encontraram uma prevalência mais alta de TDM em mulheres do que em homens. As mulheres têm duas vezes mais probabilidades de ter um episódio. A média de idade para o início está entre 20 e 40 anos (Blazer, 2000).

O *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, 5ª edição (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013) define o TDM como um transtorno do humor caracterizado por um ou mais episódios de depressão maior. Um episódio depressivo maior implica um período de pelo menos duas semanas nas quais a pessoa tem humor deprimido ou perda de interesse ou prazer em quase todas as atividades durante o dia, quase todos os dias, acompanhado de pelo menos quatro outros sintomas de depressão presentes todos os dias. Os sintomas de depressão são:

- Perda ou ganho significativo de peso (não relacionada a dietas), ou redução ou aumento de apetite.
- Insônia ou hipersonia.
- Agitação ou retardo psicomotor grave o suficiente para ser observado por outras pessoas.
- Fadiga ou perda de energia.
- Sentimentos de inutilidade, ou culpa excessiva ou inapropriada.

- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão.
- Pensamentos recorrentes de morte, ideação suicida recorrente sem um plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometê-lo.

Para cumprir os critérios completos para um episódio depressivo maior, os sintomas do paciente devem causar aflição clinicamente significativa ou prejuízo social, ocupacional ou em outras áreas de funcionamento importantes. A depressão está associada a retraimento social e dificuldade de funcionamento social e ocupacional. Em alguns casos, um episódio depressivo maior será acompanhado por sintomas de um episódio maníaco, que é classificado no DSM-5 usando o especificador com *características mistas*. Os sintomas podem não se dever a efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de uma condição médica geral.

O DESENVOLVIMENTO DA TIP

Klerman, Weissman e colaboradores desenvolveram a TIP nos anos de 1970, como um braço do tratamento para um estudo farmacoterápico de depressão (Markowitz e Weissman, 2012b). Como pesquisadores, desenvolveram uma psicoterapia baseada em dados de pesquisa. A pesquisa posterior à Segunda Guerra Mundial sobre os eventos da vida psicossocial e o desenvolvimento de transtornos mentais havia mostrado relações entre depressão e luto complicado, disputas de papel (ou seja, maus relacionamentos), transições de papel (p. ex., perder ou conseguir um emprego, ou qualquer outra mudança de vida significativa) e os déficits interpessoais. Os eventos estressantes na vida podem desencadear episódios depressivos em pessoas vulneráveis, e os episódios depressivos comprometem o funcionamento interpessoal, dificultando a administração desses eventos, e muitas vezes desencadeando mais eventos negativos na vida (Bleiberg e Markowitz, 2007).

A TIP também foi construída com base na teoria interpessoal de Adolph Meyer (1957) e Harry Stack Sullivan (1953), bem como na teoria do apego de John Bowlby (1973). Os terapeutas interpessoais ampliaram o alcance da psiquiatria enfatizando fatores sociais, culturais e interpessoais. Sullivan destacou o papel das relações interpessoais no desenvolvimento da doença mental e o uso dessas relações para entender, avaliar e tratar a doença mental. Ele também indicou que os acontecimentos na vida e os relacionamentos que ocorriam *após* o início da infância influenciavam a psicopatologia, em contradição com o foco de então, nos eventos pré-edi-pianos.

Bowlby (1973) postulou que o rompimento de vínculos seguros pode contribuir para o início da depressão, e que os transtornos psiquiátricos resultam de dificuldades de formar e manter vínculos seguros. De fato, os apoios sociais protegem contra a depressão. Na psiquiatria, a ideia de que a doença mental fosse influenciada por eventos atuais e não (apenas) decorrente de experiências do início da infância era nova em uma época dividida entre abordagens psicanalíticas e biológicas (Klerman, Weissman, Rounsaville e Chevron, 1984).

PRINCÍPIOS DA TIP: O MODELO DE DEPRESSÃO

Dois princípios básicos da TIP explicam a depressão e a situação dos pacientes, e são simples de entender, mesmo para um paciente muito deprimido, com baixa concentração. Em primeiro lugar, o terapeuta da TIP define a depressão como um problema médico e explica que o paciente tem uma doença comum, que comporta um conjunto específico e previsível de sintomas, torna esses sintomas menos avassaladores e mais administráveis. O terapeuta assume que a etiologia da depressão é complexa e multideterminada, podendo incluir biologia, experiências de vida e história familiar, entre outros fatores. O terapeuta enfatiza que *a depressão é um problema médico tratável e não culpa do paciente*. Explicar que a depressão é tratável dá aos pacientes a esperança de se sentir melhor. A desesperança, um sintoma de depressão potencialmente fatal, distorce o prognóstico geralmente bom da doença. Os pacientes deprimidos muitas vezes veem seus sintomas e dificuldades no funcionamento como reflexos de um fracasso, como falha de caráter ou fraqueza no plano pessoal.

Definir a depressão como uma doença sem responsável ajuda a combater a culpa e a autocrítica do paciente. O terapeuta diagnostica a depressão usando critérios do DSM-5 ou a *Classificação internacional de doenças e problemas relacionados à saúde* (CID-10; Organização Mundial da Saúde, 1992) e avalia os sintomas usando escalas de classificação como a Escala de Avaliação da Depressão de Hamilton (HDRS; Hamilton, 1960) ou o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996). O uso que a TIP faz do modelo médico para definir a depressão a distingue de outras psicoterapias e a torna altamente compatível com a medicação antidepressiva no tratamento combinado.

O segundo princípio da TIP é o de que a depressão do paciente está relacionada a um evento recente em sua vida. Os eventos estressantes podem precipitar episódios depressivos em indivíduos vulne-

ráveis, e a depressão, por sua vez, pode dificultar lidar com eventos estressantes. A TIP se concentra em resolver um problema interpessoal na vida do paciente, uma área problemática – luto complicado, disputa de papéis, transição de papéis ou déficits interpessoais – relacionada ao atual episódio depressivo do paciente. Ao resolver uma crise interpessoal, o paciente pode melhorar sua situação de vida e ao mesmo tempo aliviar sintomas depressivos.

CARACTERÍSTICAS DA TIP

Várias características definem a TIP, às vezes, a diferenciando de outras psicoterapias.

- *A TIP tem duração limitada e é focada.* O tratamento agudo é definido, no início, em 12 a 16 sessões semanais. Alguns estudos incluíram fases de manutenção e continuação, com sessões quinzenais e mensais. A duração limitada da TIP dá esperança aos pacientes de que seus sintomas e sua situação de vida podem melhorar rapidamente. O limite de tempo estimula os pacientes a se manter concentrados no tratamento, e pressiona paciente e terapeuta a se esforçar e ser eficazes dentro da janela terapêutica de oportunidade. Ambos concordam em se concentrar em uma, no máximo duas, áreas problemáticas no início do tratamento.
- *A TIP tem base empírica.* Como demonstrou eficácia em repetidas pesquisas, os terapeutas podem oferecer e aplicar o tratamento com confiança e otimismo, e os pacientes podem se sentir esperançosos com o tratamento que estão recebendo.
- *A TIP é direcionada ao diagnóstico.* Concentra-se em um diagnóstico específico, seus sintomas e como eles interferem e interagem com o funcionamento social. Ela não é adequada a todos os pacientes, mas já foi submetida a uma série de ensaios randomizados controlados para determinar sua eficácia.
- *A TIP tem foco no “aqui e agora”.* A terapia é dirigida ao presente e à melhoria da situação do paciente para o futuro, e não ao que aconteceu no seu passado. O terapeuta da TIP relaciona sintomas e dificuldades interpessoais atuais com eventos recentes ou atuais. Embora episódios depressivos e relacionamentos passados sejam examinados e padrões de relacionamento sejam identificados, o tratamento visa os relacionamentos atuais – construir apoios sociais e resolver disputas – e o funcionamento social.

- *A TIP é voltada a problemas interpessoais.* O terapeuta pode reconhecer defesas intrapsíquicas, mas não vê as atuais dificuldades do paciente como resultado de conflitos internos. Em lugar disso, concentra-se nos relacionamentos interpessoais e no funcionamento.
- *A TIP trata do relacionamento entre humor e eventos recentes na vida.* O terapeuta da TIP enfatiza que eventos estressantes podem desencadear episódios de depressão maior e, reciprocamente, a depressão compromete o funcionamento psicossocial, o que torna mais difícil lidar com fatores estressores, levando a mais eventos negativos na vida.
- *A TIP enfatiza a evocação do afeto.* Os pacientes deprimidos muitas vezes têm dificuldades de entender, identificar e expressar o que estão sentindo. Embora tendam a relatar que se sentem “mal”, eles costumam ter dificuldades de identificar sentimentos negativos mais especificamente, como raiva, mágoa, vergonha, rejeição, decepção. Além disso, os que reconhecem esses afetos negativos tendem a se sentir constrangidos de ter esse tipo de emoções “ruins”. O terapeuta da TIP ajuda o paciente a identificar melhor o que está sentindo, valida emoções como a raiva e a decepção como sendo sinais interpessoais normais e úteis e ajuda o paciente a usar essas emoções como um guia (Markowitz e Milrod, 2011). Os pacientes aprendem a melhor administrar seus sentimentos e os usar para decidir como se comportar e o que dizer em interações interpessoais.

A TIP COMPARADA A OUTRAS PSICOTERAPIAS

Embora tenha uma fundamentação distinta e seja diferenciável de outras (Hill, O’Grady e Elkin, 1992; Weissman, Markowitz e Klerman, 2000), a TIP é uma psicoterapia eclética que usa técnicas presentes em outros tratamentos. Ela inclui os chamados fatores *comuns* da psicoterapia (Frank, 1971). A TIP compartilha o diagnóstico focado no *aqui e agora*, a duração limitada, e a abordagem ativa com a terapia cognitivo-comportamental (TCC). Tanto a TIP quanto a TCC incluem a dramatização e a construção de habilidades. A TIP, entretanto, é muito menos estruturada e não usa exercícios de casa formais, embora o terapeuta da TIP recomende atividades entre sessões para melhorar o humor, além de resolver os problemas da área interpessoal. Enquanto o terapeuta da TCC define a depressão como consequência dos padrões disfuncionais de

pensamento e a eles atribui as dificuldades do paciente, o terapeuta da TIP enfatiza que a depressão é um problema médico e relaciona as dificuldades a se sentir deprimido e a eventos recentes. A TIP destaca a evocação do afeto em vez de pensamentos automáticos (“quentes”, carregados afetivamente). A TIP trata as questões interpessoais de forma semelhante à terapia de casal. Como terapeutas de apoio, os terapeutas da TIP proporcionam apoio e estímulo (Bleiberg e Markowitz, 2007).

A TIP já foi chamada psicoterapia “psicodinâmica”, mas não é (Markowitz, Svartberg e Swartz, 1998). Ela emprega o modelo médico da doença depressiva, ao passo que a psicoterapia psicodinâmica usa uma abordagem baseada no conflito. O terapeuta da TIP não aborda os processos inconscientes nem explora ou interpreta a transferência, mas sim se concentra nos relacionamentos atuais fora do consultório. As experiências de infância são reconhecidas, mas não enfatizadas. O terapeuta da TIP relaciona os sintomas e os problemas interpessoais atuais a eventos recentes na vida do paciente, e não às experiências de infância. A TIP reconhece a influência de experiências passadas sobre as dificuldades atuais, mas apenas para identificar padrões de comportamento interpessoal e criar empatia com o esforço do paciente. Diferentemente do tratamento psicodinâmico, o objetivo da TIP é reduzir os sintomas e melhorar o funcionamento social, em vez de alterar o caráter e a personalidade. Entretanto, assim como o psicoterapeuta psicodinâmico, o terapeuta da TIP enfatiza a mobilização do afeto no consultório e a ajuda aos pacientes para que se tornem cientes de sentimentos dos quais não estavam antes (Markowitz e Milrod, 2011; Weissman et al., 2000).

O TERAPEUTA DA TIP

O terapeuta da TIP conduz o tratamento em um *setting* de consultório privado, acadêmico ou hospitalar e geralmente não se comunica com familiares ou amigos do paciente.

O terapeuta da TIP assume uma postura central, não neutra, oferecendo psicoeducação sobre depressão, enfatizando a base teórica desse tipo de terapia, ensinando habilidades sociais e disseminando esperança. Uma abordagem um tanto diretiva é essencial para cumprir a duração limitada na TIP e manter o tratamento concentrado no problema interpessoal. Assumir uma postura ativa pode ser desafiador para os terapeutas com orientação psicodinâmica que estão acostumados a uma postura neutra e a oferecer pouca orientação na sessão.

Por outro lado, o terapeuta da TIP não quer reforçar a passividade e a dependência que são características da depressão. O terapeuta que resolve todos os problemas pode reforçar a sensação de inadequação do paciente. Sendo assim, o terapeuta da TIP estimula o paciente a apresentar ideias, explorar opções e a testá-las entre sessões. Dessa forma, o paciente merece (e recebe) crédito por fazer as mudanças de vida que levam a melhoras no tratamento.

O terapeuta precisa ser apoiador, entusiasmado e otimista para despertar a esperança de que a depressão melhorará e as mudanças virão, e para encorajar e inspirar o paciente a realizá-las. A estrutura do manual de TIP (Weissman et al., 2000; Weissman, Markowitz e Klerman, 2007) e a validação clínica da terapia em estudos randomizados controlados ajudam a aumentar a confiança do terapeuta. O terapeuta da TIP frequentemente congratula o paciente por seus progressos no tratamento e seus esforços para fazer mudanças.

Em função da ênfase em ajudar o paciente a identificar e expressar sentimentos, o terapeuta precisa se sentir confortável para encorajar a expressão do afeto e tolerar afetos negativos intensos. O terapeuta pode mostrar, com exemplos, que os sentimentos realmente são potentes, mas são apenas sentimentos e podem ser entendidos em um contexto interpessoal, e vão passar, se forem tolerados.

O PACIENTE DA TIP

As pesquisas já demonstraram que há uma ampla gama de pacientes com depressão maior que são bons candidatos para TIP. Essa terapia foi validada, com pequenas modificações, como tratamento para depressão em adolescentes, adultos, em periparto e pacientes geriátricos. Em termos ideais, o paciente deve ter tido algum fator de estresse recente e ter algum contato social. Os pacientes com depressão que não informam algum evento recente e que não têm habilidades sociais básicas tendem a ter resultados inferiores na TIP. Essa terapia não é destinada a pacientes com depressão delirante, que requer eletroconvulsoterapia ou farmacoterapia antidepressiva ou antipsicótica. Os pacientes com transtorno da personalidade comórbido moderado ou grave podem ter menor probabilidade de responder à psicoterapia de curto prazo (Weissman et al., 2000). Dessa forma, uma recente adaptação da TIP para transtorno da personalidade *borderline* possibilita até 32 semanas de tratamento (Markowitz et al., 2006).

AS QUATRO ÁREAS-PROBLEMA INTERPESSOAIS

A TIP se concentra em resolver uma das quatro áreas-problema interpessoais relacionadas ao início ou à

manutenção do episódio depressivo atual do paciente. O terapeuta da TIP segue estratégias específicas de cada área-problema.

Luto

Essa área-problema trata da dificuldade do paciente de passar pelo luto depois da morte de uma pessoa significativa. O terapeuta facilita o processo de elaboração da perda, estimula a catarse e, em última análise, ajuda o paciente a estabelecer novas relações e a encontrar novas atividades para compensar a perda. O terapeuta explora a relação e os sentimentos associados que o paciente tinha com a pessoa querida. Os pacientes que passam por luto complicado muitas vezes tiveram um relacionamento conflituoso com o falecido, relatam sentimentos não resolvidos em relação a raiva dessa pessoa, e se sentem culpados ou desconfortáveis com esses sentimentos. Os pacientes podem se sentir culpados pelo que disseram ou deixaram de dizer ou fazer pela pessoa que morreu. O terapeuta estimula a investigação desse sentimento, tratando como válidos e normais os sentimentos negativos e possibilitando ao paciente abrir mão da culpa que sente.

A liberação de afetos negativos no consultório pode ajudar a diminuir sua intensidade. O terapeuta também explora os sentimentos positivos que o paciente tinha pela pessoa que perdeu e demonstra empatia em relação à sua perda. Por fim, ajuda o paciente a explorar opções para estabelecer novos relacionamentos e encontrar novas atividades que ajudem a substituir a relação perdida e deem ao paciente um novo sentido de direção. A perda pode proporcionar oportunidades para o paciente conhecer pessoas e participar de atividades, que, caso contrário, não teria conhecido.

Disputas de papel

Uma disputa de papel é um conflito com uma pessoa importante na vida do paciente, um cônjuge, um amigo, genitores, familiares, patrão, colega de trabalho ou amigo íntimo. Terapeuta e paciente exploram o relacionamento, a natureza da disputa e as opções para resolvê-la. Os pacientes com depressão tendem a colocar as necessidades de outros antes das suas próprias. Eles têm dificuldades de ser assertivos, de confrontar os outros ou de efetivamente sentir raiva, o que lhes dificulta administrar conflitos interpessoais. O terapeuta discute essas tendências depressivas com os pacientes e explica: “Não é sua culpa. Você pode aprender como ser assertivo”.

O terapeuta trata como válidos os sentimentos do paciente no relacionamento, reconhecendo a raiva

como uma resposta natural a alguém que esteja, por exemplo, incomodando o paciente. A questão seguinte é como expressar esses sentimentos. O terapeuta ajuda o paciente a conceber formas de comunicar pensamentos e sentimentos mais efetivamente, e dramatiza com ele possíveis interações. Se, após explorar e tentar desenvolver opções para resolver a disputa ou conflito chegar a um impasse, o terapeuta ajuda o paciente a considerar formas de viver com o impasse ou de dar fim ao relacionamento.

Transições de papel

Uma transição de papel é uma mudança de situação de vida, como o começo ou o fim de uma relação, começar um emprego novo ou perder o que se tinha, uma mudança geográfica, uma formatura ou aposentadoria, ter filhos ou receber o diagnóstico de uma doença. O terapeuta ajuda o paciente a elaborar a perda do antigo papel, a explorar aspectos positivos e negativos do novo papel e determinar quais aspectos positivos ele pode manter do antigo, se houver algum. Em última análise, o terapeuta ajuda o paciente a se adaptar e a ter uma sensação de domínio sobre o novo papel. Mesmo que seja desejado e positivo, um novo papel pode vir acompanhado de perda antecipada. Por exemplo, casar-se pode implicar passar menos tempo com a própria família de origem por ter de estar mais com a família do cônjuge. Mudar-se para uma casa nova, grande, em um bairro melhor, pode romper relações com amigos no antigo bairro. Se o novo papel for indesejado, o paciente pode descobrir na terapia benefícios que não foram previstos. Um paciente que tenha perdido o emprego pode vir a ver essa perda como uma oportunidade de ir em busca de outro melhor.

Déficits interpessoais

Os déficits interpessoais representam a menos desenvolvida das quatro áreas-problema e só são usados como foco da TIP para depressão maior quando o paciente não relata eventos recentes em sua vida e, portanto, não tem problema nas três primeiras áreas. Os pacientes nessa categoria tendem a ser socialmente isolados e a ter pouco apoio social, além de uma história de dificuldades de formar e sustentar relações ou de não se sentir realizados com elas. O objetivo do tratamento nessa área é reduzir o isolamento do paciente. Como ele carece de relacionamentos no momento, o tratamento se concentra em padrões de relações passadas e em começar a formar novas. O terapeuta repassa relacionamentos importantes do passado, explorando aspectos positivos e negativos e identificando problemas recorrentes. O terapeuta ajuda o paciente a explorar opções para conhecer pessoas

e participar de atividades de que o paciente costumava gostar.

Diferentemente do tratamento para outras áreas-problema, o tratamento para déficits interpessoais pode se concentrar na relação com o terapeuta. Na ausência de outros relacionamentos, e com o entendimento de que o paciente provavelmente se sentirá desconfortável na situação terapêutica, o terapeuta o estimula a discutir seus sentimentos sobre o próprio terapeuta e a trabalhar em problemas que surjam em sua relação. Em termos ideais, a relação com o terapeuta pode servir de modelo para o paciente estabelecer relações. Como a TIP geralmente se direciona a um evento na vida dos pacientes, não surpreende que aqueles que não têm esses eventos respondam menos ao tratamento. É importante identificar pacientes que tenham transtorno distímico subjacente, porque eles muitas vezes descrevem poucos eventos recentes em sua vida. Há um protocolo de TIP adaptado ao tratamento de pacientes distímicos (Markowitz, 1998; Weissman et al., 2000).

O PROCESSO DE TRATAMENTO COM TIP

O tratamento agudo com TIP para depressão maior compreende as fases inicial, intermediária e terminal. As técnicas ajudam o paciente a buscar os objetivos do tratamento para cada área-problema interpessoal. Essa seção leva a um exemplo que ilustra a implementação dessas técnicas.

A fase inicial (sessões 1-3)

As tarefas das sessões iniciais de TIP para depressão maior incluem evocar a queixa principal do paciente, examinar seus sintomas e estabelecer um diagnóstico, determinando o contexto interpessoal para o atual episódio depressivo, formar uma aliança terapêutica e definir o quadro do tratamento, incluindo seus objetivos e estratégias. Embora essas tarefas sejam comuns a outras intervenções psicoterapêuticas, as técnicas e os processos são próprios da TIP.

Diagnosticando a depressão maior

Para diagnosticar o TDM, o terapeuta examina os atuais sintomas de depressão usando os critérios do DSM-5 ou da CID-10, interrogando sobre cada sintoma e sobre qualquer histórico passado de depressão. O terapeuta poderá administrar uma escala de gravidade de sintomas como a HDRS (Hamilton, 1960) ou o BDI-II (Beck et al., 1996) e repetir esses instrumentos em um intervalo de algumas semanas, para monitorar os avanços do paciente. O terapeuta descarta outros diagnósticos, como transtorno bipolar, depressão devido a condição de saúde geral ou medicação, e

outros transtornos psiquiátricos. Se o paciente cumpre os critérios de TDM, o terapeuta lhe diz, descrevendo explicitamente cada sintoma que ele relatou:

“Você tem uma doença chamada transtorno depressivo maior. Os sintomas que você relatou ter nos últimos meses, se sentindo mal na maior parte do tempo, com dificuldade de desfrutar das coisas, tendo que fazer um esforço para terminar as tarefas, com dificuldade de dormir, perda do apetite, com problema para se concentrar e se sentindo muito autocrítico e se desvalorizando, e pessimista em relação ao seu futuro – todos são sintomas de depressão. A depressão é uma doença tratável. Você não tem culpa de se sentir assim e de ter tido dificuldade de funcionar, não mais do que seria sua culpa se você tivesse asma ou pressão alta, ou qualquer outro problema de saúde. E embora você esteja se sentindo sem esperanças, isso é apenas um sintoma depressivo. O seu prognóstico com o tratamento é bastante bom. Você pode se sentir melhor.”

Na fase inicial, e segundo a necessidade, no transcorrer do tratamento, o terapeuta oferece psicoeducação sobre a depressão e como ela afeta o funcionamento social. O terapeuta ajuda o paciente a identificar e entender seus sintomas depressivos, e a melhor administrá-los, bem como a distinguir a doença de suas qualidades e capacidades pré-mórbidas. O terapeuta determina a necessidade de medicação com base na gravidade dos sintomas, nas respostas passadas à medicação e nas preferências do paciente.

O “papel de doente”

O terapeuta da TIP atribui ao paciente o “papel de doente” (Parsons, 1951), um papel temporário que tem por objetivo ajudar o paciente a reconhecer que sofre de uma doença envolvendo um conjunto específico de sintomas que prejudicam seu funcionamento. Ao assumir o papel de doente, o paciente deixa de se culpar e fica isento de responsabilidades atribuídas pela depressão, até se recuperar. O terapeuta educa o paciente em relação à forma como a depressão pode prejudicar o funcionamento social e como explicar a doença à família e aos amigos para obter apoio. O papel de doente também dá ao paciente a responsabilidade de trabalhar para melhorar seus sintomas no tratamento.

O inventário interpessoal

Na TIP, a história psiquiátrica inclui o “inventário interpessoal”, uma revisão minuciosa do funcionamento social do paciente no passado e no presente,

suas relações íntimas, seus padrões de relacionamento, as expectativas que tem de outros nas relações e as expectativas que percebe nos outros em relação a si. O inventário interpessoal deve dar ao terapeuta uma ideia de como o paciente interage com outras pessoas. Deve esclarecer como as relações podem ter contribuído para o atual episódio depressivo e, por outro lado, como os sintomas depressivos podem estar afetando as relações atuais. Além disso, o inventário interpessoal avalia apoio social existente e potencial. Para coletar essa informação, o terapeuta faz perguntas detalhadas sobre as relações passadas e atuais do paciente. A busca por informações sobre relações atuais pode abarcar as seguintes perguntas:

“Quem está na sua vida atualmente?... Você tem alguém em sua vida?... Namorado/namorada?... Como é sua relação com essa pessoa?... Do que você gosta nela?... Do que não gosta?... Você e seu cônjuge discutem?... Por que tipo de coisa discutem?... O que acontece quando discutem – o que fazem/dizem?... O que você espera dessa pessoa?... O que você acha que ela espera de você?”

Identificação de áreas-problema interpessoais

O principal objetivo do inventário é determinar quais questões interpessoais estão mais ligadas ao atual episódio depressivo do paciente. O terapeuta deve identificar áreas-problema interpessoais importantes que possam se tornar o foco do tratamento. Ele pergunta sobre quaisquer mudanças que tenham ocorrido na vida do paciente em torno do início dos sintomas depressivos: “O que estava acontecendo em sua vida quando você se deprimiu?”. O terapeuta também explora diferentes áreas da vida do paciente: casa, trabalho, relações com pessoas significativas em sua vida, membros da família e amigos. O terapeuta deve escolher uma área-problema na qual se concentrar, pois muitos focos de tratamento acabam gerando dispersão. O terapeuta relaciona a depressão a uma área-problema e apresenta essa relação à paciente em uma formulação:

“Pelo que você me contou, parece que o principal problema é você se entender com seu marido. Embora as causas da depressão sejam complexas e não estejam totalmente compreendidas, sabemos que os conflitos com pessoas significativas podem estar relacionados à depressão. Além disso, a depressão pode tornar difícil lidar com conflitos com outras pessoas. Sugiro que tenhamos encontros durante as próximas 12 semanas para descobrir como você

pode lidar melhor com os problemas que descreveu com o seu marido. Na TIP, chamamos esse conflito de *disputa de papel*. Ao resolver sua disputa de papel, sua vida e sua depressão devem melhorar. Isso faz sentido para você?”

Somente depois de o paciente concordar explicitamente com trabalhar nas áreas problemáticas escolhidas é que o terapeuta passa à fase intermediária do tratamento. A concordância do paciente com o foco permite ao terapeuta trazê-lo de volta a esse tema posteriormente, mantendo um fluxo temático para o tratamento.

Exposição do contrato de tratamento e da abordagem da TIP

Além de chegar a um acordo em relação a um foco para o tratamento nas primeiras sessões, terapeuta e paciente discutem e chegam a um entendimento em relação a outros aspectos do tratamento. O terapeuta discute questões práticas, incluindo a limitação de tempo, a duração específica e a frequência das sessões, data para finalizar, horário das consultas, honorários e assim por diante. O terapeuta explica que a TIP é um dos vários tratamentos para depressão que têm sustentação empírica, e descreve seus princípios básicos. Enfatizam-se o “aqui e agora” e o foco social e interpessoal do tratamento, explicando:

“Vamos trabalhar juntos para entender como o estresse e as relações atuais podem estar afetando seu humor. Vamos tentar ajudá-la a administrar melhor esses estresses e os problemas que você pode estar tendo nos seus relacionamentos. Vamos explorar o que você quer e precisa nos seus relacionamentos, e ajudá-la a entender como conseguir o que quer e precisa. Vou me interessar por ouvir, a cada semana, o que está acontecendo em seus relacionamentos com outras pessoas, como essas interações o fazem sentir e também de que forma os seus sentimentos influenciavam o que acontece com outras pessoas.”

O terapeuta estimula o paciente a mencionar qualquer desconforto que sinta em relação às sessões.

“Se alguma coisa o incomodar, por favor, diga. Eu não pretendo fazer nada que o deixe desconfortável, mas se você se sentir assim, me conte para que possamos falar do assunto. Esse é o tipo de tensão interpessoal que nós precisamos focar em sua vida, também fora daqui.”

A fase intermediária (sessões 4-9)

Uma vez que se tenha estabelecido o contrato para o tratamento e se escolha uma área interpessoal como

foco, o terapeuta pode avançar para a fase intermediária das sessões, na qual o objetivo é trabalhar para resolver a área-problema em foco.

Cada sessão começa com a pergunta: “Como você se sentiu desde que nos vimos pela última vez?”. Essa pergunta evoca um intervalo da história do humor, eventos e interações interpessoais que vieram à tona entre sessões. Ela também mantém a atenção do paciente voltada ao humor e à situação atuais. O paciente provavelmente responderá descrevendo um humor (“Senti-me muito para baixo”) ou um acontecimento (“Meu marido e eu tivemos uma briga muito séria”). Depois de mais investigações, o terapeuta liga o humor do paciente a um acontecimento recente, ou um acontecimento recente ao seu humor (“Não é de se estranhar que você esteja deprimida, dada a briga que teve com seu marido!”).

Perguntando sobre interações carregadas emocionalmente, o terapeuta usa a *análise de comunicação* – a reconstrução e a avaliação de interações afetivamente carregadas – para ajudar o paciente a entender como se sente na situação e o que poderia ter feito para se comunicar melhor. *O terapeuta explora os desejos e as opções do paciente*, ajudando-o a decidir o que quer e explorando as opções para chegar a isso.

“O que você queria que acontecesse nessa situação?... O que você poderia ter feito para conseguir o que queria? Que outras opções você tem?”

Os pacientes deprimidos costumam ter dificuldades de ver que têm opções, e sua tendência a considerar suas necessidades como menos importantes do que as dos outros contribui para sua dificuldade de ser assertivos. O terapeuta explica isso de forma empática, quando for o caso, responsabilizando a síndrome depressiva por suas dificuldades. Para ajudar o paciente em suas escolhas, o terapeuta usa a *análise de decisões*, cujas técnicas são aprofundadas no caso apresentado posteriormente, neste capítulo.

O terapeuta faz *dramatizações* de possíveis interações com o paciente e o prepara para interações interpessoais na vida real. Em lugar de fornecer palavras ao paciente durante a dramatização, o terapeuta o encoraja para que gere suas próprias palavras, o que o fortalece porque estimula sua independência em relação ao terapeuta. O terapeuta mostra que o paciente tem condições de saber o que dizer em interações interpessoais, embora a depressão possa fazê-lo se sentir incapaz. O terapeuta pergunta como o paciente se sente durante a dramatização, se o conteúdo e o tom de voz estão confortáveis, e como ele acha que se sentirá ao dizer as palavras na vida real. Quando um paciente se comunica de forma eficaz durante a

dramatização e consegue fazer isso na vida real, o terapeuta reforça o comportamento adaptativo com elogios e estímulos. Os êxitos na vida real não apenas melhoram o humor, mas também inspiram o paciente a tentar se afirmar em situações posteriores.

Os pacientes deprimidos se retraem socialmente e perdem o interesse em atividades que antes consideravam prazerosas. O terapeuta estimula o paciente a retomar a atividade social e explorar opções de novas atividades e oportunidades de formar novos relacionamentos, se for o caso. Ele se solidariza com a dificuldade que o paciente tem de forçar um envolvimento com outras pessoas, mas insiste em que, uma vez que isso aconteça, ele provavelmente se sentirá melhor. Na verdade, o terapeuta da TIP pede que o paciente corra riscos, afirmando-se diante de outros e forçando a voltar a se envolver em atividades sociais. O terapeuta reconhece explicitamente que está pedindo que o paciente corra riscos, mas, ainda assim, garante que esses riscos provavelmente melhorarão seu humor e sua situação de vida. O terapeuta estará disponível para discutir qualquer coisa que dê certo ou errado.

A fase de encerramento (sessões 10-12)

Nas sessões finais, o terapeuta analisa os avanços do paciente em termos de melhorar seus sintomas, assim como até onde se resolveu a área problemática em questão. Ao analisar por que o paciente está melhor, por meio das ações que este realizou para resolver o foco interpessoal, o terapeuta reforça a crescente autoestima do paciente anotando que suas ações levaram a seus ganhos. O terapeuta congratula o paciente por seu progresso e seu esforço e expressa otimismo em relação à manutenção do progresso, independentemente do terapeuta.

O terapeuta trata da não resposta em pacientes cujo humor e situações de vida não melhoram, ou que melhoram apenas parcialmente. O terapeuta deve explicar que o que fracassou foi o *tratamento*, não o paciente. O terapeuta dá esperança ao paciente, insistindo em que a depressão é tratável e que existem muitos outros tratamentos eficazes, recomendando que sejam exploradas alternativas de tratamento.

O terapeuta investiga os sentimentos do paciente em relação ao tratamento e seu encerramento. Reconhece não somente a sua tristeza pelo fim de seu relacionamento, mas também a felicidade pela melhora do paciente e pela confiança de que ele conseguirá manter o progresso que fez no tratamento. Se os sintomas voltarem, o paciente terá obtido ferramentas para administrar os sintomas da depressão por conta própria. Além disso, se for necessário, ele pode retornar à TIP para sessões de reforço.

Usando o modelo médico da TIP, o terapeuta oferece psicoeducação sobre recaída e recorrência de depressão maior e prepara o paciente para a possibilidade de que isso aconteça. Os pacientes que viveram um ou mais episódios de depressão maior são, infelizmente, vulneráveis a futuros episódios. O terapeuta explica isso e alerta para o fato de que, em função do vínculo entre eventos estressantes e humor, o paciente pode antecipar que poderia ter dificuldades com futuros acontecimentos estressantes em sua vida. Felizmente, ele pode usar as habilidades de enfrentamento que obteve no tratamento para evitar uma piora dos sintomas. Se o paciente melhorou com a TIP, mas tem sintomas residuais relevantes ou uma história de múltiplos episódios, ele e o terapeuta podem fazer um contrato para o prosseguimento ou manutenção da TIP, o que já demonstrou eficácia para prevenir recaída (Frank et al., 2007).

ESTUDO DE CASO

O caso a seguir demonstra como um terapeuta (K. L. B.) utilizou a TIP para depressão maior em um tratamento agudo de 12 semanas e ilustra como se trabalha com a área-problema do luto. Na TIP, o luto (luto complicado) é considerado uma área-problema focal quando o início da depressão está relacionado à morte de uma pessoa significativa, e o paciente está tendo uma reação anormal de luto (Weissman et al., 2000). Embora os casos que focam a área-problema do luto geralmente tratem da perda complicada relacionada à morte de uma pessoa que realmente chegou a viver, o caso a seguir envolve um bebê natimorto (Bleiberg, 2012). De fato, as áreas-problema da TIP podem se aplicar a uma variedade de casos. São demonstrados os objetivos e as técnicas de tratamento da TIP que são específicos para se trabalhar com o problema do luto.

Antecedentes

Sara, uma mulher de 35 anos, casada e sem filhos, foi encaminhada para tratamento de depressão maior dois meses após a morte de sua filha no útero, na 27ª semana de gestação. Seu médico considerava que uma infecção bacteriana era a causa mais provável da morte do feto. A principal queixa de Sara era: “Eu acho que já deveria ter superado”.

Na 27ª semana, depois de não sentir o bebê se mexer por várias horas, Sara telefonou para seu médico, que lhe disse que fosse ao hospital. O médico não identificou batimentos cardíacos e disse que precisava retirar o feto. Sara se lembra de se sentir chocada, sem reação e sem conseguir chorar no início. Ela recebeu medicação para induzir o parto e uma anestesia peridural, e teve parto vaginal. Apesar dos esforços para ressuscitá-lo, o bebê foi declarado morto pouco

depois do parto. Sara pediu para segurá-lo em seus braços e o recebeu para que assim fosse. Ela pegou o bebê no colo, enrolado em um cobertor branco e cor-de-rosa. Recorda que ela e o marido choraram descontroladamente enquanto se revezavam segurando a criança e por muito tempo depois de devolvê-la ao médico. Ela lembra que o bebê era “muito bonitinho” e se parecia com seu marido. Ela recebeu fotos e impressões dos pés para levar para casa. Sara e o marido decidiram não fazer funeral nem cerimônia em memória da criança.

Sara informou que desde que perdeu o bebê, dois meses antes, sente-se triste e irritada em boa parte do dia, quase todos os dias, sendo incapaz de desfrutar das coisas de que gostava, como ler ficção, cozinhar, ir ao cinema e fazer exercícios. Ela era enfermeira em um hospital de Nova York, e antes do acontecimento gostava muito de seu trabalho. Agora, sentia-se incapaz de gostar do trabalho em função de seu humor e tinha medo de ter de falar disso com seus colegas de trabalho que sabiam que ela esteve grávida. Chorava com frequência, estava socialmente retraída, tinha pouca energia e dificuldades de se concentrar. Tinha pouco apetite e se sentia muito mal consigo mesma. Ela negava ideiação suicida ou sentimentos de que a vida não valia a pena.

Sara dizia que tentava não pensar na morte do bebê, mas muitas vezes era interrompida por pensamentos sobre ele, com frequência pensando em como teria sido a sua vida se ele tivesse sobrevivido. Sara voltou a trabalhar três semanas depois de perder o bebê, esperando que isso servisse de distração e que a ajudasse a superar sua perda. Sentia muita raiva e evitava outras mulheres grávidas, incluindo amigas íntimas e mulheres com recém-nascidos, além de outras coisas que a fizessem lembrar de sua gravidez. Ela sentia raiva por ter precisado passar pela gravidez, trabalho de parto e parto sem o prazer de ter um filho.

Sara sofria pela culpa inadequada, porque temia ter feito alguma coisa para causar a perda, apesar de o médico ter dito que ela nada poderia ter feito para impedir. Ele explicou que, quando infecções bacterianas causam morte fetal, é comum que a mãe não sinta qualquer sintoma e não haja diagnóstico até que as complicações já sejam graves. Mesmo assim, Sara achava que deveria ter sabido da infecção e se sentia culpada por ter esperado até seus 35 anos para tentar ter filhos. Ela dizia que se sentia fracassada por ter perdido o bebê. Sara sentia culpa por ter decepcionado e aborrecido seu marido ao perder a criança, e não queria incomodá-lo com seus sentimentos em relação à perda.

Ela nunca tinha procurado tratamento antes de sua atual avaliação, e descreveu um episódio de depressão maior quando tinha quase 30 anos, que durou entre quatro e seis semanas, precipitado pelo rompimento com um namorado de muitos anos, mas contava que se sentia muito pior desde que perdera o bebê. Ela dizia que sua mãe tinha sido tratada para depressão com medicação antidepressiva, com bons resultados.

Sara era uma mulher atraente, de peso e altura médios, que aparentava a idade que declarava. Vestia-se de maneira casual, com *jeans* e um blusão grande. Seus movimentos eram um pouco lentos, e sua fala, fluente. Seu humor era deprimido, e seu afeto, coerente e choroso. Ela negava ter ideiação suicida atualmente ou ter tido no passado, assim como história de uso de substâncias ou sintomas psicóticos. Também negava problemas de saúde atuais ou passados, incluindo disfunção da tireoide. Informava não ter conhecimento de gravidez anterior, interrupção de gestação ou problemas de fertilidade antes desse acontecimento. Na verdade, ela tinha concebido depois de poucos meses tentando engravidar.

Sara era uma boa candidata para TIP: cumpria os critérios de depressão maior e tinha vivenciado um evento recente próximo ao início de seus sintomas. Além disso, a TIP poderia lidar com os problemas interpessoais que ela estava tendo com relação ao início de seus sintomas. Sara também era uma candidata potencial para TCC, farmacoterapia ou psicoterapia combinada com medicação (antidepressiva baseada em evidências). Ela não tinha interesse em fazer exercício de casa escrito e em tomar medicação, porque tinha esperanças de conceber de novo em um futuro próximo.

A TIP com Sara

Fase aguda (sessões 1-3)

O tratamento com Sara seguiu o formato da TIP para tratamento agudo. Nas três primeiras sessões, a terapeuta coletou minuciosamente a história psiquiátrica e estabeleceu a estrutura do tratamento. Na primeira sessão, ela obteve uma queixa principal e a história atual da doença de Sara. Como o tratamento aconteceu antes do lançamento do DSM-5, a terapeuta usou critérios do DSM-IV para determinar que Sara cumpria os critérios para transtorno depressivo maior. Ela aplicou a HDRS para avaliar a gravidade dos sintomas de Sara.

A terapeuta se solidarizou com ela pela perda de sua gravidez: “Lamento *muito*, você teve uma perda horrível. É normal que você esteja se sentindo mal e tenha muitas dificuldades”. A terapeuta apresentou

a Sara seu diagnóstico de depressão maior, revisou os sintomas específicos, atribuiu a ela seu “papel de doente” e lhe ofereceu esperanças:

“Os sintomas que você descreveu ter tido nos últimos meses – humor deprimido, não conseguir desfrutar das coisas e perda de interesse nelas, sentir-se mal consigo mesma e culpada, sua dificuldade de comer ou dormir e dificuldade de se concentrar – são, todos, sintomas de depressão maior. A depressão maior é uma *doença tratável*. Não é sua culpa estar se sentindo assim e você tem boas chances de recuperação.”

A terapeuta explicou que o escore da HDRS de 24 que Sara teve indicava depressão moderadamente grave e que teria de reaplicar a HDRS em intervalos regulares para monitorar o avanço de Sara. Em função da gravidade dos sintomas, de sua disposição para participar na psicoterapia e sua relutância em tomar medicação por querer engravidar novamente, a terapeuta não achava que era necessária medicação.

A terapeuta apresentou a TIP e a fundamentação do tratamento:

TERAPEUTA: Eu tenho formação em psicoterapia interpessoal, que acho que pode ajudá-la. Essa terapia, muitas vezes chamada de TIP, é um tratamento de tempo limitado que se concentra em como acontecimentos e estresses recentes na vida, como perder um bebê, afetam o humor, e como os sintomas do humor tornam difíceis os eventos e estresses da vida, principalmente os problemas nos relacionamentos. Vamos aproveitar as primeiras sessões para revisar sua história, mas nossas sessões se concentrarão no aqui e agora, e em suas dificuldades e relações atuais, e não no passado. Isso faz sentido para você?

SARA: Sim.

TERAPEUTA: As pessoas costumam responder ao tratamento com TIP em 12 sessões semanais. Proponho que nos encontremos uma vez por semana, para uma sessão de 50 minutos, nas próximas 12 semanas. Se ajudar, no fim das 12 semanas, podemos discutir se seria interessante ter mais sessões para trabalhar em questões específicas e manter seu progresso. O que você acha?

SARA: Parece bom. Espero poder me sentir melhor em 12 semanas.

TERAPEUTA: Você *pode* se sentir melhor em 12 semanas. A TIP já se mostrou eficaz em diversas

pesquisas para tratar sintomas como os que você descreveu.

Na primeira sessão, Sara se sentia um pouco mais esperançosa, mas disse que não gostava da ideia de ter um diagnóstico de depressão maior. Embora entendesse que havia uma relação entre ter perdido o bebê e seu humor, ela achava que deveria estar se sentindo melhor depois de dois meses e não queria pensar em si mesma como uma pessoa deprimida, como sua mãe, e que precisava de tratamento. Sara disse que sempre foi “a forte” e estava acostumada a funcionar em um nível muito alto. A terapeuta não se surpreendeu com o ceticismo que ela demonstrou no princípio, porque pode levar tempo para o paciente aceitar o modelo médico. Além disso, os pacientes com depressão muitas vezes se sentem desconfortáveis ao buscar tratamento, porque têm receio de sobrecarregar os outros. Mesmo assim, paciente e terapeuta concordaram em trabalhar juntas por 12 semanas, e depois decidir se seriam necessárias mais sessões.

Para obter a história psiquiátrica de Sara, a terapeuta fez um *inventário interpessoal*, revisando cuidadosamente o funcionamento passado e atual da paciente e seus relacionamentos íntimos. Ela começou o inventário perguntando sobre a família de Sara.

“Onde você cresceu?... Quem compunha sua família?... Como descreveria sua relação com sua mãe?... Com seu irmão?”

Sara crescera no Canadá, com seus pais, ambos com 60 e poucos anos, e seu irmão mais moço, de 33, todos os quais ainda moravam perto de Toronto, onde ela havia sido criada. Contou que seu pai trabalhava muito quando ela era criança, e embora ela gostasse dele, não se sentia próxima. Sara se sentia mais próxima da mãe e falava com ela todas as semanas, mas se irritava facilmente com ela. Ela se incomodava pelo fato de a mãe não ser assertiva e por ser intermitentemente deprimida. Ela falava semanalmente com o irmão, que morava no Canadá com a mulher e o filho de dois anos. Sara descrevia sua relação com o irmão como razoavelmente íntima. Contou que falava menos com ele desde que perdeu o bebê, porque sentia ciúmes de ele ter um filho. Quando falavam, Sara evitava perguntar pelo sobrinho.

Depois de explorar as relações de Sara com sua família, a terapeuta perguntou sobre outras pessoas significativas na vida dela e interrogou sobre sua relação com o marido. Aos 33 anos, Sara conheceu seu marido, Steve, que era um ano mais jovem. Ela descreveu Steve como uma pessoa afetuosa e encantadora e contou que ele cuidava muito bem dela. Ela

achava que não “o merecia”, porque ele era um “cara tão bom”. Ela descreveu seus namorados anteriores como menos disponíveis emocionalmente e “não muito legais”. Sara e Steve eram canadenses, mas se conheceram em Nova York, ao serem apresentados por amigos em comum. Sara se mudou para Nova York com 20 e poucos anos, e seu marido, dois anos antes de se conhecerem.

Desde a perda, Sara se sentia distante de Steve e discutia com ele por “coisas pequenas”. Ela contava que se sentia culpada por o haver decepcionado ao perder o bebê e temia que ele a culpasse pela morte da criança. Ela não queria sobrecarregá-lo ainda mais dizendo que se sentia aflita com essa perda. Também achava que Steve não conseguiria entender seus sentimentos em relação a tentar ter filhos de novo. Sara informou que tinha algumas amigas próximas, que moravam na região de Manhattan e, até a perda do bebê, falava com elas mais ou menos semanalmente. Ela tinha vários amigos no trabalho, com quem conversava quase diariamente antes da perda. Ela se descrevia como “independente”, “extrovertida” e “alguém que não dependia de outras pessoas” antes de se sentir deprimida. Ao contrário, ela era a pessoa a quem os amigos recorriam quando tinham problemas. Sara disse que, antes da depressão, seus amigos a descreviam como trabalhadora e cheia de energia. Ela raramente discutia com os amigos porque se sentia “desconfortável” com o conflito, evitava confrontar amigos e colegas de trabalho quando discordava ou sentia raiva deles.

A terapeuta perguntou a Sara se havia alguém a quem ela pudesse recorrer para confortá-la após a perda, porque é importante ter alguém com quem conversar depois de uma perda tão horrível ou qualquer experiência de estresse. Ela respondeu que estava evitando seus amigos e familiares desde a perda. Ela havia se sentido desconfortável conversando com amigos, familiares e colegas de trabalho em relação à sua gravidez quando estava grávida, porque não gostava de ser o centro das atenções e se sentia culpada por não ter gostado do primeiro trimestre da gravidez. Ela se sentia ainda mais desconfortável discutindo a perda do bebê. Seus pais e seus sogros vieram visitá-la após perder o bebê, mas ela não se sentiu capaz de conversar com eles sobre o que tinha acontecido e como se sentia. Seus colegas de trabalho sabiam que ela tinha estado grávida, e Sara se sentia na obrigação de dizer alguma coisa a eles sobre o que aconteceu. O terapeuta observou que parecia que ela não confiava a ninguém seus sentimentos sobre o ocorrido. Sara não queria pedir ajuda a familiares ou amigos, tampouco queria que eles soubessem como ela se sentia mal. Ela

explicava: “Eu não quero incomodar as pessoas com meus problemas. Não quero ser fraca”.

A terapeuta reorganizou as dificuldades de Sara de pedir ajuda a outras pessoas, usando o modelo médico para explicar como a depressão afetava o funcionamento social:

TERAPEUTA: Você não é fraca, você está *deprimida*, e isso não é sua culpa. As pessoas com depressão tendem a minimizar suas próprias necessidades e evitar pedir ajuda dos amigos, como você tem feito, porque não querem ser um peso. Mas, não só é correto buscar a ajuda de outros, como já se provou que esse apoio pode *realmente* ser útil na recuperação da depressão. Eu entendo seu dilema. Uma depressão faz com que você se sinta desconfortável pedindo apoio, mas o apoio de outras pessoas já se mostrou útil para reduzir a depressão e proteger as pessoas dela. Isso faz sentido para você?

SARA: Sim, mas também não quero ouvir o que elas têm a dizer. Só me deixa mais incomodada. Elas não entendem o que eu passei.

TERAPEUTA: E que tipo de coisas as pessoas têm lhe dito?

Sara respondeu que se incomodava quando as pessoas diziam coisas como “você vai engravidar de novo” ou “eu conheço uma pessoa que perdeu um bebê”. Essas coisas a irritavam. Ela achava que as outras pessoas não conseguiam entender o que ela tinha vivenciado. Uma amiga íntima tinha tido seu primeiro filho recentemente, e Sara evitara telefonar para ela ou encontrá-la, pois achava injusto sua amiga ter um bebê enquanto ela não tinha. Uma colega de trabalho esteve grávida ao mesmo tempo, mas teve uma gravidez relativamente fácil. Sara achava que sua colega não tinha sido solidária com seu desconforto físico durante a gravidez.

No fim da primeira fase do tratamento, a terapeuta conectou o episódio depressivo grave de Sara a sua situação interpessoal, em uma *formulação* centrada em uma área focal problemática da TIP. A queixa central de Sara refletia o fato de que ela ainda estava sofrendo a perda de seu bebê e não conseguia retomar seu nível normal de funcionamento. Sua situação era um exemplo claro de uma área problemática relacionada ao luto: Sara sofria de luto complicado. Embora seja normal sofrer por meses depois de perder um ente querido, a gravidade dos sintomas de Sara, principalmente culpa excessiva, baixa autoestima e isolamento social, e sua evitação de pensamentos, sentimentos e coisas que lembrassem o bebê e sua morte, refletiam uma reação de luto anormal. Ela não havia procurado

apoio emocional depois da perda do bebê e não tinha realmente elaborado a perda. Na verdade, as pessoas muitas vezes desenvolvem luto complicado quando não têm ou não usam sua rede social para ajudá-las a assimilar a perda do ente querido.

A terapeuta apresentou esta formulação a Sara:

TERAPEUTA: Pelo que você está me contando, fica claro que a perda do bebê desencadeou sua depressão atual. Você teve uma perda horrível e está tendo problemas para fazer o luto. Não me surpreende que você esteja passando por uma situação tão difícil. Não é sua culpa. Além disso, sua perda e sua depressão afetaram suas relações pessoais com pessoas de quem você gosta, como seu marido, seus amigos e seus colegas de trabalho, e você está tendo dificuldades para expressar seus sentimentos a eles. Sugiro que concentremos nossas sessões em lidar com seu luto em relação a esse acontecimento terrível. O luto é uma das áreas problemáticas que a TIP mostrou que consegue tratar. Sugiro que trabalhem para ajudá-la a fazer o luto da perda e para melhorar suas relações que foram afetadas por sua perda. O que lhe parece?

SARA: Pode ser.

Depois de Sara concordar explicitamente com o foco, a terapeuta começou a fase intermediária de tratamento.

Fase intermediária (sessões 4-9)

Durante a fase intermediária, terapeuta e paciente trabalham para resolver o problema interpessoal de Sara na TIP. Nesse tipo de terapia, a estratégia para trabalhar com o luto é ajudar o paciente a tolerar e administrar o afeto relacionado à perda e reunir o apoio social para ajudá-lo a elaborá-la. O terapeuta também ajuda o paciente a usar os apoios sociais existentes, a estabelecer interesses e relacionamentos e a formar novos relacionamentos e explorar novas atividades para compensar a perda (Weissman et al., 2000, 2007).

A terapeuta continuava proporcionando psicoeducação em relação ao luto complicado e a como a depressão afeta o funcionamento social, e ligava repetidamente a depressão de Sara à área problemática identificada. Ela começava cada sessão com a *pergunta aberta*: “Como andaram as coisas desde que nos vimos pela última vez?”. Essa pergunta evocou o afeto e a história do humor de Sara e dos eventos entre as sessões, e a manteve concentrada em seu humor e nos eventos de sua vida atual.

Para facilitar o processo de elaboração, a terapeuta pediu que Sara pensasse sobre a perda. Na

verdade, esse processo havia começado durante a fase inicial, quando a terapeuta coletou a história dos eventos relacionados ao início da depressão de Sara. A terapeuta pediu que ela descrevesse coisas que aconteceram antes, durante e depois da morte do bebê – muitas vezes uma fonte de culpa para os pacientes – e explorou os sentimentos que ela tinha associados a esses eventos. Ao ajudar um paciente a elaborar a perda de um ente querido, o terapeuta da TIP lhe pede que descreva seus sentimentos em relação a essa perda e sobre a pessoa que morreu. O terapeuta explora o que faziam juntos, do que o paciente gostava e não gostava naquela pessoa e o que gostaria de ter feito junto com ela, mas não tiveram oportunidade. O terapeuta pede que o paciente descreva como a pessoa morreu e como ele ficou sabendo da morte, e explora os sentimentos do paciente. Levando-se em conta que o bebê de Sara morreu no útero, a terapeuta alterou um pouco suas perguntas, estimulando-a a que falasse de sua experiência de estar grávida, sobre o bebê e como imaginava que ele seria. A terapeuta perguntou a Sara do que ela gostava ao carregar o bebê no ventre, do que não gostava e quais expectativas tinha sobre o que fazer com ele.

Sara descreveu, em lágrimas, que seus sentimentos em relação à gravidez eram contraditórios. Ela contou que ela e o marido começaram a tentar ter um filho seis meses depois de casados e, para sua surpresa, ela engravidou depois de dois meses. Quando descobriu que estava grávida, sentiu-se muito feliz, mas assustada com a ideia de ser mãe, questionando se estava *pronta*. Ela contou que se esforçou muito para tomar os devidos cuidados pré-natais. Alimentava-se de forma saudável, com comidas seguras para gravidez, tomou vitaminas pré-natais e começou aulas de ioga pré-natal. Tomar esses cuidados a fez sentir-se bem, “como se já fosse uma mãe cuidando do seu bebê”.

Em pouco tempo, Sara começou a sentir extrema fadiga e náusea permanente, que duraram as primeiras 12 semanas de sua gravidez. Ela descrevia que se sentia como se a gravidez tivesse “tomado conta” e reclamava que adorava cozinhar, mas não queria fazê-lo porque se sentia muito enjoada. Apesar da náusea, ela garantia que estava ingerindo os nutrientes de que o bebê precisava. A fadiga e a náusea eram tão debilitantes que Sara não conseguia mais atender às demandas físicas de seu emprego de enfermeira. Como resultado, não conseguiu mais esconder a gravidez dos colegas. Ela contou ao supervisor, que ficou feliz de acomodá-la, dando-lhe mais responsabilidades administrativas em lugar de cuidar de pacientes, até que ela se sentisse melhor. Sara ficou ressentida de ter de

abrir mão do trabalho clínico com pacientes, que era a parte do trabalho de que ela mais gostava. Ela se sentia constrangida em relação a seus sintomas e muito culpada de que seus colegas tivessem que absorver sua carga de trabalho, apesar de eles darem muito apoio. Incomodava-lhe o fato de os outros idealizarem a gravidez quando ela a considerava tão desagradável. Ao mesmo tempo, sentia-se culpada e egoísta de ter reclamado da gravidez, isto é, Sara achava que precisava ter se sentido agradecida de estar grávida.

A terapeuta se solidarizou com o desconforto de Sara no primeiro trimestre e validou sua necessidade de reclamar:

TERAPEUTA: O primeiro trimestre de gravidez pode ser realmente difícil e perturbador. Não seja tão rígida consigo mesma! Pode ser difícil gostar de estar grávida quando se está com sensações tão ruins. Parece que você gostava de estar grávida. Você fez um grande esforço para se cuidar, cuidando de sua alimentação e reorganizando sua situação profissional.

SARA: Não sei... acho que é verdade.

Quando a exaustão e a náusea diminuíram em seu segundo trimestre, Sara começou a se sentir mais otimista e entusiasmada com ter um filho. Ver ultrassonografias fazia o bebê parecer “mais real” e a ajudou a se sentir mais conectada a ele. Na 16ª semana, Sara soube que era uma menina. Ficou entusiasmada e imediatamente começou a pensar em nomes e a imaginar como o bebê seria. Sara imaginava que seria uma combinação dela com seu marido, com olhos azuis e cabelo loiro e crespo. Ela achava que o bebê seria uma pessoa carinhosa, como seu marido. Ela se imaginava caminhando no parque com o bebê em um carrinho, e brincando com ele. Na 20ª semana, Sara começou a sentir a menina se mexer, e gostava muito. Quando isso acontecia, Sara parava o que quer que estivesse fazendo para cuidar e sentir sua barriga. Ela contou que sentia os movimentos como “alguns dos momentos mais felizes da minha vida”. Nem ela nem o marido haviam pensado em um nome para a menina, mas a chamavam de *Docinho* no útero.

Durante semanas após a perda da criança, Sara lutou contra os aspectos físicos que a lembravam do bebê. Após o parto, saiu leite de seus seios por uns dias e ela teve um sangramento vaginal por várias semanas. Ela contou que parecia grávida por semanas depois do parto, já que seu útero voltava lentamente ao tamanho anterior à gravidez. Na época de sua avaliação inicial, Sara contava que ainda tinha de perder 2 quilos e meio para voltar a seu peso original. Ela sentia falta de estar grávida e descrevia que se sen-

tia “vazia” e “só” sem o bebê dentro dela. Ela estava ávida e pronta para ser mãe, mas se sentia assustada de engravidar de novo, por medo de voltar a perder o bebê.

Algumas semanas depois da perda, seu médico estabeleceu que a causa havia sido uma infecção bacteriana. Ele explicou que não havia nada que Sara ou seu marido pudessem ter feito para impedir e que esse tipo de perda era muito raro. Apesar da explicação, ela se culpava pela morte do bebê e temia que o marido também a culpasse, embora ele negasse repetidas vezes. A terapeuta aprofundou o tema da perda de Sara:

TERAPEUTA: O que você poderia ter feito para impedir a morte de seu bebê?

SARA: (*Em lágrimas.*) Não sei... eu deveria ter conseguido fazer alguma coisa.

A terapeuta ofereceu a Sara solidariedade e apoio, e relacionou sua culpa à depressão.

TERAPEUTA: Seria muito bom se houvesse alguma coisa que você pudesse ter feito para impedir essa tragédia, mas geralmente não há nada que os pais possam fazer para impedir a perda de uma gravidez. Parece que você fez tudo o que podia, se cuidou muito. Você está lutando contra uma culpa indevida e exagerada, o que é um sintoma da depressão. Você está se culpando por uma coisa que não fez. Talvez, quando você ver que está se sentindo culpada, poderia tentar rotular isso como um sintoma de depressão.

SARA: Certo, posso tentar.

Ao falar sobre a gravidez, o bebê e sua morte, e explorar sentimentos associados, Sara conseguiu desenvolver uma percepção mais equilibrada e realista de sua relação com o bebê e seu papel em sua morte. Ela se deu conta de que não tinha sido descuidada durante a gravidez. Na verdade, tinha feito tudo o que podia para administrar um difícil primeiro trimestre e cuidar do bebê. Além disso, sua experiência com a gravidez e com o bebê a fez entender que, apesar da ansiedade inicial, ela estava pronta e entusiasmada para ser mãe. No fim do primeiro mês de tratamento, seu humor tinha melhorado e seu escore na HDRS tinha baixado para 18. Ela se criticava menos e estava mais esperançosa.

Um aspecto importante quando se trata o luto é facilitar a expressão do afeto relacionado à perda do ente querido. A terapeuta explorou os sentimentos de Sara enquanto ela falava de seu bebê e de sua perda, dando tempo para que formulasse o que estava sentindo e chorasse. Embora os terapeutas da TIP geralmente assumam uma postura ativa, quando se facilita

a expressão de sentimentos dolorosos, é importante dar espaço para os silêncios. Ao ouvir em silêncio, a terapeuta mostrou que conseguia tolerar os sentimentos dolorosos de Sara, e essa catarse foi uma parte importante da elaboração de sua perda. Sara conseguiu expressar não apenas os sentimentos que estava evitando, mas aqueles de que nem tinha se dado conta.

Sara tinha evitado olhar as fotos e as impressões dos pés do bebê que lhe deram no hospital, e as tinha guardado em uma caixa debaixo de sua cama. Ela e a terapeuta exploraram como seria para ela olhar esses objetos. Sara tinha medo de que fosse assustador e que se sentisse realmente mal. A terapeuta estimulou delicadamente Sara a correr o risco e olhar, porque ela poderia se sentir melhor experimentando os sentimentos que estava evitando:

“Seus sentimentos não vão machucá-la. Você pode até se sentir melhor se liberar alguns dos sentimentos que tem tentado manter dentro de você. Eu sei que estou pedindo que você corra riscos, mas pode ser uma boa surpresa”.

Entre sessões, Sara olhou as fotos e as impressões. A terapeuta perguntou como foi.

SARA: Eu chorei muito. Ela era tão bonitinha. Não foi tão difícil quanto pensei que seria. Foi como uma libertação. Fiquei surpresa de me sentir melhor depois.

TERAPEUTA: Fico *tão* feliz que você tenha corrido o risco e olhado. Parece que fez você se sentir melhor.

Na verdade, de tantas em tantas semanas antes do fim do tratamento, Sara olhava as fotos e as impressões. Ela explicou que as imagens davam um tipo de conforto, porque faziam sentir uma conexão com seu bebê.

Além de estimular a catarse, a terapeuta encorajou Sara a trabalhar com suas interações interpessoais, refizesse conexões com pessoas em sua vida, cogitasse oportunidades de estabelecer novas relações e iniciasse novas atividades para compensar sua perda. A terapeuta explicou que as pessoas com depressão tendem a se isolar e parar de realizar atividades que antes eram prazerosas – duas coisas que podem perpetuar a depressão. Sara informou que não queria falar com as pessoas, porque temia ter de falar sobre sua perda, ou que as coisas que as pessoas diriam fizessem ela se sentir pior. Na verdade, à medida que Sara e a terapeuta conversavam, *ela* guiava a conversa de forma que a fizesse sentir confortável. Elas exploravam as opções para manter o controle dessas situações e as dramatizavam. E Sara poderia dizer às pessoas o que a ajudaria. A terapeuta explicou:

“As pessoas com depressão muitas vezes têm dificuldades de afirmar suas necessidades. Se você transmite suas necessidades aos outros, como seu marido, amigos, colegas de trabalho e familiares, você pode melhorar essas relações *e* seu humor. As pessoas que estão presentes em sua vida podem não saber do que você precisa. Se você diz a eles, pode não só receber seu apoio, como também desfrutar novamente de sua companhia e se sentir melhor.”

Usando *análise de comunicação*, a terapeuta pediu que Sara relatasse discussões e interações desagradáveis com outras pessoas, isto é, o que ela estava sentindo durante a interação, o que disse ou fez e o que a outra pessoa disse ou fez. Elas exploraram o que Sara gostaria que a outra pessoa tivesse dito ou feito, as *opções* dela para pedir que as pessoas fizessem essas coisas, e *dramatizaram* Sara pedindo o que queria. Sara contou que detestava encontrar pessoas que sabiam que ela esteve grávida, mas que não sabiam que tinha perdido a criança, e até evitava ir a lugares porque temia ter de responder perguntas sobre a perda. Sara e a terapeuta exploraram essas interações e como Sara poderia lidar melhor com elas:

TERAPEUTA: Que tipo de coisas as pessoas já perguntaram ou o que você tem medo que elas perguntem?

SARA: As pessoas perguntaram “Como vai seu bebê?” ou “Você não estava grávida?”

TERAPEUTA: E como isso faz você se sentir?

SARA: Péssima!

TERAPEUTA: Como você lida com isso?

SARA: Não sei... Às vezes eu digo “não deu certo” ou “o meu bebê morreu”.

TERAPEUTA: Parece bem. Como você se sente dizendo isso?

SARA: Não tem problema, mas aí elas querem saber o que houve e dizem bobagens do tipo “pelo menos você sabe que pode engravidar” ou “você pode ter outro”.

TERAPEUTA: E o que você gostaria que elas dissessem ou fizessem?

SARA: Eu queria que elas só dissessem “que pena”, e não perguntassem nada. Eu não quero falar do que aconteceu.

TERAPEUTA: E como você poderia transmitir isso?

SARA: Acho que eu poderia dizer: “Não me leve a mal, mas eu prefiro não falar disso”.

TERAPEUTA: Como isso soa? Como você se sentiria dizendo isso?

SARA: Parece bom, você não acha que é indelicado dizer isso?

TERAPEUTA: Não. Você disse de forma educada e está certo você ser assertiva com suas necessidades. É uma situação desconfortável para você e para a pessoa que fez a pergunta. Se você for educada e direta com as pessoas, elas provavelmente vão entender. Mas por que não tentar e ver?

Sara informou que tinha evitado ligar para seus antigos amigos que haviam telefonado e deixado recados. Ela explicou que não se sentia confortável vendo as amigas que tinham bebês, porque lembraria do bebê que ela tinha perdido. Também não queria ter de falar da perda. Não queria contar a elas como se sentia, porque tinha medo de magoá-las. Sara e a terapeuta dramatizaram falar às amigas de seu desconforto e explicar que não queria ofendê-las. A dramatização ajudou Sara a se sentir preparada e menos ansiosa em relação a ir trabalhar, caminhar pelo bairro e conversar com velhos amigos. Como resultado, ela começou, aos poucos, a sair mais e a falar com velhos amigos. Ela voltou à academia onde havia feito a ioga pré-natal e começou a fazer aulas regulares, que ajudaram seu humor e deram oportunidade de estar com outras pessoas. Na metade do tratamento, sua HDRS tinha se reduzido a 13, o que corresponde a depressão leve.

Desde a perda do bebê, Sara vinha discutindo com seu marido, Steve, “por bobagens” e se sentia “distante dele”. A terapeuta pediu que descrevesse um incidente recente. Sara contou que Steve voltou do trabalho e disse que a mulher de seu amigo acabara de ter um bebê. Ela achou que foi insensibilidade dele contar da experiência positiva de gravidez de outras pessoas. Ela se incomodou porque Steve não parecia estar tão desconfortável quanto ela com essa informação, e que ele não parecia mais tão incomodado como ela em relação à perda. A interação a fez se sentir *só*. Ela respondeu dizendo “que bom”, e depois saindo da sala e ruminando pelo resto da noite sobre a insensibilidade dele.

Sara contou que eles tinham esse tipo de interação com frequência. A terapeuta, mais uma vez, relacionou a dificuldade de Sara em ser assertiva com seu marido a respeito da depressão e observou que manter seus sentimentos guardados poderia acabar fazendo com que ela se sentisse pior. Elas exploraram opções interpessoais para lidar com essa situação de forma que pudesse fazer Sara se sentir melhor. A terapeuta também ajudou Sara a explorar quais poderiam ter sido as intenções de seu marido na situação que ela descreveu. Ela se perguntava se ele estava tentando fazê-la se sentir melhor, porque a mulher de seu

amigo tinha tido vários abortos. Elas dramatizaram Sara dizendo ao marido como se sentia. Mais tarde, ao conseguir expressar seus sentimentos a ele, Sara descobriu que Steve estava lhe contando essas histórias para lhe dar esperança, e o marido lhe revelou que ainda estava triste pela perda do bebê, mas não queria *incomodá-la* contando seus sentimentos. Sara ficou aliviada por ela e Steve estarem “na mesma frequência” e ficou feliz de poder se sentir próxima a ele de novo. Posteriormente, eles conseguiram compartilhar mais de seus sentimentos ambivalentes em relação à experiência da gravidez.

Fase de encerramento (sessões 10-12)

Nas sessões finais, a terapeuta e Sara repassaram os progressos que ela havia feito. Ela informou que seu humor estava muito melhor. Sua HDRS estava em 5, o que indicava eutímia e remissão. O afeto de Sara estava mais vivo e ela estava menos preocupada com a perda de seu bebê: “Ainda fico triste quando penso no meu bebê, mas não tanto. Não destrói todo o meu dia. Na verdade, estou conseguindo desfrutar de algumas coisas de novo”. Além disso, Sara não se culpava mais pela morte do bebê. Ela se sentia bem por conseguir comunicar melhor seus sentimentos a seu marido, seus amigos e outras pessoas, e por voltar a desfrutar dessa convivência e de outras atividades.

A terapeuta deu os parabéns a Sara por seus esforços e suas conquistas e disse como estava feliz por Sara se sentir tão melhor. Elas discutiram o potencial para recaída e como Sara poderia manter seus avanços. Em função da história de depressão de Sara, a terapeuta explicou que ela estava, infelizmente, vulnerável a episódios futuros, mas ela poderia antecipar que seria vulnerável no contexto de eventos estressantes – disputas de papel, transições de papel, mortes – e usar as habilidades de enfrentamento que havia aprendido no trabalho que fizeram juntas. Sara previa tentar uma nova gestação e esperava engravidar novamente – ambas transições de papel. A terapeuta e Sara exploraram formas de ela se cuidar durante esse tempo potencialmente estressante. Elas discutiram a ideia de Sara pedir ajuda a outras pessoas, transmitir a seu marido como estava se sentindo e se perdoar caso se encontrasse em dificuldades.

Na sessão final, Sara disse à terapeuta que havia relido as anotações feitas em seu diário nos dias anteriores a começar o tratamento, e não conseguia acreditar a que ponto tinha chegado, que a perda da gravidez a tinha forçado a buscar tratamento para depressão – o que ela entendia agora ter sido um problema da vida toda. Olhando em retrospectiva, ela tivera vários episódios de depressão leve a moderada. Sara admitiu que, em princípio, teve muita resistência ao

modelo médico. Definir a depressão como problema médico acabou por aliviá-la da vergonha e da culpa em relação à dificuldade de funcionamento. Além disso, o fato de conseguir ver a depressão como um conjunto de sintomas específicos fez o problema parecer mais administrável. Sara relatou que estava se relacionando melhor com sua mãe. Agora que entendia a depressão, sentia-se mais solidária com a luta da mãe contra o problema. Ela estava agradecida pela oportunidade de aprender habilidades de enfrentamento que ela sentia capaz de manter. Sara disse também que não hesitaria em buscar tratamento no futuro, caso se sentisse deprimida de novo.

O estímulo frequente da terapeuta, a limitação de tempo e a breve duração da TIP ajudaram a manter sua motivação. Ela disse que apreciava a oportunidade de falar de seus sentimentos em relação à gravidez, a seu bebê, à morte da filha, e que achava que a terapeuta a entendia e apoiava. Ela reconhecia que seus sentimentos, ainda que intensos, tinham sentido no contexto e haviam cedido com o exame. Sara confessou que gostava da “pressão” da terapeuta para que ela se reconectasse com outras pessoas. Ela não achava que daria conta de estar com outros, mas teve uma agradável surpresa.

Embora cada paciente seja único, a terapia de Sara lembrava outros tratamentos de TIP para depressão maior e é um bom exemplo de trabalho com a área-problema do luto. A exploração e a normalização do afeto, a análise da comunicação, a exploração de opções, o uso de dramatização, o estímulo a correr riscos sociais e outras técnicas usadas pela terapeuta de Sara são características desse trabalho com dificuldades interpessoais relacionadas a qualquer das quatro áreas-problema da TIP.

PROBLEMAS COMUNS QUE SURGEM DURANTE O TRATAMENTO

Os problemas que costumam surgir durante o tratamento com TIP para depressão maior são:

1. os inerentes a trabalhar com pacientes deprimidos;
2. os relacionados à estrutura terapêutica.

Embora esses problemas não sejam únicos da TIP, a forma como o terapeuta os vê e os trata a distingue de outras psicoterapias. Ao se manter nos temas importantes da TIP, o terapeuta atribui problemas à depressão e às dificuldades do paciente de lidar com interações interpessoais e se comunicar de forma eficaz fora do tratamento. O terapeuta continua a manter uma postura otimista, de apoio e sem julgamento, evitando interpretações transferenciais.

Por exemplo, os pacientes com depressão maior superposta a transtorno distímico (“dupla depressão”) e seus terapeutas muitas vezes são desestimulados pelo caráter crônico dessa depressão. Nesses casos, o terapeuta deve manter as esperanças e o otimismo. Alguns pacientes deprimidos acham que sua depressão é incurável, apesar dos reassseguramentos por parte do terapeuta. Nesses casos, o terapeuta da TIP emprega o modelo médico, rotulando a desesperança como sintoma da depressão, e enfatiza que os pacientes não precisam se sentir sem esperança, pois a depressão é tratável. Os pacientes deprimidos muitas vezes consideram o fato de procurarem tratamento como um fracasso pessoal. O terapeuta da TIP situa essa procura como a forma adequada e inteligente de tratar um problema médico e um passo positivo em direção a dominar seus problemas (Weissman et al., 2000, 2007).

O problema mais sério que pode surgir em qualquer tratamento para depressão é quando um paciente expressa ideiação suicida. Como em qualquer outro tratamento, o terapeuta determina se é necessária hospitalização, com base na seriedade da intenção e na disponibilidade dos apoios sociais do paciente. O terapeuta fica o mais disponível possível para o paciente e marca outras sessões, segundo a necessidade. Ele avalia as circunstâncias em que a ideiação se desenvolveu e o que o paciente esperava conseguir pondo fim à sua vida, e examina como ele imagina que os outros iriam reagir ao seu suicídio. O terapeuta ajuda a explorar formas alternativas para expressar aquilo que ele tentava comunicar cometendo suicídio e dá psicoeducação sobre suicídio, explicando que é o sintoma mais mortal da depressão, e que eles dois têm que trabalhar juntos para manter o paciente vivo por tempo suficiente para passar com êxito pelo tratamento, quando, então, o paciente desejará viver novamente. Deve-se considerar complementar a terapia com tratamento medicamentoso no caso de pacientes com tendência suicida grave. O terapeuta permanece otimista de que a depressão do paciente melhorará e que ele não sentirá mais que a vida não vale à pena (Weissman et al., 2000, 2007).

Podem surgir problemas na relação com o terapeuta. Por exemplo, um paciente que tenha pouco apoio social pode vir a considerar a relação terapêutica como substituta para relações fora da terapia. Como a TIP tem como foco as relações *fora* do tratamento, o terapeuta suavemente redireciona o paciente para essas relações. Enquanto observa que a capacidade do paciente de se conectar dentro do relacionamento do tratamento reflete sua capacidade de estabelecer relações íntimas, o terapeuta esclarece que eles não

são amigos nem familiares, e enfatiza a importância da vida do paciente fora do tratamento. O terapeuta ajuda o paciente a explorar opções para se conectar com o outro, que sejam semelhantes à forma como ele se conecta com o próprio terapeuta (Weissman et al., 2000, 2007).

Sessões às quais o paciente falta ou chega atrasado são consideradas sintomas de depressão. O terapeuta chama atenção e se solidariza com o fato de que o paciente faltou ou se atrasou para a sessão, e observa que a dificuldade de vir às sessões pode refletir funcionamento característico da depressão. É provável que o paciente se atrase para compromissos fora da terapia. O terapeuta pode relembrar o paciente da duração limitada da TIP para motivá-lo a comparecer às sessões. Caso o paciente falte ou se atrase porque está desconfortável com o que se discute nas sessões ou porque tem algum outro sentimento negativo em relação ao tratamento ou ao terapeuta, este se solidariza com seus sentimentos e o ajuda a procurar formas de expressar esses sentimentos diretamente.

Quando um paciente está em silêncio a ponto de parecer que está se recusando a contar seus sentimentos e pensamentos, ou quando evita temas, ou tem problemas para se abrir, o terapeuta aponta seu comportamento e explica os sentimentos do paciente relacionados a esses comportamentos. Esses comportamentos são especialmente problemáticos em um tratamento de tempo limitado e foco dirigido, como a TIP, porque dificultam o trabalho na área-problema escolhida. O paciente se sente desconfortável e constrangido de contar seus pensamentos e sentimentos ao terapeuta. O terapeuta assegura o paciente de que há pouca coisa que o possa surpreender, e que não é necessário falar de tudo.

PREDITORES DE RESPOSTA

Embora haja evidências repetidas de que a TIP é um tratamento eficaz para depressão maior e outros transtornos, há poucos dados sobre os fatores preditores da resposta ao tratamento. Dados de estudos comparativos envolvendo a TIP sugerem alguns preditores clínicos de resposta. No estudo multicêntrico realizado pelo *National Institute of Mental Health*, chamado de *Treatment of Depression Collaborative Research Program* (NIMH TDCRP; Elkin et al., 1989), 250 pacientes ambulatoriais com depressão maior foram distribuídos aleatoriamente nas seguintes condições: 16 semanas de imipramina (IMI), TIP, TCC ou placebo. O conjunto de dados do TDCRP foi examinado em busca de preditores de resposta por vários pesquisadores. Sotsky e colaboradores (1991) concluíram que os sujeitos do TDCRP com disfunção social com baixos

níveis basais responderam bem à TIP, ao passo que os que tinham déficits interpessoais tiveram uma resposta inferior. Esses resultados sustentam a discussão anterior deste capítulo, de que a TIP funciona menos com pacientes que tenham pouco ou nenhum contato social, que não informem eventos recentes em suas vidas e cujo tratamento, portanto, seja dirigido à área-problema da TIP de déficits interpessoais. Alta gravidade de sintomas iniciais e prejuízos ao funcionamento predisseram resposta superior à TIP e à IMI em comparação com a TCC (Sotsky et al., 1991; Weissman et al., 2000). Em outra análise, os sujeitos do TDCRP com sintomas de depressão atípica, como reatividade do humor e sintomas neurovegetativos inversos, responderam melhor à TIP e à TCC do que à IMI ou ao placebo (Stewart, Garfinkel, Nunes, Donovan e Klein, 1998).

Barber e Muenz (1996) concluíram que, entre pacientes que finalizaram tratamento no estudo TDCRP, a TIP foi mais eficaz do que a TCC para pacientes com transtorno da personalidade obsessivo-compulsiva, ao passo que a segunda foi melhor para pacientes com transtorno da personalidade evitativa, medido pelo HDRS. Entretanto, outro estudo que examina a relação entre traços da personalidade e resultado não encontrou diferenças significativas entre diferentes traços no mesmo conjunto de dados (Blatt, Quinlan, Pilkonis e Shea, 1995; Weissman et al., 2000).

Em outro estudo, Thase e colaboradores (1997) concluíram que, entre 91 pacientes com depressão, os que tiveram padrões eletroencefalográficos (EEG) anormais de sono responderam de forma significativamente pior à TIP do que os que tinham perfis normais. Nesse estudo, diferentemente do de Sotsky e colaboradores (1991), a gravidade de sintomas não foi um preditor significativo de resposta à TIP (Weissman et al., 2000). Outros preditores potenciais de resposta são apontados na seção que descreve a paciente de TIP Sara, anteriormente, neste capítulo.

CONCLUSÃO

A TIP é um tratamento de duração limitada, dirigido ao diagnóstico, com eficácia demonstrada para pacientes com depressão maior e outros transtornos do humor. Foi adaptada ao tratamento de transtornos de ansiedade, da alimentação e, mais recentemente, da personalidade. Embora haja evidências significativas da eficácia da TIP para o tratamento de depressão maior e de outros transtornos do humor e outros transtornos psiquiátricos, são necessárias mais evidências dos preditores de resposta a essa terapia. Este capítulo se concentrou no protocolo original da TIP como tratamento individual para depressão maior.

A terapia emprega o modelo médico e se concentra em eventos, dificuldades interpessoais e sintomas recentes ou *atuais* da vida do paciente. A TIP destaca a interrelação entre humor e eventos na vida: eventos negativos ou estressantes da vida afetam o humor e, por sua vez, estes afetam a maneira com a qual as pessoas administram eventos negativos ou estressantes. O tratamento enfoca uma entre quatro áreas interpessoais problemáticas: luto, disputas de papel, transições de papel e déficits interpessoais. O terapeuta ajuda o paciente a se recuperar da depressão aliviando os sintomas depressivos e ajudando a resolver a área problemática interpessoal escolhida. O terapeuta da TIP assume uma postura ativa, otimista e de apoio.

O caso de Sara demonstra as técnicas usadas e o processo de tratamento com TIP, um tratamento eclético, de eficácia comprovada, que usa técnicas empregadas por outras psicoterapias. A combinação dos princípios centrais da TIP, técnicas, estratégias, características do terapeuta e do paciente a distinguem de outros tratamentos para depressão.

Para mais informações sobre a TIP e suas adaptações, os leitores devem consultar o *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, de Weissman e colaboradores (2000), o *Clinician's Quick Guide to Interpersonal Psychotherapy* (2007) e o *Casebook of Interpersonal Psychotherapy* (Markowitz e Weissman, 2012a).

NOTA

1. Por simplicidade de estilo, os pacientes foram referidos no feminino. Na verdade, a maioria dos pacientes deprimidos é mulher.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2010). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, third edition. *American Journal of Psychiatry*, 167(Suppl.), S1-152.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Barber, J. P., & Muenz, L. R. (1996). The role of avoidance and obsessiveness in matching patients to cognitive and interpersonal psychotherapy: Empirical findings from the Treatment for Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 951-958.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Blatt, S. J., Quinlan, D. M., Pilkonis, P. A., & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Collaborative Research Program revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Blazer, D. G., II. (2000). Mood disorders epidemiology. In B. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (7th ed., Vol. 1, pp. 1298-1308). Philadelphia: Lippincott/Williams & Wilkins.
- Bleiberg, K. L. (2012). Interpersonal psychotherapy for peripartum depression. In J. C. Markowitz & M. M. Weissman (Eds.), *Casebook of interpersonal therapy* (pp. 224-242). New York: Oxford University Press.
- Bleiberg, K. L., & Markowitz, J. C. (2005). Interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 181-183.
- Bleiberg, K. L., & Markowitz, J. C. (2007). Interpersonal psychotherapy and depression. In C. Freeman & M. Power (Eds.), *Handbook of evidence-based psychotherapies: A guide for research and practice* (pp. 41-60). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. New York: Basic Books.
- Cuijpers, P., Geraedts, A. S., van Oppen, P., Andersson, G., Markowitz, J. C., & van Straten, A. (2011). Interpersonal psychotherapy of depression: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168, 581-592.
- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Hope, R. A., & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50, 419-428.
- Fairburn, C. G., Norman, P. A., Welch, S. L., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Peveler, R. C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Buysse, D. J., Swartz, H. A., Pilkonis, P. A., Houck, P. R., et al. (2007). Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *American Journal of Psychiatry*, 164, 761-767.
- Frank, J. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-361.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2, 56-62.

- Hill, C. E., O'Grady, K. E., & Elkin, I. (1992). Applying the Collaborative Study Psychotherapy Rating Scale to rate therapist adherence in cognitive-behavior therapy, interpersonal therapy, and clinical management. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 73-79.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Koretz, D., Merikangas, K. R., Rush, A. J., et al. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: Results of the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Lipsitz, J. D., Fyer, A. J., Markowitz, J. C., & Cherry, S. (1999). An open trial of interpersonal psychotherapy for social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1814-1816.
- Markowitz, J. C. (1998). *Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Markowitz, J. C., Klerman, G. L., Perry, S. W., Clougherty, K. F., & Mayers, A. (1992). Interpersonal therapy of depressed HIV-seropositive patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 43, 885-890.
- Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Fishman, B., Spielman, L. A., Jacobsberg, L. B., Frances, A. J., et al. (1998). Treatment of HIV-positive patients with depressive symptoms. *Archives of General Psychiatry*, 55, 452-457.
- Markowitz, J. C., & Milrod, B. (2011). The importance of responding to negative affect in psychotherapies. *American Journal of Psychiatry*, 168, 124-128.
- Markowitz, J. C., Milrod, B., Bleiberg, K. L., & Marshall, R. D. (2009). Interpersonal factors in understanding and treating posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 15, 133-140.
- Markowitz, J. C., Skodol, A. E., & Bleiberg, K. (2006). Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: Possible mechanisms of change. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 431-444.
- Markowitz, J. C., Svartberg, M., & Swartz, H. A. (1998). Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy? *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 185-195.
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (Eds.). (2012a). *Casebook of interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Markowitz, J. C., & Weissman, M. M. (2012b). IPT: Past, present, and future. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19, 99-105.
- Meyer, A. (1957). *Psychobiology: A science of man*. Springfield, IL: Thomas.
- Mufson, L., Dorta, K. P., Wickramaratne, P., Nomura, Y., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2004). A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 61, 577-584.
- Mufson, L., Moreau, D., & Weissman, M. M. (1993). *Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents*. New York: Guilford Press.
- Mufson, L., Weissman, M. M., Moreau, D., & Garfinkel, R. (1999). Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 56, 573-579.
- Murray, C. L., & Lopez, A. D. (1996). *The global burden of disease* (Vol. 1). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of General Psychiatry*, 57, 1039-1045.
- Parsons, T. (1951). Illness and the role of the physician: A sociological perspective. *American Journal of Orthopsychiatry*, 21, 452-460.
- Ransom, D., Heckman, T. G., Anderson, T., Garske, J., Holroyd, K., & Basta, T. (2008). Telephone-delivered interpersonal psychotherapy for HIV-infected rural persons with depression: A pilot trial. *Psychiatric Services*, 50, 871-877.
- Reynolds, C. F., III, Dew, M. A., Martire, L. M., Miller, M. D., Cyranowski, J. M., Lenze, E., et al. (2010). Treating depression to remission in older adults: A controlled evaluation of combined escitalopram with interpersonal psychotherapy versus escitalopram with depression care management. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25, 1134-1141.
- Reynolds, C. F., III, Dew, M. A., Pollock, B. G., Mulsant, B. H., Frank, E., Miller, M. D., et al. (2006). Maintenance treatment of major depression in old age. *New England Journal of Medicine*, 354, 1130-1138.
- Sholomskas, A. J., Chevron, E. S., Prusoff, B. A., & Berry, C. (1983). Short-term interpersonal therapy (IPT) with the depressed elderly: Case reports and discussion. *American Journal of Psychotherapy*, 36, 552-566.
- Sotsky, S. M., Glass, D. R., Shea, M. T., Pilkonis, P. A., Collins, J. F., Elkin, I., et al. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: Findings in the NIMH Treatment Of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 148, 997-1008.
- Spinelli, M., & Endicott, J. (2003). Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry*, 160, 555-562.
- Stewart, J. W., Garfinkel, R., Nunes, E. V., Donovan, S., & Klein, D. F. (1998). Atypical features and treatment response in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 18(6), 429-434.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Thase, M. E., Buysse, D. J., Frank, E., Cherry, C. R., Cornes, C. L., Mallinger, A. G., et al. (1997). Which depressed patients will respond to interpersonal psychotherapy?: The role of abnormal EEG profiles. *American Journal of Psychiatry*, 154, 502-509.
- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.

- Weissman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2007). *Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Oxford University Press.
- Wilfley, D. E. (2008). *Interpersonal psychotherapy for binge eating disorder (BED) therapist's manual*. Unpublished manuscript.
- Wilson, G. T., Wilfely, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 94-101.
- World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva, Switzerland: Author.

CAPÍTULO 9

ATIVAÇÃO COMPORTAMENTAL PARA DEPRESSÃO

Sona Dimidjian

Christopher R. Martell

Ruth Herman-Dunn

Samuel Hubley

A abordagem de ativação comportamental (AC) para o tratamento da depressão tem recebido uma sustentação empírica muito sólida nos últimos anos, com resultados iguais ou melhores do que a terapia cognitiva e a medicação antidepressiva, mesmo para os casos mais graves de depressão. Ao contrário do que pareceria à primeira vista, esse tratamento não está voltado à noção *just do it*, mas faz uma cobertura abrangente de relações contingentes na vida do paciente em toda a gama de comportamento, cognição e afeto que pode estar mantendo a depressão. Como tal, esse enfoque bastante ideográfico não prescreve um número definido de sessões para chegar a determinados objetivos, sendo muito adaptável ao indivíduo com depressão. Na descrição detalhada e muito humana do tratamento de “Mark”, os leitores também poderão observar um foco muito atualizado no papel que a ruminação tem na depressão (ou da preocupação na ansiedade) como uma técnica fundamentalmente evitativa. A ilustração de estratégias criativas para ativar os pacientes e a natureza muito adaptável e flexível da AC serão de interesse de todos os terapeutas que tratam depressão, já que pode ser um dos tratamentos psicológicos para depressão baseados em evidências mais fáceis de aprender e um dos mais dissemináveis. — D. H. B.

A ativação comportamental (AC) é uma abordagem psicossocial estruturada e breve que visa mitigar a depressão e impedir futuras recaídas, concentrando-se diretamente na mudança de comportamento. A AC se baseia na premissa de que os problemas na vida de indivíduos vulneráveis e suas respostas comportamentais a esses problemas reduzem suas capacidades de vivenciar gratificação positiva do ambiente. O tratamento está orientado para aumentar sistematicamente a ativação, de forma que ajude os pacientes a vivenciar mais contato com fontes de gratificação em suas vidas e para resolver problemas. Os procedimentos de tratamento estão voltados diretamente à ativação e aos processos que a inibem, como comportamentos de fuga e evitação e pensamento ruminativo, para aumentar as experiências agradáveis e produtivas e melhorar a vida. Acreditamos que a AC é um

importante novo tratamento para depressão por duas razões principais. Primeira, sua eficácia é sustentada por pesquisas clínicas recentes; segunda, baseia-se em princípios simples e de fácil compreensão e usa um conjunto pequeno de procedimentos diretos.

MODELOS COMPORTAMENTAIS DE DEPRESSÃO

Conceitos básicos

A premissa central em praticamente todos os modelos comportamentais é a de que a depressão está associada a relações específicas entre comportamento e ambiente que se desenvolvem com o tempo na vida de uma pessoa. O *comportamento* é um construto muito amplo nesses modelos e inclui qualquer coisa entre dar uma caminhada a assimilar a morte de um ente querido. Os comportamentos podem ser bastante

circunscritos (p. ex., deitar-se no sofá assistindo televisão depois do jantar) ou podem ser parte de um repertório amplo (como evitar afirmar as próprias necessidades e desejos em interações conflituosas).

O *ambiente* também é um construto básico que pode ser mais bem concebido como os contextos em que geralmente ocorrem os comportamentos, bem como aqueles onde os comportamentos se desenvolvem com o transcorrer do tempo. A natureza temporal dos ambientes é crucial para se entender as abordagens comportamentais à depressão. Muitas vezes, o comportamento que parece não ter qualquer função no ambiente atual de uma pessoa cumpriu uma função muito importante no passado. Assim, quando os profissionais se perguntam por que uma pessoa deprimida tem um determinado conjunto de comportamentos, como permanecer em um emprego sem futuro, muitas vezes é necessário levar em consideração como determinados repertórios (p. ex., evitar perdas potenciais) se desenvolveram com o tempo.

Por fim, todos os modelos comportamentais de depressão destacam a importância das relações contingentes entre comportamentos e os ambientes nos quais eles ocorrem. Relações contingentes são relações do tipo “se... então” entre atividades humanas e suas consequências ambientais (muitas vezes, interpessoais). Por exemplo, profissionais que trabalham dentro de uma estrutura comportamental provavelmente estão menos interessados no *fato* de um paciente deprimido ficar na cama todas as manhãs se preocupando, digamos, com o futuro de um casamento que está com problemas, do que com as consequências desse comportamento. O que acontece como resultado disso? O paciente se torna mais deprimido ou menos? Ficando na cama, o paciente evita alguma coisa aversiva, como confrontar um cônjuge com relação a algum problema no casamento ou ir trabalhar e enfrentar uma pilha de tarefas por terminar? Entender as relações contingentes é um aspecto central dos modelos comportamentais da depressão e uma habilidade necessária de terapeutas de AC.

Raízes comportamentais da AC

Esses conceitos comportamentais gerais foram desenvolvidos e refinados para estruturas conceituais e tratamentos para depressão por Ferster (1973, 1981) e Lewinsohn e colaboradores (Lewinsohn, 1974; Lewinsohn, Antonuccio, Breckenridge e Teri, 1984; Lewinsohn, Biglan e Zeiss, 1976). O primeiro pressuposto de Ferster foi de que a depressão era resultado de uma história de aprendizagem no qual as ações do indivíduo não resultam em gratificação positiva por parte do ambiente ou são reforçadas porque lhe permitem escapar de uma condição aversiva. Com o

tempo, o comportamento que geralmente produziria consequências positivas deixa de fazê-lo. Por exemplo, por várias razões, os esforços de uma pessoa de estabelecer relações íntimas com outras podem desaparecer aos poucos, porque não são seguidos por reforço positivo (p. ex., esforços recíprocos por parte dos outros).

Ferster (1973, 1981) argumentou que essa redução no reforço positivo contingente às respostas produzia outras duas consequências que facilitavam a depressão. Em primeiro lugar, quando os esforços das pessoas não resultam em gratificações, é comum que elas se tornem mais concentradas em responder a seu próprio estado interno do que às fontes potenciais de reforço positivo no ambiente externo. Essa é uma atitude clássica de “voltar-se para dentro” comumente vista na depressão e que faz sentido de uma perspectiva comportamental. Quando aprendem que seu próprio comportamento é um preditor não confiável de consequências positivas em seu ambiente, as pessoas passam naturalmente menos tempo prestando atenção às contingências nesse ambiente.

A segunda consequência da redução dos níveis de reforço positivo que Ferster (1973, 1981) observou foi um estreitamento do repertório de comportamentos adaptativos do indivíduo, o que também tem sentido em termos lógicos, porque um número cada vez menor de comportamentos está sendo mantido por reforço positivo. As pessoas podem adotar repertórios extremamente passivos (p. ex., “não fazer nada”), porque suas tentativas de se envolver na vida não são recompensadas.

Por fim, Ferster (1973, 1981) observou que o aumento das consequências aversivas em função do comportamento geralmente leva os indivíduos deprimidos a ficar preocupados com fuga e evitação. Com efeito, gasta-se mais energia tentando evitar ou fugir de consequências aversivas previstas do que tentando estabelecer contatos com fatores de reforço positivo no ambiente.

O modelo comportamental inicial de Lewinsohn (1974) para a depressão foi bastante compatível com muitas das ideias propostas pela análise comportamental da depressão de Ferster (1973). Lewinsohn e colaboradores também enfatizaram a importância do reforço contingente a respostas e afirmou que o nível em que ele acontecia era influenciado por três fatores: o número de eventos potencialmente reforçadores para um indivíduo, a disponibilidade de reforço no ambiente e o comportamento instrumental do indivíduo que é necessário para gerar o reforço. Lewinsohn também identificou a evitação social como parte central de seu modelo. Lewinsohn também identificou a evitação social como parte central

desse modelo. É importante observar que Lewinsohn, Sullivan e Grosscup (1980) desenvolveram o primeiro tratamento autônomo de orientação comportamental para a depressão. Mais tarde, Lewinsohn, Hoberman, Teri e Hautzinger (1985) propuseram um modelo integrado que pretendia explicar a natureza interativa e complexa da depressão, incluindo fatores relativos à disposição, como a cognição, usando fatores ambientais. O modelo não exagerava nem dava preferência aos fatores cognitivos ou aos ambientais na etiologia e na manutenção da depressão, e sim tentava explicar a complexidade da depressão. Pesquisas iniciadas no laboratório de Lewinsohn continuaram por meio do trabalho de ex-alunos e colegas, cobrindo diversos contextos e populações (Dimidjian, Barrera, Martell, Muñoz e Lewinsohn, 2011).

Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) também foram pioneiros no trabalho com AC. Incorporando estratégias de AC como um elemento fundamental da terapia cognitiva (TC) para depressão, Beck e colaboradores formalizaram e disseminaram muito uma das principais estratégias da AC usadas dentro de um modelo mais amplo, que enfatizava a importância da cognição na etiologia e no tratamento da depressão.

AC contemporânea

O trabalho de Ferster, Lewinsohn e Beck influenciou em aspectos importantes o desenvolvimento da AC contemporânea. Eles exerceram uma influência direta sobre as pesquisas iniciais e o desenvolvimento clínico da AC feitos por Jacobson e colaboradores (Jacobson, Martell e Dimidjian, 2001; Martell, Addis e Jacobson, 2001; Martell, Dimidjian e Herman-Dunn, 2010). Seu trabalho também formou o contexto de outros investigadores, como a equipe de Lejuez, Hopko, LePage, Hopko e McNeil (2001; Lejuez, Hopko, Acierno, Daughters e Pagoto, 2011), que formularam uma abordagem à AC que é convergente na teoria e na ênfase clínica, ao visar a mudança de comportamento. Essa abordagem – tratamento com AC para depressão – foi sustentada em múltiplos estudos feitos por seu grupo (p. ex., Hopko, Lejuez, LePage, Hopko e McNeil, 2003).

Com relação a um modelo conceitual de depressão, a atual conceituação se baseia muito no trabalho de Ferster (1973, 1981) e Lewinsohn (1974), no sentido de enfatizar a importância central que têm o contexto e a atividade para se entender a depressão. Ao mesmo tempo em que reconhece que fatores genéticos, biológicos e outros fatores distais podem ter relação causal com a depressão, a atual conceituação comportamental se concentra nos aspectos do contexto da vida de uma pessoa que podem tê-la desencadeado, e formas específicas de responder a esse contexto que

podem estar mantendo a depressão. Especificamente, o modelo parte do pressuposto de que uma das razões pelas quais as pessoas se deprimem é porque as mudanças no contexto de suas vidas proporcionam baixos níveis de reforço positivo e altos níveis de controle aversivo. Vidas “menos gratificantes” podem levar à tristeza e ao humor deprimido. E quando se deprimem, as pessoas muitas vezes se afastam do mundo em aspectos importantes e as rotinas básicas de suas vidas facilmente se desfazem. Ambos os processos podem aumentar o humor deprimido e dificultar a solução efetiva de problemas na vida de uma pessoa. Na verdade, esses processos são conceituados como *comportamentos problemáticos secundários*, porque muitas vezes impedem as pessoas de:

1. conectar-se com aspectos de sua vida que poderiam proporcionar alguma melhoria do humor;
2. resolver problemas que poderiam ajudar a diminuir o estresse e melhorar o contexto de suas vidas.

A abordagem da AC à terapia está direcionada a ambos os aspectos que podem estar contribuindo para a depressão: os aspectos da vida de uma pessoa que devem ser modificados para reduzir a depressão e maneiras pelas quais seu retraimento em relação ao mundo pode estar mantendo ou aumentando a depressão. A AC atinge esses objetivos por meio da *ativação guiada*, que são o uso de uma série de estratégias para mudança de comportamento que o terapeuta e o paciente desenvolvem juntos com base em um exame cuidadoso de quais atividades têm papel de reforço para determinado paciente e ajudarão a interromper as relações que estão sustentando a depressão. A questão da AC não é realizar maior ativação de forma aleatória, nem atividades que “geralmente” se considerem prazerosas ou que melhorem o humor (p. ex., assistir a um filme). Ao contrário, as estratégias de ativação são altamente individualizadas e *personalizadas*. O papel do terapeuta de AC é agir como “treinador” enquanto o paciente implementa as estratégias de ativação, oferecendo ajuda especializada para estabelecer objetivos viáveis, desmembrar tarefas difíceis em unidades administráveis, resolver problemas que surjam e manter a motivação durante o processo de mudança.

CONTEXTO DE PESQUISA

O primeiro estudo a revitalizar o interesse em uma abordagem puramente comportamental para tratar a depressão foi realizado por Jacobson e colaboradores (1996), que propuseram uma pergunta simples, mas provocadora: o componente comportamental da TC poderia explicar a eficácia que ela demonstrou

em ensaios clínicos anteriores? Adultos com depressão maior foram distribuídos randomicamente a uma entre três condições de tratamento: somente AC, AC mais intervenções voltadas a modificar pensamentos automáticos e o pacote completo de TC. Os resultados sugeriram que a AC era comparável ao pacote completo de TC, tanto na eficácia aguda (Jacobson et al., 1996) quanto na prevenção de recaída em um período de seguimento de dois anos (Gortner, Gollan, Dobson e Jacobson, 1998).

Com base nesses resultados, a AC foi desenvolvida, compondo-se uma intervenção comportamental completamente articulada que incluía os aspectos comportamentais da TC e incorporava os primeiros trabalhos comportamentais de Ferster (1973, 1981) e Lewinsohn (1974), como descrito anteriormente. Esse modelo ampliado de AC foi exposto em relatórios publicados (Jacobson et al., 2001; Martell et al., 2001, 2010) e em um manual de autoajuda para pacientes (Addis e Martell, 2004). A AC foi depois testada em um amplo ensaio clínico randomizado controlado com placebo, que comparou sua eficácia aguda e de longo prazo com TC e medicação antidepressiva (MAD). Duzentos e quarenta e um pacientes foram distribuídos aleatoriamente a AC, TC, MAD ou placebo, e se usou a gravidade como variável de estratificação durante a randomização. Os resultados sugeriram que a AC é um tratamento particularmente promissor para depressão (Dimidjian et al., 2006). Entre pacientes com depressão grave, seu desempenho foi comparado com o atual padrão de atendimento, a MAD, e demonstrou melhor adesão. Tanto a AC quanto a MAD foram superiores à TC entre pacientes mais gravemente deprimidos. Além disso, os resultados do seguimento indicam que a AC parece ter efeitos duradouros promissores (Dobson et al., 2008). Por fim, a AC pode demonstrar uma importante vantagem custo-benefício, comparada com manter os pacientes com medicação.

Esses resultados foram consistentes com uma série de outros estudos que sugerem que as intervenções de ativação são componentes particularmente importantes dos tratamentos cognitivo-comportamentais. Em um estudo clássico, Zeiss, Lewinsohn e Muñoz (1979) relataram resultados comparáveis para pacientes deprimidos que receberam tratamento voltado a habilidades interpessoais, atividades prazerosas ou mudanças cognitivas. Além disso, em um estudo com pacientes mais velhos deprimidos, Scogin, Jamison e Gochneaur (1989) não encontraram diferenças em resultados entre biblioterapia cognitiva e biblioterapia comportamental, entre adultos mais velhos com depressão leve e moderada. A importância das estra-

tégias comportamentais também foi relatada em outros estudos entre várias categorias de diagnóstico (p. ex., Borkovec, Newman, Pincus e Lytle, 2002; Foa, Rothbaum e Furr, 2003; Gloaguen, Cottraux, Cucherat e Blackburn, 1998). Outra pesquisa de orientação processual em TC também enfatizou a importância dos componentes de AC da TC (Bennett-Levy et al., 2004) e sugeriu a possibilidade de resultados negativos quando os terapeutas trabalham para mudar os pensamentos dos pacientes no que diz respeito a relações interpessoais, em vez de mudar as relações interpessoais em si (Hayes, Castonguay e Goldfried, 1996).

O foco inicial de Ferster na evitação também foi subestimado pelos terapeutas comportamentais contemporâneos. Especificamente, Linehan (1993) incorpora o uso de *ação oposta* para a tristeza como forma de trabalhar com a depressão em uma terapia comportamental dialética. E Hayes e colaboradores (1996) enfatizaram o papel da evitação vivencial no desenvolvimento de uma ampla gama de psicopatologias e na conceituação da terapia de aceitação e compromisso (ACT; Hayes, Strosahl e Wilson, 1999). Um estudo sobre um dos primeiros precursores da ACT conclui pela existência de benefícios importantes no tratamento para pacientes deprimidos, em comparação com a TC tradicional (Zettle e Rains, 1989).

Alguns estudos preliminares também sugerem que a ativação do paciente é um elemento importante do processo de mudança. Em um estudo sobre tratamento para uso de substâncias em que uma condição foi ampliada com intervenções de AC, aumentos no reforço ambiental entre pré e pós-tratamento foram associados a reduções nos sintomas depressivos e ansiosos desses pacientes, mas não daqueles que receberam apenas o tratamento para o uso de substâncias (Daughters et al., 2008). Em um estudo de terapia cognitivo-comportamental (TCC) para a depressão, aumentos em relação ao parâmetro de referência na ativação predisseram melhora na depressão pós-tratamento (Christopher, Jacob, Neuhaus, Neary e Fiola, 2009).

O entusiasmo recente pela AC é alimentado em grande parte pelo amplo potencial de disseminação de uma intervenção direta e parcimoniosa como essa. A aplicação da AC em *settings* novos e com populações diversas é foco de pesquisas muito recentes (veja a seguir, a discussão detalhada sobre *settings* e variáveis relacionadas ao paciente). A tecnologia está cumprindo um papel cada vez mais importante na expansão da AC. A teleterapia por telefone e com tecnologia de videoconferência mostrou ser eficaz para depressão de adolescentes e idosos (Lazzari, Egan e Rees, 2011; Quijano et al., 2007), bem como adap-

tações informatizadas da AC aplicadas pela internet (Spates, Kalata, Ozeki, Stanton e Peters, 2012; Spek et al., 2007, 2008; Van Voorhees et al., 2009; Warmerdam, Van Straten, Twisk, Riper e Cuijpers, 2008). Por fim, novos métodos de treinamento também estão sendo aprimorados com tecnologia. Com base em dados-piloto de um programa computadorizado de treinamento preliminar em AC (Hubley, Woodcock, Dimeff e Dimidjian, no prelo), nosso grupo está testando um programa de terapia assistida por computador totalmente desenvolvido para treinar terapeutas em AC.

Em resumo, a pesquisa sobre AC proporciona uma base sólida para a aplicação clínica com pacientes deprimidos e, por extensão, a novas populações (Dimidjian et al., 2011). Essas conclusões são coerentes com outras metanálises que incorporam dados de ensaios clínicos de mais de 30 estudos (Cuijpers, van Straten e Warmerdam, 2007; Ekers, Richards e Gilbody, 2007; Mazzucchelli, Kane e Rees, 2009) e com diretrizes de tratamento influentes (p. ex., *National Institute of Health and Clinical Excellence*, 2009).

AVALIANDO OS DOMÍNIOS DIAGNÓSTICO, CLÍNICO E FUNCIONAL

A aplicação da AC se baseia em uma ampla avaliação diagnóstica, clínica e funcional. Algumas dessas atividades de avaliação são realizadas como precursoras do início da terapia, e outras se dão enquanto ela transcorre.

Em nossa pesquisa com resultados de tratamento usamos uma série de instrumentos de entrevista estruturada de diagnóstico para avaliar os diagnósticos do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, quarta edição (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994), incluindo a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos de Eixo I do DSM-IV (SCID-I; First, Spitzel; Gibbon e Williams, 1997) e a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos da Personalidade de Eixo II do DSM-IV (SCID-II; First, Spitzer, Gibbons, Williams e Benjamin, 1996). Usamos, também, instrumentos para avaliar a gravidade da depressão, incluindo a Escala Hamilton de Depressão (HDRS; Hamilton, 1960), administrada por profissional, o Inventário de Depressão de Beck II (BDI-II; Beck, Steer e Brown, 1996), autoavaliada pelo paciente, e o *Nine-item Patient Health Questionnaire Depression Scale* (PHQ-9; Kroenke, Spitzer e Williams, 2001).

Na prática clínica diária, recomenda-se realizar uma entrevista de diagnóstico basal (embora ela possa ser administrada usando um formato menos estruturado do que uma entrevista baseada em pesquisa), dando importância para o uso contínuo de uma escala

para avaliar a gravidade da depressão. Geralmente, o instrumento que se utiliza com mais facilidade é uma medida de autoavaliação (p. ex., o BDI-II, Beck et al., 1996). Além disso, várias escalas de autoavaliação podem servir como um bom instrumento de avaliação do nível de atividade do paciente e da gratificação disponível em seu ambiente. A Escala de Ativação Comportamental para Depressão (*Behavioral Activation for Depression Scale*, BADS; Kanter, Mulick, Busch, Berlin e Martell, 2007; Kanter, Rusch, Busch e Sedivy, 2009) é uma escala de 29 itens de ativação do paciente que foi usada em vários estudos (p. ex., Weinstock, Munroe e Miller, 2011) para medir mudanças nos níveis de ativação e evitação durante a AC. A BADS foi validada em espanhol europeu (Barraca, Pérez-Álvarez e Lozano Bleda, 2011), persa (Mohammadi e Amiri, 2010) e holandês (Raes, Hoes, Van Gucht e Kanter, 2010). Uma forma curta da BADS, recentemente desenvolvida, de nove itens, apresentou melhores propriedades psicométricas em comparação com a original, além de boa coerência interna e validade preditiva no estudo de validação (Manos, Kanter e Luo, 2011).

Além disso, foram desenvolvidos questionários de autoavaliação para medir a construção de reforço positivo contingente à resposta, incluindo a Escala de Observação da Recompensa Ambiental (*Environmental Reward Observation Scale*, EROS; Armento e Hopko, 2007) e o Índice de Probabilidade de Recompensa (*Reward Probability Index*, RPI; Carvalho et al., 2010). Ambas as medidas são breves, e estudos psicométricos iniciais indicam propriedades psicométricas promissoras. Os clínicos que queiram uma medida nomotética de atividades prazerosas para ampliar a avaliação comportamental ideográfica (descrita em mais detalhe a seguir) podem usar a Pauta de Eventos Prazerosos (Lewinsohn e Graf, 1973). Essas medidas podem se revelar ferramentas clínicas úteis a ser administradas periodicamente durante o tratamento para avaliar a mudança em atividade e recompensa. Para uma discussão completa sobre as medidas disponíveis e as questões relacionadas à medição do modelo de AC, ver Manos, Kanter e Busch (2010).

Por ser a capacidade funcional um componente tão importante no tratamento por AC, é importante coletar informações detalhadas sobre o impacto da depressão do paciente em seu funcionamento em muitos domínios da vida, incluindo profissional, familiar, social e assim por diante. Esses domínios podem ser avaliados usando uma entrevista clínica ou instrumentos de avaliação padronizados (p. ex., a Escala de Ajuste Social [*Social Adjustment Scale*, Weissman e Bothwell, 1976] e o Estudo de Resultados Médicos de

Pesquisa em Saúde, Forma Resumida de 36 questões [Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey, Ware e Sherbourne, 1992]).

DESENVOLVIMENTO DO TRATAMENTO

A AC é um tratamento baseado em teoria, em vez de baseado em protocolo e, como tal, é altamente ideográfico em sua aplicação. O tratamento não segue necessariamente um formato “sessão por sessão”, e sim um desenvolvimento geral no transcurso do tempo. Esse desenvolvimento geral compreende as seguintes atividades, que são descritas em mais detalhes a seguir:

- Orientação ao tratamento
- Desenvolvimento de objetivos de tratamento
- Individualização de alvos de ativação e envolvimento
- Uso repetido de estratégias de ativação e envolvimento para aplicação e resolução de problemas
- Revisão e consolidação dos ganhos do tratamento

Orientação ao tratamento

A AC começa com uma orientação do paciente ao tratamento, um processo que geralmente é o centro das duas primeiras sessões. As tarefas básicas dessa fase inicial de tratamento são a discussão do modelo de depressão da AC e suas estratégias básicas de tratamento, bem como a apresentação de informações sobre a estrutura do tratamento e os papéis e responsabilidades do paciente e do terapeuta.

A apresentação do modelo de tratamento inclui a descrição da abordagem comportamental à depressão e o processo de mudança durante o tratamento, a discussão das formas específicas em que o modelo é adequado às experiências do paciente e estímulo e a resposta a perguntas e preocupações em relação ao modelo. O modelo é apresentado verbalmente durante a primeira sessão, em uma descrição breve e escrita, que é dada ao paciente no fim do encontro. Além disso, muitos pacientes consideram útil a ilustração apresentada na Figura 9.1 na orientação com relação ao modelo. Uma transcrição detalhada ilustrando a apresentação dos fundamentos do tratamento está incluída no estudo de caso a seguir, e os pontos fundamentais a ser tratados são resumidos na Tabela 9.1.

Durante a segunda sessão, terapeuta e paciente voltam a discutir o modelo de tratamento e as reações do paciente, incluindo questões que possam ter surgido após a primeira sessão. É essencial que o terapeuta obtenha informações iniciais do paciente, a partir dos elementos básicos do modelo de tratamento. A terapia funciona melhor se o paciente aceita e incorpora os fundamentos para o tratamento e a conceituação do caso (Addis e Carpenter, 2000). O terapeuta deve ter cuidado para não avançar muito rapidamente se o paciente não expressar concordância com os preceitos básicos do modelo. Assim, durante as sessões iniciais, é essencial que o terapeuta estimule o paciente a fazer perguntas e evoque suas potenciais dúvidas e preocupações.

Por exemplo, alguns pacientes podem ter dificuldade de aceitar a ideia de que mudar diretamente

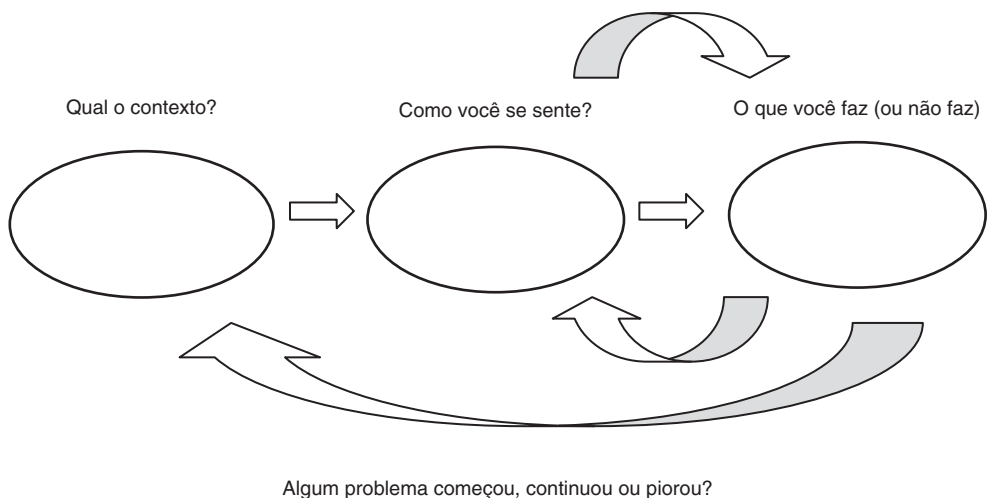


FIGURA 9.1 O modelo de tratamento da ativação comportamental.

TABELA 9.1 Dez pontos fundamentais a abordar quando se apresenta o modelo de tratamento

1. A ativação comportamental se baseia na ideia de que os acontecimentos em sua vida e como você reage a eles influenciam a forma como você se sente.
2. A AC parte do princípio de que as pessoas se deprimem se suas vidas estão oferecendo poucas gratificações e muitos problemas. Às vezes, é possível identificar facilmente os fatores de estresse ou os problemas; outras vezes, não há fatores claramente identificáveis, mas tampouco há gratificação adequada do ambiente.
3. Quando o contexto de vida de uma pessoa é difícil, é comum se sentir triste, para baixo, desanimado, ansioso, cansado, esgotado e assim por diante.
4. Quando a pessoa se sente assim, também é comum realizar (ou não) determinadas ações. As pessoas muitas vezes se afastam do mundo ao seu redor e descobrem que rotinas básicas em suas vidas se desorganizam.
5. É natural e compreensível que as pessoas se afastem do mundo quando se sentirem desanimadas. O problema é que isso desencadeia espirais descendentes em relação a como você se sente (p. ex., quanto menos você faz, pior você se sente, e quanto pior se sente, menos faz).
6. Agir (ou deixar de agir) dessas maneiras também pode manter a depressão ao dificultar a solução de problemas da vida de forma eficaz. Isso desencadeia outra espiral descendente na qual o que você faz ou deixa de fazer torna o contexto da vida mais difícil ou impede que você melhore.
7. Neste tratamento, trabalharemos juntos para nos concentrar em coisas específicas que você possa fazer para alterar essas espirais descendentes e ajudar a ser mais ativo e envolvido em sua vida.
8. A AC não é só uma questão de “fazer mais”. Se fosse tão fácil se sentir melhor, você já teria feito isso. Podemos trabalhar juntos para identificar as atividades que seriam mais úteis e os passos pequenos e gerenciáveis que você pode dar para começar. Você pode me considerar seu treinador ou consultor no processo de mudança.
9. Em cada sessão, serão dados passos práticos e viáveis para se envolver em atividades que melhorem o humor e resolvam problemas específicos da vida. Entre sessões, você vai trabalhar em exercícios de casa que desenvolveremos juntos. Esses exercícios são uma parte essencial da terapia e tratarão sobre reconectar ou construir partes de sua vida que aumentam os sentimentos de prazer ou realização e o aproximam de objetivos de vida importantes.
10. A ativação e o envolvimento, em formas específicas, podem ajudar a vivenciar mais gratificações e resolver problemas da vida. Quando você está ativo, envolvido e resolvendo problemas de forma eficaz, é provável que se aproxime de objetivos importantes na vida e se sintam melhor.

o comportamento é uma maneira eficaz de trabalhar com a depressão. Muitas vezes, os pacientes estão muito comprometidos com uma explicação biológica para sua depressão. Não é aconselhável que os terapeutas debatam essa posição. Ao contrário, deve-se explicar que existem muitas fontes de vulnerabilidade à depressão e que uma das formas eficazes de modificá-la é mudar o que se faz. Às vezes, os pacientes também podem pensar que a ênfase na mudança de comportamento significa que tudo o que eles têm que fazer é mais exercícios, ir mais ao cinema ou dar mais caminhadas, e sua depressão vai entrar em remissão. Se os pacientes entenderem a AC dessa forma, não surpreenderá quando eles acharem que o tratamento desconsidera seu grau de aflição e a dificuldade que eles enfrentam para superar a depressão. Costumamos considerar útil conversar com os pacientes sobre duas questões. Primeiro, o comportamento pode ter um efeito poderoso sobre nosso humor e as pessoas muitas vezes não estão cientes dessa relação, principalmente quando estão deprimidas. Por exemplo, mudar sutilmente a forma como se encaram as interações com familiares pode não livrar a pessoa da depressão, mas, sim, reduzir a gravidade do humor deprimido, estabelecendo o cenário para outras mudanças que, em seu conjunto, ajudam a reverter a depressão. A segunda questão é que a mudança comportamental não é fácil, ou todos nós nos comportaríamos exatamente como achamos que deveríamos todo o tempo (e sabemos que não é o caso!). Mudar comportamento requer saber o que mudar, e isso pode demandar um “trabalho de detetive” sério e sustentado na terapia. Mais uma vez, o terapeuta pode enfatizar seu papel como treinador para ajudar o paciente a descobrir o que mudar e como fazer isso.

Além de apresentar e discutir o modelo de tratamento, também é importante discutir minuciosamente a estrutura e os papéis do terapeuta e do paciente. É necessário destacar três elementos fundamentais: a prática entre as sessões, a colaboração e a estrutura das sessões.

1. É importante, no início do tratamento, destacar a natureza ativa da AC e estabelecer a importância da prática entre sessões. O terapeuta dá o tom da terapia e das expectativas ao destacar que a AC é um tratamento muito voltado à ação e dirigido a problemas, no qual grande parte do “trabalho” da terapia acontece entre as sessões, à medida que o paciente implementa planos que ele e o terapeuta formulam nas sessões. As sessões seguintes examinam o que ele aprendeu, destacando consequências relevantes das atividades, bem como identificando barreiras

e resolvendo problemas para aumentar a probabilidade de sucesso das futuras tentativas. A atribuição de exercícios de casa começa na primeira sessão, quando o terapeuta pede que o paciente leia o texto curto que explica as ideias fundamentais da abordagem da AC (ver Martell et al., 2001).

2. Também é importante enfatizar que a AC é uma abordagem terapêutica baseada na colaboração, em que terapeuta e paciente trabalham juntos a serviço dos objetivos do paciente.
3. Também é útil orientar os pacientes em relação à natureza estrutural de cada sessão. Embora o foco específico de cada sessão varie segundo o paciente e o momento, cada uma continua seguindo uma pauta geral semelhante. Especificamente, assim como na terapia cognitiva para depressão (Beck et al., 1979), cada sessão começa com terapeuta e paciente definindo uma pauta conjuntamente. O objetivo dessa pauta é organizar o tempo de forma eficaz e garantir que a sessão trate dos temas mais importantes para o paciente, e tenha a maior probabilidade de ajudá-lo a atingir seus objetivos fundamentais. Como o objetivo do tratamento é a ativação, quanto mais controle se der ao paciente para definir a pauta, melhor. Além disso, por ser o exercício de casa parte integrante da AC, a maior parte de cada sessão é dedicada a revisar o exercício da sessão anterior e a atribuir mais exercícios para a seguinte. A finalização de cada sessão inclui pedir que o paciente reitere a síntese da sessão, verificar que ele tenha uma compreensão clara do que deve fazer em casa, bem como confirmar a hora da próxima sessão e os métodos para entrar em contato com o terapeuta nesse ínterim.

Ao dar atenção a cada uma dessas tarefas específicas, o terapeuta estabelece sua credibilidade como especialista que pode ajudar o paciente e transmite uma sensação de esperança. Ao estabelecer, no início do tratamento, um sólido alicerce de colaboração, paciente e terapeuta podem trabalhar juntos em direção aos objetivos do paciente.

Desenvolvendo objetivos de tratamento

O objetivo maior da AC é ajudar os pacientes a modificar seu comportamento para aumentar o contato com fontes de reforço positivo em suas vidas. Esse processo geralmente envolve abordar inicialmente os padrões básicos de evitação e áreas de prejuízo às rotinas e, em segundo lugar, tratar de objetivos de curto e de longo prazo. Uma grande parte do tempo

do terapeuta na AC é usada ajudando os pacientes a aumentar a consciência de seus repertórios de fuga e evitação, e praticar respostas de enfrentamento ativo. Muitas vezes, parte desse processo também envolve mudar suas rotinas básicas (p. ex., dormir, comer e contato social). Sendo assim, são estabelecidos objetivos de curto prazo para especificar realizações concretas que possam ajudar os pacientes a mudar a situação de suas vidas em uma direção menos depressiva. Muitas vezes, os terapeutas não têm certeza de como organizar a sequência de metas de tratamento. Em termos gerais, vamos nos concentrar inicialmente na mudança de comportamento que tem mais probabilidades de sucesso, a qual pode se basear na facilidade de realização ou no nível de importância para os valores e prioridades do paciente. Entre os exemplos comuns, limpar a casa, conviver com amigos e familiares, mexer em uma pilha enorme de papéis em que o paciente tem adiado trabalhar, fazer exercícios com mais frequência e assim por diante. Muitas vezes, os comportamentos necessários para avançar em objetivos de curto prazo podem ser agendados e organizados de tal maneira que sejam substitutos de respostas de enfrentamento baseadas em evitação ou retraimento mal-adaptativos. O terapeuta trabalha com o paciente para avançar em objetivos de curto prazo *independentemente de como o paciente estiver se sentindo*. Em outras palavras, um dos objetivos básicos do terapeuta é ajudar o paciente a mudar o padrão de comportamento comandado pelo humor. Visa-se avançar nos objetivos não importando como a pessoa se sente em um determinado momento, com a premissa de que o avanço nos objetivos de vida é, em si, antidepressivo. Esse é um ponto crucial, porque os pacientes muitas vezes julgam o sucesso de determinado comportamento com base em como ele os faz sentirem no momento. Assim, é importante que os terapeutas se mantenham atentos às consequências de diferentes comportamentos, especificamente com relação a se ajudam os pacientes a avançar em direção a objetivos do tratamento ou a alcançá-los.

Uma vez abordados os objetivos de curto prazo em termos de evitação, retraimento e prejuízos à rotina, os pacientes são ajudados a tratar das circunstâncias de vida mais amplas, que podem estar relacionadas à depressão. Objetivos de vida mais amplos são aquelas mudanças que levam tempo para se estabelecer, mas têm potencial de alterar a situação de vida da pessoa em aspectos importantes. Entre os exemplos comuns estão conseguir um emprego novo, sair de um relacionamento problemático, começar um novo ou se mudar de cidade. A AC pode ajudar a ensinar e estimular os pacientes a manter o avanço rumo a es-

ses objetivos, mesmo que sua realização possa levar algum tempo. Essencialmente, na AC, os pacientes aprendem estratégias básicas que podem ser usadas para atingir objetivos de curto prazo e outros, mais amplos.

Individualizando a ativação e os alvos de envolvimento

Não há duas pessoas iguais, e ninguém é exatamente o mesmo em diferentes situações. No contexto do tratamento da depressão, isso significa que as estratégias de ativação específicas que funcionam para uma pessoa podem não funcionar para outra, e podem funcionar para uma determinada pessoa às vezes, mas nem sempre. Se essas transações entre atividade e ambiente mudam o humor da pessoa em uma direção positiva ou negativa é uma questão empírica, cuja resposta requer atenção e avaliação cuidadosa. Grande parte das habilidades de fazer AC com competência depende exatamente desse tipo de exame cuidadoso. Na AC, esse processo é conhecido como *análise funcional*, que é a chave para individualizar os alvos de ativação e centro da AC. A análise funcional envolve a identificação, para cada paciente, das variáveis que mantêm a depressão e são mais suscetíveis à mudança. Essa compreensão forma a base da conceituação do caso e guia a aplicação ideográfica de estratégias de ativação específicas. Em geral, o terapeuta deve fazer o paciente se envolver em um exame detalhado do seguinte:

- O que está sustentando a depressão?
- O que está impedindo o envolvimento e o prazer com a vida?
- Quais comportamentos são bons candidatos a maximizar a mudança?

Esse processo parece simples, mas pode ser complicado na prática, porque muitas vezes não temos consciência das contingências que controlam nosso comportamento. Em função dessa realidade, no início do tratamento, falamos explicitamente sobre o objetivo (e o desafio!) de identificar essas relações.

Dois passos fundamentais estão envolvidos na identificação das contingências que controlam o comportamento. Em primeiro lugar, o terapeuta e o paciente devem definir clara e especificamente o comportamento de seu interesse, o que inclui definir a frequência, a duração, a intensidade e o contexto em que o comportamento acontece. Os comportamentos de maior interesse são os mais ligados a mudanças de humor. Para pacientes que estejam familiarizados com o tratamento com antidepressivos, costumamos explicar que queremos identificar os ingredientes de um antidepressivo comportamental que funcione para eles. Para isso, precisamos definir especificamente

as atividades que mantêm a depressão (p. ex., “atividades para baixo”) e as que melhoram o humor e o funcionamento (p. ex., “atividades para cima”). Por exemplo, para um paciente, a dificuldade de realizar tarefas domésticas básicas está sustentando e exacerbando sua depressão. Era importante especificar os seguintes problemas: (1) encher e fechar sacos de lixo e os deixar em uma despensa, em lugar de levá-los a uma lixeira atrás da casa pelas seis últimas semanas e (2) receber contas por correio e as colocar fechadas em uma pasta nos últimos quatro meses. O tratamento com esse paciente começou com diversas tarefas graduais para atingir o objetivo de levar o lixo para fora. Isso foi identificado especificamente como uma potencial atividade “para cima” (mesmo que, reconhecidamente, não fosse prazerosa) e escolhido como foco inicial porque terapeuta e paciente decidiram que era mais facilmente realizável do que cuidar das contas, que o paciente sentia como uma sobrecarga.

Em segundo lugar, terapeuta e paciente podem começar a identificar os antecedentes e as consequências do comportamento, com o objetivo de especificar as variáveis que desencadeavam ou reforçavam a depressão. Em termos do modelo da AC, isso é paralelo a identificar as conexões entre contexto e humor, ação e humor, e as espirais descendentes que podem manter a depressão ao longo do tempo. Entender os princípios comportamentais básicos pode ser de grande valia na identificação dessas relações contingentes. O que isso significa em termos práticos? Para pacientes deprimidos, costuma-se observar uma série de relações contingentes. Como discutimos anteriormente, contingências de reforço negativo costumam ser generalizantes. “Reforço negativo significa” que a probabilidade de que um comportamento ocorra é aumentada pela remoção de alguma coisa do ambiente, geralmente uma condição aversiva. As contingências de reforço negativo podem ser uma parte muito adaptativa do comportamento humano. Por exemplo, colocar um casaco para evitar um resfriado, parar em sinais de *pare* para não se acidentar e ser muito gentil com o pai ou com a mãe depois de bater o carro para evitar ser punido são exemplos de formas em que o reforço negativo pode servir bem a uma pessoa. Infelizmente, contudo, quando uma pessoa se deprime, seus repertórios comportamentais podem ser dominados por comportamentos de fuga e evitação que permitem à pessoa escapar temporariamente de sentimentos sofridos ou situações interpessoais difíceis. Dessa forma, muitos comportamentos de evitação e fuga podem ser entendidos como respostas secundárias de enfrentamento, ou seja, esforços para enfrentar a experiência da depressão que, infelizmente, acabam por piorá-la. Por exemplo, uma pessoa pode tentar

escapar de sentimentos de desesperança e fadiga fazendo uma sesta longa no meio da tarde. Como consequência, isso pode remover a pessoa temporariamente do contexto aversivo, mas também pode impedi-la de dar os passos necessários para mudar para um contexto geral menos depressivo (fazer exercícios, procurar emprego, limpar a casa, etc.). Abuso de substâncias, dormir, assistir à televisão em demasia e inatividade geral são exemplos comuns de respostas secundárias de enfrentamento que podem ser sustentadas pelo reforço negativo. Esses tipos de contingências de reforço negativo muitas vezes são centrais para impedir que as pessoas entrem em contato com ambientes potencialmente reforçadores que contribuem para uma vida mais adaptativa e envolvida. É necessária uma avaliação cuidadosa para se identificar como e se contingências de reforço negativo específicas estão ativas na vida do paciente. As contingências de reforço positivo também podem ser problemáticas para os pacientes. Nesses casos, a probabilidade de um comportamento é aumentada, pois ele é contingencialmente associado às consequências positivas. Por exemplo, o ato de ir dormir cedo pode ser reforçado positivamente por familiares que oferecem empatia e apoio. Alguns comportamentos, como comer demais e abusar de substâncias, também podem dar reforço positivo imediato, mas prejudicam objetivos de longo prazo, sustentando a depressão.

Como fazemos análise funcional na AC? Existem dois suportes principais para o terapeuta de AC que esteja fazendo análises funcionais: o modelo da AC e o monitoramento de atividades. Primeiro, o modelo da AC usado para orientar os pacientes no início do tratamento pode ser usado durante todo o tratamento para guiar a avaliação de eventos específicos que surjam na vida do paciente, para ajudar a identificar ligações fundamentais entre atividade e humor. Por exemplo, se a paciente começa a falar em sessão sobre se sentir perturbada por uma difícil interação com seu filho, o terapeuta pode sugerir que eles usem o modelo para entender os componentes da interação. Juntos, podem discutir e anotar especificamente o que aconteceu (p. ex., “meu filho disse que ele estava indo mal em matemática”), como a paciente se sentiu (p. ex., “eu me senti triste por ver o quanto nossas vidas pareciam ser sempre difíceis, e tive medo de que ele não se formasse”), e o que a paciente fez (p. ex., “eu parei de jantar, fui para o meu quarto e pensei em como eu estava falhando como mãe”). Esses componentes podem ser conectados para identificar a espiral descendente que mantém o humor negativo (p. ex., isolar e ruminar aumentam a ansiedade e a tristeza) e a espiral descendente que impede a solução eficaz

de problemas (p. ex., “eu não falei diretamente com ele, e ele ficou irritado, saiu com os amigos e só voltou para casa no meio da noite”). Esse processo de avaliação ajuda a identificar metas de ativação para esse evento difícil (p. ex., gerar e praticar alternativas a abandonar a interação e ruminação, identificar e implementar medidas para resolver o problema do mau desempenho de seu filho em matemática). A aplicação repetida do modelo em sessão e para uso como exercício de casa entre sessões também vai ajudar terapeuta e paciente a identificar padrões de ações mal-adaptativas ao longo do tempo e em diferentes lugares. Por fim, o uso repetido desse modelo ensina ao paciente um método para guiar suas ações muito tempo depois de a terapia ter terminado.

Em segundo lugar, o monitoramento da atividade no contexto da vida cotidiana é o centro do processo de avaliação na AC. Por intermédio de um monitoramento de atividades detalhado e permanente, que o paciente faz entre sessões, ele e o terapeuta podem trabalhar juntos para desenvolver uma compreensão das questões listadas anteriormente. Em função do papel do monitoramento de atividades, é importante que o terapeuta, no início do tratamento, explique claramente como fazê-lo, definindo o que monitorar e quando fazê-lo. Além disso, os terapeutas devem revisar os exercícios de monitoramento de forma cuidadosa e habilidosa para reforçar os esforços do paciente com vistas a começar a desenvolver as tarefas de ativação e envolvimento.

Os terapeutas podem escolher usar uma série de formatos diferentes para monitorar atividades, sendo que a forma mais básica é registrar uma atividade e uma classificação de humor para cada hora que o paciente passa acordado no dia. Os terapeutas também podem optar por fazer os pacientes monitorarem o domínio (sentimento de realização) ou o prazer (diversão) associados às atividades específicas. Em termos gerais, aconselhamos os pacientes a registrar informações suficientes sobre as atividades, de forma que possamos começar a identificar as ligações entre o que eles estavam fazendo e como estavam se sentindo, mas não informação demais, a ponto de a tarefa se tornar demasiado pesada. Também é útil identificar em quais intervalos durante o dia o paciente irá anotar as observações (p. ex., manhã, almoço, jantar, antes de dormir). Se o registro a cada hora for muito desgastante para o paciente, também poderão ser usados procedimentos de amostragem de tempo. Nesse tipo de procedimento, paciente e terapeuta chegam a um acordo sobre determinado número de horas em que as atividades serão monitoradas durante a semana, entre as sessões. Os procedimentos de amostragem

de tempo devem incluir várias situações nas quais o paciente funciona durante a semana. Em geral, os terapeutas incentivarão os pacientes a fazer anotações completas em intervalos regulares ao longo do dia, e se aconselha que trabalhem com os pacientes para desenvolver planos de registro que aproveitem sinais e ritmos naturais em suas vidas, com vistas a facilitar esse registro regular.

Os terapeutas podem dar aos pacientes um Registro Semanal de Atividades simples para monitorar as tarefas (p. ex., ver Fig. 9.2). Entretanto, como se enfatiza na AC, a função do comportamento é mais importante do que a sua forma, então os pacientes podem não monitorar em um Registro de Atividades, mas estar confortáveis com o uso de agendas, *smartphones* e outros métodos de registro idiossincráticos. Recomenda-se adaptar o exercício de monitoramento a uma forma que seja compatível com a rotina normal do paciente. Por exemplo, pacientes que passam muito tempo no carro podem deixar os registros presos ao quebra-sol, outros podem preferir deixar colado com fita adesiva à geladeira ou ao espelho do banheiro, outros, ainda, podem querer levar consigo no bolso, na mochila ou em sua pasta.

Quando um paciente realizou um exercício de monitoramento de atividades, é essencial que o terapeuta o revise em detalhe. Deixar de revisar os registros de monitoramento de atividades pode significar perder uma oportunidade de reforçar o comportamento do paciente e desenvolver a conceituação de caso. Grande parte da AC competente reside em revisar habilidosamente um Registro de Atividades que tenha sido realizado. Em que o terapeuta competente presta atenção quando revisa os registros? Em geral, é melhor que o terapeuta tenha em mente as questões de conceituação do caso quando revisar um registro. O terapeuta revisa o Registro de Atividades para entender as atividades do paciente, sua rotina e seu contexto de vida, e para começar a identificar padrões que possam estar sustentando ou exacerbando o humor deprimido.

A seguir, perguntas específicas que os terapeutas podem usar para orientar sua revisão das tabelas de atividades:

- O que o paciente poderia fazer se não estivesse deprimido (trabalhar, administrar responsabilidades familiares, fazer exercícios, relacionar-se, realizar atividades de lazer, comer, dormir, etc.)?
- O paciente está envolvido em um amplo leque de atividades ou suas atividades se estreitaram?
- Qual é a relação entre atividades específicas e humor?
- Qual é a relação entre contextos de vida (problemas específicos) e humor?

- De que formas a evitação e o retraimento estão sustentando ou exacerbando a depressão? O que o paciente evita ou do que está se afastando? De que formas específicas?
- Há prejuízos à rotina?
- Onde se perdeu o contato com os fatores de reforço?
- Há déficits em habilidades e estratégias de enfrentamento?

Para responder a essas perguntas, é essencial concentrar-se nas partes da atividade do paciente que mudam e nas partes que se mantêm com o tempo. Não é raro os pacientes deprimidos relatarem que seu humor está sempre baixo, não importando o que fazem ou onde estão. Eles podem descrever que simplesmente se sentem “para baixo” o tempo todo ou que talvez seu humor mude, mas essas mudanças são menores e irrelevantes. Uma premissa central da AC, contudo, é que a variabilidade está em todas as partes, embora às vezes seja difícil de detectar. Além disso, a variabilidade não é aleatória. Ao contrário, *as variações de comportamento e seus contextos têm um efeito direto no humor de uma pessoa* e, como tal, proporcionam informações críticas em relação a contingências centrais. Ao dizer que se sentem deprimidos “todo o tempo”, os pacientes estão informando seu humor de forma imprecisa em retrospecto, seus repertórios de comportamento são extremamente limitados (p. ex., ficar na cama o dia todo) ou não aprenderam a identificar diferenças sutis de humor. Este último aspecto é fundamental. Uma das tarefas centrais dos terapeutas é ajudar os pacientes a entender que seus humores estão intimamente ligados ao que eles estão fazendo, onde o fazem e as consequências que daí resultam. Tratar a depressão demanda várias mudanças de estratégia em cada um desses domínios, todos eles baseados na compreensão das relações contingentes básicas.

Uso repetido de estratégias de ativação e envolvimento para aplicação e resolução de problemas

Dada a natureza ideográfica da AC, o desenvolvimento do tratamento pode ser muito diferente para cada paciente. Apesar dessa diversidade, os métodos comportamentais diretos são muito usados. A seguir, sua discussão.

Agendamento de atividades e automonitoramento

O principal trabalho da terapia na AC ocorre entre as sessões. É raro que os pacientes saiam de uma sessão sem alguma atividade específica a qual viver durante a semana. Dessa forma, o agendamento de atividades e o monitoramento de resultados são

Instruções: Registre sua atividade para cada hora do dia, e registre uma classificação do humor associada a cada atividade. Use a escala abaixo, com as âncoras que você e seu terapeuta desenvolveram para orientar sua classificação do humor. Tente fazer anotações em seu Registro de Atividades pelo menos a cada 3-4 horas, todos os dias.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
5-6							
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							
5-6							
6-7							
7-8							
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							

Classificações do humor: 0: Descrição, com exemplos de atividades associadas: _____

5: Descrição, com exemplos de atividades associadas: _____

10: Descrição, com exemplos de atividades associadas: _____

FIGURA 9.2 Registro de Atividades (a cada hora).

métodos-padrão usados durante todo o tratamento. No fim de cada sessão, o paciente deve entender claramente a atividade designada e deve ter uma estratégia clara para sua implementação durante a semana (incluindo um plano para superar prováveis obstáculos à implementação).

O agendamento específico da atividade é uma ferramenta útil para fazer o paciente se com-

prometer com horários quando fizer o exercício de casa. Quando o exercício for listado por escrito em um determinado dia da semana, em uma hora específica, o paciente tem o benefício de uma ajuda externa para motivar uma mudança de comportamento (ou seja, trabalhar “de fora para dentro” em vez de “de dentro para fora”). O agendamento de atividades também é usado com frequência por pa-

cientes com prejuízos relevantes na rotina. A lista de atividades pode ser uma ajuda ao esforço de desenvolver e seguir rotinas regulares para alimentação, trabalho, sono, exercícios e contatos sociais. Dependendo da atividade, o paciente pode não marcar especificamente a hora, e sim registrar sua finalização em um registro diário.

Uma parte fundamental de listar atividades com frequência envolve atenção à administração de contingências. Como sabem há muito tempo os psicólogos sociais, “as correlações entre intenção e comportamento são modestas [...] a relação frágil entre intenção e comportamento se deve, em muito, ao fato de que as pessoas têm boas intenções, mas não agem segundo essas intenções” (Gollwitzer, 1999, p. 493). Dada essa realidade, é essencial que os terapeutas de AC considerem formas em que possam ajudar os pacientes a estruturar seu ambiente com vistas a maximizar o sucesso com tarefas e objetivos do tratamento.

Um método útil de administração de contingência é o uso de compromisso público para aumentar a probabilidade de completar as tarefas (Locke e Latham, 2002). Com frequência, investigamos se amigos, colegas de trabalho ou familiares estão disponíveis para ser incluídos nos planos de ativação. Por exemplo, um de nossos pacientes aprendeu no tratamento que quando sua depressão estava mais grave, era essencial que ele contasse à sua mulher, todas as manhãs, as principais tarefas que pretendia realizar naquele dia. Para ele, “cumprir a palavra” era um reforço eficaz que ajudava a aumentar sua ativação.

Além disso, trabalhamos com os pacientes para estruturar seus ambientes de modo a melhorar a ativação. Assim, para um paciente que trabalhe em um plano de exercícios durante a semana, vestir as roupas de ginástica antes de sair do trabalho no fim do dia é parte essencial do plano.

Por fim, os pacientes também podem experimentar o uso de reforços arbitrários para tarefas específicas de mudanças de comportamento. Embora a ênfase da AC repouse fortemente no aumento do contato com os reforços naturais no ambiente da pessoa, o uso seletivo de reforços arbitrários pode, às vezes, ajudar. O paciente que mencionamos antes planejou um jantar especial com sua mulher no fim da semana de cumprimento de tarefas de ativação; a paciente que estava trabalhando no programa de exercícios comprou uma blusa para a atividade depois de começar seu novo programa.

Às vezes, os terapeutas podem sugerir o uso de contingências aversivas para ajudar a promover

a mudança de comportamento. Por exemplo, um paciente achou interessante telefonar para seu terapeuta se fosse ficar na cama e não trabalhar naquele dia. Já descrevemos a outros pacientes o método de preencher cheques para instituições de caridade, que depois serão depositados se eles não realizarem as atividades (Watson e Tharp, 2002). Muitas vezes, a simples sugestão de uma contingência aversiva é suficiente para motivar a mudança. Por exemplo, o paciente que concordou em ligar para seu terapeuta acabou realmente ligando em uma segunda-feira de manhã. Quando estava na metade do recado na secretária eletrônica, ele disse: “Isso é ridículo, deixe para lá, eu vou trabalhar”.

Quando os pacientes fazem agendamento de atividades, também é essencial embutir um componente de monitoramento, de forma que eles registrem o contexto e as consequências da ativação. Isso lhes dá informações sobre a tarefa específica de ativação, bem como prática regular e permanente na observação de relacionamentos contingentes entre atividade e humor. É essencial que o terapeuta discuta o que o paciente aprendeu com as tarefas de ativação e automonitoramento em cada sessão. Além disso, o terapeuta deve descrever regularmente como estão os avanços e destacar áreas de melhoria ou resolver problemas que possam ter surgido.

O terapeuta não deve deixar de perguntar sobre o exercício de casa que esteja incompleto ou não tenha sido realizado. Prestar atenção a esses domínios é exatamente o trabalho do terapeuta de AC. Um foco repetido e persistente em um pequeno conjunto de tarefas de ativação muitas vezes ocupa grande parte do desenvolvimento do tratamento. Perguntar sobre o que impediu a realização do exercício de casa dá ao terapeuta e ao paciente informações essenciais em relação a barreiras importantes e possíveis exemplos de padrões de evitação. O propósito dessas discussões não é punir ou constranger o paciente; por isso, é importante tratar a revisão do exercício de casa com uma atitude direta e desprovida de julgamento. Ao mesmo tempo, o paciente pode sentir a discussão sobre o exercício de casa não realizado ou parcialmente realizado como algo aversivo, o que pode ajudar a que faça o exercício de casa da próxima vez (sendo reforçado negativamente, ao escapar de um questionamento desagradável por parte do terapeuta). Se isso ocorre naturalmente, não será um problema e pode até mesmo ajudar o tratamento a avançar. Contudo, o terapeuta nunca deve usar o constrangimento ou a crítica, ainda que sutil, para melhorar a realização do exercício de casa.

Atribuição gradual de exercícios

A atribuição gradual de exercícios, que é parte fundamental da TC para depressão (Beck et al., 1979), também é uma marca da AC e uma parte central da maioria dos esforços de agendamento de atividades. Dessa forma, é importante que os terapeutas ajudem os pacientes a desmembrar os comportamentos em unidades específicas e viáveis, para facilitar a mudança de comportamento. Para saber como desmembrar e graduar os exercícios adequadamente em uma progressão composta por passos que vão de simples a complexos, os terapeutas têm de usar uma ampla gama de habilidades básicas de autoadministração e solução de problemas. Com esse objetivo, também é importante que os terapeutas ajudem os pacientes a aprender o método de graduar tarefas durante a terapia, para que possam aplicar essas habilidades a novos contextos e tarefas depois de a terapia ter terminado. Ao explicar a ferramenta da determinação de tarefas graduadas, é importante relembrar os pacientes de que o objetivo não é realizar todas as partes da atividade, e sim dar início a tarefas importantes, aumentar a ativação e interromper a evitação. Os terapeutas também podem explicar aos pacientes que desmembrar as tarefas ajuda a garantir êxito nas subtarefas, e essas experiências exitosas podem, por sua vez, reforçar e motivar o trabalho em sucessivos componentes da tarefa maior.

É muito importante desmembrar as tarefas de forma a garantir o sucesso já no início. Se os pacientes sentirem dificuldades com as tarefas, os terapeutas podem rever explicitamente se a tarefa foi desmembrada e graduada com sucesso. Também se pode pedir que os pacientes visualizem os passos envolvidos em determinada tarefa antes de experimentá-la fora da terapia e prever qualquer obstáculo que possa surgir. Se esse processo sugere que determinados componentes podem ser difíceis de dominar, terapeuta e paciente podem graduá-lo, desmembrando-o em componentes menores e mais fáceis de atingir.

Modificação da evitação e solução de problemas

Talvez este seja um dos aspectos mais ricos e variados da AC. Como observado anteriormente, os pacientes podem estar evitando tarefas concretas no trabalho ou em casa, emoções dolorosas, como luto e medo, de conflito interpessoal e assim por diante. Os métodos específicos usados para abordar essas áreas estão vinculados à natureza específica da evitação. Por exemplo, um paciente que evita a experiência de elaborar o luto de um relacionamento que acabou pode ser ajudado a passar algum tempo todos os dias repassando fotos do parceiro perdido, lembrando momentos

que compartilharam e assim por diante. O paciente que evita tarefas no trabalho pode ser ajudado a desmembrá-las, com listas específicas de coisas a fazer, pedindo ajuda a outras pessoas e assim por diante. O paciente que evita o conflito interpessoal pode ser ajudado na prática da comunicação assertiva por meio de dramatizações nas sessões, debatendo com amigos, trazendo um familiar a uma sessão de terapia, etc. Dito isso, dentro desse domínio amplo, várias estratégias básicas podem ajudar a planejar o tratamento.

Em primeiro lugar, quando se trata de evitação, é essencial partir de uma postura de colaboração com o paciente. É importante entender e comunicar um entendimento do desconforto que o paciente pode vivenciar em determinada situação, que é seguido de alguma ação de sua parte para interromper a experiência aversiva. Os terapeutas podem enfatizar as formas com que a evitação pode cumprir uma função adaptativa no curto prazo, mas acabar sendo problemática no longo. Como muitos comportamentos evitativos podem estar sob o controle das contingências imediatas, muitas vezes pode ser importante destacar repetidamente as consequências de longo prazo de alguns desses comportamentos. Voltar ao modelo de AC para destacar esses padrões costuma ser útil.

Em segundo, métodos básicos de solução de problemas são muito usados para enfrentar a evitação. Embora raramente ensinemos passos de solução de problemas de maneira estruturada e formal, enfrentar a evitação em geral envolve descobrir como abordar e resolver problemas. Assim, é essencial que os terapeutas mantenham uma mentalidade voltada à solução de problemas com relação à evitação e trabalhem com os pacientes para gerar um leque de comportamentos alternativos para enfrentamento. As estratégias de solução de problemas incluem a definição e a avaliação do problema, geração de soluções alternativas, administração de contingências ambientais e ajuste da solução quando for necessário. Deve-se observar que todas as outras estratégias básicas também costumam ser usadas a serviço da modificação da evitação e da solução de problemas (p. ex., agendamento e monitoramento de atividades, atribuição gradual de tarefas, etc.).

Em terceiro, para ajudar a manter um foco permanente na evitação, os pacientes podem ser ajudados com o uso de várias estratégias mnemônicas. Essas estratégias ajudam a organizar um método para examinar “Qual é a função de um comportamento, quais são as suas consequências?” Usamos a sigla ACTION (ação) para identificar a postura geral que pedimos que os pacientes assumam (Martell et al., 2001):

- Avaliar – Esse comportamento é de aproximação ou evitação? Ele provavelmente fará você se sentir melhor ou pior?
- Concluir – Conclua se é melhor continuar esse comportamento, mesmo que lhe cause mal-estar, ou experimentar um novo.
- Tentar – Tente se comportar da forma que considera ser a melhor.
- Integrar – Qualquer comportamento novo precisa de uma oportunidade justa; então, integre os novos comportamentos em uma rotina antes de avaliar se ajudaram ou não.
- Observar os resultados – Preste muita atenção e monitore os efeitos do novo comportamento.
- Nunca desistir – Lembre-se de que fazer mudanças pode muitas vezes demandar esforços e tentativas repetidas.

Quando os pacientes demonstram padrões comportamentais caracterizados por evitação, os terapeutas podem usar a sigla de estar em uma TRAP (armadilha) (Martell et al., 2001):

- Desencadeante (*Trigger*) – geralmente, alguma coisa no ambiente (p. ex., ser criticado pelo patrão)
- Resposta – geralmente, uma reação emocional (p. ex., sente vergonha e tristeza)
- Padrão de evitação (*Avoidance Pattern*) – os comportamentos de evitação usados para enfrentar a resposta emocional (p. ex., sai mais cedo do trabalho, reclama ao parceiro de insatisfação com o trabalho).

A seguir, os terapeutas pedem que o paciente saia do TRAP e volte ao TRAC (mesmo som de TRACK = trilhos); ou seja, sob às mesmas condições de desencadeante e resposta se pede que eles experimentem comportamentos de enfrentamento alternativo, ou *alternative coping*.

Estratégias de envolvimento

As pesquisas documentaram bem a frequência e as consequências negativas do comportamento ruminativo entre pessoas com depressão (Nolen-Hoeksema, 2000). A abordagem da AC considera a ruminação como um comportamento que muitas vezes impede as pessoas de se envolver integralmente em suas atividades e ambientes. Os terapeutas da AC estão alerta para relatos de ruminação por parte dos pacientes e tomam cuidado para avaliar se isso é um problema quando eles voltam à sessão informando que uma tarefa que lhes foi dada “não funcionou”. Se, por exemplo, o paciente informa que sentiu pouca melhora em seu humor ao brincar com seu filho no parque, o terapeu-

ta examinará se ele estava envolvido só parcialmente com a tarefa de brincar porque sua mente estava concentrada nas razões pelas quais seu ex-parceiro não quis continuar com o relacionamento, o que isso significava para seu valor como mulher, e assim por diante.

Ao tratar da ruminação na AC, estamos menos interessados no conteúdo específico dos pensamentos ruminativos do que no contexto e nas consequências da ruminação. Por exemplo, ao trabalhar com um paciente que costumava ruminar em relação a um emprego que se arrependia de ter rejeitado, o terapeuta da AC pediu que examinasse os seguintes tipos de perguntas: O que você estava fazendo enquanto pensava sobre o outro emprego? Quanto você estava envolvido com a atividade do momento e com seu entorno? O que aconteceu durante e após você pensar sobre o outro emprego? Ao examinar essas perguntas, terapeuta e paciente identificaram que este tinha mais probabilidade de ruminar quando estava trabalhando em tarefas aversivas em seu emprego atual, com o qual sentia bastante ansiedade. Dessa forma, a ruminação era negativamente reforçada pela distração do paciente de sua ansiedade e redução de seu foco nas tarefas aversivas. Os terapeutas da AC podem pedir aos pacientes que ruminam com frequência para fazer experimentos com a prática da “atenção à experiência” na qual concentram deliberadamente sua atenção em sua atividade e seu entorno atuais. Por exemplo, pode-se pedir que se conscientize totalmente das suas sensações físicas (cores, sons, odores, sabores, movimentos físicos, etc.). Essas estratégias são semelhantes às práticas de *mindfulness* (Segal, Williams e Teasdale, 2001) e também são muito consistentes com a estratégia de comportamento dialético de “ação oposta o tempo todo” (Linehan, 1993).

Revisando e consolidando as conquistas do tratamento

À medida que terapeuta e paciente concordam que houve melhoras suficientes e parece ser o caso de finalizar o tratamento, as sessões que restam devem se concentrar na prevenção de recaída, que está relacionada, em grande parte, à revisão e consolidação dos ganhos. Próximo ao término da terapia costuma ser interessante prever situações na vida do paciente que possam desencadear sentimentos e comportamentos depressivos e gerar planos para enfrentar essas situações. Acontecimentos próximos que possam ser previstos como desafios para o paciente (p. ex., a morte de um dos pais, uma mudança profissional) devem ser discutidos detalhadamente, e ele pode elaborar um plano próprio para ser posto em prática diante do fator de estresse. Além disso, também é muito importante

revisar o modelo básico de AC e os métodos usados na terapia para garantir que o paciente esteja saindo com uma compreensão sólida de como aplicá-los como ferramentas no futuro. Por exemplo, os terapeutas devem revisar como identificar ligações entre o que se faz e o que se sente, como estabelecer objetivos específicos e concretos, como usar a atribuição gradual de tarefas e como identificar e enfrentar padrões básicos de evitação (observar que a pessoa está ruminando mais no trabalho, que está começando a deixar de retornar telefonemas de amigos, etc.).

O setting terapêutico

As primeiras pesquisas sobre AC trataram do contexto de *settings* de psicoterapia para pacientes individuais ambulatoriais. No entanto, estudos recentes estão examinando a aplicação em uma ampla variedade de *settings* e modos de implementação. Por exemplo, vários grupos encontraram maneiras criativas de transferir a AC a *settings* situados fora de clínicas especializadas em saúde mental. Ensaios preliminares documentaram a promessa de tratar pacientes adultos de atenção primária, com depressão, usando AC (Gros e Haren, 2011; Uebleacker, Weisberg, Haggarty e Miller, 2009), e Ekers e colaboradores apresentaram confirmação de que não especialistas podem aprender e aplicar AC com eficácia em ambientes de atenção primária (Ekers, Dawson e Bailey, 2013; Ekers, Richards, McMillan, Bland e Gilbroy, 2011). Da mesma forma, Hopko e colaboradores (2011) realizaram recentemente um ensaio controlado randomizado (ECR) de AC bem sucedido para pacientes deprimidos com câncer, em clínicas de oncologia. Dimidjian e colaboradores também estão testando a AC em um ECR multicêntrico para depressão pré-natal com um formato de aplicação flexível, e tendo enfermeiros obstétricos e profissionais da saúde comportamental como os profissionais do estudo. A terapia de grupo parece ser um formato viável para aplicar AC a um número maior de pacientes (Houghton, Curran e Saxon, 2008; Porter, Spates e Smitham, 2004). Há, também, um crescente interesse em integrar a AC a *settings* universitários (p. ex., Cullen, Spates, Pagoto e Doran, 2006; Gawrysiak, Nicholas e Hopko, 2009; Reynolds, MacPherson, Tull, Baruch e Lejuez, 2011).

A duração do tratamento tem variado de 12 a 24 sessões. Limitações de recursos dos pacientes, da cobertura de planos de saúde e outros fatores podem demandar durações específicas do tratamento. Em nossos estudos e nosso trabalho clínico, muitas vezes agendamos contatos telefônicos breves entre sessões para reforçar a conexão interpessoal com o terapeuta e a importância de concluir os exercícios entre sessões, e para proporcionar uma oportunidade para abordar

questões ou problemas com os exercícios entre sessões. Embora a AC seja aplicada mais frequentemente como uma modalidade de tratamento individual, pessoas importantes na vida do paciente costumam ser incluídas nas sessões no decorrer do tratamento. As decisões sobre incluir ou não essas pessoas importantes no tratamento resultam da análise funcional e, portanto, são determinadas a partir de uma base ideográfica. Sessões conjuntas podem ser úteis para avaliar padrões que possam estar mantendo a depressão do paciente e fornecer informações e esclarecimento ao membro da família sobre a lógica e a abordagem do tratamento. Elas também oferecem oportunidades para o paciente e o familiar praticarem novos comportamentos interpessoais com *feedback* direto e imediato do terapeuta.

Qualidades do terapeuta

Em nossa experiência, é importante que os terapeutas da AC tragam várias qualidades estruturais e estilísticas para seu trabalho clínico. Em resumo, a natureza estruturada da AC é mantida com o uso de pautas para orientar os focos das sessões; os terapeutas envolvem os pacientes no processo de definição colaborativa de pauta no início de cada sessão. Normalmente, a pauta inclui alguma avaliação do progresso por meio de um inventário de depressão (p. ex., o BDI-II ou o HRSD), um exame dos exercícios de casa, uma discussão de problemas-alvo, definição de novo exercício de casa e um resumo da sessão. Além disso, a estrutura é guiada por um foco firme no estímulo à ativação. Do ponto de vista estilístico, entre as qualidades essenciais do terapeuta de AC estão uma ênfase na colaboração ou em aprender juntos, como equipe. Ao fazê-lo, o terapeuta presta atenção ao ritmo, para apoiar a colaboração ativa e solicitar informações que garantam que o paciente entende informações apresentadas em sessão (p. ex., metas ou intervenções específicas, o modelo global da AC ou outros pontos da sessão a ser “levados para casa”). Todas as estratégias da AC também demandam a habilidade básica de ser um bom solucionador de problemas. Os terapeutas abordam a maioria dos temas no tratamento simplesmente como problemas a ser resolvidos. Dessa forma, devem ser naturalmente curiosos em relação aos fatores que sustentam os problemas e conseguir gerar uma gama de comportamentos alternativos mais funcionais. Com esse objetivo, é importante se sentir confortável com uma forma de comunicação direta, concreta e sem julgamentos, particularmente diante de desafios como não fazer exercícios que sejam planos de ativação ou não comparecer a sessões agendadas. Os terapeutas também devem equilibrar uma sensação verdadeira de solidariedade e compreensão em relação ao sofrimen-

to e aos esforços dos pacientes com um compromisso otimista e obstinado com a possibilidade de mudança. Os terapeutas da AC validam as experiências de enfrentamento dos pacientes e buscam ocasiões para encorajar o progresso, mesmo que mínimo. Por fim, entender os conceitos e princípios comportamentais básicos pode ajudar os terapeutas a conceituar os casos segundo um modelo comportamental de depressão e apresentar uma estrutura coerente aos pacientes.

A sigla ENLIVEN (Dimidjian, 2011) (que significa *inspirar*) capta as estratégias estruturais e estilísticas necessárias para o terapeuta de AC competente, em um recurso mnemônico facilmente lembrado:

- Estabelece e segue a pauta
- Incentiva (*nurtures*) a ativação
- Aprende (*learns*) em conjunto com o paciente
- Não é (*is*) baseada em julgamento.
- Valida
- Estimula
- Expressa carinho naturalmente (*naturally*)

Em nossa pesquisa com resultados de tratamento, usamos supervisão clínica permanente e equipes para consulta por parte dos terapeutas, para auxiliá-los a seguir e a refinar essas importantes qualidades. Os terapeutas normalmente se reúnem semanalmente durante 1 a 2 horas. As equipes ajudam a potencializar as habilidades com estratégias básicas de tratamento (conceituar planos de tratamento, fazer análise funcional, nivelar de forma eficaz as tarefas, etc.). No contexto de um foco em casos e estratégias específicos, a equipe também faz um reforço essencial das qualidades do terapeuta: empatia, não julgamento, solução de problemas, curiosidade e persistência e otimismo com relação à mudança. Apesar de não termos testado essa hipótese empiricamente, suspeitamos seriamente que seria difícil para muitos terapeutas manter essas qualidades sem o apoio de uma equipe de consulta eficaz, principalmente em seu trabalho com os pacientes que lutam com depressão grave, complicada ou crônica.

Variáveis relacionadas ao paciente

Nossas pesquisas com resultados de tratamento sugerem que os adultos deprimidos podem ter benefícios intensos e duradouros de uma AC. Nossas impressões clínicas são de que o envolvimento com os fundamentos básicos do tratamento e a disposição de realizar os exercícios de casa são importantes preditores de resultados. Além disso, é importante observar que usamos uma série de características dos pacientes como critérios de exclusão em nossa pesquisa sobre o tratamento. Por exemplo, se um paciente tivesse

forte tendência suicida, de forma que o risco não pudesse ser administrado ambulatorialmente, ele seria encaminhado a tratamento mais dirigido e intensivo. Além disso, se o paciente tivesse uma comorbidade que fosse mais grave e mais destacada (prejudicasse mais e fosse o foco principal do paciente) e necessitasse de outro tratamento baseado em evidências (p. ex., transtorno obsessivo-compulsivo), também o encaminharíamos a um tratamento mais específico. Também avaliamos cuidadosamente quaisquer potenciais problemas de saúde que possam ter contribuído para a depressão e os encaminhamos para tratamento médico adequado simultâneo, se necessário.

Pesquisas clínicas recentes também destacam o potencial da AC como opção de tratamento para pacientes durante a vida toda, incluindo adolescentes (McCauley, Schloedt, Gudmundsen, Martell e Dimidjian, 2011; Ritschel, Ramirez, Jones e Craighead, 2011; Ruggiero, Morris, Hopko e Lejuez, 2007; Van Voorhees et al., 2009). Esse trabalho está em consonância com trabalho anterior de Lewinsohn e colaboradores (1984) no desenvolvimento do Curso para Adolescentes sobre como Lidar com a Depressão. O programa de tratamento inclui planejamento de atividades, treinamento de relaxamento, assertividade e treinamento em habilidades sociais, e reestruturação cognitiva. É verdade que a inclusão da reestruturação cognitiva no Curso situa o programa na área mais ampla da TCC, em vez da AC especificamente, mas a ênfase está no planejamento de eventos agradáveis. As evidências também sustentam o uso da AC com adultos de mais idade (Acierno et al., 2012; Meeks, Looney, van Haitsma e Teri, 2008; Meeks, Teri, van Haitsma e Looney, 2006; Snarski et al., 2011; Sood, Cisek, Zimmerman, Zaleski e Fillmore, 2003; Teri, Logsdon, Uomoto e McCurry, 1997), pacientes etnicamente diversos (Kanter, Hurtado, Rusch, Busch e Santiago-Rivera, 2008; Kanter, Santiago-Rivera, Rusch, Busch e West, 2010), pacientes com sintomas de ansiedade e sintomas *borderline* (Hopko, Lejuez e Hopko, 2004; Hopko, Sanchez, Hopko, Dvir e Lejuez, 2003), pacientes com transtorno de estresse pós-traumático (Jakupcak et al., 2006; Mulick e Nangle, 2004; Wagner, Zatzick, Ghesquiere e Jurkovich, 2007), usuários de substâncias com sintomas depressivos elevados (Daughters et al., 2008; MacPherson et al., 2010), pacientes com esquizofrenia (Mairs, Lovell, Campbell e Keeley, 2011), pacientes internados (Curran, Lawson, Houghton e Gournay, 2007; Hopko, Lejuez et al., 2003), pacientes com câncer (Armento e Hopko, 2009; Hopko, Bell, Armento, Hunt e Lejuez, 2005; Hopko et al., 2011) e outras comorbidades médicas, como a obesidade (Pagoto, Bodenlos, Schnei-

der, Olendzki e Spates, 2008) e diabetes (Schneider et al., 2011). Embora muitos desses estudos sejam preliminares, relatando dados de pequenos delineamentos de ensaio aberto, a amplitude do trabalho sugere que a AC possa ser adaptada como estrutura de tratamento para uma ampla variedade de pacientes que lutam com problemas de depressão e comorbidades.

ESTUDO DE CASO

Antecedentes

A seção a seguir apresenta o tratamento de Mark, um paciente de 43 anos com uma longa história de depressão. Mark esteve em tratamento por 19 sessões durante quatro meses. A descrição apresentada aqui ilustra a implementação de princípios e estratégias fundamentais da AC. As primeiras sessões são descritas mais detalhadamente para dar ao leitor uma informação prática sobre como proceder em relação a esses princípios e estratégias. Sessões posteriores enfatizam um foco temático ao qual se aplicam os mesmos tipos de princípios e estratégias. É importante enfatizar já no início que esta descrição de caso não pretende transmitir um desenvolvimento de tratamento que seja prescritivo, e se recomenda que os leitores não sigam a sequência de estratégias de forma mecânica. A AC é um tratamento altamente ideográfico no qual a escolha das estratégias de ativação específicas se baseia na análise funcional. Por isso, o leitor deve prestar atenção às formas com que a terapeuta conceitua as dificuldades de Mark e implementa estratégias de tratamento no decorrer da terapia. Esperamos que essa ilustração detalhada venha a inspirar os leitores a aplicar os princípios básicos e as estratégias fundamentais de forma flexível e ideográfica.

Mark procurou tratamento por recomendação de seu clínico geral. Seu recente episódio de depressão durou três anos, sem remissão. Ele também tinha uma história de abuso de álcool, cujo início tinha causado problemas importantes em seu primeiro casamento, que terminou em divórcio quando ele tinha 20 e poucos anos. Contudo, os problemas com álcool não eram a causa das preocupações atuais. Ele já tinha feito terapia quando se separou, quatro anos antes, mas disse que carecia de estrutura e foco, e disse que parou de ir depois de algumas sessões. Ele morava sozinho, embora tivesse guarda compartilhada de suas duas filhas gêmeas adolescentes. Sua ex-mulher e ele alternavam os cuidados das filhas a cada semana.

Mark informou que tinha períodos de depressão “desde que me lembro”. Particularmente, lembrava-se de um primeiro episódio de depressão aos 12 anos, um pouco depois de seu pai ir embora de repente e cortar todo o contato com Mark e sua

família. Ele contou que acreditava que seus pais tivessem um casamento feliz e, na época, culpou a si mesmo pela partida do pai. Mark disse que sua mãe e seus irmãos mais velhos nunca falavam sobre seu pai. Descrevendo seu humor durante a adolescência e a idade adulta, disse: “Tenho períodos em que consigo funcionar bem. Vou trabalhar e tudo o mais, mas nunca estou feliz”. Os sintomas depressivos básicos de Mark incluíam humor depressivo, perda de prazer em praticamente todas as atividades, culpa em excesso, fadiga, dificuldade de concentração e, ocasionalmente, pensamentos passivos de morte.

Mark tinha tido uma rede social que girava basicamente em torno de seu casamento, mas se afastou dela desde sua separação. Atualmente, passava a maior parte de seu tempo só, com a exceção de cuidar de suas filhas. Tinha curso superior e trabalhava como contador para uma indústria local. Também escrevia histórias infantis e, antes de seu mais recente episódio de depressão, estava trabalhando em algumas histórias como membro de um grupo local de escritores.

Conceituação do caso e panorama geral do tratamento

A depressão de Mark foi conceituada como algo que ocorreu no contexto de seu divórcio e das mudanças que se seguiram após o processo. Além disso, as vulnerabilidades relacionadas a seu histórico familiar também formaram um contexto para sua experiência atual. Mark vivenciou luto e ansiedade intensos após seu divórcio, ao que ele respondeu com padrões de evitação interpessoal, os quais, por sua vez, eram reforçados negativamente por reduções no luto e ansiedade. Mark tinha dificuldades de se envolver de forma integral em relacionamentos importantes e, em vez disso, evitava a intimidade de várias maneiras, tanto explicitamente (p. ex., recusar contatos sociais) quanto de forma sutil (como ruminar sobre erros que cometeu no passado e deixar de expressar compromisso com a relação, e omitir regularmente o que ele achava ou sentia sobre várias coisas). No decorrer do tratamento, a terapeuta e Mark levantaram a hipótese de que evitar conexões interpessoais íntimas em sua vida adulta mantinha-o desligado o suficiente para que não sentisse perdas subsequentes de forma tão aguda quanto havia sentido quando criança. Entretanto, esses padrões de evitação também sustentavam sua depressão ao restringir sua vivência de gratificação em muitos de seus contextos atuais. O tratamento se concentrou inicialmente em aumentar a ativação e tratar de muitos problemas secundários e interrupções da rotina que se estabeleceram. O tratamento buscou reverter as espirais descendentes de depressão ao planejar e estruturar atividades. Embora Mark tenha au-

mentado a ativação com relativa rapidez, seu humor não melhorou muito, o que levou a um foco primário na ruminação e no seu uso para evitar a intimidade em seus relacionamentos, e a experimentação com novos comportamentos voltados a aproximá-lo de seu objetivo de ter um relacionamento íntimo e se sentir melhor.

Sessão 1

A primeira sessão tratou de revisar os resultados do processo de avaliação, apresentando o modelo de tratamento, encorajando perguntas e *feedbacks* e adaptando o modelo às experiências específicas de Mark. A revisão do processo de avaliação costuma ser breve; nessa parte da sessão, o objetivo do terapeuta é garantir que tem uma compreensão sólida dos problemas do paciente, sua história em relação a eles e experiências anteriores de tratamento, se existirem. O terapeuta também revisa a formulação básica do diagnóstico para garantir que o resultado da avaliação esteja de acordo com a experiência subjetiva do paciente em relação a seus problemas atuais. A discussão do tratamento geralmente é o centro das primeiras sessões. A transcrição a seguir dá um exemplo do terapeuta apresentando o modelo de tratamento e respondendo a perguntas frequentes em relação à etiologia da depressão. Especificamente, a terapeuta apresenta a ideia de que a depressão é tratada em termos comportamentais, independentemente da etiologia.

TERAPEUTA: Vou lhe contar um pouco do modelo básico que orienta a AC. A primeira ideia é que muitas vezes há coisas que acontecem nas vidas das pessoas que dificultam sua conexão com os tipos de experiências que geralmente as fariam se sentir bem. Essas mudanças podem ser claras e fáceis de detectar, como grandes perdas ou desarticulações na vida. Também podem ser coisas menores, como o tipo de coisa que incomoda um pouco, mas que continua acontecendo, ou muitas delas acontecem mais ou menos na mesma época. A parte mais importante é a ideia de que esses eventos dificultam a conexão com os tipos de experiências que poderiam dar uma sensação de prazer ou realização na vida e ajudar você a se sentir melhor. Isso parece se adequar a você?

MARK: Eu diria que é o meu caso. Definitivamente, me divorciar foi uma mudança bem grande. Eu acho que ela desencadeou as coisas, sim, mas mesmo agora, não tem muita coisa que me faça sentir melhor. Mesmo as coisas que eu acho que deveriam me ajudar a me sentir melhor

não ajudam muito. Eu simplesmente não tenho energia para isso agora.

TERAPEUTA: Exatamente. É muito normal sentir toda uma série de coisas no contexto desses eventos. Muitas vezes, a tristeza ou a dor são centrais, mas também sentimentos de fadiga e uma sensação de não ter energia ou interesse em nada. Todos fazem parte da experiência da depressão.

MARK: É uma boa descrição.

TERAPEUTA: Eu vou desenhar neste formulário. No primeiro círculo, podemos listar alguns dos eventos de que já falamos, como o divórcio, compartilhar a guarda das suas filhas e sua mudança. Essas reações de fadiga e baixa energia que vêm depois são muito normais, e nós vamos escrevê-las aqui no segundo círculo. O que vemos acontecer muitas vezes é que as pessoas podem reagir a essas mudanças se afastando ainda mais de suas vidas. Esse afastamento pode acontecer, às vezes, de maneiras óbvias, como ficar na cama ou ligar para o trabalho dizendo que está doente, cancelar compromissos sociais e, outras vezes, de maneiras mais sutis, como se concentrar mais no seu pensamento do que nas atividades em que está envolvido. Isso faz sentido para você?

MARK: Sim, absolutamente. Eu faço todas essas coisas.

TERAPEUTA: Faz todo o sentido você se afastar quando está se sentindo tão para baixo. O problema desse afastamento é que ele tende a manter as pessoas presas ao sentimento de depressão, e pode se tornar um problema em si. Então essa é a seta que liga o que você faz e como você se sente, em uma espécie de espiral descendente. Quanto mais você se afasta ou quanto mais fica preso em seus pensamentos, pior você se sente e menos energia tem.

MARK: Sim. Isso resume tudo.

TERAPEUTA: E, na verdade, para muitas pessoas, também há uma segunda espiral descendente. Assim, quanto mais a primeira espiral descendente é desencadeada, mais ela realmente pode levar a novos problemas, como o seu chefe ficar frustrado com você ou seus amigos pararem de ligar, ou pode impedi-lo de resolver alguns dos problemas que desencadearam a depressão no começo. Então, o objetivo final de nosso trabalho juntos é descobrir novas ações que você possa fazer aqui (*apontando para o terceiro círculo no diagrama*) para ajudar a reverter essa espiral descendente. Vamos aprender juntos que tipos de atividades podem

ter um efeito positivo sobre o seu estado de espírito, e depois ajudá-lo a ativar e se envolver nessas formas específicas. E vamos descobrir como resolver os problemas que estão gerando estresse ou insatisfação em sua vida. Como você vê isso em relação à sua experiência? Você tem dúvidas sobre o que eu disse? Partes que encaixam ou não encaixam?

MARK: Eu entendo o que você está dizendo e acho que parte se encaixa, mas também acho que eu não entendo por que fico tão deprimido. Quer dizer, outras pessoas têm coisas estressantes em suas vidas e elas parecem funcionar. Outras pessoas se divorciam ou têm empregos ruins, e seguem adiante. Eu estou divorciado há quatro anos. Acho que a minha depressão é familiar. Meu irmão mais velho sempre foi deprimido, e às vezes me pergunto se o meu pai estava deprimido quando foi embora. Às vezes, eu realmente não consigo identificar qualquer coisa que tenha acontecido na minha vida. Quer dizer, eu nunca estou muito feliz e aí é como se um interruptor ligasse no meu cérebro e eu estivesse de volta naquele buraco escuro de novo. Como isso se encaixa no que você está dizendo?

TERAPEUTA: Essa é uma excelente pergunta. O que quero dizer quando falo de depressão é que algumas pessoas são mais vulneráveis do que outras. E há muitas maneiras em que se pode estar vulnerável à depressão – por meio de genética, biologia ou experiências na sua história. Na verdade, podemos acrescentar algumas dessas coisas de que você está falando ao primeiro círculo, como parte do seu contexto. (*Escreve a história da família.*) O que esse tratamento enfatiza é que é possível mudar a depressão implementando mudanças no que você faz.

MARK: Isso faz sentido para mim. Uma parte do que você disse definitivamente encaixa para mim, a parte sobre se afastar mais. Eu definitivamente faço isso. Às vezes não falo com outra pessoa nem saio da cama durante todo o fim de semana. Eu sei que isso piora tudo. Mas faço assim mesmo. Parece que não consigo fazer mais nada quando eu me sinto assim.

À medida que responde a essas perguntas muito comuns, a terapeuta tenta normalizar as respostas evitativas à depressão. É essencial que o paciente vivencie o terapeuta como alguém que entende e tem sincera empatia por seu esforço. O terapeuta deve transmitir a ideia de que os comportamentos do paciente têm sentido, mesmo que possam não lhe fazer

bem no longo prazo. Dessa forma, o paciente tem mais probabilidades de ver o terapeuta como um aliado no processo de mudança e não como alguém que simplifica ou não entende os desafios de fazer mudanças. Além disso, a terapeuta também enfatiza a Mark a importância da atividade guiada, destacando o papel que cumpre como especialista e a importância de uma avaliação cuidadosa. Enfatiza a diferença entre tarefas baseadas em um entendimento superficial da depressão e as que são guiadas pela análise funcional, um aspecto central do tratamento, ao qual a terapeuta voltará muitas vezes.

TERAPEUTA: Essas observações são ótimas e realmente estão em sintonia com o que eu observei no caso de muitas outras pessoas. O que muitas delas sentem é que quando começam a ativar e se envolver, podem até se sentir pior no início! O fato complicador em relação a se afastar ou evitar é que isso dá algum alívio em curto prazo, mas, no longo prazo, essa espiral descendente pode mantê-lo preso na depressão.

MARK: Isso me parece fazer um imenso sentido. Eu simplesmente não tenho vontade de fazer nada. Fazer uma comida me cansa; fico irritado com o barulho dos talheres raspando nos pratos. É meio louco, mas só tenho vontade de me meter num buraco, apagar uma luz na minha cabeça e fazer tudo desaparecer. Aí acabo me sentindo pior do que quando fico na cama. Eu também bebia. Sabia que ia me fazer sentir pior, e não bebo mais tanto, mas ajudava no momento, mesmo sabendo que não ajudava *de verdade*. Acho que me sentia melhor por um tempo e isso já bastava.

TERAPEUTA: É, exatamente. A evitação é uma resposta perfeitamente natural. Mas o que infelizmente acontece, é que você não está em contato com todas essas coisas que podem lhe dar prazer e uma sensação de realização, e você não está envolvido na solução dos problemas que criam estresse em sua vida.

MARK: Essas são a primeira e a segunda espirais descendentes de que você estava falando, certo? Eu entendo, mas tudo parece tão avassalador. Só de pensar em fazer isso...

TERAPEUTA: É, eu sei, é aí que eu entro. É importante enfatizar que esse tratamento não é só uma questão de eu dizer que você deveria “fazer mais” em termos gerais. Às vezes eu digo às pessoas que não é a abordagem Nike à terapia, em que toda a semana eu digo “*just do it*” ou seja, simplesmente vá lá e faça. Você provavelmente já ouviu essa opinião de outras pessoas

em sua vida, e talvez até você diga algo assim a si mesmo.

MARK: É, sinto muita culpa.

TERAPEUTA: Parto da ideia de que se isso fosse fácil de entender, você já teria feito. É um tratamento simples, mas isso não significa que seja fácil. A razão pela qual você está aqui é que não é tão fácil, e é aí que entra o meu conhecimento. Uma grande parte deste tratamento é a ideia da *ativação guiada*. Isso quer dizer que você e eu vamos trabalhar para identificar formas específicas para você experimentar a ativação. Meu conhecimento reside em descobrir, primeiro, onde seria mais útil aumentar sua ativação e seu envolvimento e, segundo, quais passos pequenos e executáveis você pode dar para começar. Você pode pensar em mim como uma treinadora ou consultora no processo de mudança. Vamos trabalhar juntos, como uma equipe, em pequenos passos, até o fim. O que você acha?

MARK: A ideia parece boa, acho que vale a pena tentar.

TERAPEUTA: Eu queria pedir que você lesse um texto pequeno sobre esse tratamento, entre hoje e o nosso próximo encontro. Ele irá fornecer mais informações. Na próxima vez que nos encontrarmos, podemos falar mais sobre como vamos colocar as ideias em prática.

Com essa sessão inicial, a terapeuta começou a ensinar Mark sobre o modelo de tratamento e o fez se envolver ativamente assumindo os fundamentos. A terapeuta o orientou em relação aos papéis dos dois no tratamento e deu sua primeira tarefa de casa (ler o texto com os fundamentos do tratamento). Essas tarefas fundamentais da primeira sessão estabelecem as condições para mais discussão na segunda.

Sessão 2

Na segunda sessão, a terapeuta segue cuidadosamente com uma série de tarefas-chave de orientação, incluindo garantir que Mark tenha assumido o modelo de tratamento básico e explicar a estrutura do tratamento. A terapeuta trata desses tópicos na abertura da sessão:

TERAPEUTA: Que bom ver você hoje, Mark.

MARK: Obrigado, é bom voltar aqui.

TERAPEUTA: Que bom. Sabe, pensando na nossa última sessão, me dei conta de que tem alguns pontos que eu gostaria de enfatizar mais. Um deles é que essa é uma abordagem muito colaborativa à terapia e também muito estruturada. Então, cada vez que a gente se encontra, começaremos

definindo uma pauta para a sessão, e faremos isso em conjunto. Na verdade, com o tempo, você vai definir cada vez mais a pauta, ainda que eu tenha mais a dizer sobre ela no início. A ideia é que eu sou a especialista em como superar a depressão, e você é o especialista em você mesmo e em sua vida, e em que isso ajuda e em que não.

MARK: Parece razoável.

TERAPEUTA: Ótimo, então em termos de pauta para hoje, eu tenho algumas coisas. Gostaria de falar mais sobre a abordagem do tratamento e sua reação e mais sobre como colocamos algumas ideias em prática. Você tem temas que quer garantir que tratemos hoje?

MARK: Não, isso está bem. Eu li o texto, e realmente tem sentido. É como se escrevessem sobre mim, basicamente. Eu pensei: “Meu Deus, alguém entendeu essa coisa”.

TERAPEUTA: Que bom, acho que uma das ideias centrais do modelo é que acontecem coisas que tendem a desencadear o humor deprimido, e aí as pessoas tendem a fazer coisas, ou deixar de fazer coisas, que pioram a depressão. No seu caso, minha ideia é que o principal gatilho foi o divórcio e isso também aconteceu no contexto de seu histórico de perdas importantes na sua família, quando você estava crescendo.

MARK: É, ambas são verdadeiras. Eu realmente me retraí muito, tipo não fazer exercícios nem fazer coisas com outras pessoas, ou mesmo com as minhas filhas. A gente fazia umas jantãs ótimas juntos e agora é como se custasse muito se organizar para pedir uma *pizza*. É meio assim em tudo, também no trabalho. Eu tenho só administrado o mínimo e, honestamente, muitas vezes nem isso eu faço.

TERAPEUTA: Eu sei. Pode ser muito difícil continuar fazendo o tipo de coisa que vai lhe fazer continuar se sentindo bem. E é aí que entra a terapia. A partir da nossa última sessão e da leitura que você fez, qual é o seu entendimento sobre o que vamos fazer aqui, como eu vou ajudar? E se você tivesse de contar a um amigo o que nós vamos fazer nesta terapia, o que diria?

MARK: Acho que diria que vamos identificar as atividades que me dão algum prazer ou me ajudam a sentir que estou lidando bem com as coisas. Depois, vamos descobrir como me ajudar a ficar mais envolvido em algumas dessas coisas.

TERAPEUTA: É, isso é uma grande parte. Às vezes, nas vidas das pessoas, alguma coisa que está

completamente fora de controle desencadeia a depressão e aí desencadeia o que eu chamo de comportamentos problemáticos secundários, que pioram as coisas. Esses são comportamentos que envolvem se afastar ou evitar, como você estava dizendo, como parar de fazer atividades divertidas com suas filhas ou se afastar do trabalho. E nesses casos, trabalhamos com os comportamentos problemáticos secundários, e isso é o centro da terapia. Outras vezes, também precisamos tratar de problemas maiores em sua vida, que podem estar relacionados com o que deixa você vulnerável à depressão. Nesses casos, a terapia pode envolver tratar diretamente dos comportamentos problemáticos secundários e trabalhar diretamente com os problemas após termos esclarecido um pouco o caminho para solucionar problemas, fazendo com que você se ative e se envolva.

MARK: Parece que é o meu caso, porque sei que tive muitos problemas relacionados a Diane que foram parte do nosso divórcio, e não melhoraram nem um pouco.

TERAPEUTA: Sim, vamos falar mais quando tratarmos do que desencadeou a depressão para você. Num sentido geral, agora já sabemos que foi o divórcio, mas à medida que acompanhamos seu humor e suas atividades a cada dia, vamos ver como seu humor tem altos e baixos. Vamos trabalhar juntos e examinar isso com cuidado, questionando o que iniciou isso, como você respondeu a esse ponto em que chegou o seu humor e se seria bom experimentar uma coisa diferente.

A terapeuta já disse duas vezes que geralmente um evento do contexto desencadeia a depressão, ao mesmo tempo em que reconheceu antes que várias coisas podem contribuir para a vulnerabilidade. Este é um ponto sutil, mas importante, porque os pacientes, às vezes, acham que sua depressão veio “do nada” ou que é simplesmente “biológica” e não se pode mudar por meios comportamentais. Ao enfatizar um antecedente ambiental (p. ex., a perda de um reforço positivo), a terapeuta estabelece a ideia de que, em vez de a depressão estar completamente fora do controle do paciente, suas respostas depressivas têm sentido e, mais importante, é possível fazer mudanças comportamentais para retomar ou estabelecer novos reforços em suas vidas. Mais do que isso, a terapeuta continuou a destacar a importância de monitorar e avaliar cuidadosamente as relações entre humor, atividade e

contexto, como parte de elaborar planos de mudança de comportamento que sejam eficazes. A seguir, a terapeuta parte dessa base para entrar no ponto principal da segunda sessão: o início do monitoramento de atividades. Neste momento, explica a Mark por que o monitoramento é importante, começa a ensiná-lo como preencher um Registro de Atividades (ver Fig. 9.3) e o liga diretamente a algumas de suas experiências recentes.

TERAPEUTA: Uma das principais ferramentas que usamos nesta terapia se chama Registro de Atividades. Este é um exemplo (*alcança o registro a Mark*). Como você pode ver, tem quadros para cada hora do dia. Eu gostaria que você usasse isso para começar a registrar sua atividade e seu humor. Basicamente, é uma maneira de acompanhar como você gasta seu tempo durante o dia e como está se sentindo. Queremos saber o que você está fazendo a cada hora e a cada dia. Quais são as coisas em sua vida que o ajudam a se sentir melhor e pior? Você e eu vamos revisá-las juntos, com muito cuidado, concentrando a atenção em como você gasta seu tempo e como se sente. Às vezes, o Registro de Atividades nos diz diretamente onde se devem fazer mudanças e outras vezes temos que examiná-lo durante algumas semanas.

MARK: Certo.

TERAPEUTA: Tem alguma coisa que você venha fazendo desde que começou a se sentir mais deprimido que seja diferente do que normalmente faz?

MARK: Sim, menos exercícios, mais televisão e simplesmente o tempo que eu passo pensando nisso tudo, é uma loucura.

TERAPEUTA: Não é loucura, de jeito nenhum, mas concordo que não está ajudando muito. É bem difícil, que é a razão pela qual você está aqui. Podemos começar a entender isso juntos. É ótimo que você já esteja consciente desses padrões, e esses são bons exemplos de como olhar concretamente o que está fazendo. Esta terapia tem a ver com aumentar sua consciência sobre como seu humor é afetado sutilmente de uma atividade à outra e aumentar as que tendem a ser mais gratificantes. É como se nós estivéssemos fazendo um trabalho de detetives em busca de atividades “para cima” e “para baixo” em sua vida, as que estão ligadas com sentir o humor melhorado e as que não estão.

MARK: Tem sentido. Então eu devo anotar tudo isso? Você quer mesmo que eu faça isso a cada hora?

Instruções: Para cada hora do dia, registre suas atividades e classifique o humor associado a cada atividade. Use a escala abaixo, com as âncoras que você e seu terapeuta desenvolveram para orientar sua classificação do humor. Tente fazer anotações em seu Registro de Atividades pelo menos a cada 3-4 horas, todos os dias.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
5-6							
6-7			Acordado, pensando, na cama (9)				
7-8							
8-9		Trabalhando (7)					
9-10			Preparando-se para ir trabalhar (8)				
10-11			No trabalho (7)				
11-12							
12-1							
1-2							
2-3							
3-4	Trabalhando/ ensinando						
4-5	funcionária (5)						
5-6							
6-7	Terapia (5)	Fazendo jantar (6)					
7-8		TV (9)	TV (9)				
8-9							
9-10							
10-11							
11-12							
12-1							
1-2							
2-3							
3-4							
4-5							

Classificações do humor: 0: Descrição, com exemplos de atividades associadas: escrevendo; brincando com minhas filhas

5: Descrição, com exemplos de atividades associadas: fazendo uma tarefa profissional que seja só um pouco interessante, mas eu estou focado e concentrado

10: Descrição, com exemplos de atividades associadas: pensando em como eu estraguei tudo

FIGURA 9.3 Amostra de Registro de Atividades preenchido (por hora) (definido na segunda-feira e revisado na quinta-feira).

TERAPEUTA: Esta é a orientação que eu uso: quero que as pessoas registrem sua atividade com frequência suficiente para que não dependam muito da memória. O problema da memória quando se está deprimido é que sua consciência pode ser anestesiada ou comprometida pela depressão. Então você não precisa fazer a cada hora, temos que ser realistas em relação ao resto de sua vida! Mas pode ser bom experimentar fazer a cada 3 ou 4 horas. Às vezes, as pessoas gostam de fazer isso na hora do café da manhã, almoço, jantar e antes de dormir.

MARK: Isso pode funcionar para mim.

TERAPEUTA: Vamos repassar o que se deve anotar. Você anota sua atividade para cada quadro de hora e depois, para cada um, você também dá uma classificação de humor de 0 a 10. O que você estava fazendo nas horas antes de vir aqui?

MARK: Trabalhando.

TERAPEUTA: Ótimo. O que você estava fazendo no trabalho?

MARK: Estava ensinando uma funcionária nova a usar nosso sistema de informática. Foi muito frustrante porque ela não entendia e eu não tinha muita paciência.

TERAPEUTA: Essa é uma ótima informação para registrar. Por que você não anota “trabalhando – ensinando nova funcionária”. Também quero que você registre seu humor em uma escala de 0 a 10 pontos de depressão, então vamos ver se a gente consegue encontrar algumas âncoras aqui. O que seria o humor 0 para você? Podemos acompanhar isso da forma que for mais útil para você, então consideramos que 0 pode ser sentir-se muito bem, sem qualquer depressão, e nem se sente para baixo. Se fosse o caso, consideraríamos 10 o momento em que você se sentisse o pior possível. Pode ajudar pensar em algumas atividades que sejam 5 ou intermediárias, quando não está se sentindo o melhor que pode, mas também não está no seu pior. Quais atividades podem ser associadas a qual estado?

A terapeuta e Mark trabalharam juntos para identificar atividades que estivessem associadas aos extremos inferior, intermediário e superior da escala. Alguns pacientes preferem usar o extremo inferior para indicar quando sentem humor negativo, enquanto outros (como Mark) preferem ancorar o extremo inferior como indicação de humor positivo (“muito bom” para Mark). Permitir essa flexibilidade pode

ser útil desde que terapeuta e paciente tenham claras as âncoras que serão usadas quando o paciente completar o monitoramento em casa. Também se deve observar que os terapeutas podem pedir que os pacientes classifiquem outras dimensões, como o grau em que as atividades estavam associadas a domínio e prazer (Beck et al., 1979) ou uma sensação de ser cuidado ou esgotado (Segal et al., 2002). Domínio e prazer podem ser classificados em lugar do humor, ou além dele. Muitas vezes, começamos pedindo aos pacientes que registrem as classificações de humor por ser esse um ponto de partida fácil para muitos deles, visto que requer menos discriminação da experiência subjetiva; além disso, a classificação de humor proporciona informações essenciais sobre atividades antidepressivas potenciais. Para alguns pacientes, partir disso os ajuda e os ensina a como distinguir entre domínio e prazer, e como ambos podem ser úteis para regular o humor. No caso de classificar humor ou domínio-prazer, é importante revisar cuidadosamente o método e a escala que queremos que os pacientes usem. Para outros pacientes, as dimensões de cuidado e esgotamento são úteis para identificar atividades que sejam antidepressivas.

TERAPEUTA: Dada esta escala, qual foi sua classificação de humor para as duas horas de “trabalho” de hoje?

MARK: Provavelmente 5.

TERAPEUTA: É isso mesmo. Agora, às vezes o que acontece é que as pessoas não preenchem porque pensam: “Eu não estava fazendo nada”. É importante se dar conta de que, mesmo que você não esteja realizando nenhuma atividade, também queremos saber disso.

MARK: O que você quer dizer?

TERAPEUTA: Bom, quando as pessoas pensam em “atividades” elas muitas vezes pensam em coisas como “ir fazer compras”, “ver um filme”, “pegar meus filhos na escola.” Mas nós estamos conceituando atividade de forma mais ampla. Pode ser dirigir até a casa de Diana, ou ter uma conversa telefônica importante com alguém, ou até ficar na cama, pensando em Diana.

MARK: Seria o caso, muitos dias.

TERAPEUTA: É, e você pode anotar isso. Essas coisas são muito importantes. De certa forma, quanto mais detalhe, melhor. Queremos começar a observar mudanças sutis. Queremos trabalhar aqueles momentos em que você se sente só um pouco melhor, e queremos entender qual é o problema quando você se sente pior.

MARK: Acho que entendi.

TERAPEUTA: Ótimo! As pessoas geralmente ficam achando que isso soa muito simplista. E é verdade. Soa simples, mas na prática não é tão simples. Pode ser difícil de fazer no início, olhar realmente todas as suas atividades e descobrir como o humor está relacionado a elas. É necessário que nós dois tenhamos habilidade e nos esforcemos. Existe alguma coisa em que possamos pensar agora, que possa atrapalhar você nesse monitoramento esta semana?

A terapeuta finalizou a sessão discutindo com Mark barreiras potenciais para fazer a tarefa de casa, recomendando que ele fizesse contato por telefone se surgisse alguma pergunta e estimulando a ideia de que ele poderia lhe ser útil.

Sessão 3

Como se observou antes, uma das competências necessárias do terapeuta da AC é a capacidade de analisar um Registro de Atividades para obter informações que venham a ajudar a adaptar as estratégias de ativação e envolvimento ao paciente em questão. A terceira sessão se concentrou muito em revisar o Registro de Atividades de Mark (ver Fig. 9.3) e usar as informações coletadas como trampolim para uma avaliação mais detalhada de problemas fundamentais de comportamento. Mais uma vez, o foco da terapeuta nessas primeiras sessões está em aumentar a ativação em áreas que melhorem o humor de Mark; esse trabalho vai estabelecer o alicerce para o trabalho posterior com modificação da evitação e solução de problemas.

TERAPEUTA: Vamos ver seu Registro de Atividades?

MARK: Vamos. (*Entrega o registro à terapeuta.*)

TERAPEUTA: Quem sabe você me explica? O que você aprendeu? (*Devolve o registro a Mark.*)

MARK: Não sei se era bem isso que você tinha em mente. Eu comecei no dia seguinte à nossa última sessão. Fui trabalhar naquele dia, mas estava me sentindo tão mal que saí mais cedo e fui para casa. Fiquei meio que vagando pela casa até a hora do jantar. Senti-me muito para baixo todo o dia até aquela hora. Eu classifiquei meu humor em 7. Fiz o jantar, que foi um pouco melhor para mim. Eu adorava fazer comida para mim e para Diana e fazíamos essas festas, às vezes, com as meninas. Mas desde o divórcio, eu só pego um pacote de batatas fritas ou alguma coisa do tipo, ou numa noite boa, eu peço uma *pizza*. Quando eu estava cozinhando, me senti um pouco melhor, uns 5.

TERAPEUTA: Isso é excelente. Você se saiu muito bem nisso. Preencheu seu registro exatamente como combinamos – anotando suas atividades e também suas classificações de humor, e toda essa informação é extremamente útil. Eu queria fazer outras perguntas sobre partes específicas do seu dia em um minuto, mas agora só vou entender um pouco o geral das coisas.

Observe como a terapeuta toma cuidado para reforçar os esforços do paciente no início do processo de revisão. Os pacientes muitas vezes não têm certeza de como preencher o registro e não é incomum que eles venham com registros preenchidos parcial ou incorretamente. Nesses casos, os terapeutas devem equilibrar a necessidade de corrigir com a de reforçar os esforços do paciente. Entre os erros frequentes dos pacientes estão anotar as atividades de forma muito global (p. ex., “no trabalho” por 6 horas), deixar de registrar a classificação de humor ou não anotar coisa alguma porque “não estavam fazendo nada”. Nesses casos, o terapeuta deve tratar desses problemas de maneira direta e concreta.

TERAPEUTA: O que aconteceu depois que você fez o jantar?

MARK: Bom, depois do jantar, eu assisti à televisão, e tudo meio que ficou por ali. Eu me sentei e vi televisão até às 2 da manhã. Acho que ajudou, no sentido de manter minha cabeça longe das preocupações com o trabalho e simplesmente de me sentir mal em relação a Diana, mas eu estava deprimido o tempo todo. Na verdade, classifiquei meu humor em 9.

TERAPEUTA: Essa informação é muito importante. Vejo que você também ficou acordado na noite seguinte, assistindo à televisão, até 1 da manhã. Isso acontece muitas noites ou essas duas são exceções?

MARK: Bem que eu gostaria que fossem exceções, mas não, é mais a regra. E aí o que acontece é que simplesmente não consigo me levantar de manhã. Bom, acho que acordar, me acordo, mas simplesmente fico ali, na cama. Tenho chegado no trabalho muito tarde, e tem dias que eu simplesmente telefono e digo que estou doente.

TERAPEUTA: Vamos usar essas anotações para identificar temas de atividades específicas que possam ajudá-lo a se sentir bem e as que podem contribuir para sua depressão, como falamos na última vez, as atividades “para cima” e “para baixo”. Parece haver algumas que podem ser importantes. Estou pensando que assistir à televisão ou ir dormir tarde é uma coisa importan-

te, e as outras duas são cozinhar e como você está se saindo no trabalho.

MARK: Acho que a televisão é uma coisa importante.

Observe que a terapeuta identificou algumas áreas amplas que parecem estar relacionadas com a manutenção da depressão do paciente. O terapeuta de AC também está alerta a interrupções na rotina normal do paciente. No caso de Mark, as rotinas de alimentação e sono parecem ter sido muito alteradas. A seguir, a terapeuta trabalha em conjunto com Mark em uma área específica para maior avaliação e solução de problemas (ou seja, assistir à televisão à noite). Nesse momento, ela dá início ao processo mais explícito de análise funcional.

TERAPEUTA: Certo, por que não começamos aí? Primeiro vamos deixar claro qual é o problema, porque não parece ser assistir à televisão em termos gerais.

MARK: É verdade. Normalmente eu assistia a um pouco de televisão, tipo 1 hora. Mas se pensar bem, eu estava mais envolvido com escrever naquela época. Então, normalmente, eu poderia ver televisão até umas 9 da noite e depois desligar e escrever por mais uma 1. Ou, se as meninas estivessem comigo, poderíamos assistir a um programa juntos e depois desligar e ler ou jogar um jogo, ou só estar juntos, ou eu daria um telefonema ou alguma coisa assim.

TERAPEUTA: Então, isso é diferente. O problema é que você não desliga a televisão às 9 da noite, mas assiste a mais umas 4 ou 5 horas.

MARK: É, esse é o problema.

TERAPEUTA: Você está fazendo isso todas as noites ou só nos dias de semana?

MARK: Detesto admitir, mas é quase sempre todas as noites, nem sempre tão tarde, mas geralmente é mais tarde do que seria bom para mim.

Até este ponto, a terapeuta trabalhou com êxito para definir o problema em termos específicos e comportamentais. Com entendimento claro e mútuo do problema, terapeuta e paciente começam a refletir sobre as contingências que possam estar sustentando o problema e o que pode ser passível de mudança.

TERAPEUTA: Provavelmente, deveríamos examinar o que o impede de desligar a televisão, já que isso não parece ter um grande efeito em seu humor. Se você desligasse às 9 da noite, o que acha que aconteceria?

MARK: Pensei em desligar na noite passada, mas simplesmente não queria pensar em tudo isso.

TERAPEUTA: “Tudo isso” quer dizer o divórcio e as pressões no trabalho?

MARK: É, as duas coisas.

TERAPEUTA: Então é isso que você está evitando ativamente. E a televisão o ajuda a distrair a atenção?

MARK: Ajuda, simplesmente não tenho a atenção, agora, para começar a escrever. Não consigo me concentrar nisso e simplesmente não tenho interesse.

TERAPEUTA: Acho que você tem a ideia correta em termos de distração, mas o problema é que você está se distraindo com uma coisa que não lhe dá nem muito prazer nem muita realização.

MARK: E enquanto isso, a casa está uma bagunça. Faz meses que eu não pago as minhas contas, e...

TERAPEUTA: Sim, tem sentido. Essa é a segunda espiral descendente de que falamos. O que você acha de trabalharmos juntos no problema de assistir à televisão? Depois, podemos tratar de algumas dessas outras coisas que você está levantando. O problema da televisão pode ser fácil de resolver, mas acho que tem mais coisas para entender sobre isso.

Observe com que facilidade o paciente pode se sentir sufocado e sem esperanças diante dos vários problemas em sua vida. A terapeuta está alerta para essa possibilidade durante a sessão e toma cuidado para se referir a modelo da AC como forma de entender a experiência do paciente e que o paciente mantenha o foco no problema em questão. Além disso, a terapeuta também se interessa muito pelas minúcias cotidianas do comportamento do paciente, especialmente se esse comportamento estiver relacionado ao humor. Esse nível de interesse detalhado é crucial, e tem uma intenção dupla: primeiro, essas discussões orientam a escolha de alvos de ativação e tarefas específicas; segundo, visa ensinar a Mark a ter um interesse semelhante e que ele comece a observar padrões que sejam mais ou menos úteis para trabalhar com vistas a sair da depressão.

TERAPEUTA: Vamos entender melhor o que acontece com a televisão. Isso vem à sua cabeça, a ideia de que você pode ficar melhor se desligar a televisão?

MARK: Geralmente, eu penso: “Eu deveria ir para a cama”. Mas sei que se eu for, simplesmente vou ficar lá, deitado e acordado, pensando no que Diana estaria fazendo, pensando em como vou detestar estar no trabalho no dia seguinte. Então eu penso que é melhor assistir à televisão.

TERAPEUTA: É isso que acontece na cama? Você fica lá deitado e ruma sobre Diana ou sobre as coisas que fez ou deixou de fazer no trabalho?

MARK: Isso mesmo.

Nessa transcrição, a terapeuta conseguiu identificar várias relações-chave. Entre elas, assistir à televisão à noite está associado a:

1. deterioração do humor;
2. mau desempenho no trabalho;
3. um processo de reforço negativo, no qual o afeto negativo (especificamente, sentimento de perda e ansiedade) é potencialmente reduzido quando o paciente está assistindo à televisão.

A terapeuta fez isso de maneira conjunta e sem julgar, e o paciente participou. Nesse momento, a terapeuta examina explicitamente, com Mark, sua hipótese sobre a relação entre televisão e humor. Com base nessa ideia, eles podem pensar em possíveis estratégias de ativação.

TERAPEUTA: Estou me perguntando se parte do que está acontecendo é que o fato de assistir à televisão ajuda no curto prazo, já que afasta seu pensamento desses temas que estão relacionados a muita tristeza potencial e também a ansiedade sobre o futuro.

MARK: É, isso é verdade.

TERAPEUTA: Mas a parte difícil é que embora funcione no curto prazo, no longo, é a mesma espiral descendente ou o mesmo ciclo vicioso, porque assistir à televisão não lhe dá quase nenhum prazer e impede que você faça atividades de que antes gostava muito e faz com que tenha problemas no trabalho.

MARK: É, exatamente, é uma loucura, mas é uma saída muito fácil quando estou esgotado no fim do dia.

TERAPEUTA: É isso mesmo! Então temos que levar isso em conta quando pensamos em fazer mudanças nesse sentido. Estou pensando que você poderia tentar ir para a cama apesar disso, e poderia trabalhar na ruminação. Ou, se for ficar acordado, poderia fazer coisas que sejam melhores do que ver televisão. O que poderia ser?

O terapeuta presta atenção à função (distracção) do comportamento problemático (assistir à televisão), ao mesmo tempo em que trabalha na solução de forma colaborativa.

MARK: Provavelmente encontrar outras coisas melhores do que ver televisão. Eu costumava ir a um grupo de leitura uma noite por semana. Era

composto por outros escritores e eu gostava muito de algumas das pessoas, então, quando fazia isso, também lia de noite.

TERAPEUTA: Certo, ler parece mais uma maneira de você começar a voltar a escrever, em lugar de ir direto para a escrita?

MARK: É, agora eu não conseguiria escrever, de jeito nenhum. Eu simplesmente ficaria olhando para uma página em branco, me sentindo um lixo.

TERAPEUTA: Certo, isso faz sentido. Então, que tal começar com isso? Uma opção é ter um limite para assistir à televisão, às 9 da noite, e poderíamos trabalhar para identificar um livro que você pudesse ler em vez disso.

MARK: Boa ideia, é mais uma questão de eu fazer isso.

É muito importante que o terapeuta não subestime comentários como esse último feito por Mark. Quando os pacientes expressam dúvidas sobre como ou se vão implementar uma estratégia de ativação, é essencial dar atenção a esse detalhe. Além disso, é interessante o terapeuta estar atento a declarações como “eu simplesmente vou ter que me obrigar a fazer isso” que geralmente querem dizer que terapeuta e paciente não identificaram suficientemente as contingências que controlam o comportamento. Em nossa experiência, o uso de simples força de vontade tem poucas probabilidades de sucesso, e essas sugestões sinalizam que é necessária mais avaliação:

TERAPEUTA: Então, precisamos ter certeza de que estamos chegando no verdadeiro problema, em vez de só dizer “ah, você vai fazer isso” e deixar a coisa assim. Que tipo de leitor você é? Você é alguém que pode se envolver realmente com um livro?

MARK: Eu me envolvo muito, sim. Na verdade, eu penso muito no livro durante o dia, se estiver dentro dele.

TERAPEUTA: Mas é difícil fazer com que se envolva.

MARK: É, é uma questão de começar as coisas.

TERAPEUTA: Bom saber. Então temos que envolvê-lo de alguma maneira no livro, para que quando forem 9 da noite, você já esteja envolvido, e aí vai ser mais fácil desligar a televisão.

MARK: Assim seria mais fácil.

TERAPEUTA: E se você comprasse um livro na saída da sessão e começasse a ler no café da livraria?

MARK: Ah, é, está bem no meu caminho, posso fazer isso.

TERAPEUTA: Mark, acho que o segredo nisso tudo é saber o que vai ajudá-lo a avançar em direção

àquilo que auxiliará seu humor. E isso é o que realmente é difícil – fazê-lo voltar às coisas das quais costumava gostar, levando-se em conta que agora você não tem interesse nelas. Quando você se sente bem, não tem qualquer dificuldade de fazer coisas como ler, conviver com os amigos e com suas filhas, e mesmo escrever. Quando não se sente bem, você nota. O problema é que você está de novo nesse ciclo vicioso. Quanto mais tempo você fica sem fazer as coisas, pior se sente e menos quer fazer. Nós devemos descobrir maneiras de ajudá-lo a começar algumas coisas que lhe darão prazer de novo.

A terapeuta reconhece diante do paciente que o novo comportamento será difícil de iniciar em função do humor, e que, mesmo assim, é necessário fazê-lo. Muitas vezes, os pacientes empregam uma abordagem em relação à sua depressão que é “de dentro para fora” ou dependente de seu humor, ou seja, esperam passivamente que seu humor melhore antes de fazer mudanças comportamentais. Os terapeutas de AC ensinam aos pacientes que quando se sentem “para baixo”, não podem se dar o luxo de esperar que tenham um humor melhor. O objetivo é ficar ativo quando se sentirem para baixo (por mais difícil que seja). Aumentar a ativação acabará por melhorar o humor, ainda que não imediatamente, e interromperá o padrão de problemas secundários criados pelo retraimento e pela evitação. Tratar do comportamento dependente do humor (ou falar de uma postura de fora para dentro *versus* de dentro para fora) é uma questão delicada na terapia, na qual é necessária uma *grande* quantidade de empatia pela vivência de se sentir deprimido. *O terapeuta deve equilibrar habilidosamente o estímulo à ação com a validação da dificuldade de se ativar quando a pessoa se sente deprimida.* Além disso, incentivar fortemente até mesmo os menores sinais de aumento da ativação (muitas vezes, com o uso do elogio significativo) é essencial para sustentar o processo de mudança.

MARK: É, eu sei. Grande parte do tempo pode ser que eu saiba o que tenho que fazer, mas não tenho ideia de como me forçar a fazer isso. Simplesmente abandonei muitas coisas, como qualquer atividade social à noite. Nem tento fazer planos. E, como eu disse, por quase um ano frequentei um grupo de escritores todas as terças, mas aí disse para mim mesmo: “Eu não estou escrevendo. Esse divórcio está me arrasando. Qual é a razão de vir? Não tenho nada para acrescentar”. Mas é verdade que quando eu ia, costumava aproveitar muito, mas agora simplesmente não tenho interesse.

TERAPEUTA: Exato, e é aí que eu e você trabalhamos juntos. Quero voltar às conexões sociais e às rotinas sobre escrever, mas vamos ficar com a leitura e a televisão de noite por um pouco mais de tempo antes de outra coisa, pode ser?

MARK: Acho que faz sentido.

TERAPEUTA: Vamos pensar de novo nesse plano do livro. Tem alguma coisa que possa acontecer entre aqui e a livraria que possa desencaminhar o plano?

Nesse momento, a terapeuta e Mark passam o resto da sessão discutindo livros específicos que ele poderia comprar e que maximizassem seu envolvimento, e discutem barreiras potenciais que poderiam surgir e o desviar de seu plano. Também continuam a examinar o Registro de Atividades para identificar outros problemas-chave, incluindo ruminar no trabalho, afastar-se de redes sociais e interromper rotinas que antes costumavam lhe dar prazer (p. ex., cozinhar, fazer exercícios). Em cada caso, a terapeuta utiliza um método similar ao que usou com o problema de assistir à televisão: definir o problema, identificar os antecedentes e as consequências e, verificar as hipóteses sobre como a atividade está relacionada ao humor do paciente. A terapeuta também retorna com frequência ao modelo global da AC para ajudar a explicar as ligações entre atividades e humor. Em cada caso, eles trabalham para aprender juntos quais alvos possíveis podem ser mais promissores para ativação.

Além disso, a terapeuta também continua a enfatizar que a simples decisão de “se forçar a fazer” não tem probabilidade de funcionar como estratégia de ativação para Mark, e que é essencial vincular o plano de ativação a um claro entendimento da função dos comportamentos problemáticos. A terapeuta usa uma combinação de questionamento suave, validação consistente dos papéis de se afastar e evitar, baseando-se no modelo da AC, e discussão repetida dos potenciais obstáculos aos planos de ativação. A terapeuta também destaca para Mark que cumprir as tarefas de casa pode não trazer alívio imediato.

“O que realmente será bom esta semana é ver que efeitos essas coisas têm em seu humor. Mesmo que elas só tenham um pouco de efeito positivo, saberemos que estamos no caminho certo. E, Mark, elas podem não ter um efeito positivo imediato em seu humor. Pode ser que o ato de fazer com que você as realize seja o sucesso em si, e que você precise continuar fazendo isso por um tempo antes de começar a se sentir melhor. Mas meu palpite é que algumas dessas coisas vão ajudá-lo a se sentir melhor, mesmo no curto prazo”.

A sessão finalizou com a terapeuta e Mark re-passando os exercícios de casa, que incluíam comprar um livro novo, começar a ler no café e desligar a televisão todas as noites às 9 horas da noite e ler. Eles também acertaram que Mark retornaria o telefonema de uma velha amiga, Mary, que morava em seu bairro e andava tentando entrar em contato com ele.

Sessão 4

Mark chegou à quarta sessão com pouca melhora na gravidade de sua depressão. Ele contou que havia aumentado seu contato social, mas não tinha se sentido melhor. Também tinha adiado o exercício de comprar um livro novo e continuava a ver televisão até tarde da noite. O terapeuta tratou desses dois problemas de forma direta e concreta, com curiosidade e interesse.

MARK: Foi um fim de semana realmente ruim. Eu telefonei para Mary e acabei indo a esse coquetel que ela tinha organizado na piscina comunitária. Fiquei meio surpreso por ter ido, mas achei que estar ao ar livre me faria bem. Fiquei pensando no que conversamos e no quanto eu adorava nadar, até era salva-vidas no verão, durante a faculdade, mas acho que me senti pior depois de ter ido. Acho que teve momentos em que foi divertido, mas fiquei muito frustrado com a coisa toda. Simplesmente passei o resto do fim de semana escondido em meu apartamento.

TERAPEUTA: Isso seria bom de colocar na sua pauta? Fazer coisas que costumava gostar sem aproveitar?

MARK: Claro.

TERAPEUTA: E também quero ter certeza de que falemos do que aconteceu com o livro e a televisão. De que você quer falar antes – de ligar para Mary e a festa, ou da televisão?

MARK: Acho que podemos pegar a televisão primeiro. Só hoje eu comprei o livro. Na sexta-feira eu voltei da festa e só fui para a cama depois da meia-noite.

TERAPEUTA: Você assistiu televisão?

MARK: Não, acho que eu estava mais cansado por estar fora toda a noite, então simplesmente peguei no sono quando cheguei.

TERAPEUTA: E sábado e ontem à noite?

MARK: Mais ou menos a mesma coisa. Fiquei acordado até tarde em ambas as noites.

Dada a importância de prestar atenção constante e regular à realização do exercício de casa, a terapeuta avalia o que interferiu para que Mark não fizesse o exercício anterior completamente.

TERAPEUTA: Fico feliz que você tenha comprado o livro. Que ótimo! Eu também estou curiosa sobre o que o impediu de fazer isso antes. Se não me engano, você ia comprar no caminho de volta da sessão passada, não?

MARK: Ia, mas aí alguém me ligou do trabalho, e precisava me encontrar, então eu não tive tanto tempo quanto achava que teria, mas achei que poderia fazer isso depois do trabalho, e depois, de noite, pensei, “vou fazer no fim de semana, que tenho mais tempo”. Não sei.

TERAPEUTA: Se você voltar ao momento em que saiu da sessão na última vez, quando recebeu o telefonema do trabalho, houve alguma outra coisa que desencaminhou o plano?

MARK: Não, foi isso mesmo. Eu ainda estava bastante otimista com comprar o livro. Só que eu não tive tanto tempo quanto pensava e tive que ir ao trabalho.

TERAPEUTA: Certo, é bom saber isso. Então o seu plano era comprar o livro no fim de semana, mas só comprou hoje. No fim de semana você pensou em comprá-lo ou isso só surgiu de novo hoje?

MARK: Pensei, mas me senti tão mal depois da festa que simplesmente não consegui.

TERAPEUTA: Parece que você estava realmente para baixo. Você se lembra daquele diagrama que nós usamos em nossa primeira sessão para compreender o quadro mais amplo da depressão? Eu acho que também se encaixa aqui.

MARK: Como?

TERAPEUTA: Então, se pensarmos na festa como o que aconteceu, você se sentiu realmente para baixo e desanimado, certo? (*Puxa o modelo e escreve essa situação.*)

MARK: Certamente.

TERAPEUTA: E você se afastou ficando em casa no fim de semana e não comprando o livro. Meu palpite é que isso fez você se sentir mais desanimado. Não foi assim?

MARK: Totalmente. Eu pensei, meus Deus, não consigo nem fazer uma coisa simples como comprar um maldito livro.

TERAPEUTA: É isso, então tem essa espiral descendente sendo desencadeada.

MARK: É exatamente isso. Eu queria fazer cada vez menos e me sentia cada vez pior.

TERAPEUTA: É ótimo que você consiga ver como essas coisas estão todas conectadas. Fico curiosa para saber como você conseguiu ir comprar o livro hoje. Você está se sentindo melhor ou é alguma outra coisa?

MARK: Não estou me sentindo tão mal, e como hoje já estava na rua, foi mais fácil comprá-lo. E também eu sabia que ia encontrá-la e que perguntaria.

TERAPEUTA: Isso é muito bom! Então uma coisa que já sabemos é que eu tenho de seguir acompanhando essas coisas, porque isso o ajuda a fazê-las.

MARK: (*Rindo um pouco.*) É verdade, não que eu tivesse gostando de ser cobrado, mas ajudou, eu acho.

TERAPEUTA: E sair de casa para comprar um livro no fim de semana era muito mais difícil do que fazer isso hoje de manhã, já que você já estava saindo para trabalhar. O fato de já estar fora ajudou a realizar seu exercício de casa.

MARK: Ajudou. Esse tipo de coisa parece acontecer muito ultimamente.

TERAPEUTA: Então uma solução seria não esperar pelo fim de semana quando você tem um exercício específico para fazer, porque aí parece ser mais difícil você conseguir fazer as coisas. A outra coisa seria que estabelecêssemos um sistema de verificações por telefone quando você estiver se sentindo particularmente para baixo, já que parece que isso o ajuda a saber que vamos acompanhar esses exercícios quando nos encontrarmos. A outra questão, no entanto, é entender o que o fez ficar tão para baixo nesse fim de semana, e o que fazer a respeito.

MARK: Acho que isso é o principal.

TERAPEUTA: Vamos falar um pouco da festa e do fim de semana para entender o que vai ajudar mais? O que você acha? E não deixaremos de voltar ao plano da televisão e da leitura.

MARK: Certo. Eu queria não me sentir tão mal como me sentia.

TERAPEUTA: Por que não damos uma olhada em seu Registro de Atividades? (*Revisa o registro.*) Parece que suas classificações de humor estavam moderadas na terça e na sexta-feira depois de nos encontrarmos. Depois, na sexta, na festa e no resto do fim de semana, elas estavam altas, 7, 8 e 9 também.

MARK: Não sei se isso é para mim, sinceramente. Acho que tentei, ligando para a Mary, indo à festa. Eu não queria fazer nenhuma das duas coisas, mas fiz. E me senti pior depois.

Quando os pacientes dizem que estão aumentando a ativação e seu humor não está melhorando, é importante avaliar várias explicações possíveis.

Em primeiro lugar, os terapeutas podem examinar se os exercícios de ativação eram demasiado ambiciosos e não incorporavam a graduação correta. Nesses casos, é importante que os terapeutas reconheçam a responsabilidade por isso e recomendem tarefas baseadas em componentes menores do exercício. Em segundo, os terapeutas devem refletir sobre se a análise funcional estava correta. É possível que eles estejam ativando o paciente em um domínio com poucas probabilidades de render melhorias no humor? Terceiro, os terapeutas devem examinar se o pensamento ruminativo está prejudicando a ativação. Nesses casos, os pacientes se envolvem *fisicamente* na exercício de ativação enquanto, *mentalmente* permanecem sem se envolver com o contexto e é menos provável que tenham oportunidade de experimentar recompensa. Quarto, é possível que, embora a ativação possa não melhorar o humor imediatamente, ela ainda esteja “nos trilhos” porque os pacientes estão dando passos ativos na direção de resolver problemas e tratar de objetivos importantes em suas vidas.

No caso de Mark, a terapeuta decidiu inicialmente trabalhar com a possibilidade de que a ruminação estivesse prejudicando a ativação, com base nos comentários de Mark em sessões anteriores, sobre ruminar com frequência sobre Diana e o divórcio.

TERAPEUTA: Acho que uma coisa que podemos explorar juntos é o que passava pela sua cabeça durante a festa. Quando você estava de pé perto da piscina, conversando com outras pessoas, ou mesmo nadando, o que passava pela sua cabeça?

MARK: Sabe como é, quando eu estava mergulhando, me lembro de que esses foram momentos agradáveis da festa. O barulho da água salpicando, o frescor, o silêncio, tudo isso foi ótimo. Era disso que eu gostava em nadar, mas, por outro lado acho que estava me ausentando mentalmente. Estava com muitas pessoas de quem gosto de verdade. Mary é muito querida, e toda a família dela da Costa Leste estava aqui, visitando. Fazia anos que eu não os via e realmente gosto de todos eles. São ótimas pessoas. Mas isso não importava de verdade. Eu simplesmente não estava lá.

TERAPEUTA: Você pensou em Diana ou em você mesmo em relação a ela?

MARK: É, foi principalmente isso.

TERAPEUTA: As outras pessoas que estavam lá conversavam com você?

MARK: Sim, eu estava falando com elas. Eu conseguia ouvir as palavras saindo da minha boca, mas simplesmente não estava lá.

TERAPEUTA: Então você tem uma classificação neste registro para a festa, um 7. Mas, se desmembrasse essas peças – a natação, quando estava totalmente envolvido com a atividade, e a conversa, quando sua cabeça estava em outro lugar – qual seria a classificação de cada uma?

MARK: Nadar... foi bom. Acho que seria um 3, se 0 é se sentir bem. Quer dizer, eu não zerei. Mas a conversa... foi horrível, um 9.

A terapeuta conseguiu identificar o problema que estava prejudicando os benefícios potenciais da ativação. Ela continua avaliando a natureza e o alcance do problema.

TERAPEUTA: Estou tentando entender se, quando você está ativamente envolvido em uma atividade que demanda alguma atenção, esses são os momentos mais agradáveis?

MARK: É, é verdade.

TERAPEUTA: Esse é um problema que também influencia o seu humor e sua realização de tarefas no trabalho?

MARK: Sim, exatamente. Eu vou para a minha sala e é como se o tempo desaparecesse. Passam horas e eu não fiz nada. Eu fico só vagando por coisas que aconteceram com a Diana, o que eu disse, o que poderia ter dito. É horrível.

TERAPEUTA: Certo, então já sabemos que esse é um problema importante a enfrentar. Está o impedindo de aproveitar momentos que têm potencial para melhorar seu humor e o está impedindo de administrar bem o seu trabalho. Podemos falar mais do que aconteceu na festa?

MARK: Sim.

TERAPEUTA: Como você normalmente conversaria com a família de Mary, se não estivesse pensando nessas coisas? O que eu veria de diferente nesses momentos em relação ao que poderia ter visto na sexta-feira?

MARK: Eu estaria conversando com todo mundo, não estaria me sentindo tão mal.

TERAPEUTA: É, é exatamente isso. O que me deixa realmente curiosa é: quando você não se sente tão mal, o que faz de diferente? Estaria fazendo mais perguntas? Olhando mais nos olhos? Respondendo de outra forma?

MARK: É, tudo isso. Eu estaria mais ativo na conversa.

TERAPEUTA: Então você estaria mais envolvido.

MARK: É, mais envolvido, com menos desse sentimento pesado, sabe como é, esse sentimento tipo “que saco”.

Na parte anterior da sessão, a terapeuta começou a definir em termos comportamentais o que Mark faz nas interações interpessoais quando não está deprimido. Especificar cuidadosamente esses comportamentos é um passo importante para desenvolver alguns planos possíveis para mudar a forma como Mark trata situações desse tipo.

TERAPEUTA: Você acha que, se pudesse praticar a conversa quando não está se sentindo para baixo, como faria normalmente com essas pessoas, se sentiria melhor?

MARK: Não sei.

TERAPEUTA: Acho que a chave é observar o que você faz em resposta à ruminação e ver se está ajudando ou não o seu humor, e depois nós começarmos a explorar o que você tem que fazer diferente. Parece que, na festa, o que você estava fazendo quando seu humor estava melhor era estar mais envolvido.

MARK: É verdade, mas aí, quando estou assim, não tenho muito o que dizer.

TERAPEUTA: Sim, quando está deprimido, você é mais silencioso e retraído.

MARK: É, porque é sofrido, eu vejo os pais da Mary e penso: “Eles estão casados há 30 anos. Eu poderia ter tido isso com Diana”. E aí eu começo a pensar que ela está com outra pessoa, e a partir daí a coisa desaba.

TERAPEUTA: Você tem toda a razão. Tem muito sofrimento aí. E o que acontece é que, em resposta a essa dor, você reduziu a atividade em sua vida. Então você não apenas sente a dor de ser lembrado dessa perda, como também não tem muito mais coisas acontecendo em sua vida. E mesmo quando está fazendo coisas, você não está tão envolvido, porque está sofrendo muito. Acho que temos de fazê-lo voltar a realizar coisas de antes da separação e de antes de vocês estarem juntos. Temos de fazer você voltar a seu ponto de partida, e uma vez que façamos isso, poderemos descobrir como fazê-lo se sentir ainda melhor do que isso.

MARK: Parece bom.

TERAPEUTA: Sei que você está pensando que isso é apenas uma doce promessa, mas podemos descobrir como fazer. A chave é formular alguns passos concretos e administráveis para ajudá-lo a se envolver mais quando estiver fazendo alguma des-

sas atividades, como ir à festa. Você tem razão, é muitíssimo mais difícil fazer isso quando você não está se sentindo bem, mas esses comportamentos são parte da razão por que você gostava dessas ocasiões no passado. Sabemos que você gostava de Mary e de sua família, e sabemos que você tem muito prazer em nadar quando sua cabeça está integralmente presente na atividade. Então a questão é não apenas telefonar para seus amigos, como você fez tão bem com Mary, mas também ir aos encontros e fazê-lo interagir realmente em vez de simplesmente estar na festa. Às vezes, quando se surpreender se retraindo em seus pensamentos, precisamos desenvolver estratégias específicas para ajudá-lo a fazer isso com menos frequência. Você consegue pensar em algo que o ajudaria com isso?

MARK: Não sei. Simplesmente parece que eu não tenho muito o que dizer nesses dias.

TERAPEUTA: Eu sei que é difícil. Há várias coisas que você poderia fazer, como mais perguntas e prestar mais atenção às respostas. Ou poderia se concentrar em alguma coisa mais específica, como a voz ou a expressão facial, para impedir que sua cabeça fique viajando. Às vezes, funciona simplesmente observar que você decolou e então respirar fundo para voltar a atenção ao objetivo daquele momento.

MARK: Acho que posso tentar isso. A minha cabeça parece simplesmente continuar viajando.

TERAPEUTA: Sei. Então sua tarefa, nesse caso, seria praticar a vigilância em relação a quando isso acontece, porque vai acontecer. Quanto mais você notar que está à deriva, mais pode praticar voltar a atenção a seu amigo. A sua cabeça viaja aqui?

MARK: Acho que sim, um pouco.

TERAPEUTA: Por que não experimentamos aqui? Vamos escolher alguma coisa para nos concentrarmos, e aí você pode praticar aqui.

MARK: Está bem, o que faço?

TERAPEUTA: Vou nos cronometrar pelos próximos cinco minutos e, à medida que conversamos, quero que você pratique prestar toda a atenção em nossa discussão. Sua cabeça vai viajar, principalmente se estivermos falando de alguma coisa que lembre a sua ex-esposa, eu diria. Então vamos escolher alguma coisa em que você possa se concentrar para trazer de volta sua atenção à nossa conversa. Que tal o som da minha voz, como mudanças de tom, como eu articulo as palavras, o ritmo da minha fala?

MARK: Eu posso tentar.

TERAPEUTA: Ótimo. Então vamos falar sobre algumas opções para conexão social que você poderia fazer este fim de semana.

A terapeuta e Mark continuaram essa discussão pelos minutos seguintes, quando ela o interrompeu para pedir seu *feedback* sobre essa experiência.

TERAPEUTA: O que você observou?

MARK: Não sei, talvez que você estava falando suavemente.

TERAPEUTA: Quanto você estava envolvido em nossa discussão? Por que você não me dá uma classificação, com 0 sendo nem um pouco envolvido, e 10 totalmente envolvido?

MARK: Acho que, talvez, uns 7. Não foi tão difícil aqui, porque eu estava realmente concentrado. Acho que comecei a pensar um pouco em Diana quando falamos sobre telefonar para Mary. Eu me lembrei de prestar atenção na sua voz, e acho que você soava muito interessada. Ficou mais difícil para eu viajar quando você parecia estar prestando tanta atenção no que estávamos falando.

TERAPEUTA: Foi essa a minha impressão, também, de que seu envolvimento era alto, em termos gerais, e que você parecia voltar a atenção algumas vezes. Isso é ótimo!

MARK: Sim, mas foi meio estranho. Quer dizer, em geral as pessoas não estão tão concentradas quando estão falando de coisas normais.

TERAPEUTA: Isso é verdade. Eu posso ter prestado mais atenção ao que você estava dizendo e fazendo do que outras pessoas em interações sociais típicas. E isso pode parecer muito artificial agora. Mas meu palpite é que quando você estiver mais envolvido em interações sociais, não vai ser necessário se concentrar tanto. Vai simplesmente acontecer automaticamente.

MARK: Pode ser.

Assim, a terapeuta gera uma estratégia para bloquear a evitação (ruminação) ao substituí-la por um novo comportamento na forma de prestar atenção à experiência imediata e direta. Embora, nesse caso, Mark tenha experimentado como direcionar sua atenção a estímulos interpessoais, os pacientes também podem fazê-lo com outros aspectos dos estímulos sensoriais, como visões, odores e assim por diante. O ensaio comportamental em sessão é muito importante no sentido de que permite ao paciente praticar e receber *feedback* direto do terapeuta, ambos os quais

aumentam a probabilidade de sucesso fora da sessão. A seguir, a terapeuta volta ao exercício específico de revisar e desenvolver exercícios comportamentais para a próxima sessão.

TERAPEUTA: Voltemos à questão de você não sair de casa todo o fim de semana. Você acha que sair para comprar o livro era muito difícil? Tem alguma coisa mais fácil que você poderia ter feito para se envolver um pouco mais neste fim de semana?

MARK: Não tenho certeza. Qual é a dificuldade de sair e comprar um livro?

TERAPEUTA: É muito difícil, quando a pessoa está muito para baixo. Vamos pensar em passos menores. Só você pode dar um passo menor e receber um pouco de reforço por isso, aí fica mais fácil avançar para seu objetivo.

Terapeuta e paciente continuam nessa linha, com a atribuição de exercícios graduais. Como Mark anteriormente gostava de convivência, ele e a terapeuta formularam um plano para o fim de semana: ele começaria retornando alguns telefonemas de amigos e convidando Mary para almoçar. No almoço, se concentraria especificamente em prestar atenção à conversa. A terapeuta também levantou a possibilidade de nadar como atividade de exercício. Mark disse que achava que já era suficiente com as tarefas que eles já tinham desenvolvido; assim, decidiram deixar a discussão sobre nadar para depois. A seguir, a terapeuta usa os últimos momentos da sessão para revisar o exercício de casa, para encorajar o progresso, validar a dificuldade de mudança e reforçar o modelo básico do tratamento.

Sessão 5

No início da Sessão 5, Mark relata melhorias em seu humor e a terapeuta inclui isso como um item da pauta. Sua discussão possibilita que o terapeuta enfatize uma questão importante em relação a manter novos comportamentos em rotinas permanentes e regulares. Nessa sessão, a terapeuta continua a enfatizar o padrão de conexões sociais e a avaliar fatores que aumentam a vulnerabilidade de Mark ao humor exacerbado quando está sozinho.

TERAPEUTA: Tentemos entender mais detalhadamente por que você está se sentindo melhor?

MARK: Acho que o plano da leitura está ajudando. Eu terminei o livro.

TERAPEUTA: Ótimo! Então você provavelmente precisa de outro livro.

MARK: (*Rindo.*) Acho que sim, você não acha que foi isso que curou o problema?

TERAPEUTA: (*Rindo.*) Ah, como eu queria que fosse isso! Mas, falando sério, Mark, acho que isso é muito importante. Quando você começa a se sentir melhor, há uma tentativa real de recuar em relação às próprias coisas que estão ajudando. Faz sentido, já que fazer essas coisas requer tanto esforço, eu sei, mas manter a rotina é muito importante.

MARK: É verdade. De fato, acho que me saí muito bem com isso nesta semana. Tenho procurado mais as pessoas.

TERAPEUTA: Que bom!

MARK: E a Mary me ligou de novo. Então, acho que não fiz o que combinamos em termos de ligar para ela, mas a convidei para almoçar quando ligou. Eu não queria realmente, porque estava me sentindo para baixo quando ela telefonou. Tinha acabado de receber uma carta do advogado, sobre mais coisas de dinheiro com Diana, mas a convidei e levei as crianças também. Acho que elas gostaram bastante. Eu me concentrei mesmo em perguntar muitas coisas a elas durante o almoço. Acho que isso também ajudou.

TERAPEUTA: Mark, você definitivamente teve mais contato social nos últimos dias! Você está fazendo uma parte enorme desse tratamento, que é agir segundo os objetivos e planos que estabelecemos aqui, em vez de ser guiado por como você se sente no momento.

MARK: Eu tentei.

TERAPEUTA: Você conseguiu! Você tinha falado sobre almoçar com seu colega de trabalho. Você fez isso?

MARK: Fiz, sim.

TERAPEUTA: Você fez muita coisa! Que ótimo. Certo, eu posso estar forçando a sorte aqui, mas o que você acha de acrescentar a natação à nossa pauta?

MARK: Eu sabia que você ia me perguntar sobre isso.

TERAPEUTA: (*Rindo.*) Você me conhece muito bem. O que acha da ideia?

MARK: Provavelmente é uma boa ideia. Na verdade, há uma aula de natação que as meninas gostam de fazer no fim de semana, e eu poderia levá-las e fazer umas voltas na outra piscina enquanto isso.

TERAPEUTA: Ótimo! Elas vão estar com você neste fim de semana? Podemos marcar isso para esta semana?

MARK: Sim, acho que isso ajudaria.

TERAPEUTA: Mark, você acha que reconectar com as pessoas e algumas dessas atividades, como a leitura, estão ligadas a sua melhora de humor?

MARK: Acho. Isso certamente teve muito que ver. Ainda não tenho certeza de estarmos chegando ao problema real, mas você tem razão que ajuda.

TERAPEUTA: Então também devemos falar disso. Antes de seguirmos, tem alguma outra coisa que você ache que está contribuindo para seu humor positivo, ou é mais ter contato social que você considera que reforça?

MARK: É o contato social e tentar me distrair com a leitura.

TERAPEUTA: Que bom! Boa lembrança. Vamos falar um pouco de outro livro e como se pode manter essa pauta.

Nesse momento, a terapeuta e Mark se concentram em desenvolver um plano específico para escolher e comprar um livro novo para dar continuidade à rotina de leitura. A seguir, ela retorna aos comentários de Mark sobre se as intervenções estão tratando do que é mais importante.

TERAPEUTA: O que você mencionou antes sobre o problema real... estou curiosa para saber o que você quis dizer.

MARK: Acho que ainda estou pensando muito na Diana. Acho que tem uma parte de mim que tem que cortar isso, só que ainda não está acontecendo. E fico pensando, me perguntando: “Ainda haverá alguma chance para nós? O que foi que eu fiz para estragar tudo?” E aí começo a pensar: “Isso é tudo o que eu tenho agora, almoçar com as pessoas, ler sozinho de noite?” Sabe como é, o tipo de coisa que temos feito... Não sei, vai mesmo consertar alguma coisa?

TERAPEUTA: Mark, sei que parece que essas coisas não estão atingindo o problema real em termos de você pensar em Diana, e concordo que é muito importante falar disso. Ao mesmo tempo, não quero que percamos de vista que essas outras coisas fazem muita diferença. É importante que você se reconecte com formas de levantar seu humor antes de começar a lidar com alguns dos problemas do passado, e os que ainda surgem com Diana. Além disso, acho que vamos descobrir que tem alguns padrões semelhantes, então a maneira como você tentou se afastar de outras pessoas desde que está para baixo pode ter alguma ligação com o que aconteceu com Diana.

MARK: É verdade, acho que não está totalmente separado.

TERAPEUTA: Você está dizendo que agora é hora de começar a concentrar seu tempo mais diretamente nesses temas?

MARK: Acho que sim. Talvez eu esteja mais consciente disso porque estou me sentindo melhor. Acho que estou me perguntando mais: “Isso é tudo que existe, agora?”. Simplesmente parece uma vida muito solitária para se levar, se é isso.

A terapeuta e Mark terminam a sessão revisando os exercícios e combinam de voltar às questões importantes na sessão seguinte.

Sessões 6-9

Na próxima série de sessões, a terapeuta e Mark voltaram à questão que ele levantou na sessão 5. Há várias sessões, ele relata melhorias do humor relacionadas a progressos feitos nas coisas a fazer em casa, a exercícios e a estar mais socialmente conectado em círculos casuais e de amigos. Essas áreas de progresso se refletem constantemente em seus formulários de Registro de Atividades, que agora visam especificamente as áreas de envolvimento social, leitura e natação (ver a Fig. 9.4). (Essa versão do Registro de Atividades pode ser considerada quando os alvos de ativação são claros e bem desenvolvidos, e as informações detalhadas, coletadas por meio do monitoramento a cada hora, não são tão necessárias. Também pode ser usada para pacientes que têm dificuldades com Registros de Atividades mais detalhado.)

Mesmo com áreas claras de melhora na ativação e no humor, Mark também informa que seu humor está vulnerável à sua tendência a ruminar com frequência sobre sua ex-mulher. A terapeuta e ele começam a explorar a função potencial dessa ruminação. Como fizeram em relação a assistir à televisão e a ruminar durante interações sociais, desenvolvem algumas hipóteses iniciais sobre as consequências dessa ruminação sobre a ex-mulher.

TERAPEUTA: É possível que ruminar possa ser, em si, uma forma de evitar? Como se o seu pensamento ficasse trancado, num formato de disco arranhado. Você fica repassando o que fez de errado, o que poderia ter feito, e um dos efeitos é que está, na verdade, evitando as emoções dolorosas da perda de um relacionamento, e talvez, também, evitando explorar outros relacionamentos?

MARK: É que eu sinto como se não conseguisse aguentar a perda. É isso que eu não consigo aceitar, que se perdeu. Fico pensando que talvez haja uma forma de recuperar, mesmo sa-

Tarefa	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Leitura	✓	✓	✓	✓			✓
Procurar outras pessoas	✓	✓	✓			✓	✓
Natação						✓	✓
Humor	5	5	5	6	8	3	3

FIGURA 9.4 Amostra de Registro de Atividades preenchido (diariamente).

bendo que simplesmente não tem. Não conseguimos nem nos comunicar sobre a saúde das crianças sem um advogado.

TERAPEUTA: Então, de certa forma, ruminar pode ser uma forma de evitar lidar com a perda e com a tristeza. Fico pensando se parte disso vem do que você aprendeu sobre como enfrentar uma grande perda depois que seu pai foi embora. Parece que ninguém falava disso e você se viu preso em pensamentos sobre como pode ter sido responsável. Fico pensando se é difícil saber o que fazer emocionalmente agora.

MARK: Isso certamente é verdade, sobre o que aconteceu quando eu era criança.

TERAPEUTA: Então, uma possibilidade que poderia experimentar é tirar um tempo para vivenciar a tristeza e a perda.

MARK: Não sei, pensar nela e no que eu perdi parece sufocante. Eu só quero superar isso e seguir adiante.

TERAPEUTA: Eu sei. Exatamente! O problema é que ruminar parece ter o efeito de impedi-lo de seguir adiante. Em lugar de avançar para outros relacionamentos e objetivos em sua vida, sua mente fica repassando o que aconteceu ou deixou de acontecer com Diana.

MARK: Não sei se estou pronto para outras relações.

TERAPEUTA: Então, se não estivesse ruminando tanto, você acha que poderia estar sentindo mais medo?

MARK: Quando eu penso em entrar em outra relação... Sabe como é, acho que tem uma pessoa no meu trabalho que está interessada em sair comigo, mas isso é parte da razão pela qual eu tenho meio que deixado de fazer coisas com ela. Ela me convidou para almoçar algumas vezes. Eu só não quero voltar à mesma coisa em que estava há dois anos. Não aguento tudo isso de

novo, também não quero submeter minhas filhas a isso.

TERAPEUTA: Então pode ser que ruminar tenha o efeito de represar não apenas os sentimentos de perda em relação a Diana, mas também os temores sobre futuras perdas.

A terapeuta também enfatiza a importância de continuar com os planos de ativação desenvolvidos nas sessões anteriores para manter rotinas adaptativas e melhorar o humor. Especificamente, eles destacam a necessidade de atenção permanente ao contato social, ao exercício e à leitura. Além disso, ela e Mark começam a discutir seu retorno ao grupo de escritores mais detalhadamente, começando a desmembrar o exercício maior em partes administráveis. O trabalho com esses alvos constitua a maior porção da parte central do tratamento. À medida que Mark começa a tratar dos sentimentos de perda mais diretamente e continua a trabalhar nas conexões sociais, exercícios e limitar a televisão, também começa a expressar interesse em sair com mulheres de novo.

Sessões 10-15

Nessa parte do tratamento, a terapeuta e Mark começam a tratar diretamente da perspectiva de ele desenvolver novos relacionamentos íntimos em sua vida, principalmente com uma colega de trabalho por quem se sente atraído. Eles exploram o que é necessário para se aproximar em vez de evitar o medo que ele sente de começar uma nova relação, e a terapeuta levanta a hipótese específica de que o estilo ruminativo de Mark pode ter funcionado para evitar aprender a partir dos padrões de relacionamento anteriores. A terapeuta usa o acrônimo TRAP/TRAC como forma simples de fazer Mark reconhecer as condições que ele provavelmente evita (a armadilha, TRAP), e depois se envolver em comportamento de enfrentamento mais adaptativo para voltar ao rumo (aos trilhos, TRAC). Por exemplo, ele contou que via a colega de

trabalho (o gatilho) e começava a se sentir nervoso (a resposta) e não falava com ela, ou limitava a conversa a questões superficiais de trabalho (o padrão de evitação). Seu enfrentamento alternativo nas mesmas condições envolvia convidá-la para ir tomar um café. Depois, as sessões se concentraram em examinar em detalhe o que ele pode aprender com seu casamento que seria útil em relações futuras. O diálogo a seguir é um exemplo dos tipos de foco dessas sessões.

MARK: Uma das coisas que aconteciam muito com Diana é que eu nunca sentia que estava presente realmente com ela nem com as meninas. Era como se elas estivessem nesse mundinho juntas e eu estivesse do lado de fora de alguma maneira. Sempre achei que deveria me colocar mais no centro, como dizer mais o que pensava, mas não fazia isso. Nunca fiz.

TERAPEUTA: Isso causava conflitos com ela?

MARK: Sim, claro. Foi uma das coisas que ela disse quando terminou tudo. Estar do lado de fora é uma coisa muito pesada para mim.

TERAPEUTA: O que estar do lado de fora envolve, especificamente? Como eu saberia se você estivesse fazendo isso?

MARK: É simplesmente não estar disposto a falar das coisas. Ela sempre disse que era como se eu não estivesse nem dentro nem fora nem nada, simplesmente em cima do muro o tempo todo.

TERAPEUTA: Você consegue se lembrar de um exemplo específico de quando isso foi um problema?

MARK: Bom, a minha mãe e meus irmãos jamais gostaram muito da Diana. Mas eu não fiz muito para defendê-la diante deles. Eu simplesmente deixei as coisas acontecerem...

TERAPEUTA: Então isso pode ter sido uma TRAP com ela? Foi um gatilho que você achasse que ela queria algo de você em termos de compromisso?

MARK: Foi, sim, porque eu acabava me sentindo muito dominado por isso.

TERAPEUTA: E o padrão de evitação era se retrair.

MARK: Eu fazia isso, simplesmente me afastava, e ela tinha de dar conta de toda a cena com a minha família.

TERAPEUTA: Então, com sua colega de trabalho, se você tivesse de assumir uma posição com ela agora, o que seria? Como seria o enfrentamento alternativo?

MARK: Não tenho ideia.

TERAPEUTA: Você acha que tem um gatilho parecido?

MARK: Pode ser, porque acho que ela deve estar pensando o que acontece comigo? Tipo, eu estou interessado ou não?

TERAPEUTA: Você tem sido claro sobre estar interessado em sair com ela?

MARK: Não. Conversamos muito no trabalho, mas eu não poderia dizer que falei muito disso.

TERAPEUTA: Você gostaria de convidá-la para sair?

MARK: Sim. Acho que gostaria.

TERAPEUTA: Por que não pensamos em algumas coisas específicas que você poderia dizer como alternativas ao retraimento e praticamos algumas delas?

Nessas sessões, a terapeuta e Mark definem, em termos muito específicos e concretos, os tipos de comportamento associados à redução da satisfação e da qualidade em seu casamento. Por exemplo, a pergunta seguinte da terapeuta a Mark é central e se faz repetidas vezes durante a AC: “O que estar do lado de fora envolve, especificamente? Como é? Como você saberia quando estivesse fazendo isso?”. A terapeuta enfatiza a identificação de comportamentos claros, específicos e observáveis ao analisar comportamentos e definir objetivos. Depois, ela e Mark trabalham para identificar estratégias específicas que ele possa usar para praticar comportamentos alternativos na busca de um relacionamento futuro. Eles continuam a usar a estrutura TRAP/TRAC para examinar situações que surjam e a resposta de Mark a elas, bem como para orientá-lo rumo a uma abordagem com maior envolvimento nas relações interpessoais íntimas. À medida que Mark começa a sair, eles têm ampla oportunidade de revisar e refinar estratégias por meio de exercícios de ativação que visem ser direto e presente nas relações íntimas.

Sessões 16-19

Na sessão 16, a terapeuta e Mark concordam que o centro do trabalho de entender e resolver a depressão em termos de seu contexto de vida singular e seus padrões de resposta evitativos foi completado. Ele foi ativado com sucesso em termos de seus comportamentos problemáticos secundários (p. ex., aumento da leitura, exercícios, contatos sociais e atividades na casa, menor tempo assistindo à televisão) e deu passos para resolver os problemas de luto e medo da intimidade por meio de um novo relacionamento.

Dessa forma, as sessões finais do tratamento revisaram e consolidaram temas básicos e métodos usados na terapia. Especificamente, a terapeuta e Mark identificaram a importância de continuar a praticar suas novas habilidades de bloquear a rumi-

nação prestando atenção a objetivos imediatos e a sua experiência direta e imediata, e sendo mais direto e expressivo com sua nova parceira. Além disso, a terapeuta revisou cuidadosamente com Mark as formas como ele aprendeu a usar os fundamentos da ativação comportamental por conta própria. Juntos, revisaram a forma como ele saberia quando está começando a se sentir deprimido ou a ter padrões evitativos de resposta. Também revisaram passos específicos que ele poderia dar para começar a monitorar seu humor e suas atividades e resolver problemas com comportamentos de enfrentamento alternativos. Identificaram especificamente vários comportamentos alternativos que foram muito úteis para romper o ciclo vicioso da depressão, da evitação e do retraimento. Esses comportamentos antidepressivos incluíam, por exemplo, fazer exercícios, telefonar para um amigo e ler. Mark informava que se sentia bem capacitado com essas ferramentas e as oportunidades que tinha tido de praticá-las na terapia. Ele também contou que se sentia estimulado em relação às mudanças positivas que já tinha feito em sua vida e terminou o tratamento expressando otimismo em relação a seu futuro, e agradeceu carinhosamente à terapeuta por todo o trabalho que fizeram juntos. Com o tempo, Mark continuou mantendo os ganhos que teve no tratamento, tendo estabelecido uma relação com uma mulher, com quem noivou no ano seguinte. Ele continuou a praticar muitas das habilidades que aprendeu na terapia no contexto de seu novo relacionamento, com suas filhas e com seus colegas de trabalho e amigos.

Resumo do caso

O desenvolvimento do tratamento de Mark é um exemplo de muitos dos princípios e estratégias fundamentais da AC. O tratamento partiu de uma análise cuidadosa e permanente dos problemas centrais que ele apresentava, permitindo ao terapeuta desenvolver a conceituação da organização do caso. Esse trabalho foi completado em conjunto com Mark nas sessões e também foi o foco das reuniões da equipe de supervisão clínica permanente, da qual a terapeuta de Mark era um dos membros. Durante o tratamento, ela usou uma série de estratégias específicas, incluindo estabelecer objetivos, automonitoramento, atribuição gradual de exercícios, solução de problemas, ensaio comportamental e atenção à experiência. Ela também abordou uma série de alvos de tratamento importantes frequentemente observados na AC, incluindo a evitação interpessoal, a ruminação e a interrupção de rotinas.

Em termos gerais, a terapeuta trabalhou como um *coach* durante a terapia, ajudando Mark a usar a solução de problemas para dar passos específicos para

superar padrões de evitação e se envolver em atividades. Ela também ensinou Mark a identificar ligações entre atividade e humor, para que eles pudessem descobrir juntos onde concentrar tempo e atenção. Ela usou as estratégias ENLIVEN dentro de cada sessão e manteve a estrutura de cada uma delas, e a direção geral do tratamento, com foco permanente em aprender juntos e agir. Ela manteve uma abordagem concreta, sem julgamentos, direcionada à solução de problemas em relação ao desafio de tratar a depressão e as dificuldades que surgiram durante a terapia de Mark, respondendo com cordialidade, incentivo e compreensão. Ela se baseou constantemente no modelo da AC, reconhecendo a dificuldade da mudança quando se está deprimido com a ênfase na importância da ação, mesmo quando o humor está baixo. Ela voltou de forma regular e persistente a um foco de ativação em seus alvos selecionados para mudança e trabalhou com Mark como equipe, para apoiá-lo no aprendizado de como construir uma vida que fosse rica e gratificante.

CONCLUSÃO

Este capítulo apresenta as bases conceituais e as instruções específicas necessárias para usar a AC com pacientes deprimidos. Evoluindo a partir da base seminal estabelecida pelo trabalho de Ferster, Lewinsohn e Beck, a AC destaca a força da atenção direta e sustentada à mudança comportamental, com vistas a ajudar os pacientes a se tornar ativos e envolvidos em suas vidas, de maneira que reduzam a atual depressão e ajudem a prevenir episódios futuros. Os terapeutas da AC ajudam os pacientes deprimidos a aumentar as atividades que dão mais gratificação e a resolver problemas importantes. A pesquisa com resultados e outras linhas convergentes de investigação empírica sugerem que a AC é promissora como tratamento eficaz para depressão (Dimidjian et al., 2011). Pesquisas futuras vão examinar em mais detalhe o processo de mudança da AC e a facilidade com que ela pode ser aplicada em uma ampla gama de *settings* de prática clínica.

REFERÊNCIAS

- Acierno, R., Rheingold, A., Amstadter, A., Kurent, J., Amella, E., Resnick, H., et al. (2012). Behavioral activation and therapeutic exposure for bereavement in older adults. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 29(1), 13-25.
- Addis, M. E., & Carpenter, K. M. (2000). The treatment rationale in cognitive behavioral therapy: Psychological mechanisms and clinical guidelines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(2), 147-156.
- Addis, M. E., & Martell, C. R. (2004). *Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation*

- approach to getting your life back. Oakland, CA: New Harbinger.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2007). The Environmental Reward Observation Scale (EROS): Development, validity, and reliability. *Behavior Therapy*, 38, 107-119.
- Armento, M. E. A., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation of a breast cancer patient with coexistent major depression and generalized anxiety disorder. *Clinical Case Studies*, 8(1), 25-37.
- Barraca, J., Pérez-Álvarez, M., & Lozano Bleda, J. H. (2011). Avoidance and activation as keys to depression: Adaptation of the Behavioral Activation for Depression Scale in a Spanish sample. *Spanish Journal of Psychology*, 14(2), 998-1009.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackman, A., Mueller, M., & Westbrook, D. (2004). *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 288-298.
- Carvalho, J. P., Gawrysiak, M. J., Hellmuth, J. C., McNulty, J. K., Magidson, J. F., Lejuez, C. W., et al. (2010). The reward probability index: design and validation of a scale measuring access to environmental reward. *Behavior Therapy*, 42(2), 249-262.
- Christopher, M. S., Jacob, K. L., Neuhaus, E. C., Neary, T. J., & Fiola, L. A. (2009). Cognitive and behavioral changes related to symptom improvement among patients with a mood disorder receiving intensive cognitive-behavioral therapy. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(2), 95-102.
- Cuijpers, P., van Straten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27, 318-326.
- Cullen, J. M., Spates, C. R., Pagoto, S. L., & Doran, N. (2006). Behavioral activation treatment for major depressive disorder: A pilot investigation. *Behavior Analyst Today*, 7, 151-166.
- Curran, J., Lawson, P., Houghton, S., & Gournay, K. (2007). Implementing behavioural activation in inpatient psychiatric wards. *Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 2(2), 28-35.
- Daughters, S. B., Braun, A. R., Sargeant, M. N., Reynolds, E. K., Hopko, D. R., Blanco, C., et al. (2008). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: The Life Enhancement Treatment for Substance Use (LETS Act!). *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 122-129.
- Dimidjian, S. (2011, July). *Behavioral activation*. Workshop presentation at Sangath, Goa, India.
- Dimidjian, S., Barrera, M., Jr., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2011). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 1-38.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M., et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 658-670.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R., et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(3), 468-477.
- Ekers, D. M., Dawson, M. S., & Bailey, E. (2013). Dissemination of behavioural activation for depression to mental health nurses: training evaluation and benchmarked clinical outcomes. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(2), 186-192.
- Ekers, D., Richards, D., & Gilbody, S. (2008). A meta-analysis of randomized trials of behavioural treatment of depression. *Psychological Medicine*, 38(5), 611-623.
- Ekers, D., Richards, D., McMillan, D., Bland, J. M., & Gilbody, S. (2011). Behavioural activation delivered by the non-specialist: Phase II randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 198(1), 66-72.
- Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*, 28, 857-870.
- Ferster, C. B. (1981). A functional analysis of behavior therapy. In L. P. Rehm (Ed.), *Behavior therapy for depression: Present status and future directions* (pp. 181-196). New York: Academic Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1997). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbons, M., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. (1996). *User's guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Foa, E. B., Rothbaum, B. O., & Furr, J. M. (2003). Augmenting exposure therapy with other CBT procedures. *Psychiatric Annals*, 33, 47-53.
- Gawrysiak, M., Nicholas, C., & Hopko, D. R. (2009). Behavioral activation for moderately depressed university students: Randomized controlled trial. *Journal of Counseling Psychology*, 56(3), 468-475.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.

- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Strong Behavioral Activation for Depression 391 effects of simple plans. *American Psychologist*, 54, 493-503.
- Gortner, E. T., Gollan, J. K., Dobson, K. S., & Jacobson, N. S. (1998). Cognitive-behavioral treatment for depression: Relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 377-384.
- Gros, D. F., & Haren, W. B. (2011). Open trial of brief behavioral activation psychotherapy for depression in an integrated Veterans Affairs primary care setting. *Primary Care Companion to CNS Disorders*, 13(4).
- Hamilton, M. A. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 23, 56-61.
- Hayes, A. M., Castonguay, L. G., & Goldfried, M. R. (1996). Effectiveness of targeting the vulnerability factors of depression in cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(3), 623-627.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Hopko, D. R., Armento, M. E. A., Robertson, S., Ryba, M. M., Carvalho, J. P., Colman, L. K., et al. (2011). Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(6), 834-849.
- Hopko, D. R., Bell, J. L., Armento, M. E. A., Hunt, M. K., & Lejuez, C. W. (2005). Behavior therapy for depressed cancer patients in primary care. *Psychotherapy*, 42(2), 236-243.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., & Hopko, S. D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical Case Studies*, 3(1), 37-48.
- Hopko, D. R., Lejuez, C. W., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression: A randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavior Modification*, 27, 458-469.
- Hopko, D. R., Sanchez, L., Hopko, S. D., Dvir, S., & Lejuez, C. W. (2003). Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17(5), 460-478.
- Houghton, S., Curran, J., & Saxon, D. (2008). An uncontrolled evaluation of group behavioural activation for depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(2), 235-239.
- Hubley, S., Woodcock, E. A., Dimeff, L. A., & Dimidjian, S. (in press). Disseminating behavioural activation for depression via online training: Preliminary steps. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*.
- Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., et al. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 295-304.
- Jacobson, N. S., Martell, C. R., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.
- Jakupcak, M., Roberts, L. J., Martell, C., Mulick, P., Michael, S., Reed, R., et al. (2006). A pilot study of behavioral activation for veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 19(3), 387-391.
- Kanter, J. W., Hurtado, G. D., Rusch, L. C., Busch, A. M., & Santiago-Rivera, A. (2008). Behavioral activation for Latinos with depression. *Clinical Case Studies*, 7(6), 491-506.
- Kanter, J. W., Mulick, P., Busch, A. M., Berlin, K. S., & Martell, C. (2007). The Behavioral Activation for Depression Scale (BADS): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 29(3), 191-202.
- Kanter, J. W., Rusch, L. C., Busch, A. M., & Sedivy, S. K. (2009). Validation of the Behavioral Activation for Depression Scale (BADS) in a community sample with elevated depressive symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 31(1), 36-42.
- Kanter, J. W., Santiago-Rivera, A. L., Rusch, L. C., Busch, A. M., & West, P. (2010). Initial outcomes of a culturally adapted behavioral activation for Latinas diagnosed with depression at a community clinic. *Behavior Modification*, 34(2), 120-144.
- Kroenke, K., Spitzer, R., & Williams, J. (2001). The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *Journal of General Internal Medicine*, 16, 606-613.
- Lazzari, C., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2011). Behavioral activation treatment for depression in older adults delivered via videoconferencing: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(4), 555-565.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., Acierno, R., Daughters, S. B., & Pagoto, S. L. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behavior Modification*, 35(2), 111-161.
- Lejuez, C. W., Hopko, D. R., LePage, J. P., Hopko, S. D., & McNeil, D. W. (2001). A brief behavioral activation treatment for depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8(2), 164-175.
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. M. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research* (pp. 157-185). New York: Wiley.
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Steinmetz-Breckenridge, J., & Teri, L. (1984). *The Coping with Depression Course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia.
- Lewinsohn, P. M., Biglan, A., & Zeiss, A. S. (1976). Behavioral treatment of depression. In P. O. Davidson (Ed.), *The behavioral management of anxiety, depression and pain* (pp. 91-146). New York: Brunner/Mazel.
- Lewinsohn, P. M., & Graf, M. (1973). Pleasant activities and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, 261-268.
- Lewinsohn, P. M., Hoberman, H., Teri, L., Hautzinger, M. (1985). An integrative theory of depression. In S. Reiss &

- R. Bootzin (Eds.) *Theoretical issues in behavior therapy*, (pp. 331-359). New York: Academic Press.
- Lineinsohn, P. M., Sullivan, J. M., & Grosscup, S. J. (1980). Changing reinforcing events: An approach to the treatment of depression. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, and Training*, 17, 322-334.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Locke, E. A., & Latham, G. P. (2002). Building a practically useful theory of goal setting and task motivation: A 35-year odyssey. *American Psychologist*, 57, 705-717.
- MacPherson, L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. K., Rodman, S., Strong, D. R., Kahler, C. W., et al. (2010). Randomized controlled trial of behavioral activation smoking cessation treatment for smokers with elevated depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(1), 55-61.
- Mairs, H., Lovell, K., Campbell, M., & Keeley, P. (2011). Development and pilot investigation of behavioral activation for negative symptoms. *Behavior Modification*, 35(5), 486-506.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Busch, A. M. (2010). A critical review of assessment strategies to measure the behavioral activation model of depression. *Clinical Psychology Review*, 30, 547-561.
- Manos, R. C., Kanter, J. W., & Luo, W. (2011). The Behavioral Activation for Depression Scale-Short Form: Development and validation. *Behavior Therapy*, 42(4), 726-739.
- Martell, C. R., Addis, M. E., & Jacobson, N. S. (2001). *Depression in context: Strategies for guided action*. New York: Norton.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. Guilford Press.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatment of depression in adults: A meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 383-411.
- McCauley, E., Schloedt, K., Gudmundsen, G., Martell, C., & Dimidjian, S. (2011). Expanding behavioral activation to depressed adolescents: Lessons learned in treatment development. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 371-383.
- Meeks, S., Looney, S. W., Van Haitsma, K., & Teri, L. (2008). BE-ACTIV: A staff-assisted behavioral intervention for depression in nursing homes. *The Gerontologist*, 48(1), 105-114.
- Meeks, S., Teri, L., Van Haitsma, K., & Looney, S. (2006). Increasing pleasant events in the Nursing Home Collaborative Behavioral Treatment for Depression. *Clinical Case Studies*, 5(4), 287-304.
- Mohammadi, A., & Amiri, M. (2010). Behavioral Activation for Depression Scale: Psychometric properties and confirmatory factor analysis for Persian version. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16, 65-73.
- Mulick, P. S., & Naugle, A. E. (2004). Behavioral activation for comorbid PTSD and major depression: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(4), 378-387.
- National Institute of Health and Clinical Excellence. (2009). *Depression: The treatment and management of depression in adults*. London: Author.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 504-511.
- Pagoto, S., Bodenlos, J. S., Schneider, K. L., Olendzki, B., & Spates, C. R. (2008). Initial investigation of behavioral activation therapy for co-morbid major depressive disorder and obesity. *Psychotherapy Theory Research and Practice*, 45, 410-415.
- Porter, J. F., Spates, C. R., & Smitham, S. (2004). Behavioral activation group therapy in public mental health settings: A pilot investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(3), 297-301.
- Quijano, L. M., Stanley, M. A., Petersen, N. J., Casado, B. L., Steinberg, E. H., Cully, J. A., et al. (2007). Healthy IDEAS: A depression intervention delivered by community-based case managers serving older adults. *Journal of Applied Gerontology*, 26(2), 139-156.
- Raes, F., Hoes, D., Van Gucht, D., & Kanter, J. W. (2010). The Dutch version of the behavioral activation for depression scale (BADS): Psychometric properties and factor structure. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41, 246-250.
- Reynolds, E. K., MacPherson, L., Tull, M. T., Baruch, D. E., & Lejuez, C. W. (2011). Integration of the brief behavioral activation treatment for depression (BATD) into a college orientation program: Depression and alcohol outcomes. *Journal of Counseling Psychology*, 58(4), 555-564.
- Ritschel, L. A., Ramirez, C. L., Jones, M., & Craighead, W. E. (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 281-299.
- Ruggiero, K. J., Morris, T. L., Hopko, D. R., & Lejuez, C. W. (2007). Application of behavioral activation treatment for depression to an adolescent with a history of child maltreatment. *Clinical Case Studies*, 6(1), 64-78.
- Schneider, K. L., Pagoto, S. L., Handschin, B., Panza, E., Bakke, S., Liu, Q., et al. (2011). Design and methods for a pilot randomized clinical trial involving exercise and behavioral activation to treat comorbid type 2 diabetes and major depressive disorder. *Mental Health and Physical Activity*, 4(1), 13-21.
- Scogin, F., Jamison, C., & Gochneaur, K. (1989). Comparative efficacy of cognitive and behavioral bibliotherapy for mildly and moderately depressed older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 403-407.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Snarski, M., Scogin, F., DiNapoli, E., Presnell, A., McAlpine, J., & Marcinak, J. (2011). The effects of behavioral activation therapy with inpatient geriatric psychiatry patients. *Behavior Therapy*, 42(1), 100-108.
- Sood, J. R., Cisek, E., Zimmerman, J., Zaleski, E. H., & Fillmore, H. H. (2003). Treatment of depressive symptoms during short-term rehabilitation: An attempted replica-

- tion of the DOUR project. *Rehabilitation Psychology*, 48(1), 44-49.
- Spates, C. R., Kalata, A. H., Ozeki, S., Stanton, C. E., & Peters, S. (2012). Initial open trial of a computerized behavioral activation treatment for depression. *Behavior Modification*, 36(6), 1-39.
- Spek, V., Cuijpers, P. I. M., Nyklicek, I., Riper, H., Keyzer, J., & Pop, V. (2007). Internet-based cognitive behavior therapy for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis. *Psychological Medicine*, 37(3), 319-328.
- Spek, V., Cuijpers, P., Nyklicek, I., Smits, N., Riper, H., Keyzer, J., et al. (2008). One-year follow-up results of a randomized controlled clinical trial on internet-based cognitive behavioural therapy for subthreshold depression in people over 50 years. *Psychological Medicine*, 38(5), 635-640.
- Teri, L., Logsdon, R. G., Uomoto, J., & McCurry, S. M. (1997). Behavioral treatment of depression in dementia patients: A controlled clinical trial. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences*, 52, 59-66.
- Uebelacker, L. A., Weisberg, R. B., Haggarty, R., & Miller, I. W. (2009). Adapted behavior therapy for persistently depressed primary care patients: An open trial. *Behavior Modification*, 33(3), 374-395.
- Van Voorhees, B. W., Fogel, J., Reinecke, M. A., Gladstone, T., Stuart, S., Gollan, J., et al. (2009). Randomized clinical trial of an internet-based depression prevention program for adolescents (Project CATCH-IT) in primary care: 12-week outcomes. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 30(1), 23-37.
- Wagner, A. W., Zatzick, D. F., Ghesquiere, A., & Jurkovich, G. J. (2007). Behavioral activation as an early intervention for posttraumatic stress disorder and depression among physically injured trauma survivors. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 341-349.
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36), I: Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30, 473-483.
- Warmerdam, L., Van Straten, A., Twisk, J., Riper, H., & Cuijpers, P. (2008). Internet-based treatment for adults with depressive symptoms: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 10, e44.
- Watson, D. L., & Tharp, R. G. (2002). *Self directed behavior*. Belmont, CA: Wadsworth/Thomson Learning.
- Weinstock, L. M., Munroe, M. K., & Miller, I. W. (2011). Behavioral activation for the treatment of atypical depression: A pilot open trial. *Behavior Modification*, 35(4), 403-424.
- Weissman, M. M., & Bothwell, S. (1976). Assessment of social adjustment by patient self-report. *Archives of General Psychiatry*, 33(9), 1111-1115.
- Zeiss, A. M., Lewinsohn, P. M., & Muñoz, R. F. (1979). Nonspecific improvement effects in depression using interpersonal skills training, pleasant activity schedules, or cognitive training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 427-439.
- Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 436-445.

CAPÍTULO 10

TRANSTORNO DA PERSONALIDADE *BORDERLINE*

Andrada D. Neacsiu

Marsha M. Linehan

Este capítulo apresenta um dos acontecimentos mais marcantes de toda a psicoterapia. Poucos terapeutas estão dispostos a enfrentar a tarefa avassaladoramente difícil e tortuosa de tratar indivíduos com características *borderline*, mas essas pessoas estão entre as mais necessitadas que se encontram em qualquer *setting* terapêutico. Elas também representam uma carga enorme que é imposta ao sistema de saúde. Nas duas últimas décadas, Linehan e colaboradores desenvolveram um tratamento cuja eficácia é demonstrável para pessoas com transtorno da personalidade *borderline* (TPB), que constitui uma das contribuições mais substanciais ao arsenal da psicoterapia nos últimos tempos. Ainda mais interessante é o fato de que essa abordagem mistura regulação emocional, sistemas interpessoais e abordagens cognitivo-comportamentais em um todo coerente. A esta mescla, Linehan acrescenta sua experiência pessoal com as filosofias e religiões orientais. Ainda assim, os autores se mantêm fiéis aos alicerces empíricos de sua abordagem. O fascinante estudo de caso apresentado neste capítulo ilustra a competência terapêutica de Linehan e sua capacidade de escolher os momentos estratégicos (*timing*), de forma que será valiosa para todos os terapeutas que lidam com transtornos da personalidade. O desfecho surpreendente e trágico ilustra a enorme carga de responsabilidade clínica inerente a qualquer *setting* de tratamento, assim como as questões práticas que surgem quando o tratamento, em última análise, acaba fracassando. — D. H. B.

Em geral, os profissionais concordam em que pacientes com um diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline* (TPB) são desafiadores e difíceis de tratar. Como resultado disso, o TPB se tornou um transtorno estigmatizado que resulta em atitudes negativas, agitação e preocupações em relação a oferecer tratamento (Aviram, Brodsky e Stanley, 2006; Lequesne e Hersh, 2004; Paris, 2005). Talvez a maior preocupação seja a incidência geralmente alta de comportamento suicida entre essa população. Aproximadamente 75% dos pacientes que cumprem os critérios de TPB têm uma história de tentativas de suicídio, com uma média de 3,4 tentativas por indivíduo (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius e Ulrich, 1994). As ameaças de suicídio e as crises são frequentes, mesmo entre os que nunca têm comportamento suicida ou comportamento de autoagressão não suicida (*nonsuicidal self-injurious behavior*, NSSI). A ideação suicida também é frequente e contribui para o surgimento e

a manutenção de humor negativo diário (Nisenbaum, Links, Eynan e Heisel, 2010). Embora grande parte desse comportamento não tenha consequências letais, estudos de seguimento com indivíduos com TPB encontraram taxas de suicídio de 7 a 8%, e a porcentagem dos que acabam cometendo suicídio é estimada em 10% (para uma revisão, ver Linehan, Rizvi, Shaw-Welch e Page, 2000). Entre todos os que cometeram suicídio, entre 7 e 38% cumprem os critérios de TPB, com a incidência mais elevada ocorrendo principalmente em adultos jovens com o transtorno (p. ex., Brent et al., 1994; Isometsa et al., 1994). A letalidade e a frequência do comportamento suicida parecem estar muito relacionadas à impulsividade (Chesin, Jeglic e Stanley, 2010) e ao mau funcionamento psicossocial (Soloff e Chiappetta, 2012), o que pode tornar difícil decidir o que priorizar no tratamento. Os indivíduos com TPB também têm dificuldades com a raiva e sua expressão, e não é raro que essa raiva intensa seja di-

reacionada a seus terapeutas. A coexistência frequente de TPB com transtornos do Eixo I (p. ex., transtornos do humor e ansiedade) e outros transtornos da personalidade claramente complica ainda mais o tratamento. Em particular, o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) comórbido resulta em mais prejuízo em indivíduos com TPB (Harned, Rizvi e Linehan, 2010).

Os critérios de TPB, definidos na quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013), refletem um padrão disseminado de instabilidade e desregulação em todos os domínios do funcionamento. Outra medida muito usada para o TPB é a Escala de Avaliação da Zanarini para TPB (ZAN-BPD; Zanarini, 2003). Outros instrumentos de avaliação usados para diagnosticar TPB são o Exame Internacional de Transtornos da Personalidade (*International Personality Disorders Examination*, IPDE; Loranger, 1995) e a Entrevista Diagnóstica para Transtorno da Personalidade do DSM-IV (*Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders*, DIPD-IV; Zanarini, Frankenburg, Sickel e Yong, 1996). A Lista de Sintomas *Borderline* (*Borderline Symptom List*, BSL; Bohus et al., 2001, 2007) e o Instrumento de Triagem McLean para Transtorno da Personalidade *Borderline* (*McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder*, MSI-BPD; Zanarini et al., 2003) são outros instrumentos de triagem para TPB.

Linehan (1993a), seguida por outros teóricos, propôs que o TPB é um transtorno generalizado da desregulação de emoções (ver também Conklin e Westen, 2005; Livesley, Jang e Vernon, 1998). Na verdade, a maioria dos critérios comportamentais do DSM-5 para o TPB pode ser definida como uma consequência direta da desregulação de emoções ou como respostas que funcionam para modular estados emocionais aversivos (Linehan, 1993b; McMain, Korman e Dimeff, 2001).

Pesquisas mais recentes estão constatando que os problemas com desregulação das emoções são comuns em muitos outros transtornos do DSM (Kring e Sloan, 2010). Indivíduos diagnosticados com vários outros transtornos mentais parecem ter padrões de desregulação das emoções que são semelhantes aos observados no TPB. O aumento da sensibilidade e da reatividade, em comparação a controles, foi relacionado ao transtorno de ansiedade generalizada (TAG; Mennin, Heimberg, Turk e Fresco, 2005), à dependência de substâncias (Thorberg e Lyvers, 2006) e ao transtorno de ansiedade social (TAS) e a fobias específicas (Etkin e Wager, 2007). Além disso, a transação entre a vulnerabilidade e um ambiente de treinamento insuficiente é semelhante às teorias etio-

lógicas apresentadas no transtorno de pânico (Barlow, Allen e Choate, 2004), no TAG (Mennin, 2004) e em algumas fobias específicas (Cisler, Olatunji, Feldner e Forsyth, 2010). Assim, a desregulação generalizada das emoções provavelmente é relevante para muitas outras populações clínicas além do TPB.

Este capítulo faz essencialmente uma descrição básica da terapia comportamental dialética (TCD), como tratamento para TPB (Linehan, 1993a; 1993b) e desregulação generalizada das emoções. Antes de descrever o TPB, avaliamos outros tratamentos para o problema e damos informações sobre fundamentações teóricas e dados de apoio (quando estão disponíveis). Posteriormente, apresentamos a fundamentação empírica para a TCD como tratamento para TPB e desregulação das emoções. A isso, segue uma descrição mais profunda da TCD, suas raízes filosóficas, a teoria subjacente e os protocolos de tratamento.

PANORAMA GERAL DE OUTRAS ABORDAGENS DE TRATAMENTO

Várias abordagens têm sido aplicadas ao tratamento do TPB. Embora não seja nosso propósito apresentar uma revisão acadêmica de todos os vários tratamentos, acreditamos que é útil revisar brevemente a situação de outros tratamentos atuais antes de apresentar a TCD em detalhe.

Psicodinâmica

As abordagens psicodinâmicas que têm recebido mais atenção são as de Kernberg (1984; Kernberg, Selzer, Koenigsberg, Carr e Appelbaum, 1989), Adler e Buie (1979; Adler, 1981, 1993; Buie e Adler, 1982), e Bateman e Fonagy (2004). Entre essas, destacam-se as contribuições teóricas de Kernberg (1984). Seu modelo de relações objetais é abrangente em termos de teoria e técnica, e teve influência considerável na literatura psicanalítica. Sua psicoterapia expressiva para pacientes com “organização da personalidade *borderline*” (OPB) ou TPB, a terapia voltada à transferência (*transference-focused psychotherapy*, TFP), enfatiza três fatores principais: interpretação, manutenção da neutralidade técnica e análise da transferência. O foco da terapia está na exposição e na resolução do conflito intrapsíquico. Os objetivos do tratamento são o aumento do controle de impulsos e da tolerância à ansiedade, a capacidade de modular o afeto e o desenvolvimento de relações interpessoais estáveis. A TFP também usa uma abordagem baseada em hierarquia de metas para o primeiro ano de tratamento. As metas são:

1. contenção de comportamentos suicidas e auto-destrutivos;
2. contenção de comportamentos destrutivos em relação à terapia;

3. identificação e recapitulação de padrões relacionais objetivos dominantes, vivenciados na relação transferencial (Clarkin, Levy, Lenzenweger e Kernberg, 2007).

Kernberg (1984) também distinguiu uma psicoterapia de apoio para pacientes com OPB ou TPB com perturbações mais graves. Assim como a psicoterapia expressiva, a psicoterapia de apoio enfatiza muito a importância das relações interpessoais na terapia (transferência), mas as interpretações têm menos probabilidade de acontecer no início do tratamento, e somente as respostas negativas ao terapeuta e à terapia (transferência negativa) são exploradas. As psicoterapias expressiva e de apoio têm previsão de durar vários anos, concentrando-se principalmente nos comportamentos suicidas e nos comportamentos que interferiram na terapia. Os dados que sustentam o uso da TFP não são muitos. Clarkin e colaboradores (2007) realizaram um estudo controlado randomizado (ECR) multicêntrico comparando a TFP com o principal tratamento baseado em evidências (TCD) e com mais um tratamento de psicoterapia psicodinâmica destinado a excluir elementos considerados como mecanismo de mudança na TFP. Uma amostra de indivíduos com TPB de gêneros mistos foi randomizada para TCD ($N = 30$), a TFP ($N = 30$) e tratamento de apoio dinâmico (ST; $N = 30$). Os terapeutas da pesquisa foram supervisionados semanalmente, e as taxas de aderência foram avaliadas, mas não informadas. Os resultados indicaram que os três tratamentos demonstraram melhora em depressão, ansiedade, funcionamento global e ajuste interpessoal. Apenas a TCD e a TFP foram associadas a melhoras significativas no comportamento suicida (tamanhos de efeito pequenos); da mesma forma, apenas os tratamentos psicodinâmicos resultaram em reduções significativas na raiva (tamanhos de efeito médios). De acordo com Clarkin e colaboradores, irritabilidade, agressão física e verbal, e impulsividade só mudaram na TFP. Esses resultados representam mudanças dentro do grupo, já que não houve diferenças entre grupos. A TFP foi superior ao grupo controle em uma análise secundária incluindo várias medidas de construtos psicodinâmicos, como capacidades metacognitivas e sociocognitivas, e funcionamento reflexivo (Levy e Scala, 2012). Esses resultados devem ser interpretados com cautela. Embora tenha havido mudanças positivas claras em todas as grupos, o mecanismo de mudança proposto para a TFP não foi sustentado, e o grupo de comparação era questionável porque não ficou claro se os terapeutas de TCD aderiram ao modelo.

Doering e colaboradores (2010) fizeram um seguimento com um ECR independente, comparando a TFP com o tratamento por especialistas comporta-

mentais e não comportamentais da comunidade. Cento e quatro mulheres diagnosticadas com TPB foram submetidas a um ano de tratamento. Os autores relataram que a TFP foi superior na redução da suicidalidade, abandono do tratamento, psicopatologia *borderline*, uso dos serviços e mau funcionamento geral. Os participantes da TFP receberam, em média, o dobro de sessões. Quando os pesquisadores controlaram para o número de sessões, as diferenças entre grupos com relação a tentativas de suicídio e uso de serviços não foram mais significativas, embora todos os outros resultados tenham permanecido significativos (Doering et al., 2010). Esse estudo foi criticado por incluir todos os participantes nas análises (independentemente de terem comparecido a alguma sessão de terapia) e pela escolha *a posteriori* de um teste estatístico que não reflete exatamente as conclusões sobre comportamento suicida (Kleindienst, Krumm e Bohus, 2011).

A terapia baseada em mentalização, desenvolvida por Bateman e Fonagy (2004), é uma terapia intensiva baseada na teoria do apego (i. e., o TPB é considerado como um transtorno do apego), com um foco em padrões de relacionamento e fatores não conscientes que inibem a mudança. A *mentalização* é a percepção ou interpretação da pessoa em relação às ações de outras e às próprias como sendo intencionais. O tratamento se baseia na teoria de que indivíduos com TPB têm uma capacidade inadequada de mentalização. Portanto, o tratamento se concentra em trazer as experiências mentais do paciente à consciência, facilitando um sentido mais completo e integrado de uma função mental. O objetivo é aumentar a capacidade do paciente de reconhecer a existência de pensamentos e sentimentos que está vivenciando. A terapia baseada em mentalização (MBT) foi oferecida com sucesso como hospitalização parcial de 18 meses, seguida de terapia quinzenal por 18 meses (Bateman e Fonagy, 1999) ou como uma intervenção ambulatorial individual e em grupo de 18 meses (Bateman e Fonagy, 2009). A MBT foi testada como tratamento para TPB em dois ECRs.

O primeiro comparou 18 meses de tratamento usual (TU) com MBT por 18 meses, em um contexto de hospitalização parcial, seguidos por 18 meses de MBT ambulatorial (Bateman e Fonagy, 1999). Os pacientes foram distribuídos aleatoriamente a tratamento psiquiátrico padrão sem psicoterapia individual (grupo-controle) ou a hospitalização parcial, um programa de tratamento com os seguintes objetivos terapêuticos:

1. envolvimento de pacientes no tratamento de orientação psicanalítica;
2. redução da psicopatologia, incluindo depressão e ansiedade;
3. redução do comportamento suicida;

4. melhoria da competência social;
5. redução da duração das hospitalizações.

O grupo de tratamento experimental recebeu psicoterapia individual uma vez por semana, proporcionada por enfermeiros psiquiátricos, terapia expressiva baseada em psicodrama uma vez por semana, terapia de grupo com sessões três vezes por semana, reunião comunitária uma vez por semana, reunião mensal com um administrador de caso e revisão mensal das medicações. No fim do tratamento de 18 meses com hospitalização parcial, o grupo que recebeu MBT apresentou reduções significativas no comportamento suicida (tentativas de suicídio e automutilação), tempo de internação, escores de psicopatologia (incluindo depressão e ansiedade) e funcionamento social com relação ao grupo-controle. Esses ganhos foram mantidos e ampliados em um período de seguimento de 18 meses, consistindo em terapia de grupo duas vezes por semana (Bateman e Fonagy, 2001). Os pesquisadores observam que seu programa tem três características que, segundo sua hipótese, estariam relacionadas à eficácia do tratamento: fundamentação teórica coerente para o tratamento, foco no relacionamento e tratamento estável com o passar do tempo. Os ganhos se mantiveram em um seguimento de cinco anos, embora os participantes da MBT tenham continuado a ter limitações em seu funcionamento social geral (Bateman e Fonagy, 2008).

O segundo ECR (Bateman e Fonagy, 2009) comparou 18 meses de MBT ambulatorial com o grupo-controle de manejo clínico estruturado (*structured clinical management*, SCM). A MBT incluiu psicoterapia individual e em grupo, bem como *coaching* por telefone nas crises. O SCM desenvolvido pelos autores para refletir as melhores práticas no tratamento de TPB foi principalmente uma intervenção de apoio, com a gestão de casos incluindo terapia individual e em grupo. A descrição do estudo não deixou claro se foi oferecida aos participantes de ambas os grupos a mesma quantidade de tempo em terapia. Foram feitas avaliações no pré-tratamento, aos seis e aos 12 meses, e no fim do tratamento. Cento e trinta e quatro homens e mulheres com diagnóstico de TPB e histórico recente de comportamento suicida foram incluídos no estudo. Foram feitas análises em cada momento de avaliação, e não longitudinalmente, o que torna difícil interpretar os resultados. No entanto, foram relatadas melhorias substanciais em ambos os grupos, com a MBT sendo superior ao SCM na redução de tentativas de suicídio nos últimos seis meses, episódios de automutilação nos últimos 12 meses, e hospitalização durante todo o ano de tratamento. O SCM foi superior à MBT na redução das crises de automutilação nos primeiros seis meses de tratamento. A MBT também

foi significativamente melhor do que o SCM em elevar a avaliação geral de funcionamento, depressão e ajuste social (Bateman e Fonagy, 2009).

Psicofarmacológica

Revisões da literatura com relação a tratamentos medicamentosos para TPB destacam um dilema para o farmacoterapeuta ao prescrever: o TPB envolve a desregulação em uma quantidade muito grande de domínios para que uma única droga sirva como panaceia (Dimeff, McDavid e Linehan, 1999; Lieb, Zanarini, Linehan e Bohus, 2004; Nose, Cipriani, Biancosino, Grassi e Barbui, 2006). Em geral, os resultados indicam que vários agentes podem ser úteis para melhorar o funcionamento global, os sintomas perceptivos cognitivos (p. ex., desconfiança, ideias de referência, alucinações transitórias), desregulação das emoções ou descontrole impulsivo-comportamental (para revisões, ver Lieb et al., 2004; Nose et al., 2006).

Lieb, Völm, Rücker, Timmer e Stoffers (2010) realizaram uma metanálise de 27 ensaios clínicos randomizados e organizaram as evidências com base nas classes dos medicamentos. Eles concluíram que, para antipsicóticos de primeira geração, as evidências sustentam a eficácia do haloperidol na redução da raiva e do flupentixol na redução do comportamento suicida. O tiotixeno não foi considerado eficaz. Para antipsicóticos de segunda geração, as evidências sustentam a eficácia do aripiprazol na redução dos sintomas patológicos do TPB, bem como psicopatologia comórbida. A olanzapina acumula cada vez mais evidências no que diz respeito ao seu efeito positivo na redução de instabilidade afetiva, raiva e sintomas psicóticos, embora os resultados de seu efeito sobre o comportamento suicida sejam contraditórios (Lieb et al., 2010). Além da superioridade ao placebo, a olanzapina demonstrou reduzir a agressão impulsiva e a disforia crônica de forma mais eficaz do que a fluoxetina (Zanarini, Frankenburg e Parachini, 2004). Constatou-se de forma constante que a olanzapina tem um efeito colateral de ganho de peso. A ziprasidona não foi considerada eficaz (Lieb et al., 2010).

Com relação a estabilizadores de humor e antidepressivos, foi encontrado um efeito significativo do valproato semissódico na redução de problemas interpessoais e depressão em pacientes com TPB, incluindo os que tinham comportamento agressivo e impulsivo (Stein, Simeon, Frenkel, Islam e Hollander, 1995). A lamotrigina é mais eficaz do que o placebo na redução da impulsividade e o topiramato reduziu a psicopatologia e a raiva associadas. O topiramato teve um significativo efeito colateral de perda de peso. Os antidepressivos demonstraram eficácia limitada no tratamento de problemas de TPB. Por fim, ácidos gra-

xos ômega-3 reduziram mais as tendências suicidas e a depressão do que o placebo (Lieb et al., 2010).

Em resumo, alguns tratamentos com medicamentos podem ser eficazes para tratar aspectos da psicopatologia do TPB. No entanto, é preciso ter cuidado quando se considera a farmacoterapia para o transtorno. Os pacientes com TPB sabidamente não cumprem os regimes de tratamento, podem abusar ou tomar *overdose* das drogas prescritas e podem sofrer efeitos indesejados. Com essas advertências em mente, a farmacoterapia cuidadosamente monitorada pode ser um auxílio útil e importante à psicoterapia no tratamento do TPB.

Cognitivo-comportamental

O tratamento de TPB tem recebido cada vez mais atenção dos teóricos cognitivos comportamentais. Segundo a abordagem cognitiva, o problema do paciente com TPB reside no conteúdo e no processo do pensamento do indivíduo. A abordagem de Beck ao tratamento do TPB (Beck e Freeman, 1990) é representativa da psicoterapia em geral, com o foco do tratamento na reestruturação de pensamentos e no desenvolvimento de uma relação de colaboração por meio da qual se desenvolvem formas mais adaptativas de ver o mundo. Mais especificamente, concentra-se em reduzir as crenças negativas e polarizadas que resultam em afeto instável e comportamentos destrutivos (Brown, Newman, Charlesworth, Crits-Christoph e Beck, 2004). Em um estudo clínico aberto sobre terapia cognitiva para pacientes com TPB, foram encontradas reduções em problemas associados a TPB, como depressão, desesperança e ideação suicida no final do tratamento e durante o seguimento.

Um ECR comparou um ano de terapia cognitiva (TC) e terapia de suporte rogeriana (TSR) com 65 homens e mulheres que preenchiam os critérios diagnósticos de TPB. Nesse estudo, foi oferecida aos participantes uma sessão semanal em cada grupo por seis meses, seguida por 12 sessões destinadas a manter os ganhos ao longo dos seis meses subsequentes. Cottraux e colaboradores (2009) concluíram a TC foi superior à TSR na retenção de pacientes em terapia. Não houve outras diferenças entre os grupos, embora a TC tenha levado a reduções na desesperança e na impulsividade mais rapidamente do que a TSR. Análises de seguimento, no entanto, mostraram uma diferença significativa entre os grupos, com os participantes que realizaram TC demonstrando uma melhoria clínica geral maior do que os participantes tratados com TSR. Dado o pequeno tamanho da amostra e o grande número de desistências nesse estudo, a eficácia da TC ainda não está clara (Cottraux et al., 2009).

As terapias cognitivo-comportamentais de Young, Klosko e Weishaar (2003; Kellogg e Young,

2006), Pretzer (1990), Blum, Pfohl, St. John, Monahan e Black (2002), e Schmidt e Davidson (citado em Weinberg, Gunderson, Hennen e Cutter, 2006) tentam abordar algumas das dificuldades vivenciadas na aplicação das abordagens cognitivas tradicionais ao tratamento de TPB. A abordagem de Pretzer enfatiza a modificação da terapia cognitiva tradicional para tratar de dificuldades muitas vezes encontradas no tratamento de pacientes com TPB, como estabelecer um relacionamento de colaboração entre terapeuta e paciente, manter um tratamento dirigido e melhorar o cumprimento dos exercícios de casa. Blum e colaboradores desenvolveram um tratamento em grupo para pacientes ambulatoriais duas vezes por semana que usa uma abordagem psicoeducativa para ensinar habilidades cognitivo-comportamentais (p. ex., distanciamento, definição de objetivos e solução de problemas) a pacientes com TPB e a seus sistemas de apoio (p. ex., família, amigos, e outros cuidadores). O tratamento é oferecido em um *setting* de grupo e já foi testado sob o acrônimo STEPPS (*Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*, ou Treinamento de Sistemas para a Previsibilidade Emocional e Solução de Problemas). O tratamento se concentra em desestigmatização do TPB, controle emocional e controle comportamental. Bos, van Wel, Verbraak e Appelo (2011) fizeram o mais recente ECR sobre o STEPPS. Nesse estudo, participantes com um diagnóstico amplo de TPB, representativo da prática clínica de rotina, foram distribuídos aleatoriamente a STEPPS e terapia individual ($N = 84$) ou TU ($N = 84$). No final do tratamento de 18 meses, bem como no seguimento de seis meses, os participantes tratados com STEPPS relataram menos psicopatologia geral e específica do TPB, e mais melhorias na qualidade de vida. O tratamento foi oferecido semanalmente por 18 sessões, e também incluiu uma sessão única de seguimento dentro do terceiro e do sexto meses do estudo. Essas constatações, associadas a estudos anteriores comparando STEPPS e TU com amostras de TPB rigorosamente selecionadas (Blum et al., 2008; Bos, van Wel, Verbraak e Appelo, 2010), sustentam a efetividade e a eficácia dessa intervenção.

A terapia do esquema de Young (TE) (Young et al., 2003; ver, também, Young, Rygh, Weinberger e Beck, Cap. 7) postula que padrões estáveis de pensamento (“esquemas mal-adaptativos precoces”) podem se desenvolver na infância e resultam em comportamento mal-adaptativo que reforça os esquemas. A TE inclui uma série de intervenções voltadas a questionar e mudar esses esquemas precoces mediante a identificação de um conjunto de modos de esquema disfuncionais que controlam os pensamentos, emoções e comportamentos do indivíduo (protetor desligado, pai punitivo, criança abandonada/abusada, criança com

raiva/impulsiva). Giesen-Bloo e colaboradores (2006) realizaram o primeiro estudo clínico randomizado de TFT e TE. A terapia focada na transferência foi comparada com a terapia do esquema em um estudo em que 86 participantes passaram por três anos de sessões individuais duas vezes por semana, com terapia do esquema ou focada na transferência. Os resultados do estudo indicam uma redução geral nos sintomas de TPB para ambos os tratamentos, mas os participantes que receberam TE tiveram melhorias significativamente maiores e uma taxa de abandono menor. Os comportamentos suicidas e os NSSI não foram avaliados como medida de resultado nesse estudo. Um estudo de seguimento com análises secundárias também demonstrou que o custo para implementar a TE foi 20% menor do que o custo necessário para implementar a TFT (van Asselt et al., 2008). Além disso, Farrell, Shaw e Webber (2009) demonstraram a eficácia da TE em um formato de grupo de oito meses. Em seu estudo, os autores testaram o efeito de acrescentar um grupo de TE ao TU. Quando comparado com TU isolado, o TU-TE resultou em uma remissão significativamente maior do TPB.

Também foi realizado um ensaio de eficácia em 2009. Nadort e colaboradores (2009) testaram uma versão distribuída da TE em centros de cuidados de saúde regulares por telefone com ou sem apoio à crise depois do expediente. Os dados de 62 participantes sugeriram que acrescentar a disponibilidade por telefone não resultou em mais melhorias, e que, entre diferentes condições, a TE foi bem-sucedida, levando a uma recuperação de 42% de TPB após um ano e meio de tratamento.

Weinberg e colaboradores (2006) realizaram um ensaio clínico randomizado controlado do tratamento cognitivo manualizado (*manual-assisted cognitive treatment*, MACT) e do tratamento usual (TU). O MACT é um tratamento cognitivo-comportamental breve que incorpora estratégias de TCD, da terapia cognitiva e da biblioterapia. O tratamento objetiva comportamentos NSSI que ocorram com participantes diagnosticados com TPB. O MACT foi oferecido como tratamento auxiliar ao TU para participantes do estudo ($N = 30$). Os participantes eram 30 mulheres diagnosticadas com TPB, que tinham uma história de comportamentos NSSI e, pelo menos, um no último mês; entretanto, o suicídio foi considerado critério de exclusão para participação no estudo. As participantes foram distribuídas aleatoriamente em condições de MACT mais TU ou somente TU. Após completar o tratamento de seis semanas e um seguimento de seis meses, as que receberam MACT tiveram significativamente menos comportamentos NSSI, e, além disso, menos graves, do que as do grupo com somente TU. Esses resultados devem ser interpretados com cautela devido ao pequeno tamanho da amostra e ao uso exclusivo de medidas de autoavaliação para os comportamentos NSSI.

EVIDÊNCIAS DA TCD COMO TRATAMENTO EFICAZ PARA O TPB

A TCD evoluiu a partir da terapia cognitivo-comportamental como tratamento para TPB, especialmente para adultos com suicidalidade e gravemente disfuncionais. A orientação teórica do tratamento é uma mescla de três posições teóricas: a ciência comportamental, a filosofia dialética e a prática zen. A ciência comportamental, os princípios da mudança de comportamento, é contrabalançada por aceitação do paciente (com técnicas oriundas do zen e das práticas contemplativas ocidentais); esses polos são equilibrados dentro da estrutura dialética. Embora tenha sido adotada inicialmente como descrição dessa ênfase no equilíbrio, em pouco tempo a dialética assumiu *status* de princípio orientador que fez a terapia avançar em direções que não haviam sido previstas originalmente. A TCD tem suas bases em uma posição teórica behaviorista consistente, mas os procedimentos concretos e as estratégias coincidem em muito com os das orientações terapêuticas alternativas, incluindo as terapias psicodinâmica, centrada no paciente, estratégica e cognitiva.

Eficácia

Embora, como descrito anteriormente, vários tratamentos tenham mostrado eficácia no tratamento de indivíduos com TPB, a TCD tem atualmente a maior sustentação empírica e, em geral, é considerada como o tratamento de primeira escolha para esse transtorno. A TCD, como tratamento para TPB, já foi avaliada em uma série de ensaios clínicos (ver Tab. 10.1). Quatro dos ECRs recrutaram especificamente pacientes com comportamentos suicidas (Linehan et al., 1999, 2006; Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon e Heard, 1991; McMain et al., 2009). Dois dos ECRs incluíam a TCD em ambas as condições, além de medicação em uma das condições (Linehan, McDavid, Brown, Sayrs e Gallop, 2008; Soler et al., 2005). Os resultados, em geral, mostraram que a TCD é altamente eficaz. Em adultos diagnosticados com TPB e em alto risco de suicídio, um ano de TCD proporcionou melhorias significativamente maiores em surtos de raiva, comportamento suicida e hospitalização em comparação com TU (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard e Armstrong, 1993), terapia centrada no paciente (CCT, Turner, 2000) e tratamento na comunidade por especialistas não comportamentais (CTBE; Linehan et al., 2006), mas não com um tratamento dinâmico com foco na emoção acrescido de um programa de farmacoterapia baseado em protocolo (McMain et al., 2009). Um estudo mostrou que participantes tratados com TCD tiveram metade das probabilidades de ter comportamentos suicidas em comparação com participantes na condição de CTBE, indicando, ainda, que a TCD é um tratamento eficaz para reduzir o compor-

tamento suicida. Durante o ano de tratamento, a depressão, a desesperança e a ideação suicida melhoraram tanto no tratamento com TCD quanto no controle (Linehan et al., 1991, 2006; McMain et al., 2009). Além disso, houve remissão semelhante do transtorno depressivo maior (TDM) e de transtornos de ansiedade na TCD e no grupo-controle (Harned et al., 2008), embora a remissão da dependência de substância tenha sido significativamente maior na TCD.

A superioridade desse tratamento se manteve quando os participantes do grupo de TCD foram comparados apenas com aqueles controles que receberam psicoterapia individual estável durante o ano de tratamento, mesmo depois que os pesquisadores controlaram para o número de horas de psicoterapia e contatos telefônicos (Linehan e Heard, 1993; Linehan et al., 1999). A superioridade também se manteve quando se comparou a TCD com um tratamento que tinha igual prestígio, e que foi administrado por terapeuta especializado e com fidelidade ao modelo de tratamento (CTBE; Linehan et al., 2006). Esses estudos sugerem que a eficácia da TCD se deve a fatores específicos do tratamento, e não a fatores gerais ou à especialização dos psicoterapeutas que fazem o tratamento.

Em amostras de TPB selecionadas independentemente de seu risco de suicídio, os resultados são contraditórios no que diz respeito ao comportamento suicida; no entanto, a TCD supera grupos-controles na melhoria dos índices de regulação emocional (Koons et al., 2006; Verheul et al., 2003). A TCD também é eficaz para adultos diagnosticados com TPB e um transtorno comórbido de toxicod dependência (Linehan et al., 1999, 2002).

As evidências também sugerem que as adaptações de TCD são bem sucedidas no tratamento de pessoas com diagnóstico de TPB. Soler e colaboradores (2009) consideraram uma intervenção de 13 semanas apenas com habilidades de TCD mais bem-sucedida na redução das emoções problemáticas do que uma terapia de grupo padrão de orientação psicodinâmica (SGT) para participantes que preenchiam os critérios para TPB.

Bohus e colaboradores (2004) compararam uma adaptação da TCD de 12 semanas em internação com TU para mulheres com diagnóstico de TCD que relataram um histórico de comportamento suicida. Em uma subamostra com comportamentos de automutilação, um número significativamente maior de pacientes em TCD do que em TU deixaram de ter NSSI no pós-tratamento (62% *versus* 31%). Roepke e colaboradores (2011) também constataram que um tratamento com TCD de 12 semanas em regime de internação resultou em significativa melhora na depressão e na autoestima quando comparado ao TU para mulheres com diagnóstico de TPB.

Além do TPB, estudos têm demonstrado a eficácia da TCD com adultos deprimidos, de mais idade

(Lynch et al., 2007; Lynch, Morse, Mendelson e Robins, 2003), com adultos com transtorno da compulsão alimentar (Safer e Joyce, 2011; Safer, Robinson e Jo, 2010), com adolescentes com tendências suicidas (Barnoski, 2002; Katz, Cox, Gunasekara e Miller, 2004; McDonell et al., 2010; Rathus e Miller, 2002) e estudantes universitários com tendências suicidas (Pistorello, Fruzzetti, MacLane, Gallop e Iverson, 2012), e com os adultos com transtorno da personalidade do grupo B (Feigenbaum et al., 2012).

EVIDÊNCIAS EM DEFESA DA TCD COMO TRATAMENTO EFICAZ PARA DESREGULAÇÃO EMOCIONAL

Como observado anteriormente, muitos transtornos mentais, incluindo o TPB, podem ser conceituados como transtornos de regulação das emoções, com déficits para mais em suprarregulação e infrarregulação. Por exemplo, os teóricos propuseram que o TDM deve ser conceituado como um transtorno de desregulação das emoções com base, em parte, em um déficit na suprarregulação e na manutenção de emoções positivas (ver Kring e Bachorowski, 1999, para uma revisão). Da mesma forma, revisões da literatura demonstraram que os transtornos de ansiedade, a esquizofrenia e até mesmo os transtornos bipolares estão diretamente ligados à desregulação das emoções (Kring e Werner, 2004). Ao perceber que as emoções incluem tanto ações quanto tendências à ação, a pessoa consegue enxergar a ligação entre desregulação das emoções e muitos transtornos definidos como sendo de descontrole do comportamento (p. ex., dependência de substâncias). Como discutido anteriormente, as dificuldades com a desregulação das emoções, semelhantes às observadas no TPB, são comuns em outros transtornos. Especificamente, problemas com reconhecimento de emoções, descrição e designação de emoções, saber o que fazer quando uma emoção está em cena, e evitação emocional são comuns em muitos transtornos do Eixo I. Portanto, uma premissa teórica importante na TCD é que as pessoas que apresentam desregulação das emoções não possuem as habilidades necessárias para a regulação bem-sucedida. A TCD inclui um conjunto de habilidades que visam melhorar a regulação emocional no TPB em particular, e em pessoas que relatam desregulação das emoções em geral.

Um número crescente de ECRs sugere que o treinamento em habilidades de TPB isolado é uma intervenção promissora para várias populações (ver Tab. 10.1). A maioria desses estudos ofereceu apenas o componente de treinamento de habilidades de TCD. Portanto, embora o treinamento de habilidades tenha sido originalmente desenvolvido para fazer parte de uma intervenção global, o número de estudos sugere que o treinamento em habilidades de TCD por si só

TABELA 10.1 Tabela de ensaios clínicos randomizados controlados e ensaios controlados para TCD

Citação	Delineamento	Metodologia	N/grupo	Variante de TCD oferecida	Resultados		
					Resultados gerais relacionados	relatados sobre regulação das emoções	Critérios para inclusão no estudo
Barnoski (2002)	Ensaio controlado	TCD vs. TU (controles históricos), avaliação de seguimento em 12 meses	TCD = 42 TU = 116	rTCD (padrão) – 1 ano	TCD < TU em número de reincidências por delitos graves nos 12 meses após a alta	Nenhum	Adolescentes em instituição de reabilitação juvenil
Bohus et al. (2013)	ECR	iTCD-TEPT vs. TU-LE; avaliações no pré e no pós-tratamento e em seguimento de 6 semanas	iTCD-TEPT = 36 TU-LE = 38	iTCD adaptada para TEPT-3 meses	iTCD-TEPT > TU-LE em remissão de TEPT e avaliações de TEPT por entrevista e autoavaliação	Nenhum	Mulheres, 17-65 anos, encaminhadas por abuso sexual na infância
Bohus et al. (2004)	ECR	iTCD vs. LE + TU; avaliações em pré e pós-tratamento; e em seguimento de 1-3 meses	iTCD = 40 TU = 20	TCD com intervenção (iTCD) – 3 meses	iTCD > TU em abstinência de NSSI (62% vs. 31%)	TCD = TU para raiva; TCD > TU para redução na depressão e ansiedade	Mulheres, TPB, tentativa de suicídio (TS) ou dois episódios de NSSI nos últimos 2 anos
Bradley e Follingstad (2003)	ECR	TCD-TH vs. nenhum tratamento (controle) – 9 semanas	TCD-TH = 24 Controle = 25	TCD-TH adaptada	Nenhuma diferença significativa entre grupos	TCD-TH > controle na redução da depressão entre sintomas de trauma	Abuso na infância autorrelatado, e trauma e depressão significativos
Carter et al. (2010)	ECR	TCD vs. TU + LE; avaliações no pré-tratamento, 3 meses e 6 meses	TCD = 38 TU + LE = 35	TCD (padrão) – 6 meses	TCD = TU em NSSI, hospitalizações ou tempo de permanência em hospital, qualidade de vida, deficiência	Nenhum	Mulher, TPB, 18-65 anos; múltiplos episódios de NSSI, pelo menos três no último ano
							Não se encaixa/desmotivada, presença de deficiência orgânica, esquizofrenia, transtorno bipolar, depressão psicótica, comportamento antissocial exagerado, deficiência de desenvolvimento

Cavanaugh, Solomon e Gelles (2011)	ECR	Oficina dialética psicoeducacional (ODP) vs. Oficina de manejo da raiva (OMR); avaliações em pré e pós-tratamento	ODP = 28 OMR = 27	TCD-TH modificada para violência interpessoal (ODP) – 8 semanas	ODP > OMR (no pós-tratamento) em habilidades de manejo da raiva	Homem, 18 anos ou mais, nunca envolvido em violência em relação a parceiro íntimo, confirma impulsos violentos	Nenhum
Clarkin, Levy, Lenzenweger e Kernberg (2007)	ECR	TCD vs. TFP vs. Tratamento de apoio (TA); avaliações em pré-tratamento, 4, 8, e 12 meses	TCD = 17 TFP = 23 TA = 22	TCD (padrão) – 1 ano, adaptada para incluir manejo de medicação	TCD = TFP = TA na melhoria da função global e adaptação social; TFP = TCD (sem TE) na redução de suicídio (análises só incluíram pessoas com ≥ 3 avaliações)	TPB, 18-50 anos	Transtornos psicóticos comórbidos, transtorno bipolar I, transtorno delirante, <i>delirium</i> , demência, transtornos cognitivos amnésicos e outros; dependência de substâncias ativa
Courbasson, Nishikawa e Dixon (2012)	ECR	TCD vs. TU; avaliações em pré-tratamento, 3, 6, 9, 12, 15 e 18 meses (dois últimos são momentos de seguimento)	TU = 8 TCD = 13	TCD (padrão) – 1 ano	TCD < TU em abandono; TCD pós-tratamento > pré-tratamento em capacidade de lidar e regular emoções negativas e atitudes disfuncionais; gravidade uso de substâncias	Mulheres ≥ 18 anos; qualquer transtorno alimentar e abuso/dependência de substâncias; combinado não alterar medicação	Síndrome cerebral orgânica; retardo mental; psicose; e tendências suicidas crônicas; em tratamento para transtorno alimentar ou uso de substâncias
Evershed et al. (2003)	Ensaio controlado	rTCD vs. TU; avaliações em pré, meio e pós-tratamento, e em seguimento de 6 meses	rTCD = 8 TU = 9	TCD residencial adaptada para amostra forense – 18 meses	TCD > TU em autoavaliação de hostilidade raiva	Homens internados em hospital de alta segurança, tendo características <i>borderline</i>	Nenhum
Feigenbaum et al. (2012)	ECR	TCD vs. TU; avaliações em pré-tratamento, 6 meses e um ano	TCD = 26 TU = 16	TCD (padrão) – 1 ano	TCD < TU em redução de comportamentos de risco autoavaliados TCD = TU em reduções de NSSI, uso de serviços	Faixa etária = 18-65, diagnosticado com transtorno da personalidade do grupo B	Longo histórico forense que sugere perigo imediato para outros; esquizofrenia, transtorno bipolar; transtorno primário de uso de substâncias, disfunção cognitiva grave

(continua)

TABELA 10.1 Continuação

Citação	Delineamento	Metodologia	N/grupo	Variante de TCD oferecida	Resultados gerais relatados	Resultados relatados sobre regulação das emoções	Crítérios para inclusão no estudo	Crítérios para exclusão do estudo
Harley et al. (2008); Feldman et al. (2009)	ECR	TU + TCD-TH vs. TU + LE; avaliações no pré e pós-tratamento e em seguimento de 6 meses	TU + TCD-TH = 13 TU + LE = 11	Intervenção em grupo de TCD-TH adaptada para depressão resistente ao tratamento – 16 semanas	Ver próxima coluna	TU + TCD-TH > TU + LE na melhora da depressão da semana 0 à semana 16	Diagnóstico de depressão, 18-65 anos, sob medicação estável	TPB, transtorno bipolar, transtornos do espectro psicótico, abuso/dependência de substâncias ativos, retardo mental, transtorno do desenvolvimento generalizado, tendências suicidas ativas, condições médicas instáveis, exposição a TCC
Hill, Craighead e Safer (2011)	ECR	TCD-FA vs. LE	TCD-FA = 18 LE = 14	TCD-TH – modificada para FA	TCD-FA = LE na melhora do número de episódios de compulsão e purga	TCD-FA > LE na redução da depressão, desregulação de emoções	Comportamento de TCAP recente, vômitos como comportamento compensatório primário. Medicação psiquiátrica estável	Homens, 18 anos ou mais, diagnóstico atual de anorexia nervosa, em psicoterapia, ideiação suicida atual, dependência de substâncias, psicose presente
Hirvikoski et al. (2011)	ECR	TCD-TH vs. grupo de discussão não estruturado rigidamente (controle)	TCD-TH = 26 Controle = 25	TCD-TH adaptada para população sueca – 14 sessões	TCD-TH = Controle na satisfação	Nenhum	Cumprir critérios de diagnóstico de TDAH, adulto, dose estável de medicação	Abuso de substâncias; QI ≤ 70; lesão cerebral diagnosticada; transtorno do espectro autista; suicídio; sem teto; depressão grave, psicose, ou bipolar sem medicação estável
Katz et al. (2004)	Ensaio controlado	rTCD vs. TU unidirecional; avaliações em pré e pós-tratamento e em seguimento de 1 ano	rTCD = 31 TU = 31	rTCD – média permanência = 18 dias	rTCD < TU em incidentes na ala hospitalar; rTCD = TU em atendimentos na unidade de emergência e hospitalizações após a alta; em NSSI, e em ideiação suicida	rTCD = TU na redução da depressão e desesperança (redução significativa em ambas as condições)	Pacientes internados, 14-17, por tentativas de suicídio, ou ideiação suicida	Retardo mental, psicose, transtorno bipolar, dificuldade de aprendizagem grave

Koons et al. (2001)	ECR	TCD vs. TU	TCD = 10 TU = 10	TCD (padrão) – 6 meses	TCD < TU em NSSI, internações, ideação suicida, e dissociação	TCD > TU para deses- perança, depressão, supressão e expressão da raiva	Veteranas de guerra, TPB	Esquizofrenia, bipolar, dependência de subs- tâncias e transtorno da personalidade an- tissocial
Koons et al. (2006)	ECR	TCD vs. TU; avaliações em pré- -tratamento, 3 e 6 meses	TCD = 10 TU = 10	TCD (padrão) – 6 meses	Tendência da TCD a reduzir mais os NSSI do que TU (P < 0,10). TCD = TU para redução de uso dos serviços; TCD > TU na redução de ideação suicida	TCD > TU na redução de depressão (autoava- liada) e desesperança; TCD = TU na redução de depressão (entre- vista), ansiedade, su- pressão da raiva; TCD > TU na redução de expressão da raiva	Veteranas de guerra, TPB	Esquizofrenia, trans- torno bipolar, depen- dência de substâncias, transtorno da persona- lidade antissocial
Linehan et al. (1991, 1993, 1994)	ECR	TCD vs. TU; avaliações a cada 4 meses, inclusive durante seguimento de 1 ano	TCD = 22 TU = 22	TCD (padrão) – 1 ano	TCD > TU na redução do risco de compor- tamento suicida e de uso dos serviços; TCD < TU na redução do abandono; TCD = TU na redução da ideação suicida	TCD = TU na redução de depressão e de- sesperança (redução significativa em ambos os grupos)	TPB, mulheres, 18-45 anos, com comportamento sui- cida atual e passado (pelo menos um episódio nas últimas 8 semanas)	Transtorno psicótico ao longo da vida, transtor- no bipolar ao longo da vida, retardo mental, transtorno convulsivo necessitando de medi- cação, ordem judicial para tratamento, neces- sidade de tratamento primário para uma condição debilitante
Linehan et al. (1999)	ECR	TCD vs. TU; avaliações a cada 4 meses; 4 meses seguimento	TCD = 12 TU = 16	TCD (padrão) – 1 ano	TCD > TU para abuso de substâncias	TCD = TU em resul- tados relativos a raiva (redução significativa em ambos)	TPB, mulher, de- pendência atual de drogas	Transtorno psicótico, transtorno bipolar, retardo mental
Linehan et al. (2002)	ECR	TCD + CAL vs. Terapia de valida- ção ampla com 12 passos (TVA-12s) + CAL; avaliações a cada 4 meses, in- cluindo uma avalia- ção de seguimento	TCD = 11 TVA -12S = 12	TCD (padrão) – 1 ano	Participantes da TCD mantiveram reduções no consumo de opiáceos durante todos os 12 me- ses de tratamento; par- ticipantes da TVA-12S atingiram as mesmas reduções, mas aumen- taram o uso de opiáceos nos últimos 4 meses; redução semelhantes em psicopatologia	Nenhum	Mulheres, 18-45 anos, TPB, com dependência atual de opiáceos	Transtorno bipolar, psicose, transtorno convulsivo, retardo mental, gravidez, condição médica para a qual o uso de medicamento de subs- tituição de opiáceos era contraindicada, indicações de coerção ao tratamento

(continua)

TABELA 10.1 Continuação

Citação	Delineamento	Metodologia	N/grupo	Variante de TCD oferecida	Resultados gerais relatados	Resultados relatados sobre regulação das emoções	Crítérios para inclusão no estudo	Crítérios para exclusão do estudo
Linehan et al. (2006); Harned et al. (2008); Bedics, Atkins, Comtois e Linehan (2012)	ECR	TCD vs. Tratamento na comunidade por especialistas (TCE); avaliações a cada 4 meses e durante um seguimento de 1 ano	TCD = 52 TCE = 49	TCD (padrão) – 1 ano	TCD < TCE para tentativas de suicídio, uso de serviços de crise, abandono; TCD levou a uma redução significativa nos transtornos de uso de substâncias; TCD = TCE na redução de ideação suicida, remissão de transtornos de depressão maior, de ansiedade e alimentares; TCD > TCE em aumento da introspecção por afiliação	TCD = TCE na redução de depressão (redução significativa em ambos os grupos); TCD mostrou mudança significativa em autoafirmação, amor próprio, autoproteção, e menos autoataques durante o tratamento e seguimento; TCE mostrou significativa interação no tratamento para terapia afirmativa/ proteção	TPB, mulheres, 18-45 anos, com comportamento suicida atual e passado (pelo menos um episódio nas últimas 8 semanas)	Transtorno psicótico ao longo da vida, transtorno bipolar ao longo da vida, retardo mental, transtorno convulsivo necessitando de medicação, tratamento por ordem judicial, necessidade de tratamento primário para uma condição debilitante
Linehan et al. (2008)	ECR	TCD + placebo vs. TCD + olanzapina	TCD + placebo = 12 TCD + olanzapina = 12	TCD (padrão) – 6 meses	Placebo > olanzapina na redução de NSSI	A olanzapina foi mais rápida do que o placebo na redução de irritabilidade e agressividade física	18-60, TPB, descontrole da raiva, escore alto em irritabilidade	Esquizofrenia, bipolar I, esquizoafetivo, transtorno psicótico, retardo mental, transtorno convulsivo, dependência de substâncias nos últimos 6 meses, NSSI nas 8 semanas antes da triagem, gravidez

Lynch et al. (2007)	ECR	8 semanas de ensaio com medicação seguidas por ECR para pacientes que não respondem: TCD padrão + medicação (TCD-MED) vs. medicação isolada (MED); avaliações em pré-tratamento, 2, 6, 9, e 15 meses	TCD + MED = 21 MED = 14	TCD (padrão) – 6 meses	TCD + MED atingiu remissão do transtorno depressivo maior mais rapidamente do que MED isolada	Nenhum	Mais de 55 anos; preenche critérios para, pelo menos, um transtorno da personalidade; escore elevado em depressão	Transtorno bipolar, sintomas psicóticos, sinais de prejuízo cognitivo, ECT atual
Lynch et al. (2003)	ECR	Antidepressivos (MED) vs. TCD-TH + MED; avaliações em pré-tratamento, pós-tratamento e seguimento de 6 meses	MED = 15 TCD-TH + MED = 16	Adaptação da TCD-TH (habilidades e 30 minutos de <i>coaching</i> por telefone, por semana) – 7 meses	Diferença da remissão da depressão (TCD > MED) ainda maior no seguimento; dependência e enfrentamento adaptativo melhorados em TCD isolada	Depressão autorrelatada (TCD > MED)	TDM Atual, 60 ou mais anos de idade; escores altos em duas medidas de depressão	Transtorno bipolar, sintomas psicóticos, sinais de prejuízo cognitivo, ECT atual
McDonnell et al. (2010)	Ensaio controlado	rTCD vs. TU residencial (correspondências históricas)	rTCD = 106 TU = 104	rTCD (intensidade variada de TCD em <i>setting</i> residencial)	Com TCD, significativamente menos episódios de NSSI durante um ano de tratamento do que com TU	Nenhum	Jovens, 12-17	Interações para res- tauração da competência legal
McMain et al. (2009)	ECR	TCD vs. manejo psiquiátrica geral (GPM); avaliações todos os 4 meses e durante seguimento de 1 mês	TCD = 90 GPM = 90	TCD (padrão) – 1 ano	TCD = GPM na redução de comportamento suicida, uso de serviços de crise (redução significativa em ambos os grupos)	TCD = GPM na redução de depressão, raiva, sintomas de aflição (redução significativa em ambos os grupos)	TPB, idades entre 18-60, pelo menos dois episódios suicidas ou NSSI nos últimos 5 anos, pelo menos um dos quais 3 meses antes de se inscrever no programa	Transtorno psicótico, Transtorno bipolar I, <i>delirium</i> , demência, retardo mental, dependência de substâncias no mês anterior, condição médica que impedia medicação psiquiátrica, condição médica grave, planeja ir embora nos próximos 2 anos

(*continua*)

TABELA 10.1 Continuação

Citação	Delineamento	Metodologia	N/grupo	Variante de TCD oferecida	Resultados gerais relatados	Resultados relatados sobre regulação das emoções	Crítérios para inclusão no estudo	Crítérios para exclusão do estudo
Neacsiu, Eberle, Kramer, Weismann e Linehan (2013)	ECR	16 semanas de TCD-TH vs. 16 semanas de Grupo de Atividades de Apoio (GAA); avaliação a cada 2 meses incluindo seguimento de 2 meses	TCD-TH = 22 GAA = 22	TCD-TH condensada em 16 semanas	TCD-TH = GAA na melhoria da gravidade da depressão; TCD-TH > GAA na melhoria da gravidade da ansiedade, aumento no uso de habilidades	TCD-TH > GAA na melhoria em dificuldades de regulação das emoções e controle de afeto TCD-TH = GAA na redução de alexitimia	Adultos, 18-65 anos, alta desregulação das emoções, cumprem critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR para transtorno depressivo ou de ansiedade	Transtorno psicótico atual, bipolar I, TPB, fez TCD antes, tratamento por ordem judicial, tendências suicidas graves, não disposto a interromper psicoterapia auxiliar
Pistorello et al. (2012)	ECR	TCD vs. Supervisão por especialistas em tratamento psicotrópico (TP); avaliação a cada 3 meses e durante seguimento de 6 meses	TCD = 31 TP = 32	TCD (padrão) – 7 meses a 1 ano	TCD > TP na redução de NSSI, uso de medicação psicotrópica e tendências suicidas, e no aumento da qualidade de vida	TCD > TP na redução da depressão (autorrelatada)	Idades entre 18-25, ideação suicida atual, histórico de, pelo menos, um NSSI ou uma tentativa de suicídio	Psicose, fez TCD individual ou em grupo
Rakfeldt (2005)	Ensaio controlado	rTCD vs. nenhum tratamento – 17 semanas; avaliações em pré e pós-tratamento	rTCD = 7 Controle = 8	rTCD adaptada para incluir duas sessões de habilidades, de 1 hora/semana	rTCD = Controle em índice de funcionamento; rTCD > Controle em relacionamentos interpessoais, redes de relações sociais, interconectividade e funcionamento global	Nenhum	Morando no programa de serviços residenciais para adultos jovens; tem grave perturbação emocional	Nenhum
Rathus e Miller (2002)	Ensaio controlado	rTCD vs. TU (atribuição a TU de pacientes menos graves)	rTCD = 29 TU = 82	rTCD adaptada – 12 semanas, duas vezes por semana	TCD > TU na redução de hospitalizações psiquiátricas TCD = TU em tentativas de suicídio (1 em TCD, 7 em TU)	Nenhum	Adolescentes em TCD: tentativa de suicídio nas últimas 16 semanas, pelo menos três critérios de TPB	Nenhum

Roepke et al. (2011)	Ensaio controlado	iTCD vs. LE + TU; avaliações no pré-tratamento e em 10 semanas	iTCD = 40 TU = 20	iTCD – 3 meses	TCD > TU no aumento da autoestima	Com TCD, melhora significativa na depressão; com TU, nenhuma mudança na depressão	Mulher, TPB	Diagnóstico de esquizofrenia ao longo da vida, bipolar I ou II, abuso de substâncias nos últimos 6 meses, retardo mental
Safer, Telch e Agras (2001)	ECR	TCD-TH vs. LE	TCD-TH = 14 LE = 15	TCD-TH-20 semanas	TCD > LE na redução significativa de índices de comer compulsivo-purga		Idades entre 18-65, pelo menos um episódio de comer compulsivo-purga por semana	Nenhum
Safer, Robinson, e Io (2010); Safer e Joyce (2011)	ECR	(TCD-TH TCAP) vs. terapia de comparação ativa em grupo (ACGT) – 20 sessões semanais; avaliações em pré e pós-tratamento, e em seguimento de 3, 6, e 12 meses	TCD-TH TCAP = 50 ACGT = 51	Treinamento em habilidades de TCD adaptada para TCAP (TCD-TH TCAP) – 20 semanas	TCD-TH TCAP = ACGT em abstinência de comer compulsivo-pós-tratamento (64% em TCD e 36% em ACGT); TCD < ACGT em dias de comer compulsivo-pós-tratamento, mas não em seguimento; tamanho de efeito moderado favorecendo TCD para autorrelatos sobre preocupações com restrições e alimentação; TCD com mais probabilidade de produzir pacientes com resposta rápida com melhor desempenho no seguimento	Nenhuma diferença em medidas de regulação das emoções, depressão relacionada a alimentação, ansiedade ou raiva, depressão, ou autoestima	Homens e mulheres com mais de 18 anos; transtorno da compulsão alimentar; morando a distância que permita ir todos os dias ao estudo	Índice de massa corporal < 17,5 kg/m ² ; em psicoterapia; medicações instáveis; uso regular de comportamentos compensatórios; psicose; abuso ou dependência atual de álcool/drogas; depressão grave com tentativas de suicídio; uso de medicamentos que alteram o peso; condição médica grave; gestação ou aleitamento materno em curso; planejando grávidas; grávidas
Salbach-Andrae et al. (2009)	ECR	25 semanas de TCC vs. 25 semanas de TCD-AN/BN vs. 12 semanas de lista de espera	TCC = 19 TCD-AN/BN = 16 LE = 15	TCD adaptada para adolescentes com anorexia/bulimia nervosa	57,9% na TCC, 62,5% em TCD-AN/BN, e 0% em lista de espera entraram em remissão em critérios do DSM-IV-TR para transtornos alimentares; TCD-AN/BN = TCC > LE em evitação de calorías, frequência de refeições e desconforto psicológico	Pequenos tamanhos de efeito positivos em regulação das emoções	Mulheres adolescentes AN ou BN (idades entre 12-21), QI > 85	Incapaz de falar/compreender alemão; transtorno psicótico

(continua)

TABELA 10.1 Continuação

Citação	Delineamento	Metodologia	N/grupo	Variante de TCD oferecida	Resultados gerais relatados	Resultados relacionados sobre regulação das emoções	Crítérios para inclusão no estudo	Crítérios para exclusão do estudo
Soler et al. (2005)	ECR	TCD-TH + placebo vs. TCD-TH + olanzapina	TCD-TH + placebo = 30 TCD-TH + olanzapina = 30	TCD-TH adaptada – 12 semanas, com treinamento telefônico adicionado	Olanzapina > placebo na redução de ganho de peso e níveis de colesterol; olanzapina = placebo em reduções de psicopatologia	Olanzapina < placebo em frequência de impulsividade e comportamento agressivo. Olanzapina > Placebo na redução de depressão e ansiedade	TPB, idades entre 18-45, nenhum transtorno do Eixo I, alta gravidade clínica; não em psicoterapia	Nenhum
Soler et al. (2009)	ECR	TCD-TH vs. terapia de grupo padrão (TGP) de orientação psicodinâmica; avaliações a cada 2 semanas	TCD-TH = 29 TGP = 30	TCD-TH adaptada – 3 meses	Ver próxima coluna	TCD > TGP em reduções de depressão, ansiedade, irritabilidade, raiva e instabilidade afetiva	TPB, idades entre 18-45, escore de Impressão Clínica Global de Gravidade = 4, não em psicoterapia atualmente	Esquizofrenia, psicose induzida por drogas, síndrome cerebral orgânica, dependência de substâncias, bipolar, retardo mental, depressão atual
Teich, Agran e Linchan (2001)	ECR	TCD-TH vs. LE; avaliações em pré e pós-tratamento e em seguimento de 6 meses	TCD-TH = 22 LE = 22	Treinamento em habilidades de TCD adaptada para TCAP	TCD = LE em todos os resultados	Mulheres em TCD relataram menos desejo de comer quando estão com raiva	Mulheres com idades entre 18-65, cumprem os critérios diagnósticos para TCAP	Psicoterapia atual, programa de perda de peso ou usando medicação psiquiátrica; transtorno de uso de substâncias atual, ideação suicida atual, psicose, gravidez
Trupin, Stewart, Beach e Boesky (2002)	Ensaio controlado	rTCD vs. TU; avaliações em pré e pós-tratamento	rTCD = 45 TU = 45	rTCD – duração variável	Problemas comportamentais diminuíram significativamente em abrigos de reabilitação de TCD, mas não em abrigos de reabilitação de TU	Nenhum	Adolescentes em Programa de Reabilitação Juvenil no estado de Washington, em três abrigos diferentes	Nenhum

Turner (2000)	ECR	TCD vs. TU: avaliações em 6 e 12 meses	TCD = 12 TU = 12	TCD (padrão) – 1 ano, adaptada para reduzir tempo de terapia e incorporar técnicas psicodinâmicas	TCD > TU em funcionamento de saúde mental; TCD > TU em quantidade de comportamento suicida, embora melhora significativa em ambos	TCD = TU na melhora do funcionamento emocional	TPB, dispostos a ser randomizados	Esquizofrenia, esquizoafetivo, bipolar, transtornos mentais orgânicos e/ou retardo mental
Van den Bosch et al. (2002); Verheul et al. (2003)	ECR	TCD vs. TU: avaliações em pré-tratamento, em 11, 22, 33, 44, e 52 semanas, e em 18 meses de seguimento	TCD = 27 TU = 31	TCD (padrão) – 1 ano	TCD < TU na redução de tentativas de suicídio (TCD = 2, TU = 8); NSSI diminuíram significativamente em TCD e aumentaram em TU; efeitos moderados pela gravidade do comportamento suicida; TCD = TU para uso de substâncias	TCD > TU na redução de atos impulsivos	TPB, mulheres; idades entre 18-70	Transtorno psicótico, transtorno bipolar, retardo mental; não morar próximo
Van Dijk, Jeffrey e Katz (2013)	ECR	TCD-TH vs. LE	TCD-TH = 13 LE = 13	TCD-TH adaptada para transtornos bipolares – 12 semanas	TCD-TH = LE na redução da depressão, <i>mindfulness</i> (ambos melhoraram)	TCD-TH = LE em melhorar controle do afeto (ambos melhoraram)	TPB, 18 anos ou mais	Atualmente em estado maniaco, atraso de desenvolvimento, comportamentos violentos ou agressivos em curso, incapaz de entender inglês
Waltz et al. (2009)	ECR	Vídeo de habilidades em TCD vs. controle (vídeo informativo), ordem de visualização alternada	N = 30	Vídeo de TCD sobre “ação oposta”	Dos que participaram do seguimento, 80% tinham usado ação oposta pelo menos uma vez	Espectadores do vídeo de TCD demonstraram redução significativa na intensidade emocional	18 anos ou mais, alfabetizado, TPB, QI > 90, conhecedor do diagnóstico, em tratamento	Experiência formal anterior com TCD, altamente psicótico

(continua)

TABELA 10.1 Continuação

Citação	Delineamento	Metodologia	N/grupo	Variante de TCD oferecida	Resultados gerais relatados	Resultados relatados sobre regulação das emoções	Crítérios para inclusão no estudo	Crítérios para exclusão do estudo
Wasser, Tyler, McIlhaney, Taplin e Henderson (2008)	Ensaio controlado	rTCD vs. MTP (meio terapêutico padrão); correpondência primária (pareamento exato em idade, sexo, e com transtorno de Eixo I), pareamento secundária (pareamento similar em idade, sexo)	Primária: rTCD = 7 MTP = 7 Secundário: rTCD = 12 MTP = 12	rTCD adaptado devido à falta de recursos (conduzido por não clínicos de TCD)	MTP > rTCD para excitação psicomotora na alta; rTCD > MTP psicopatologia	TCD = MTP na redução da depressão (ambas reduziram significativamente)	Adolescentes em KidsPeace	Nenhum
Wolf et al. (2011)	ECR	TCD-TH vs. TCD-TH + treinamento de habilidades em computador (THC)	TCD-TH = 11 TCD-TH + THC = 13	TCD-TH – 6 meses com ou sem programa auxiliar de autoajuda em CD-ROM	TCD-TH + THC > TCD-TH em melhora da aquisição de competências e conhecimento	Nenhum	TPB, em terapia	Esquizofrenia, dependência atual de substâncias, disfunção cognitiva grave

Nota: > indica significativamente maior do que; < indica significativamente menor do que; = indica não haver diferença significativa entre; FA, com foco no apetite; iTCD, TCD com intervenção; ECR, ensaio clínico randomizado controlado; TU, tratamento usual; TFP, psicoterapia focada na transferência; LE, lista de espera; NSSI, comportamento de autoagressão não suicida; CAL, cloridrato de acetato de levometadil; TEPT, transtorno de estresse pós-traumático; rTCD, residencial; ECT, eletroconvulsoterapia; TCD-TH, TCD-treinamento de habilidades; TCD-TH TCAP, TCD-TH para transtorno da compulsão alimentar periódica; TDAH, transtorno de déficit de atenção/hiperatividade; TPB, transtorno da personalidade *borderline*.

pode ser uma intervenção importante para uma série de populações com dificuldades de regulação emocional. Além disso, o uso de habilidades de TCD (o produto do treinamento de habilidades) mostrou ser um mecanismo ativo de mudança para os resultados de regulação das emoções no tratamento para TPB (Neacsiu, Rizvi e Linehan, 2010).

TCD: VISÃO GERAL DO TRATAMENTO

Base filosófica: dialética

O termo *dialética* aplicado à terapia comportamental se refere tanto a uma natureza fundamental da realidade quanto a um método de diálogo e relacionamento persuasivos (ver Wells [1972, citado por Kegan, 1982] para documentação sobre abordagens dialéticas nas ciências nos últimos 150 anos; mais recentemente, Peng e Nisbett [1999] discutiram os pensamentos dialéticos ocidental e oriental). Como visão de mundo ou posição filosófica, a dialética orienta o clínico no desenvolvimento de hipóteses teóricas relevantes aos problemas do paciente e ao tratamento. Por sua vez, como diálogo e relacionamento, *dialética* se refere à abordagem de tratamento ou às estratégias usadas pelo terapeuta para gerar mudança. Sendo assim, há uma série de estratégias terapêuticas dialéticas centrais à TCD.

A dialética como visão de mundo

A TCD se baseia em uma visão de mundo dialética que enfatiza a totalidade, a inter-relação e o processo (mudança) como características fundamentais da realidade. A primeira característica, o Princípio da Inter-relação e Totalidade, proporciona uma perspectiva em que se vê o sistema como um todo e a forma como os indivíduos se relacionam com ele, em lugar de vê-los como se existissem isoladamente. Assim como as teorias contextuais e de sistemas, uma visão dialética afirma que a análise das partes de qualquer sistema tem valor limitado, a menos que estabeleça uma relação clara com o todo. A segunda característica é o Princípio da Polaridade. Embora a dialética se concentre no todo, ela também enfatiza a complexidade de qualquer todo. Dessa forma, a dialética afirma que a realidade não é passível de redução, ou seja, dentro de cada coisa isolada ou sistema, não importa quão pequeno seja, há polaridade. Por exemplo, os físicos não conseguem reduzir nem mesmo as menores moléculas a uma coisa única. Onde há matéria há antimatéria, até mesmo cada átomo é feito de prótons e elétrons, ou seja, um oposto polar está sempre presente. As forças opostas são chamadas de *tese* e *antítese*, presentes em toda a existência. A dialética sugere que a tese e a antítese avançam em direção a uma síntese, e haverá um novo conjunto de forças opostas inerente a essa síntese. É a

partir dessas forças opostas que a terceira característica se desenvolve. Essa característica da perspectiva dialética diz respeito ao Princípio da Mudança Contínua. A mudança é produzida pela síntese constante da tese e da antítese, e como essas novas forças opostas estão presentes dentro da síntese, a mudança é contínua. Esses princípios dialéticos são inerentes a cada aspecto da TCD e permitem um movimento contínuo durante o processo terapêutico. Uma ideia dialética muito importante é que todas as proposições contêm suas próprias oposições. Ou, nas palavras de Goldberg (1980, p. 295-296), parto da premissa de que a verdade é paradoxal, que cada fragmento do conhecimento contém dentro de si suas próprias contradições, que as verdades estão situadas lado a lado. As verdades contraditórias não necessariamente se cancelam ou se dominam, e sim se situam lado a lado, convidando à participação e à experimentação.

Uma forma com que paciente e terapeuta tratam disso na terapia é se fazendo repetidas vezes a pergunta: “O que está ficando de fora?” Essa pergunta simples pode ajudar a encontrar uma síntese e abandonar uma verdade absoluta, uma postura não dialética.

Dialética como persuasão

Do ponto de vista do diálogo e do relacionamento, a dialética se refere à mudança por meio da persuasão e do uso de oposições inerentes ao relacionamento terapêutico em vez da lógica formal impessoal. Por meio da oposição terapêutica de posições contraditórias, paciente e terapeuta podem chegar a novos significados dentro de significados antigos, aproximando-se cada vez mais da essência do tema em questão. O espírito de uma visão dialética é nunca aceitar uma proposição como verdade definitiva ou fato incontestável. Dessa forma, a questão tratada por paciente e terapeuta é: “O que está ficando de fora de nossa compreensão?” A dialética como persuasão é representada nas estratégias dialéticas específicas descritas posteriormente neste capítulo. Como os leitores verão, quando discutimos as estratégias de manejo de casos, o diálogo dialético também é muito importante nas reuniões de supervisão ao terapeuta. Talvez mais importante do que qualquer outro fator, a atenção à dialética pode reduzir as chances daquilo que os terapeutas psicodinâmicos chamaram de *dissociação da equipe*, ou seja, o fenômeno frequente em que os terapeutas discordam e discutem (às vezes, de forma veemente) sobre como tratar e interagir com um paciente que tenha TPB. Essa *dissociação* entre membros da equipe muitas vezes se deve a que um ou mais grupos dentro da equipe decidem que eles (e, às vezes só eles) sabem a verdade sobre um determinado paciente ou problema clínico.

Conceituação dialética do caso

Os pressupostos dialéticos influenciam a conceituação do caso na TCD em vários aspectos. Em primeiro lugar, a dialética sugere que um transtorno psicológico é mais bem conceituado como uma disfunção sistêmica caracterizada ao se:

1. definir o transtorno com relação ao funcionamento normal;
2. pressupor um *continuum* entre saúde e transtorno;
3. pressupor que o transtorno resulta de múltiplas causas e não de uma causa única (Hollands-Worth, 1990).

Da mesma forma, a teoria biossocial de Linehan sobre o TPB pressupõe que ele representa um colapso do funcionamento normal e que o transtorno é mais bem conceituado como uma disfunção sistêmica do sistema regulador das emoções. Segundo a teoria, a patogênese do TPB resulta de diversos fatores: alguns são predisposições genético-biológicas que geram diferenças individuais na suscetibilidade à desregulação emocional, conhecida como *vulnerabilidade emocional*; outras resultam da interação do indivíduo com o ambiente, chamado de ambiente invalidante. Pressupor uma visão sistêmica impele o teórico a integrar o trabalho de uma série de campos e disciplinas.

Um segundo pressuposto dialético que está na base da teoria biossocial de Linehan sobre o TPB é o de que a relação entre indivíduo e ambiente é uma transação entre a pessoa e o ambiente. Dentro da teoria da aprendizagem social, esse é o princípio do *determinismo recíproco*. Além de se concentrar na influência recíproca, a visão transacional também destaca o constante estado de fluxo e mudança do sistema indivíduo-ambiente. Dessa forma, o TPB pode acontecer em diversos ambientes e famílias, sejam caóticos, perfeitos ou mesmo comuns.

Tanto o modelo transacional quanto o interativo, como o modelo diátese-estresse da psicopatologia, chamam a atenção para o papel dos ambientes disfuncionais como causa do transtorno em indivíduos vulneráveis. Um modelo transacional, contudo, destaca uma série de questões que passam facilmente despercebidas no modelo interativo diátese-estresse. Por exemplo, uma pessoa (a pessoa A) pode agir de maneira estressante em relação a um indivíduo (a pessoa B) simplesmente pelo estresse que a pessoa B está causando na pessoa A. Tomemos a criança que, em razão de um acidente, requer a maior parte do tempo livre dos pais somente para atender suas necessidades de sobrevivência. Ou consideremos o paciente que, em função da necessidade de constantes precauções

contra o suicídio, demanda grande parte dos recursos de enfermagem hospitalar. Esses dois ambientes são levados ao extremo em sua capacidade de bem responder a mais estresse, e ambos podem invalidar ou culpar temporariamente a vítima se for feita qualquer outra demanda ao sistema. Embora o sistema (p. ex., a família ou o meio terapêutico) possa estar predisposto a responder de forma disfuncional de qualquer maneira, essas respostas podem ter sido evitadas na ausência de exposição ao estresse daquele indivíduo específico. Uma descrição transacional ou dialética da psicopatologia pode possibilitar maior compaixão, porque é incompatível com a atribuição de culpa ao destacar a realidade da situação em lugar de julgamentos em relação a cada pessoa. Isso é especialmente relevante quando se trata de um rótulo tão estigmatizado entre os profissionais da saúde mental quanto *borderline* (para exemplos dos usos equivocados do diagnóstico, ver Reiser e Levenson, 1984).

Um último pressuposto em nossa discussão está relacionado à definição de comportamento e às implicações de fazer essa definição de forma ampla. A teoria de Linehan, e dos behavioristas em geral, considera *comportamento* como qualquer coisa que um organismo faz envolvendo ação e resposta a um estímulo (*Merriam-Webster's New Universal Unabridged Dictionary*, 1983, p. 100). Como convenção, os behavioristas classificam o comportamento como motor, cognitivo/verbal e fisiológico, todos os quais podem ser públicos ou privados. Há várias questões a ser levantadas aqui. Em primeiro lugar, dividir o comportamento nessas três categorias é arbitrário e se faz mais em função da clareza conceitual do que em resposta à evidência de que esses modos de reação, na realidade, são sistemas funcionalmente separados. Isso é especialmente relevante para se entender a regulação emocional, já que a pesquisa básica sobre as emoções demonstra que esses sistemas de resposta são, algumas vezes, sobrepostos, um tanto independentes, mas certamente não são totalmente independentes, permanecendo assim consistentes com a visão dialética de mundo. Um ponto relacionado é que em contraste com as teorias biológicas e cognitivas sobre o TPB, a teoria biossocial sugere que não há razão *a priori* para privilegiar explicações que enfatizem um modo de comportamento como sendo intrinsecamente mais importante ou contundente do que outros. Em lugar disso, de uma perspectiva biossocial, as questões cruciais são sob que condições uma relação comportamento-comportamento ou uma relação de resposta do sistema-resposta do sistema se sustenta e sob quais condições esse tipo de relação entra em rotas causais para a etiologia e a manutenção do TPB.

TEORIA BIOCROSSOCIAL

Desregulação emocional

A teoria biossocial de Linehan sugere que a TPB é principalmente uma disfunção do sistema regulador da emoção. Os padrões comportamentais na TPB estão funcionalmente relacionados ou são consequências inevitáveis dessa desregulação fundamental em várias emoções, talvez em todas, incluindo as negativas e as positivas. Do ponto de vista de Linehan, essa disfunção do sistema de desregulação emocional é a patologia fundamental, de forma que não é simplesmente sintomática ou definidora. A desregulação das emoções é um produto da combinação da vulnerabilidade emocional e das dificuldades de modular reações emocionais. A vulnerabilidade emocional é conceituada como uma alta sensibilidade aos estímulos emocionais, respostas emocionais intensas e um retorno lento ao nível emocional basal. Os déficits na regulação das emoções podem se dever a dificuldades de:

1. inibir comportamentos que dependam do humor;
2. organizar comportamentos a serviço de objetivos, independentemente do humor atual;
3. aumentar ou diminuir a excitação fisiológica quando necessário;
4. desviar a atenção de estímulos que evoquem emoções;
5. vivenciar as emoções sem se retrair imediatamente nem produzir uma emoção negativa secundária extrema (ver Crowell, Beauchaine e Linehan, para uma discussão mais profunda).

Em termos conceituais, o déficit no sistema regulador da emoção leva não apenas a imenso sofrimento emocional, mas também a múltiplos problemas comportamentais em pessoas com TPB. Quando se examinam as classificações que os clínicos fazem das características associadas à psicopatologia, as tendências a ser cronicamente ansioso ou infeliz, deprimido ou desanimado são as que mais descrevem o TPB (Bradley, Zittel e Westen, 2005). A disfunção leva o indivíduo a tentar escapar de emoções aversivas, muitas vezes resultando em mais sofrimento. Por exemplo, uma paciente pode estar sentindo muita raiva após uma briga com o parceiro, e, em um esforço para escapar da raiva, inicia um comportamento de se cortar. Ela começa a sentir alívio da raiva por um curto período. Contudo, quando a raiva começa a diminuir, a vergonha começa a aumentar como reação aos cortes e o ciclo de comportamentos de fuga das emoções continua. Embora os mecanismos da desregulação inicial ainda não sejam claros, é provável que os fatores biológicos cumpram um papel central. Siever e Davis (1991) levantaram a hipótese de que os

deficits na regulação das emoções para pacientes com TPB estejam relacionados à instabilidade e à hiperresponsividade da função da catecolamina. A etiologia dessa desregulação pode ir desde influências genéticas a fatores pré-natais, chegando a eventos traumáticos na infância que afetem o desenvolvimento do cérebro e do sistema nervoso. Os estudos de adoção com gêmeos monozigóticos (MZ; Davison e Neale, 1994) também sugerem uma vulnerabilidade genética. Entretanto, os pesquisadores não afirmam que os fatores genéticos ou biológicos respondam por toda a patologia. Se ela fosse determinada unicamente pela genética, 100% dos gêmeos MZ supostamente teriam a mesma patologia. Como isso não acontece, podemos explicar as diferenças pelas transações entre a biologia, como descrito anteriormente, e o ambiente.

Ambientes invalidantes

A maioria dos indivíduos com uma vulnerabilidade temperamental inicial à desregulação emocional não desenvolve TPB. Dessa forma, a teoria sugere ainda que são necessários determinados ambientes de desenvolvimento. A circunstância crucial na teoria de Linehan é a transação entre vulnerabilidade emocional e a presença do *ambiente invalidante* (Linehan, 1987, 1993a), que é definido por sua tendência a negar, punir e/ou responder de forma errática e inadequada a experiências privadas, independentemente da validade do comportamento em si. As experiências privadas, especialmente as experiências emocionais e as interpretações de eventos, não são aceitas como respostas válidas por outros, sendo punidas, banalizadas, rejeitadas ou desconsideradas e/ou atribuídas a características socialmente inaceitáveis, como a hiper-reatividade, incapacidade de ver as coisas de forma realista, falta de motivação, motivação para prejudicar ou manipular, falta de disciplina ou não adoção de uma atitude positiva (ou, ao contrário, discriminante). O ambiente invalidante pode ser qualquer parte do ambiente social de uma pessoa, incluindo a família nuclear ou ampliada, escola, trabalho ou comunidade. Dentro de cada um desses ambientes, há idiosincrasias ainda mais específicas que podem ter impacto sobre o ambiente, como ordem de nascimento, diferença de idade entre irmãos, professores e colaboradores e/ou colegas de trabalho. É importante observar que o fato de duas crianças terem crescido na mesma casa não significa que elas foram criadas em ambientes idênticos. Além disso, os indivíduos geralmente não estão cientes de seus comportamentos invalidantes e não estão agindo com intenção prejudicial.

Há três características básicas do ambiente invalidante. Em primeiro lugar, o ambiente rejeita indiscriminadamente a comunicação de experiências privadas e de comportamento autogerados. Por exemplo,

uma pessoa pode ouvir “você está com muita raiva, mas não admite” ou “você não pode estar com fome, recém acabou de comer”. Em segundo lugar, o ambiente invalidante pode punir demonstrações de emoção e reforçar de forma intermitente o crescimento da tensão emocional. Por exemplo, uma mulher rompe com seu parceiro e está se sentindo deprimida. Seus amigos e sua família começam a lhe dizer “supere isso”, ou “ele não valia tudo isso”, “não fique triste”. Na semana seguinte, ela fica mais deprimida e começa a se retrair de atividades cotidianas. Mais uma vez, seu ambiente responde de maneira invalidante. Por fim, depois de mais três dias de muita excitação emocional, ela tenta se suicidar. Naquele momento, o ambiente entra em cena e tenta dar apoio, cuidando dela. Infelizmente, esse tipo de padrão muitas vezes resulta em um reforço involuntário de comportamento extremamente disfuncional. Por último, o ambiente invalidante pode supersimplificar a facilidade de solução do problema e de atingir os objetivos de uma pessoa.

A elevada incidência de abuso sexual na infância relatada entre indivíduos com TPB (p. ex., Herman, 1986; Herman, Perry e van der Kolk, 1989) sugere que o abuso sexual pode ser uma experiência invalidante prototípica para crianças. A relação de abuso sexual precoce com TPB, entretanto, é bastante controversa e está aberta a muitas interpretações. Por um lado, Silk, Lee, Hill e Lohr (1995) relataram que o número de comportamentos que eram critérios de TPB cumpridos teve correlação com a gravidade de abuso sexual em um grupo de pacientes com TPB. Por outro lado, uma revisão por parte de Fossati, Madeddu e Maffei (1999) sugeriu que o abuso sexual não é um importante fator de risco para TPB.

Os resultados gerais desse padrão transacional entre o indivíduo emocionalmente vulnerável e o ambiente invalidante são os padrões de desregulação emocional e padrões comportamentais exibidos pelo adulto *borderline*. Esse indivíduo nunca aprendeu a dar nome e regular a excitação emocional, tolerar o desconforto emocional ou quando confiar em suas respostas emocionais como reflexos de interpretações válidas de eventos que resultam em autoinvalidação (Linehan, 1993a). Em ambientes ideais, a validação pública das experiências privadas e internas da pessoa resulta no desenvolvimento de uma identidade estável. Na família de uma pessoa com TPB, contudo, as experiências privadas podem receber respostas erráticas e insensíveis, de forma que o indivíduo aprende a desconfiar de seus estados internos e procura, no ambiente, sinais sobre como deve agir, pensar e sentir. Essa dependência geral dos outros faz com que a pessoa não desenvolva um sentido de *self* coerente. A disfunção emocional também dificulta o desenvolvimento e

a sustentação de relações interpessoais estáveis, que dependem de um sentido de *self* estável e da capacidade de autorregulação das emoções. A tendência que o ambiente invalidante tem de banalizar ou ignorar a expressão da emoção negativa também define um estilo expressivo visto mais tarde no adulto com TPB – um estilo que vacila entre a inibição e a supressão da experiência emocional e as demonstrações comportamentais extremas. Comportamentos como tomar superdoses, cortar-se e se queimar têm importantes propriedades autorreguladoras, além de ser bastante eficazes para gerar comportamentos de ajuda, em um ambiente que, fora isso, ignora esforços para aliviar a dor emocional intensa. Dessa perspectiva, os comportamentos disfuncionais característicos do TPB podem ser considerados como soluções mal-adaptativas a afeto negativo insuportável e muito doloroso.

DILEMAS DIALÉTICOS

Linehan (1993a) descreve os *dilemas dialéticos* como padrões comportamentais do paciente que costumam prejudicar a terapia. Esses padrões de comportamento, também chamados de *alvos secundários* no tratamento (comparados com outros alvos que descrevemos depois) representam seis comportamentos que são dicotomizados em um conjunto de três dimensões de comportamento definidas por seus polos opostos (ver Fig. 10.1). Em um extremo de cada dimensão está o comportamento que teoricamente é mais biologicamente influenciado por meio de déficits na regulação das emoções. No outro extremo, está o comportamento que foi socialmente reforçado no ambiente invalidante. Esses alvos secundários são característicos de indivíduos com TPB que muitas vezes dificultam a mudança, prejudicando, assim, a terapia.

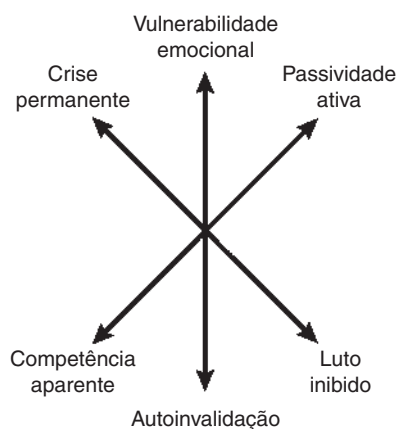


FIGURA 10.1 Dilemas dialéticos na TCD.

Vulnerabilidade emocional/autoinvalidação

Um dilema dialético é representado pela vulnerabilidade emocional influenciada biologicamente, por um lado (p. ex., a sensação de estar fora de controle ou de cair no abismo), e pela autoinvalidação influenciada socialmente, por outro (p. ex., ódio e desprezo dirigido ao *self*, desconsideração das próprias realizações). Com essa dimensão do comportamento, os pacientes com TPB muitas vezes oscilam entre a consciência aguda de seu próprio sofrimento emocional intenso, insuportável e incontrolável e a desconsideração, o julgamento e a invalidação de seu próprio sofrimento e desamparo.

A vulnerabilidade emocional, nesse caso, refere-se à vivência aguda e à comunicação, por parte do paciente, da vulnerabilidade emocional e da dor emocional intensa. *Vulnerabilidade*, nesse caso quer dizer a experiência aguda da vulnerabilidade, e não a sensibilidade a sinais emocionais que define o termo quando se discute as dificuldades de desregulação de emoções do indivíduo com TPB. Três reações à vulnerabilidade emocional são comuns na TPB:

1. paralisia ou dissociação diante da emoção intensa;
2. raiva muitas vezes direcionada à sociedade em geral ou a indivíduos que são considerados invalidantes;
3. desespero intenso.

Nessa situação, o suicídio pode funcionar para comunicar aos outros a profundidade do sofrimento da pessoa (“Eu vou mostrar para vocês”) e/ou como uma forma de escapar de uma vida insuportável.

No outro lado dessa polaridade está a autoinvalidação. O que é invalidado, em essência, é a própria experiência emocional e suas respostas desreguladas. O padrão mais comum aqui é uma reação ao sofrimento emocional com autorrecriminação e ódio de si mesmo intensos. Esses indivíduos se identificam como perpetradores, o que resulta em níveis intensos de vergonha e desprezo para consigo mesmos. (“Não tem nada de errado comigo, eu só sou uma pessoa ruim”). Também é comum o perfeccionismo dependente do humor, em que o indivíduo reduz, ignora ou desconta a dificuldade de sua vida ou pode superestimar a facilidade de resolver problemas presentes. Infelizmente, isso pode desencadear um ciclo que termine em morte. O perfeccionismo extremo muitas vezes acaba levando ao fracasso, especialmente em pessoas que superestimam suas capacidades. O fracasso, por sua vez, resulta em ódio de si mesmo, que sinaliza os comportamentos suicidas nessa pessoa. Por fim, a autoinvalidação também pode se expressar por meio da supressão proposital, que quer

dizer que o indivíduo nega ativamente a experiência de toda a emoção. Muitas vezes, os pacientes que vêm aos nossos consultórios simplesmente declaram “eu não funciono com emoções”. Assim como acontece com a vulnerabilidade emocional, a autoinvalidação precisa ser tratada ativa e diretamente, em função das consequências letais desses comportamentos.

Passividade ativa/competência aparente

Uma segunda dimensão do comportamento é uma tendência à passividade ativa *versus* um comportamento socialmente mediado de competência aparente. Ambos os polos dessa dimensão podem levar à raiva, culpa ou vergonha por parte do paciente, e uma tendência do terapeuta de subestimar ou superestimar as capacidades do paciente.

A *passividade ativa* pode ser definida como a passividade para resolver os próprios problemas ao mesmo tempo em que se envolvem outras pessoas na solução desses problemas. Também pode ser descrita como passividade que parece ser um processo ativo de se fechar diante de problemas que se espera no futuro. Em certo sentido, pessoas com TPB não parecem ter capacidade de se regular internamente, especialmente quando a regulação necessária passa por comportamentos que não dependem do humor. Pessoas diagnosticadas com TPB parecem ser *seres relacionais* em lugar de *seres autônomos*, ou seja, são mais reguladas por seu ambiente do que por seu diálogo interno, suas escolhas e suas decisões. Sua melhor forma de autorregulação é regular o ambiente, de forma que ele proporcione a regulação de que precisam. O problema aqui é que administrar o ambiente e receber o apoio de que se precisa requer uma grande dose de coerência e regulação emocional, características que geralmente são difíceis para indivíduos com TPB. Lorna Benjamin descreveu essa característica da seguinte forma: “Meu sofrimento é a sua ordem” (1996, p. 192).

No lado oposto da polaridade está a *competência aparente*, ou seja, a tendência das outras pessoas a superestimar as capacidades do indivíduo com TPB. Dessa forma, essa característica é definida pelo comportamento do observador em vez do comportamento do indivíduo com TPB. Essa falha ao perceber com precisão dificuldades e “deficiências” tem efeitos sérios sobre as pessoas diagnosticadas com TPB. Elas não apenas deixam de receber a ajuda de que precisam, mas também seu sofrimento emocional e suas dificuldades podem ser facilmente invalidadas, levando a uma sensação de não ser compreendidas. Uma série de padrões comportamentais pode precipitar essa superestimação das competências da pessoa com TPB. Muitas vezes, uma discrepância significativa entre as apresentações verbal e não verbal da pessoa

a faz pensar que transmitiu suficientemente seu nível de desconforto, quando, na verdade, o observador interpreta que ela está administrando uma situação difícil. Um exemplo seria uma mulher que fala de forma indiferente e sem emoção sobre o impulso de cometer suicídio que sentiu depois de uma briga com o marido. As pessoas com TPB também costumam ter dificuldades de generalizar comportamentos em diferentes situações, principalmente em relacionamentos. Por exemplo, a pessoa pode ser capaz de enfrentar bem na presença de uma pessoa, como o terapeuta, mas não quando está só ou com outra pessoa que não o terapeuta. O terapeuta, compreensivelmente, pode não prever a desregulação que acontece quando o paciente vai embora da sessão. Além disso, pode haver dificuldade de generalizar comportamentos de enfrentamento em diferentes humores. Em um humor, um problema é passível de solução, em outro, não. Isso pode não ser tão difícil de entender, se as mudanças de humor lhe forem visíveis, mas muitas vezes não é assim. Dessa forma, para estimar com precisão as competências da pessoa, é necessário que o observador, assim como o terapeuta, preveja constantemente as mudanças de humor que possam ocorrer para conseguir saber o que o paciente pode ou não fazer. É essa característica, mais do que qualquer outra, que leva com tanta frequência a que um paciente saia da sessão, com o terapeuta achando que tudo vai bem, para acabar em um pronto-socorro 2 horas depois, após uma tentativa de suicídio. Às vezes, os problemas do paciente não são mais do que as dificuldades do terapeuta (e do paciente, claro) de prever com precisão comportamentos futuros.

Crise permanente/luto inibido

A terceira dimensão do comportamento é a tendência do paciente com TPB de sentir a vida como uma série de crises permanentes, em vez do comportamento de *luto inibido* (ou seja, uma incapacidade de sentir emoções associada a traumas ou perdas importantes). O paciente vivencia cada um desses extremos de uma forma que facilita o movimento em direção ao outro, por exemplo, a tentativa de inibir experiências emocionais relacionadas a crises atuais pode resultar em comportamentos problemáticos que as aumentam. Assim como acontece com todos esses dilemas dialéticos, a solução é que terapeuta e paciente trabalhem em prol de uma posição mais equilibrada que represente uma síntese dos polos opostos.

Pessoas diagnosticadas com TPB que vivenciam crises permanentes têm vidas que muitas vezes são caracterizadas como caóticas e em crise. A “crise” se define como a ocorrência de problemas extremos, com muita pressão para que sejam resolvidos rapidamente.

A consequência da crise permanente é que o indivíduo com TPB, bem como os recursos ambientais, como família, amigos, colegas de trabalho e até mesmo o terapeuta, aos poucos, vão se desgastando. Há três cenários típicos que resultam em um padrão de crise permanente. Primeiro, as pessoas que têm impulsividade e desregulação emocional extremas têm comportamentos que resultam em uma situação de crise. A falta de capacidade de discernimento é um elemento fundamental a ser avaliado quando se analisam os comportamentos impulsivos de pessoas diagnosticadas com TPB. Em segundo lugar, situações que não começaram como crises podem se tornar críticas rapidamente pela indisponibilidade de recursos a muitas dessas pessoas. Isso pode se dever à situação socioeconômica ou à falta de apoio familiar ou de colaboradores e amigos. Por fim, a crise permanente pode decorrer simplesmente de destino ou má sorte em determinado momento, um fenômeno que está fora do controle da pessoa. Por exemplo, pode acontecer um desastre inesperado no apartamento do paciente porque o vizinho deixou a torneira aberta por muito tempo. O piso do apartamento do paciente pode ser destruído pela água e ele não ter os recursos financeiros para pagar um seguro ou para trocar o carpete. O apartamento agora está inabitável, mas o paciente não tem onde ficar. Esse problema está fora do controle da pessoa, mas ainda assim é sua responsabilidade resolver.

No outro extremo, e muitas vezes precipitado por uma crise, está o fenômeno do *luto inibido*. Nesse contexto, *luto* significa o processo de elaborar a perda, incluindo vivenciar diversas emoções dolorosas associadas a ela, principalmente a perda traumática e não apenas a emoção de profunda tristeza ou luto. Pessoas com um diagnóstico de TPB podem não conseguir vivenciar ou processar o luto relacionado à perda da vida que esperavam para si, e geralmente não acreditam que vão se recuperar se realmente tentarem senti-lo ou enfrentá-lo por conta própria. Como nos disse um paciente, “Eu não funciono com a tristeza”. Outro disse, “Se eu ficar triste, eu morro”. Pessoas diagnosticadas com TPB podem não reconhecer sua própria evitação ou seu fechamento emocional e, portanto, é crucial que o terapeuta preste atenção à evitação emocional, especialmente da tristeza e do luto, e ajude os pacientes nesse processo. Entre as áreas que devem ser enfrentadas, elaboradas e, por fim, aceitas, estão uma infância extremamente sofrida, uma formação biológica que torna a vida mais difícil, incapacidade de se “encaixar” em muitos ambientes, falta de pessoas amorosas no ambiente atual ou perda de esperança em um determinado futuro que se havia esperado ardentemente. O que o terapeuta deve confrontar é o fato de que perdas importantes podem ser reais e o paciente pode ter razão. Ele realmente não

consegue sair do abismo se cair nele. Independente da situação a ser elaborada, a evitação dessas situações pode levar a aumento da vergonha. A vergonha é resultado de acreditar que não se é amado, de estar só ou do medo de que não será capaz de enfrentar situações emocionais. Muitos de nossos pacientes acreditam que, se começarem a tratar alguma dessas áreas, não conseguirão funcionar em suas vidas, e muitas vezes isso é verdade. Eles não têm as habilidades ou recursos que os ajudem com o processo de vivência dessas emoções. Muitas vezes dizemos aos pacientes que a administração do luto ou o processamento das emoções requer ir ao cemitério e prestar homenagem ao que se perdeu, mas construir uma casa no cemitério e morar lá não é uma boa ideia. É um lugar para visitar, experimentar a tristeza da perda e ir embora. O uso dessa metáfora ajudou muitos de nossos pacientes a experimentar a emoção sem cair no abismo.

ESTÁGIOS DA TERAPIA E OBJETIVOS DO TRATAMENTO

Em teoria, o tratamento de todos os pacientes com TPB pode ser organizado e definido com base em seus níveis de transtorno, e se conceitua em estágios. O “nível de transtorno” é definido pelas atuais gravidade, generalização, complexidade, deficiência e ameaça iminente que o paciente apresenta. Os pacientes podem entrar em cinco estágios de tratamento com base em seu atual nível de transtorno. Inicialmente, um estágio de pré-tratamento prepara o paciente para a terapia e evoca um compromisso de trabalhar rumo aos vários objetivos do tratamento. A orientação para objetivos específicos e estratégias de tratamento e o compromisso de trabalhar por objetivos desse estágio provavelmente serão importantes em todas as etapas do tratamento.

No primeiro estágio, o foco principal está na estabilização do paciente e em adquirir controle comportamental. Comportamentos fora de controle são os que se tumultuam em função da gravidade do transtorno (p. ex., como se vê em um paciente ativamente psicótico) ou devido à gravidade combinada com a complexidade de diagnósticos múltiplos (como em um paciente suicida que tem TPB com transtorno de pânico e depressão comórbidos). Em geral, os critérios para que um paciente passe pelo primeiro estágio se baseiam no nível de funcionamento atual e na incapacidade do paciente de trabalhar em outros objetivos antes que o comportamento e o funcionamento estejam sob controle. Como disse Mintz (1968) ao discutir o tratamento do paciente suicida, todas as formas de psicoterapia são ineficazes com um paciente morto. Nos estágios seguintes (2-4), os objetivos do tratamento são substituir o “desespero silencioso” pela experiência emocional não traumática (estágio 2),

adquirir felicidade ou infelicidade “normal” e reduzir os atuais transtornos e problemas da vida (estágio 3), e resolver uma sensação de incompletude e adquirir liberdade (estágio 4). Em suma, a orientação do tratamento é inicialmente obter controle sobre a ação, depois ajudar o paciente a se sentir melhor, resolver problemas da vida e no transtorno residual e encontrar a liberdade (e, para alguns, um sentido de transcendência). A maior parte das pesquisas até hoje tem se concentrado na gravidade de pacientes com múltiplos transtornos que entram no tratamento no primeiro estágio. O construto dos estágios ajuda a planejar e conceituar o tratamento com o paciente e a identificar o nível de tratamento necessário.

Pré-tratamento: orientação e compromisso

As tarefas de orientação específicas se dão em dois níveis. Primeiro, paciente e terapeuta devem chegar a uma decisão mutuamente informada de trabalhar juntos. Em geral, as primeiras quatro sessões são apresentadas ao paciente como oportunidades para que ambos explorem essa possibilidade. A entrevista diagnóstica, a coleta da história e análises comportamentais formais de comportamentos-alvo de alta prioridade podem ser mescladas em sessões iniciais de terapia ou ser realizadas separadamente. Em segundo lugar, paciente e terapeuta devem negociar um conjunto comum de expectativas para guiar os primeiros passos da terapia. Discutem e estabelecem acordos definindo especificamente o que paciente e terapeuta podem esperar um do outro. Quando for necessário, o terapeuta tenta modificar as crenças disfuncionais do paciente com relação ao processo terapêutico. Entre as questões tratadas, estão o ritmo e a magnitude da mudança que podem ser esperadas razoavelmente, os objetivos do tratamento e seus procedimentos gerais e vários mitos que o paciente pode ter em relação ao processo terapêutico em geral. A visão dialética/biossocial do TPB também é apresentada. A orientação trata de vários outros pontos. Primeiro, a TCD é apresentada como uma terapia de apoio que demanda uma forte relação de colaboração entre paciente e terapeuta. Ela não é um programa de prevenção ao suicídio, e sim um programa de melhora da vida, no qual paciente e terapeuta funcionam como equipe para criar uma vida que valha a pena. Em segundo lugar, é descrita como uma terapia cognitivo-comportamental com uma ênfase principal na análise de comportamentos problemáticos e sua substituição por comportamentos habilidosos, e na mudança de crenças ineficazes e padrões de pensamento rígidos. Terceiro, diz-se ao paciente que a TCD é uma terapia voltada a habilidades, com ênfase especial no desenvolvimento de habilidades comportamentais. As estratégias de compromisso e

orientação, equilibradas com estratégias de validação descritas posteriormente, são as estratégias mais importantes durante essa fase do tratamento. O terapeuta faz um grande esforço para que o paciente se comprometa a não ter comportamentos NSSI ou suicidas por determinado período de tempo antes de permitir que o paciente saia da sessão. Pode ser por um ano, seis meses, até a sessão seguinte ou até o próximo dia.

Estágio 1: Alcançando capacidades básicas

O foco principal do primeiro estágio da terapia é obter controle do comportamento para construir um padrão de vida que seja razoavelmente funcional e estável. Além disso, a TCD não se promove como um programa de prevenção ao suicídio, e sim se concentra em “construir uma vida que valha a pena”. Portanto, o objetivo fundamental do tratamento na TCD e no primeiro estágio é especificamente ajudar os pacientes a construir uma vida que eles vivenciem como algo que vale a pena ser vivido. O terapeuta atinge esse objetivo dirigindo o tratamento para metas comportamentais específicas de comum acordo entre terapeuta e paciente. Em ordem de importância, as metas específicas são reduzir comportamentos que ameacem a vida (p. ex., tentativas de suicídio, ideação suicida, comportamentos NSSI, ameaças e comportamentos homicidas), comportamentos que prejudiquem a terapia (p. ex., chegar atrasado à sessão, faltar a sessões, não cumprir o plano de tratamento, ser agressivo com o terapeuta) e comportamentos que interfiram na qualidade de vida (p. ex., abuso de substâncias, transtorno da alimentação, morar na rua, transtornos graves de Eixo I) e aumentar as habilidades comportamentais. Esses alvos são tratados de forma hierárquica e recorrentemente à medida que comportamentos de alta prioridade reaparecem em cada sessão. Contudo, isso não significa que esses comportamentos devam ser tratados nessa ordem específica durante uma sessão, e sim que, com base na hierarquia, todos os comportamentos relevantes devem ser tratados em algum momento dentro da sessão. Por exemplo, se um paciente chega 30 minutos atrasado para a sessão (comportamento que prejudica a terapia) e tentou o suicídio na última semana (comportamento que ameaça a vida), o terapeuta pode optar por tratar antes o comportamento prejudicial à terapia e depois avançar para os que ameaçam a vida.

Com pacientes gravemente disfuncionais e suicidas, os avanços importantes em alvos do primeiro estágio podem levar um ano ou mais. Além dessas metas terapêuticas, o objetivo de aumentar o comportamento dialético é universal a todos os modos de tratamento. O pensamento dialético estimula os pacientes a ver a realidade como algo complexo e multifacetado, a ter

pensamentos contraditórios ao mesmo tempo e aprender a integrá-los e a estar confortável com a incoerência e as contradições. Para pessoas com TPB, que são extremas e dicotômicas em sua forma de pensar e se comportar, essa é uma tarefa difícil. A ênfase dialética também se aplica aos padrões de comportamento do paciente, pois se recomenda que ele integre e equilibre respostas emocionais e respostas comportamentais explícitas. Em particular, surgem tensões dialéticas nas áreas de aperfeiçoamento de habilidades *versus* autoaceitação, solução de problemas *versus* aceitação de problemas e regulação afetiva *versus* tolerância afetiva. Os extremos comportamentais, sejam eles respostas emocionais, cognitivas ou explícitas, são confrontados constantemente ao mesmo tempo em que se ensinam respostas mais equilibradas.

Comportamentos que ameaçam a vida

Manter o paciente vivo deve ser, obviamente, a primeira prioridade de qualquer psicoterapia. Assim, reduzir os comportamentos de crise de caráter suicida (qualquer comportamento que coloque o paciente em risco elevado e iminente de suicídio ou ameacem fazê-lo, incluindo ameaças, planos, preparações de suicídio verossímeis, obtenção de meios letais e elevada intenção suicida) é a maior prioridade da TCD. A meta e sua prioridade são explicitadas na TCD durante a orientação e ao longo do tratamento, simplesmente porque o comportamento suicida e os riscos de suicídio são preocupações centrais aos pacientes com TPB. Da mesma forma, quaisquer comportamentos NSSI agudos e intencionais compartilham de prioridade máxima. Nesse caso, a prioridade se deve ao fato de ambos, o risco de comportamento suicida e de comportamento NSSI, serem o melhor preditor isolado de suicídio subsequente. Igualmente, a TCD também visa à ideação suicida e às expectativas do paciente em relação ao valor e às consequências de longo prazo do comportamento suicida, embora esses comportamentos possam não ser necessariamente tratados de forma direta.

Comportamentos que interferem na terapia

Manter pacientes e terapeutas trabalhando conjuntamente é a segunda prioridade explícita da TCD. A natureza crônica da maioria dos problemas entre pacientes com TPB, incluindo a tendência elevada a encerrar prematuramente a terapia e a probabilidade de que um colapso e comportamentos iatrogênicos por parte do terapeuta que trata TPB demandam uma atenção explícita. Os comportamentos de paciente e terapeuta que ameaçam a relação ou o avanço da terapia são abordados direta, imediata, consistente e constantemente, e, mais importante, antes que o paciente ou o terapeuta não queiram mais continuar, e não depois. Os com-

portamentos que possam prejudicar, incluindo os que dificultem concretamente o aproveitamento da terapia (p. ex., atraso para as sessões, faltar às sessões, falta de transporte para vir à sessão, dissociar nas sessões) ou que outros pacientes aproveitem a terapia (*em grupo ou ambiente hospitalar*; p. ex., vender drogas a outros pacientes no programa), e os que entram em colapso ou ultrapassam os limites pessoais do terapeuta (p. ex., telefonemas repetidos em crise às três da manhã, ataques verbais repetidos ao terapeuta) são tratados nas sessões de terapia. Os comportamentos do terapeuta incluem qualquer comportamento que seja iatrogênico (p. ex., reforçar involuntariamente comportamentos disfuncionais), assim como qualquer um que cause aflição desnecessária ao paciente ou dificulte o avanço (p. ex., o terapeuta chegar tarde à sessão, faltar a sessões, não retornar telefonemas dentro de um tempo razoável). Esses comportamentos são abordados nas sessões se forem levantados pelo paciente ou pelo terapeuta e também são discutidos durante a reunião de consultoria/ supervisão.

Comportamentos que interferem na qualidade de vida

O terceiro alvo do estágio 1 aborda todos os outros comportamentos que dificultam que o paciente tenha uma qualidade de vida razoável. Entre os comportamentos típicos dessa categoria estão abuso grave de substâncias, episódios importantes de depressão maior, transtornos graves da alimentação, comportamentos sexuais de alto risco e fora de controle, dificuldades financeiras extremas (gastar ou jogar descontroladamente, incapacidade de lidar com as finanças), comportamentos ilícitos que tenham probabilidade de levar à prisão, comportamentos disfuncionais relacionados a estudos ou trabalho (um padrão de abandono prematuro de trabalhos ou cursos, ser demitido ou reprovado na escola, não realizar atividades produtivas), comportamentos disfuncionais relacionados à moradia (morar com pessoas abusivas, não encontrar moradia estável), padrões relacionados à saúde mental (hospitalizar-se frequentemente, deixar de tomar ou abusar de medicamentos) e problemas de saúde (deixar de tratar problemas de saúde graves). O objetivo, nesse caso, é que o paciente adquira um estilo de vida estável que cumpra padrões razoáveis de segurança e funcionamento adequado.

Quando é necessário, a TCD incorpora intervenções comportamentais baseadas em evidências para tratar comportamentos específicos que interfiram na qualidade de vida. Por ser um tratamento baseado em princípios, a TCD permite uma integração perfeita de outros protocolos baseados em evidências, desde que eles sejam compatíveis com as premissas básicas e a

filosofia da TCD. Por exemplo, acrescentamos recentemente à TCD um protocolo de exposição prolongada para tratar TEPT entre pacientes com TPB altamente suicidas (Harned, Korslund, Foa e Linehan, 2012). Seguindo Harned e colaboradores (2012) as diretrizes para a prontidão do paciente e implementação do protocolo dentro da TCD padrão, foi realizado um estudo-piloto com 13 mulheres com diagnóstico de TPB e TEPT comórbidos, e com alto risco de suicídio. Os resultados mostraram 70% deles com melhora confiável nos sintomas de TEPT e um índice de remissão de 60%, semelhantes aos de EP na literatura padrão sobre TEPT.

Habilidades comportamentais

O quarto objetivo do estágio 1 é o paciente obter uma capacidade razoável de adquirir e aplicar comportamentos habilidosos às áreas de tolerância ao desconforto, regulação das emoções, eficácia interpessoal, automanejo e a capacidade de responder com consciência sem julgar (habilidade de *mindfulness*). Em nosso programa ambulatorial, a responsabilidade básica para o treinamento de habilidades está no grupo semanal de habilidades de TCD. O terapeuta no atendimento individual monitora a aquisição e o uso das habilidades com o passar do tempo, e ajuda o paciente em sua aplicação a situações problemáticas específicas em sua própria vida. Também é papel do terapeuta individual, e não do coordenador do grupo de habilidades, instruir o paciente sobre habilidades, segundo a necessidade, quando surgirem problemas.

Estágio 2: Desespero silencioso

O estágio 1 da TCD aborda diretamente a administração do comportamento disfuncional da regulação de padrões emocionais. Embora a conexão entre comportamento atual e eventos traumáticos anteriores (incluindo os da infância) possa ser explorada e apontada, o foco do tratamento é outro: analisar a relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos atuais e aceitar e mudar os padrões atuais. A meta do estágio 2 da TCD é reduzir o *desespero silencioso*, que se pode definir como sofrimento emocional extremo na presença de controle da ação (Linehan et al., 1999). Uma ampla gama de dificuldades de vivenciar emoções (p. ex., evitação de emoções e seus sinais) é tratada neste estágio, com o objetivo de aumentar a capacidade de experiência emocional normal (ou seja, a capacidade de experimentar uma ampla gama de emoções sem intensificação emocional grave nem descontrole de comportamento). O estágio 2 aborda quatro objetivos: lembrar e aceitar os fatos de eventos traumáticos anteriores; reduzir a estigmatização e a autorrecriminação geralmente associadas a invalidação social traumática; reduzir as síndromes de negação oscilante e resposta

intrusiva e esclarecer as tensões dialéticas que envolvem a culpa por dificuldades anteriores.

Estágio 3: Resolvendo problemas da vida e aumentando o respeito próprio

No estágio 3, a TCD visa à infelicidade inaceitável do paciente e seus problemas para viver. Nesse estágio, o paciente com TPB já fez o trabalho necessário para resolver problemas nos dois estágios anteriores ou não estava com um transtorno tão grave para precisar disso. Embora os problemas nesse estágio ainda possam ser graves, o indivíduo funciona nos principais domínios da vida. O objetivo é que o paciente adquira um nível normal de felicidade e infelicidade, bem como um respeito próprio independente. Com esse objetivo, ele é ajudado a valorizar, acreditar, confiar e validar a si mesmo. As metas são habilidades de avaliar o próprio comportamento de forma não defensiva, confiar nas próprias respostas e sustentar as autoavaliações, independentemente das opiniões dos outros. No fim, o terapeuta deve recuar e reforçar de modo persistente as tentativas independentes do paciente de se validar, cuidar de si e resolver problemas. Embora o objetivo não seja que os pacientes se tornem independentes de todas as pessoas, é importante que eles adquiram autoconfiança suficiente para se relacionar com os outros e depender deles sem se anular.

Estágio 4: Adquirindo a capacidade para a liberdade e a satisfação sustentada

O estágio final do tratamento com TCD visa resolver uma sensação de incompletude e desenvolver uma capacidade de satisfação sustentada. O foco na liberdade engloba o objetivo de se libertar de cumprir seus desejos ou mudar a vida ou as respostas comportamentais ou emocionais da pessoa. Os objetivos são a consciência ampliada, a realização espiritual e o movimento rumo a vivenciar o fluxo do que se está fazendo. Para pessoas que se encontrem no estágio 4, a psicoterapia de longo prazo voltada ao *insight*, à orientação ou às práticas espirituais ou outros tratamentos vivenciais organizados e/ou experiências de vida podem ser úteis.

ESTRUTURANDO O TRATAMENTO: FUNÇÕES E MODOS

Funções do tratamento

O tratamento padrão com TCD se estrutura em torno de cinco funções essenciais:

1. melhorar as capacidades comportamentais ao expandir o repertório de padrões comportamentais habilidosos;
2. melhorar a motivação para mudança ao reduzir o reforço aos comportamentos disfuncionais

e respostas de alta probabilidade (cognições, emoções, ações) que dificultam os comportamentos eficazes;

3. garantir que os novos comportamentos se generalizem do ambiente terapêutico ao ambiente natural;
4. melhorar a motivação e as capacidades do terapeuta de forma que se aplique tratamento eficaz;
5. estruturar o ambiente para reforçar comportamentos eficazes, em vez de disfuncionais.

Modos de tratamento: quem faz o quê e quando

A responsabilidade por realizar funções e atingir as metas do tratamento na TCD padrão é distribuída entre vários modos de tratamento, com foco e atenção variando segundo o modo de terapia. O terapeuta no atendimento individual (que sempre é o principal terapeuta na TCD) cuida de uma ordem de metas e também é, junto com o paciente, responsável por organizar o tratamento de forma que todas as metas sejam atingidas. O treinamento de habilidades objetiva um conjunto diferente de metas, e durante telefonemas, uma outra hierarquia de metas tem precedência. O modo de consultoria/supervisão visa aos comportamentos dos terapeutas. Os terapeutas que fazem mais de um modo de terapia (p. ex., individual, em grupo e *coaching* por telefone) devem ter em mente as funções e a ordem das metas específicas de cada modo, e passar com suavidade de uma hierarquia a outra à medida que os modos de tratamento mudam.

Terapia individual

A TCD parte do pressuposto de que o tratamento eficaz deve levar em conta as capacidades do paciente e seus déficits de habilidades comportamentais, bem como questões de desempenho comportamental e motivacional que prejudiquem o uso de respostas habilidosas (função 2). Embora haja muitas formas de colocar esses princípios em prática, na TCD o terapeuta no atendimento individual é responsável pela avaliação e pela solução dos déficits de habilidades e dos problemas motivacionais, e por organizar outras formas de tratar os problemas em cada área.

As sessões de terapia individual com pacientes ambulatoriais são agendadas uma vez por semana, por 50 a 90 minutos, embora se possam fazer sessões duas vezes por semana durante períodos de crise ou no início da terapia. As prioridades dos objetivos específicos na terapia individual são as mesmas das prioridades gerais da TCD discutidas anteriormente. O foco terapêutico dentro das sessões de terapia individual é determinado pela meta de tratamento mais prioritária no momento. Essa ordem não muda no decorrer da terapia, mas a relevância de uma meta, sim. A relevância é determinada pelo comportamento cotidiano mais recente do paciente

(desde a última sessão) ou pelo comportamento atual durante a sessão. Conseguindo progresso satisfatório em uma meta ou se o comportamento nunca foi um problema, ou ainda, se o comportamento não estiver evidente atualmente, o terapeuta muda a atenção para outra meta de tratamento segundo a hierarquia. A consequência dessa alocação de prioridades é que quando estiverem ocorrendo comportamentos suicidas de alto risco ou lesões a si mesmo, que interfiram na terapia, ou os que interfiram na qualidade de vida, pelo menos uma parte da sessão deve ser dedicada a esses tópicos. Se esses comportamentos não estiverem ocorrendo no momento, os tópicos a ser discutidos nos estágios 1, 3 e 4 são estabelecidos pelo paciente. O foco terapêutico (dentro de qualquer área temática discutida) depende do estágio do tratamento, das habilidades visadas para melhoria e de quaisquer metas secundárias. Durante o estágio 1, por exemplo, qualquer problema ou área temática pode ser conceituada em termos de questões interpessoais e habilidades necessárias, oportunidades para regulação de emoções e/ou uma necessidade de tolerância ao sofrimento. Durante o estágio 3, independentemente do tópico, o terapeuta se concentra em ajudar o paciente a reduzir os problemas para viver e adquirir respeito próprio, autovalidação e autoaceitação de forma independente na sessão e em sua vida cotidiana (evidentemente, essas são metas durante todo o tratamento, mas o terapeuta recua um pouco durante o estágio 3 e faz menos trabalho pelo paciente do que durante os estágios anteriores). Durante o estágio 2, o foco principal está na redução do *desepero silencioso* difuso, bem como em mudar as emoções extremas e os significados psicológicos associados aos sinais traumatizantes.

No caso de pacientes altamente disfuncionais, é provável que o início do tratamento esteja necessariamente voltado à parte superior da hierarquia. Por exemplo, se comportamentos suicidas ou NSSI ocorreram na semana anterior, a atenção a ele assume precedência diante da atenção ao comportamento que interfere na terapia. Por sua vez, os comportamentos que interferem na terapia têm precedência em relação a trabalhar com comportamentos que interferem na qualidade de vida. Embora seja possível trabalhar em mais de uma meta em uma sessão (incluindo as geradas pelo paciente), as metas mais prioritárias sempre terão precedência, mas todas as metas relevantes devem ser tratadas de forma adequada na sessão. Mais uma vez, as metas não precisam ser tratadas em ordem sequencial, simplesmente devem ser abordadas durante a sessão. A determinação da relevância dos comportamentos-alvo tem como referência o uso de cartões-diário, que são preenchidos pelo paciente durante pelo menos nos dois primeiros estágios da terapia e são trazidos às sessões semanais. Deixar de preencher ou de trazer um

cartão é considerado um comportamento que interfere na terapia e deve ser tratado abertamente como tal. Os cartões-diário registram exemplos cotidianos de comportamento NSSI ou com tendência suicida, premência de causar dano a si próprio ou de ter comportamentos suicidas (em uma escala de 0 a 5 pontos), sofrimento psíquico, uso de substâncias (lícitas e ilícitas) e uso de habilidades comportamentais. Outros comportamentos alvo (episódios bulímicos, atividades produtivas diárias, *flashbacks*, etc.) também podem ser registrados no espaço em branco do cartão. O terapeuta que faz TCD deve desenvolver um padrão de sempre revisar o cartão no início de cada sessão. O cartão funciona como mapa para cada sessão, portanto, a sessão não pode começar até que o cartão-diário tenha sido preenchido. Se o cartão indicar que ocorreu um comportamento que coloca em risco a vida, ele será anotado e discutido. Se forem identificadas premências elevadas de causar danos a si próprio ou de suicídio, ou um aumento importante (p. ex., um aumento de três pontos ou mais na escala de 0 a 5 de premências) durante a semana, elas são avaliadas para determinar se o paciente está correndo risco de suicídio. Se surgir um padrão de abuso ou dependência de substâncias, ele será tratado como um comportamento que interfere na qualidade de vida.

O trabalho com comportamentos-alvo envolve um conjunto coordenado de estratégias de tratamento, descritas posteriormente neste capítulo. Essencialmente, cada sessão é um equilíbrio entre solução estruturada e não estruturada de problemas (inclusive atividades interpretativas simples por parte do terapeuta) e validação não estruturada. A quantidade de tempo do terapeuta alocada a cada uma delas – solução de problemas e validação – depende:

1. da urgência dos comportamentos que necessitam de mudança ou problemas a ser resolvidos;
2. da urgência das necessidades de validação, compreensão e aceitação por parte do paciente, sem que esteja implicada qualquer mudança.

Entretanto, deve haver um equilíbrio geral na sessão entre estratégias de mudança (solução de problemas) e aceitação (validação). A atenção desequilibrada a um dos lados pode resultar em uma sessão não dialética, além de impedir o avanço do paciente.

Treinamento de habilidades

A necessidade de intervenção nas crises e de atenção a outras metas básicas dificulta muito a aquisição de habilidades dentro da psicoterapia individual. Sendo assim, um componente específico do tratamento focaliza diretamente a aquisição de habilidades comportamentais (função 1). Na TCD, isso geralmente assume a forma de sessões semanais em grupo, para

treinamento de habilidades, com duas horas ou duas horas e meia de duração, as quais os pacientes devem frequentar, geralmente por um mínimo de seis meses e, preferencialmente, um ano. O treinamento de habilidades também pode ser feito de forma individual, embora em geral seja mais difícil se manter concentrado no ensino de novas habilidades na terapia individual do que em grupo. Depois que o paciente tiver passado por todos os módulos de habilidades duas vezes (ou seja, por um ano), manter-se no treinamento de habilidades é uma questão de preferência pessoal e necessidade. Alguns programas de TCD desenvolveram grupos graduais para pessoas que adquiriram as habilidades, mas ainda necessitam de acompanhamento semanal para aplicá-las de forma eficaz a dificuldades cotidianas. É importante observar que até hoje não existe pesquisa sobre a eficácia dos grupos graduais. Nos programas para adolescentes, os familiares também são convidados. Alguns programas também incluem um grupo de treinamento de habilidades separado para amigos e familiares.

Cada grupo geralmente tem um coordenador e um subcoordenador. Enquanto o papel principal do coordenador é ensinar as habilidades, o subcoordenador coordena o processo grupal, mantendo os membros concentrados e prestando atenção ao material que está sendo ensinado, bem como processando a informação (p. ex., certificando-se de que todo mundo esteja na página correta, observando quando a invalidação do coordenador fez com que um participante se fechasse, acordando alguém, sentando próximo a um participante que esteja chorando durante a reunião). Concluímos que é difícil manter o grupo focado e o coordenador seguindo a agenda para ensinar as habilidades se ele tentar conduzir ambas as tarefas por conta própria. Muitas vezes, o papel de subcoordenador é mais difícil de aprender.

O treinamento de habilidades na TCD segue um formato psicoeducativo. Em contraste com a terapia individual, em que a agenda é determinada principalmente pelo problema a ser resolvido, no treinamento de habilidades a agenda é estabelecida pela habilidade a ser ensinada. Como mencionado anteriormente, o treinamento de habilidades também tem uma hierarquia de metas de tratamento que são usadas para manter o grupo no foco:

1. redução de comportamentos que destroem a terapia (p. ex., usar drogas no lugar onde se faz a terapia, o que poderia fazer com que a clínica fosse fechada; danos à propriedade; ameaça de suicídio iminente ou comportamento homicida em relação a um membro do grupo ou ao terapeuta);
2. aumento da aquisição e do fortalecimento de habilidades;
3. redução de comportamentos que interferem na terapia (p. ex., recusar-se a falar em grupo, caminhar inquieto durante as sessões, atacar o terapeuta e/ou a terapia).

Contudo, os comportamentos que prejudicam a terapia não recebem a atenção no treinamento de habilidades que recebem no modo de psicoterapia individual. Se esses comportamentos fossem o foco principal, nunca haveria tempo para ensinar habilidades comportamentais. Em geral, os comportamentos que interferem na terapia são colocados em uma agenda de extinção, enquanto o paciente é “arrastado” ao longo do treinamento de habilidades e simultaneamente acalmado. Na TCD, todos os pacientes que estejam em treinamento de habilidades devem estar concomitantemente em psicoterapia individual. Por meio do treinamento de habilidades individual ou em grupo, cada paciente deve tratar os outros comportamentos problemáticos com seu terapeuta principal. Caso se desenvolva um grave risco de suicídio, o terapeuta do treinamento de habilidades encaminha o problema ao terapeuta principal.

Embora todas as estratégias descritas a seguir sejam usadas na psicoterapia individual e no treinamento de habilidades, a combinação é definitivamente diferente. As estratégias de aquisição, fortalecimento e generalização de habilidades constituem as estratégias de mudança predominantes no treinamento de habilidades. Além disso, o treinamento de habilidades é altamente estruturado, muito mais do que o componente psicoterapêutico individual. Metade de cada sessão é dedicada à revisão da prática das habilidades, como o exercício de casa, das habilidades que estejam sendo ensinadas atualmente, e a outra metade sendo dedicada à apresentação e à prática de novas habilidades. Exceto quando problemas do processo interpessoal ameaçam seriamente o progresso, a pauta e os tópicos para discussão no treinamento de habilidades, de modo geral, costumam ser preestabelecidos.

Quatro módulos de habilidades são ensinados de forma rotativa ao longo de seis meses. Na TCD padrão, as habilidades de *mindfulness* são ensinadas em duas semanas consecutivas no começo de cada um dos módulos subsequentes. Se um novo membro não estiver pronto para entrar depois desse momento, deverá esperar até o início do próximo módulo de *mindfulness*.

As atividades de *mindfulness* são consideradas essenciais na TCD, de forma que são chamadas de habilidades *fundamentais*. Essas habilidades representam uma tradução comportamental da prática de meditação (incluindo o zen e a oração contemplativa) e incluem observar, descrever, participar de forma

espontânea, não julgar, focar na conscientização e na eficácia. Ao contrário das terapias comportamentais e cognitivas tradicionais, que geralmente se concentram em mudar emoções e eventos aflitivos, uma ênfase importante da TCD está em manejar com habilidade o sofrimento. As habilidades de *mindfulness* refletem a capacidade de vivenciar e observar os próprios pensamentos, emoções e comportamentos sem julgamento e sem tentar mudá-los ou controlá-los. As habilidades de tolerância à aflição são de dois tipos. Primeiro, as habilidades de sobrevivência em crises são usadas para regular o comportamento com vistas a administrar situações sofridas sem piorá-las (p. ex., sem ter comportamentos que coloquem a vida em risco) até que o problema possa ser resolvido. Em segundo lugar, as habilidades de aceitação da realidade são usadas para tolerar o sofrimento dos problemas que não podem ser resolvidos em um futuro próximo ou que ocorreram no passado, de forma que nunca poderão ser mudados.

As habilidades de regulação das emoções visam à redução da aflição emocional e incluem identificar e nomear os afetos, uso de *mindfulness* nas emoções atuais (ou seja, vivenciar sem julgar), identificar os obstáculos à mudança das emoções, potencializar resiliência e agir no sentido oposto da emoção. As habilidades de eficácia interpessoal ensinam métodos eficazes para decidir sobre objetivos dentro de situações de conflito (seja pedindo alguma coisa ou dizendo *não* a uma solicitação) e estratégias que maximizam as chances de obter esses objetivos sem prejudicar o relacionamento ou sacrificar o respeito próprio.

É importante destacar aqui uma habilidade que é essencial no módulo da TCD para regulação das emoções: a habilidade de ação oposta. Essa habilidade de regulação da emoção incentiva os pacientes a agir no sentido contrário de seu impulso emocional, para reduzir sua excitação emocional. A premissa teórica por trás da ação oposta é de que agir de acordo com o impulso de ação associado a uma emoção aumenta a probabilidade de que a emoção dispare de novo (Linehan, Bohus e Lynch, 2007). Ensina-se aos pacientes que a reversão de componentes expressivos (p. ex., expressão facial, postura, tom de voz) e de ação das respostas emocionais é comum a muitos tratamentos para transtornos emocionais e, em essência, pode ser um dos principais mecanismos de mudança na psicoterapia eficaz. Por exemplo, tratamentos eficazes para ansiedade são baseados em princípios de exposição e prevenção de resposta que incentivam a substituição ativa de um comportamento coerente com a emoção por um comportamento incoerente com a emoção (p. ex., Foa e Kozak, 1986). A habilidade da ação oposta amplia esse princípio para que ele seja aplicável a todas as emoções,

e não apenas ao medo. Também fornece orientações específicas sobre como implementar, exatamente, ações opostas a cada emoção problemática. Portanto, se uma emoção não se justifica na situação ou não é eficaz, a ação oposta envolve (1) expor-se aos estímulos ou sinais que evocam a emoção, (2) bloquear o comportamento desencadeado pelo impulso de ação da emoção e (3) agir de forma que seja oposta ou incoerente com a resposta emocional (Linehan, 1993b). Por exemplo, o impulso de ação relacionado ao medo é evitar; portanto, a ação oposta é enfrentar integralmente a situação. Para a raiva, o impulso de ação é atacar física ou emocionalmente, cerrar os punhos e avaliar a situação. A ação oposta à raiva, portanto, envolve retirar-se suavemente da situação, descerrar os punhos e abrir as palmas das mãos, relaxando os ombros, fazendo declarações empáticas e trabalhando ativamente para gerar empatia para com a pessoa ou situação por quem se está sentindo raiva (Linehan, 1993b, 2013).

A habilidade de ação oposta é muito semelhante à recomendação de alterar as tendências de ação para mudar a ansiedade, proposta por Barlow em 1988. De acordo com Barlow e colaboradores (2004), as emoções negativas são um fator latente que subjaz aos transtornos de ansiedade e depressão; portanto, os autores propuseram um protocolo de tratamento unificado para transtornos do humor e de ansiedade. O protocolo unificado do Barlow e colaboradores sugere que as dificuldades com as emoções negativas podem ser tratadas mudando as reavaliações cognitivas antecedentes (ou seja, a probabilidade de um evento acontecer e a probabilidade de um resultado catastrófico), prevenindo a evitação emocional e facilitando tendências de ação que não sejam associadas à emoção. Para esta estratégia, destacam que um passo crucial é impedir tendências de ação associadas à emoção e facilitar tendências de ação diferentes, incentivando o enfrentamento quando as emoções apontarem à evitação. Os exemplos dados são semelhantes à ação oposta (p. ex., pedir a um indivíduo diagnosticado com TAG que tenha comportamento imperfeito, incentivar alguém com um problema de raiva a agir de forma distanciada e passiva, pedir a alguém com diagnóstico de depressão que aja de forma ativa e não se feche).

As habilidades de automanejo são ensinadas em conjunto com outras habilidades comportamentais, mas não há um módulo específico dedicado a essas habilidades, pois os princípios comportamentais são inerentes a toda a TCD. As habilidades de automanejo incluem o conhecimento dos princípios fundamentais da aprendizagem e da mudança de comportamento, e a capacidade de estabelecer objetivos realistas, realizar a própria análise comportamental e implementar planos de administração de contingência.

Consulta por telefone

Os telefonemas entre as sessões (ou outro contato extraterapêutico quando a TCD for realizada em outros *settings*, como as unidades hospitalares) constituem uma parte integral da TCD. As consultas por telefone também seguem uma hierarquia de metas:

1. proporcionar intervenção emergencial nas crises e, ao mesmo tempo, romper o vínculo entre comportamentos suicidas e atenção do terapeuta;
2. proporcionar *coaching* em habilidades e promover sua generalização;
3. fornecer um contexto oportuno para restaurar a relação terapêutica, sem exigir que o paciente espere até a próxima sessão.

Com relação a telefonemas para *coaching* em habilidades, o foco varia muito dependendo da complexidade e da gravidade do problema a ser resolvido, bem como da quantidade de tempo que o terapeuta está disposto a dispendar ao telefone. É importante observar que essas ligações não são consideradas sessões de terapia e não devem ser usadas como tal. Com situações fáceis e já claras, nas quais seja razoavelmente fácil determinar o que o paciente pode ou deve fazer na situação, o foco está em ajudá-lo a usar habilidades comportamentais (em vez de comportamentos disfuncionais) para tratar do problema. No caso de situações complexas ou problemas graves demais para que o paciente resolva em pouco tempo, o foco está em aliviar ou tolerar a aflição, e em inibir os comportamentos disfuncionais para a solução de problemas até a próxima sessão. Neste último caso, resolver o problema que desencadeou a crise não é o objetivo do *coaching* por telefone.

Com exceção de tomar as providências necessárias para proteger a vida do paciente quando há ameaça de suicídio, todas as ligações pedindo ajuda são manejadas de modo tão similar quanto possível, para romper a contingência entre comportamentos suicidas e NSSI, e o aumento dos contatos telefônicos. Para fazer isso, o terapeuta tem duas opções: recusar-se a aceitar telefonemas (incluindo os referentes a crises de suicídio) ou fazer questão de que o paciente que telefona durante as crises suicidas também o faça durante outras crises e situações problemáticas. Como observa Linehan (1993b), os especialistas em comportamentos suicidas dizem unanimemente que, no caso de pacientes suicidas, é necessária disponibilidade do terapeuta. Desse modo, a TCD opta pelo segundo caminho e encoraja (e, às vezes, insiste nisso) os telefonemas durante períodos de crise não suicidas. Telefonar para o terapeuta com muita frequência, bem como muito raramente, é considerado um comportamento que interfere na terapia. Por meio do *coaching*

por telefone durante o pré-tratamento, o paciente aprende o que esperar durante as ligações. Por exemplo, o terapeuta pode comunicar na sessão aquilo que irá perguntar ao telefone: “Qual é o problema? Que habilidades você usou? Onde está o seu caderno de habilidades? Vá pegá-lo, e vamos ver quais outras habilidades você pode usar para atravessar essa situação”. É importante destacar que pacientes e terapeutas podem cair com facilidade na armadilha de considerar como habilidade o ato de telefonar para consultar o terapeuta. Embora pedir ajuda possa ser uma meta atual do tratamento, ela não é considerada uma habilidade a ser usada quando o paciente está aflito. Os terapeutas devem reforçar o paciente por conseguir pedir ajuda, mas não por não usar habilidades concretas para administrar o problema em questão antes de ligar.

O terapeuta também estará equilibrando as estratégias de mudança com a validação pelo telefone. É importante que o terapeuta esteja ciente dos princípios de administração de contingências que podem estar ocorrendo durante os telefonemas para não reforçar inadvertidamente comportamentos de crise e aumentar o contato entre sessões.

Os terapeutas de habilidades usam a chamada telefônica apenas para manter o paciente na terapia (incluindo, é claro, quando for necessário, mantê-lo vivo). Todos os outros problemas, incluindo as crises suicidas, são transferidos ao terapeuta principal assim que for possível. Aprendemos que essa pode ser uma das distinções mais difíceis de manter para coordenadores de grupo. Os pacientes podem telefonar por várias razões, e é papel do coordenador do grupo lhe dizer que ligue para o terapeuta principal.

A prioridade final dos telefonemas aos terapeutas individuais é restaurar a relação terapêutica. Os pacientes com TPB costumam ter reações emocionais retardadas em resposta a interações que ocorreram durante as sessões. Da perspectiva da TCD, não é razoável pedir que os pacientes esperem toda uma semana antes de lidar com essas emoções, e está correto que eles telefonem para ter uma conversa curta, de caráter íntimo. Nessas situações, o papel do terapeuta é confortar e ressegurar. As análises profundas devem esperar até a sessão seguinte.

Equipe de consultoria

A TCD assume que o tratamento eficaz do TPB deve dar tanta atenção ao comportamento e à experiência do terapeuta quanto à do paciente. Tratar os pacientes com TPB é muito estressante e permanecer dentro da estrutura terapêutica da TCD (função 4) pode ser extraordinariamente difícil. Assim, uma parte integrante da terapia é o tratamento do terapeuta. Cada terapeuta deve estar em uma equipe de consultoria com outra

pessoa ou com um grupo. As reuniões de consultoria da TCD são semanais e participam delas os terapeutas que estejam atendendo pacientes com TCD. Às vezes, o *setting* clínico pode demandar que a equipe participe de uma reunião administrativa em função de limitações de tempo e espaço. Quando isso acontece, é importante definir uma agenda específica e limites de tempo de cada parte da reunião (administração, TCD) para garantir que as questões de consultoria dos terapeutas sejam tratadas. As funções da consultoria são manter o terapeuta dentro da estrutura terapêutica e abordar problemas que surjam no curso do tratamento. Assim, a meta fundamental é aumentar a adesão dos princípios da TCD em cada membro do grupo de consultoria. A equipe é considerada um componente integral da TCD, ou seja, uma terapia de grupo entre colegas para os terapeutas, na qual cada membro é ao mesmo tempo terapeuta em relação aos outros e ao paciente. O foco está na aplicação de estratégias de TCD para aumentar a adesão aos comportamentos de TCD e diminuir os comportamentos não TCD.

Há três funções básicas para a consultoria ao terapeuta de TCD. Em primeiro lugar, uma equipe de consultoria ajuda a manter cada terapeuta no relacionamento terapêutico. Nesse caso, a função é incentivar e apoiar o terapeuta. Em segundo lugar, a equipe de supervisão ou consultoria equilibra o terapeuta em suas interações com o paciente. Ao proporcionar equilíbrio, os consultores podem se aproximar do terapeuta, ajudando-o a manter uma posição forte, ou podem se afastar dele, demandando que se aproxime do paciente para manter o equilíbrio. Em terceiro, dentro das aplicações programáticas da TCD, a equipe proporciona o contexto para o tratamento.

Ingressando na equipe de consultoria

Cada equipe é integrada por terapeutas que estejam tratando um paciente com TCD ou disponíveis para tal. A equipe de consultoria é uma comunidade de terapeutas que trata uma comunidade de pacientes. Antes de entrar para a equipe, é importante que o terapeuta esteja completamente ciente de seu compromisso. Assim como os pacientes durante a fase de pré-tratamento de TCD, os terapeutas devem estabelecer um compromisso com a equipe (ver Tab. 10.2). O membro da equipe que realiza a sessão de compromisso usa as mesmas estratégias e técnicas usadas em uma primeira sessão com um paciente de TCD (p. ex., advogado do diabo, prós e contras, solução de problemas). Terapeutas novos devem se comprometer a realizar os comportamentos relacionados na Tabela 10.2, trabalhar ativamente para aumentar sua própria eficácia e sua adesão ao aplicar princípios da TCD e ser responsáveis pelo tratamento e os resultados de to-

TABELA 10.2 Sessão de comprometimento da equipe com a consultoria de TCD

1. Manter os acordos da equipe, principalmente o de se manter solidário, com *mindfulness* e dialético.
2. Estar disponível para atender um paciente na função para a qual se entrou para o grupo (p. ex., terapeuta individual, terapeuta de habilidades em grupo, supervisor clínico, farmacoterapeuta).
3. Funcionar como terapeuta no grupo (para o grupo) e não ser apenas um observador silencioso ou uma pessoa que só fala de seus próprios problemas.
4. Tratar as reuniões da equipe da mesma forma com que se trata qualquer outra sessão de terapia de grupo (ou seja, participar dos encontros semanais [sem marcar outros eventos ou pacientes no mesmo horário], pontualmente, até o fim, deixando o celular ou *pager* longe ou, se necessário, deixá-lo por perto em modo silencioso).
5. Vir preparado aos encontros da equipe.
6. Estar especialmente disposto a dar orientação clínica a pessoas com mais experiência (principalmente quando é difícil imaginar você como alguém capaz de oferecer algo de útil).
7. Ter a humildade de admitir seus erros ou dificuldades e a disposição de deixar que o grupo o ajude a solucioná-los.
8. Ter uma postura não julgadora e tolerante em relação aos seus colegas e pacientes. “Tocar a campainha” da postura não julgadora para lembrar-se de não ser crítico ou desprovido de *mindfulness*, mas não tocá-la como um empecilho a criticar alguém. A “campainha” é um lembrete, não um censor.
9. Avaliar corretamente o problema antes de dar soluções (faça aos outros como gostaria que eles fizessem a você com mais frequência).
10. Gritar “Elefante na sala!” quando os outros estiverem ignorando ou não vendo alguma coisa evidente.
11. Estar disposto a se submeter a uma análise em cadeia mesmo que você esteja só 31 segundos atrasado e teria chegado na hora se não fosse por aquele semáforo que sempre leva horas para mudar.
12. Participar da equipe compartilhando os papéis de Coordenador, Observador, Secretário ou outras tarefas fundamentais para o funcionamento do grupo.
13. Se você acha que a equipe de consultoria não está sendo útil ou não o agrada a forma como está sendo conduzida, diga algo em vez de ficar sentindo a frustração silenciosamente.
14. Explicar à equipe de alguma forma quando faltar a reuniões, porque o grupo tem a força de seu elo mais frágil. Assim, a ausência de qualquer membro da equipe é sentida.
15. Seguir adiante, mesmo quando estiver se sentindo esgotado, frustrado, irritado, com excesso de trabalho, subvalorizado, sem esperanças, ineficaz (mais fácil dizer do que fazer, claro).

dos os pacientes atendidos pela equipe. Por exemplo, se um paciente que esteja sendo tratado por qualquer membro da equipe cometer suicídio, todos os membros dirão *sim* quando perguntados se algum paciente seu já cometeu suicídio.

Formato da reunião de consultoria

Há muitas formas de conduzir uma reunião de equipe de TCD. A forma seguinte é como nós conduzimos nossas reuniões na University of Washington (embora seja importante observar que mesmo esse formato poderia mudar segundo as necessidades dos integrantes). Cada uma de nossas equipes de TCD tem um coordenador identificado, geralmente o terapeuta mais experiente, e seu papel é expressar os princípios da TCD quando isso for necessário para supervisionar a fidelidade do tratamento. A equipe também pode ter um observador que dá o alarme sempre que um membro fizer comentários marcados por uma postura de julgamento (seja no conteúdo, seja no tom) em relação a si mesmo, a outro membro ou a um paciente; fica polarizado, sem buscar uma síntese, distancia-se da *mindfulness*, fazendo duas coisas ao mesmo tempo; ou se apressa em resolver um problema antes de avaliá-lo. A razão dessas observações não é apontar culpados, e sim concentrar a atenção do grupo no comportamento e superá-lo.

Uma equipe pode começar por uma prática de *mindfulness*. Há várias funções para *mindfulness* em uma equipe. Em primeiro lugar, ela ajuda a transição dos membros da equipe pela participação plena e pelo foco exclusivo em uma única coisa a cada momento, usando a mentalidade própria da TCD. Em segundo, também pode proporcionar uma oportunidade dos membros da equipe melhorarem suas habilidades de liderança e oferecer um *feedback* da prática com outros membros. Os acordos dentro da equipe de consultoria (ver Tab. 10.3) foram desenvolvidos para facilitar uma estrutura de TCD e ajudar a criar um ambiente que dê apoio ao manejo das dificuldades entre paciente e terapeuta, e entre terapeutas. Desse modo, a equipe pode escolher ler um ou todos os acordos em uma sessão. É importante, também, estabelecer uma agenda para a equipe a partir da hierarquia de metas da TCD, com foco específico nas necessidades do terapeuta em vez de nos problemas dos pacientes. Nossa agenda usa o formato a seguir, mas os itens podem ter diferentes prioridades dependendo das necessidades de cada equipe:

1. a necessidade do terapeuta de consultoria em relação às crises suicidas e outros comportamentos que coloquem em risco a vida dos pacientes;

TABELA 10.3 Acordos da equipe de consultoria em TCD

1. *Acordo dialético*: Concordamos em aceitar uma filosofia dialética: não existe verdade absoluta. Entre duas opiniões contraditórias, concordamos em procurar a verdade em ambas e buscar uma síntese, fazendo perguntas como “O que está ficando de fora?”
 2. *Acordo de consultoria ao paciente*: Concordamos em que o objetivo principal deste grupo é melhorar nossas próprias habilidades como terapeutas de TCD e não servir como intermediários entre os pacientes. Concordamos em não tratar os pacientes ou uns aos outros como frágeis. Concordamos em tratar outros membros do grupo com a visão de que eles podem falar por si.
 3. *Acordo de coerência*: Como a mudança é uma ocorrência natural da vida, concordamos em aceitar a diversidade e a mudança quando elas se apresentarem naturalmente. Isso quer dizer que não é necessário que concordemos uns com os outros em relação a como responder a pacientes específicos, nem temos de adequar nosso próprio comportamento para que seja coerente com o das outras pessoas.
 4. *Acordo de respeito aos limites*: Concordamos em respeitar nossos próprios limites. Como terapeutas e membros do grupo, concordamos em não julgar nem criticar outros membros por ter limites diferentes dos nossos (p. ex., amplos demais, estreitos demais, “simplesmente corretos”).
 5. *Acordo da empatia fenomenológica*: Como regra geral, concordamos em buscar interpretações não pejorativas ou fenomenologicamente empáticas dos comportamentos de nossos pacientes, nosso próprio e dos outros membros. Concordamos em partir do pressuposto de que nós e nossos pacientes estamos tentando fazer o melhor que podemos, e que queremos melhorar. Concordamos em lutar para ver o mundo pelos olhos de nossos pacientes e uns dos outros. Concordamos em exercer uma postura de não julgamento, com os pacientes e uns com os outros.
 6. *Acordo de falibilidade*: Concordamos, *a priori*, em que todos somos falíveis e cometemos erros. Concordamos que provavelmente fizemos as coisas problemáticas de que somos acusados, ou parte delas, para que possamos deixar de assumir uma postura defensiva para provar nossa virtude ou nossa competência. Por sermos falíveis, concorda-se que provavelmente vamos romper todos esses acordos, e quando isso acontecer, contaremos uns com os outros para apontar a polaridade e prosseguir em direção a uma síntese.
2. os comportamentos que interferem na terapia (incluindo faltas e desistências por partes dos pacientes, assim como os comportamentos que interferem na terapia por parte dos terapeutas);
 3. os comportamentos e o esgotamento dos terapeutas que interferem na equipe;

4. os comportamentos que interferem na qualidade de vida, em nível elevado ou que esteja aumentando;
5. as boas notícias ou os comportamentos eficazes dos terapeutas;
6. o resumo dos trabalhos no grupo de habilidades anteriores e do grupo avançado por seus coordenadores;
7. a discussão de questões administrativas (solitações para faltar à reunião ou se ausentar da cidade, contato com novos pacientes, mudanças de terapeutas de habilidades ou horários de reunião, formato do grupo de consultoria, etc.).

Essa agenda cobre a reunião de uma hora. Embora a agenda possa parecer longa demais para ser viável, os terapeutas geralmente usam o tempo sendo explícitos em relação à sua necessidade de ajuda e consultoria da equipe.

Cuidados auxiliares

Quando problemas no ambiente do paciente prejudicam seu funcionamento ou seus avanços, o terapeuta passa às estratégias de manejo do caso. Há três estratégias de manejo dos casos: a estratégia consultor-paciente, a intervenção ambiental e a reunião da equipe de consultoria/supervisão (descrita anteriormente). Como a TCD se baseia na dialética e evita se tornar rígida, o terapeuta intervém no ambiente do paciente somente quando em condições muito específicas:

1. o paciente não consegue agir por si só, e o resultado é extremamente importante;
2. o ambiente só dialoga com alguém que esteja em uma posição de poder mais elevada (p. ex., o terapeuta em lugar do paciente);
3. há risco iminente à vida do paciente ou de outras pessoas;
4. é a coisa humana a fazer e não causará danos;
5. o paciente for menor de idade.

Estratégia de consultoria ao paciente

A estratégia de consultoria ao paciente foi desenvolvida tendo em mente três objetivos. Em primeiro lugar, os pacientes devem aprender a administrar suas próprias vidas e cuidar de si mesmos interagindo de forma eficaz com outros indivíduos no ambiente, incluindo os profissionais da saúde. Essa estratégia destaca as possibilidades dos pacientes e tem como meta suas capacidades de se cuidar. Em segundo lugar, a estratégia foi delineada para reduzir os casos de dissociação entre terapeutas de TCD e outros indivíduos que estejam interagindo com os pacientes. A dissociação ocorre quando diferentes prestadores de serviços na rede de um paciente têm opiniões dis-

tintas sobre como tratá-lo. Um preceito fundamental dessa estratégia é que os terapeutas não digam aos outros, incluindo os profissionais da saúde, como tratar o paciente. O terapeuta pode sugerir, mas não exigir. O que isso significa na prática é que o terapeuta não está vinculado ao fato de que outros tratem o paciente de determinada maneira. Mantendo-se no papel de consultor em relação ao paciente, o terapeuta fica fora desse tipo de discussão. Por fim, a estratégia de consultoria ao paciente promove o respeito por eles ao transmitir a mensagem de que se pode acreditar neles e de que eles são capazes de realizar intervenções por si próprios.

Como mencionado anteriormente, é responsabilidade do terapeuta de TCD individual coordenar e organizar os cuidados oferecidos pelos provedores de tratamentos auxiliares (função 5, p. ex., administradores de caso, farmacoterapeutas). A estratégia de consultoria ao paciente equilibra a estratégia de consultoria ao terapeuta descrita antes, principalmente ao proporcionar consultoria direta ao paciente sobre como interagir com outros profissionais da saúde, em vez de orientar o ambiente sobre como interagir com o paciente. Com exceção das circunstâncias especiais listadas anteriormente, os terapeutas de TCD não discutem os casos com profissionais de serviços auxiliares nem com outras pessoas no ambiente do paciente, sem a presença deste. O terapeuta trabalha com o paciente para resolver dificuldades que ele tenha com seu trabalho, deixando que ele mesmo aja como intermediário entre o terapeuta e outros profissionais.

Intervenção ambiental

A TCD tem inclinação a ensinar o paciente a interagir de forma eficaz com seu ambiente. Portanto, a estratégia de consultoria ao paciente é a principal técnica de manejo do caso e é usada sempre que possível. Há vezes, contudo, em que é necessária a intervenção do terapeuta. Em geral, a estratégia de intervenção ambiental é usada em detrimento de uma estratégia de consultoria ao paciente quando pode haver danos importantes a ele se o terapeuta não intervier. A regra geral para a intervenção ambiental é que quando os pacientes carecem de capacidades de que precisam para aprender ou são impossíveis de obter, ou ainda não é razoável ou necessário, o terapeuta deve intervir.

Variáveis do paciente

A TCD foi desenvolvida para pacientes com multi-diagnósticos, difíceis de tratar. Assim, há uma série de requisitos que são necessários aos pacientes para o estágio 1 da TCD. Entre esses, são fundamentais a participação voluntária e o compromisso com um período de tempo especificado (p. ex., 16 semanas,

seis meses a um ano). A aplicação eficaz da TCD requer uma forte relação interpessoal entre terapeuta e paciente. O terapeuta deve primeiro trabalhar para se tornar um importante reforçador na vida do paciente e, depois, usar a relação para promover a mudança. A continuação do relacionamento só pode ser usada como uma contingência positiva quando o paciente quiser se tratar, de forma que o manejo de contingências fica seriamente comprometido com pacientes involuntários. O tratamento determinado judicialmente é aceitável, se os pacientes concordarem em permanecer no tratamento mesmo que a ordem judicial seja revogada. Uma característica de pacientes que é necessária para a terapia de grupo é a capacidade de controlar o comportamento francamente hostil em relação aos outros. A TCD foi desenvolvida e avaliada, talvez, com a parcela mais transtornada da população com TPB: todos os pacientes aceitos em tratamento tinham uma história de múltiplos comportamentos suicidas e NSSI. Todavia, o tratamento foi planejado de forma flexível e provavelmente seja eficaz com pessoas menos gravemente perturbadas.

Variáveis do terapeuta

Em comparação com outros aspectos da terapia, as características do terapeuta que facilitam a TCD receberam relativamente pouca atenção. Entretanto, há evidências que apoiam a suposição de que a terapia eficaz para pacientes com TPB exige um equilíbrio competente de aceitação e de estratégias de mudança (Shearin e Linehan, 1992). Essa pesquisa também concluiu que as percepções não pejorativas dos terapeutas acerca dos pacientes também estavam associadas a um comportamento menos suicida.

Linehan (1993b) descreve as características indispensáveis dos terapeutas em termos de três dimensões bipolares que devem ser equilibradas na conduta terapêutica. A primeira dimensão representa o equilíbrio de uma orientação de aceitação *versus* uma orientação de mudança. O terapeuta deve ser capaz de inibir atitudes de julgamento (muitas vezes em circunstâncias muito difíceis) e de praticar a aceitação do paciente, de si próprio e da relação e do processo terapêutico exatamente como eles estão no momento. Não obstante, o terapeuta não perde de vista que a terapia implica necessidade de mudar e assume a responsabilidade pela orientação da influência terapêutica. Em segundo, o terapeuta deve equilibrar a postura centrada inabalável com uma flexibilidade compassiva. Essa *postura centrada inabalável* é a qualidade de acreditar em si mesmo, na terapia e no paciente. A *flexibilidade compassiva* é a capacidade de assimilar informações relevantes sobre o paciente

e modificar a própria posição, abrindo mão de posições anteriores. Ao equilibrar essas duas dimensões, o terapeuta deve conseguir observar seus próprios limites sem se tornar rígido demais. Por fim, o terapeuta de TCD deve ser capaz de combinar um alto grau de cuidado com uma exigência benevolente. O *cuidado*, nesse caso, significa ensinar, treinar, ajudar e fortalecer o paciente, ao passo que a *exigência benevolente* requer que o terapeuta reconheça as aptidões existentes, reforce o comportamento adaptativo e se recuse a “fazer” pelo paciente quando este pode “fazer” por si próprio. Acima de tudo, a capacidade para exigir requer disposição de acreditar na capacidade de mudança do paciente.

ESTRATÉGIAS DE TRATAMENTO

As *estratégias terapêuticas* da TCD estão relacionadas tanto ao papel e ao foco do terapeuta, como a um conjunto coordenado de procedimentos que atuam para alcançar objetivos terapêuticos específicos. Embora as estratégias da TCD geralmente consistam de muitos passos, o uso de uma estratégia não requer necessariamente a aplicação de todos os seus passos. É consideravelmente mais importante que o terapeuta adapte a intenção da estratégia, em vez de conduzir de modo inflexível o paciente por uma série de manobras prescritas.

A TCD emprega cinco conjuntos de estratégias terapêuticas para alcançar às metas comportamentais descritas anteriormente:

1. estratégias dialéticas;
2. estratégias centrais;
3. estratégias estilísticas;
4. estratégias de manejo de caso (discutidas antes);
5. estratégias integradas.

As estratégias da TCD estão ilustradas na Figura 10.2. Dentro de uma sessão individual e com um determinado paciente, certas estratégias podem ser mais usadas do que outras, e nem todas as estratégias podem ser necessárias ou adequadas. Segue uma discussão resumida dos primeiros três tipos de estratégias de tratamento em TCD.

Estratégias dialéticas

As estratégias dialéticas permeiam toda a terapia, e seu uso proporciona um fundamento lógico para acrescentar-se o termo *dialético* ao título da terapia. Há três tipos de estratégias dialéticas: as que estão relacionadas à forma como o terapeuta estrutura as interações, as pertinentes a como ele define e ensina comportamentos habilidosos e certas estratégias específicas usadas durante a realização do tratamento.

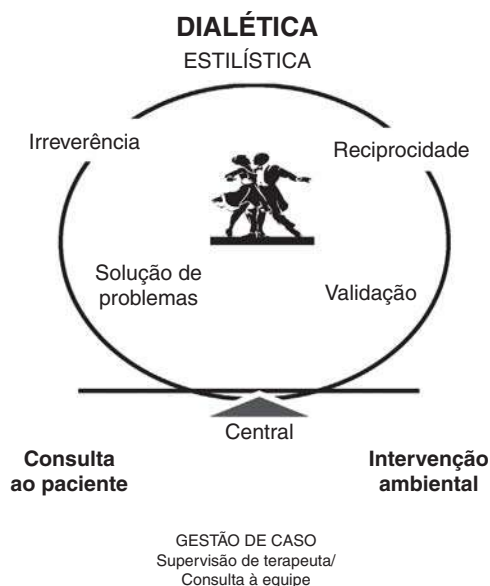


FIGURA 10.2 Estratégias de tratamento em TCD. De Linehan (1993b). Direitos autorais de The Guilford Press. Reimpressa com permissão.

Dialética do relacionamento: equilibrando estratégias de tratamento

As *estratégias dialéticas*, no sentido mais geral do termo, relacionam-se com a forma como o terapeuta equilibra as tensões dialéticas dentro da relação terapêutica. Conforme observado, a dialética fundamental em qualquer psicoterapia, inclusive a com pacientes com TPB, é a que se dá entre aceitar o que se é e os esforços para mudar o que se é. Uma posição terapêutica dialética se caracteriza por atenção constante à combinação entre aceitação com mudança, flexibilidade com estabilidade, apoio com desafio, além de um foco nas capacidades, nas limitações e nos déficits. Os objetivos são trazer à tona os opostos, tanto na terapia como na vida do paciente, e proporcionar as condições para síntese. O pressuposto é que a mudança pode ser facilitada pela ênfase na aceitação e esta, pela ênfase na mudança. A ênfase em opostos acontece, às vezes, com o tempo (ou seja, no decorrer da interação como um todo), em vez de simultaneamente ou em cada parte de uma interação. Embora muitas psicoterapias, se não todas, incluindo os tratamentos cognitivos e comportamentais, prestarem atenção às questões de equilíbrio, situar o conceito de equilíbrio no centro do tratamento assegura que o terapeuta permaneça atento à sua importância.

Três características básicas são necessárias para se manter uma postura dialética no relaciona-

mento terapêutico: movimento, velocidade e fluxo. O *movimento* significa o terapeuta agir com certeza, força e compromisso total. Se ele agir com pouca convicção, o paciente fará o mesmo. A *velocidade* é essencial e implica manter a terapia em movimento, para que ela não se torne rígida ou fique trancada. Por fim, o *fluxo* é estar atento ao desdobramento de uma sessão a cada momento, e responder a ela de forma tranquila e, aparentemente, sem ter que fazer esforço.

Ensinando padrões de comportamento dialéticos

O pensamento dialético é enfatizado durante todo o tratamento. Não apenas o terapeuta mantém uma postura dialética no tratamento do paciente como também se concentra em ensinar e modelar o pensamento dialético. O terapeuta ajuda o paciente a passar de uma posição “ou-ou” para uma posição “ambos-e”, sem invalidar a primeira ideia ou sua polaridade ao afirmar a segunda. Os extremos comportamentais e a rigidez, sejam eles cognitivos, emocionais ou explicitamente comportamentais, são sinais de que não se chegou a uma síntese. Sendo assim, eles podem ser considerados não dialéticos. Em vez disso, defende-se e aponta-se um “caminho do meio” semelhante ao defendido no budismo. O importante em se seguir o caminho à Iluminação é evitar ser pego e emaranhado em qualquer extremo, e sempre seguir o Caminho do Meio (Kyokai, 1966). Essa ênfase no equilíbrio se assemelha à abordagem defendida nos modelos de prevenção à recaída (p. ex., Marlatt e Gordon, 1985) para tratar comportamento aditivos.

Estratégias dialéticas específicas

Existem oito estratégias dialéticas específicas de tratamento:

1. introduzir o paradoxo e usá-lo;
2. usar a metáfora;
3. fazer o papel de advogado do diabo;
4. ampliar;
5. ativar o “juízo sábio” do paciente;
6. fazer do limão uma limonada (transformar elementos negativos em positivos);
7. permitir as mudanças naturais (e as inconsistências, mesmo dentro do ambiente terapêutico);
8. avaliar dialeticamente ao perguntar sempre: “O que está ficando de fora aqui?”.

Em virtude de limitações de espaço, uma seleção dessas estratégias é incluída nas sessões a seguir. Para uma revisão completa, o leitor interessado pode recorrer ao manual de tratamento da TCD (Linehan, 1993a).

Introduzindo o paradoxo

A introdução do paradoxo é uma técnica poderosa porque contém o elemento da surpresa. O terapeuta apresenta o paradoxo sem explicá-lo e destaca as contradições paradoxais dentro do comportamento, do processo terapêutico e da realidade como um todo. A essência da estratégia é a recusa do terapeuta a apresentar uma explicação racional. As tentativas do paciente de usar a lógica são respondidas com silêncio, com uma pergunta ou com uma história destinada a iluminar um pouco o quebra-cabeças a ser resolvido. O paciente é levado a adquirir entendimento, a avançar rumo a uma síntese das polaridades e a resolver, ele próprio, o dilema. Linehan (1993b) apontou uma série de paradoxos típicos e suas tensões dialéticas correspondentes encontradas no transcurso da terapia. Os pacientes ficam livres para escolher seu próprio comportamento, mas não podem continuar em terapia se não trabalharem para mudar seu comportamento. Eles são ensinados a adquirir maior independência ao desenvolver maior habilidade para pedir ajuda a outras pessoas. Eles têm direito de se matar, mas, se conseguirem convencer o terapeuta de que o suicídio é iminente, podem ser internados. Os pacientes não são responsáveis por ser como são, mas são responsáveis por aquilo que se tornam. Ao destacar essas realidades paradoxais, paciente e terapeuta lutam para confrontar e abrir mão de padrões rígidos de pensamento, emoção e comportamento, para que possam surgir outros, mais espontâneos e flexíveis.

Usando a metáfora: parábola, mito, analogia e narração de histórias

O uso de metáforas, histórias, parábolas e mito é extremamente importante na TCD e proporciona uma forma alternativa de ensinar o pensamento dialético. As histórias geralmente são mais interessantes e mais fáceis de ser lembradas, e estimulam a busca de outros sentidos para os eventos que estão sendo analisados. As metáforas permitem que os pacientes se distanciem do problema em discussão. Em geral, a ideia da metáfora é usar algo que o paciente entende como analogia para algo que ele não entenda. As metáforas e as histórias também podem ser desenvolvidas em conjunto ao longo do tratamento. Quando terapeuta e paciente se relacionam com uma metáfora, ela pode ser uma ferramenta útil para se usar no tratamento, lembrando o paciente daquilo em que ele está trabalhando. Por exemplo, mudar o comportamento aprendendo novas habilidades pode ser comparado a abrir uma nova trilha para caminhadas em uma floresta. No início, a trilha atual está definida e é fácil de seguir, mas sempre leva a um lugar sem saída (o velho comportamento disfuncional). Para construir uma nova

trilha (comportamentos habilidosos), a pessoa deve passar repetidas vezes por uma área nova e indefinida até que ela fique marcada. Isso leva tempo e se avança lenta e deliberadamente, cortando os arbustos. Além disso, quando o novo caminho está se desenvolvendo, o antigo vai aos poucos sendo coberto pela mata. O terapeuta pode voltar a essa história cada vez que o paciente começar a ter dificuldades com experimentar novas habilidades e retornar ao comportamento antigo e disfuncional.

Fazendo o papel de advogado do diabo

A técnica do advogado do diabo se assemelha muito à abordagem argumentativa usada nas terapias de reestruturação racional-emotiva e cognitiva. Com essa estratégia, o terapeuta faz uma declaração proposicional que é uma versão extrema de uma das crenças disfuncionais do próprio paciente, e depois faz o papel de advogado do diabo para combater as tentativas deste de refutar a declaração ou regra extrema. Por exemplo, um paciente pode dizer: “Com o excesso de peso que eu tenho, seria melhor se estivesse morto”. O terapeuta defende a crença disfuncional, talvez sugerindo que, como isso é verdade para o paciente, também deve sê-lo para os outros. Portanto, todas as pessoas com excesso de peso estariam melhores mortas. O terapeuta pode continuar na seguinte linha: “E como a definição de excesso de peso varia muito de pessoa para pessoa, deve haver muita gente que seria considerada com excesso de peso por alguém. Isso deve significar que todas elas estariam melhores mortas!” Ou: “Puxa, eu estou uns 2 quilos acima do peso, então acho que isso quer dizer que eu também estaria melhor morto”. Qualquer reserva que o paciente tenha pode ser questionada com mais exagero, até que a natureza autoderrrotista da crença em questão fique visível. A técnica do advogado do diabo muitas vezes é usada nas primeiras sessões para evocar um forte compromisso do paciente e em sessões de compromisso quando novos terapeutas entram na equipe de TCD. O terapeuta afirma ao paciente que, dado que a terapia será sofrida e difícil, está claro que pode ser bom estabelecer esse compromisso (e, assim, ser aceito no tratamento). Isso geralmente faz o paciente assumir a posição oposta em favor da mudança terapêutica. Para empregar essa técnica com êxito, é importante que o argumento do terapeuta pareça razoável o suficiente para atrair um contra-argumento por parte do paciente, e que seja verossímil, apresentado de forma ingênua, mas afirmativa.

Ampliação

O termo *ampliação* foi tomado emprestado do *aikido*, uma forma de autodefesa japonesa. Naquele contexto, ampliação acontece quando o aprendiz de *aikido*

espera que os movimentos do desafiante atinjam sua forma natural, e depois amplia o ponto final de um movimento mais além do que ocorreria naturalmente, deixando o desafiante vulnerável e fora de equilíbrio. Na TCD, a ampliação acontece quando o terapeuta toma a seriedade ou gravidade do que o paciente está comunicando mais a sério do que o paciente pretende. Essa estratégia é o equivalente emocional da estratégia do advogado do diabo. Ela é especialmente eficaz quando o paciente está ameaçando consequências terríveis de um evento ou problema que vão induzir mudanças no ambiente. Vejamos a interação com o paciente a seguir, que ameaça suicídio se não for marcada uma consulta extra para o dia seguinte. O diálogo a seguir ocorreu depois de fracassarem as tentativas de encontrar uma hora que seja aceitável aos dois.

PACIENTE: Eu tenho que ver você amanhã, tenho certeza de que vou acabar me matando. Simplesmente não consigo segurar mais sozinho.

TERAPEUTA: Humm... eu não tinha entendido que você estava tão incomodado! Temos que fazer alguma coisa imediatamente se você está tão mal que pode até se matar. O que você acha de uma hospitalização? Talvez seja necessário.

PACIENTE: Eu não vou para o hospital! Por que você não quer marcar uma consulta para mim?

TERAPEUTA: Como nós vamos poder discutir uma coisa tão banal como marcar uma hora quando a sua vida está em perigo? Como você está planejando se matar?

PACIENTE: Você sabe como. Por que você não cancela alguém ou muda o horário de uma consulta? Você poderia adiar uma hora com um dos seus alunos para outro momento. Eu não aguento mais!

TERAPEUTA: Estou realmente preocupado com você. Você acha que devo chamar uma ambulância?

O aspecto da comunicação que o terapeuta leva a sério (suicídio como possível consequência de não ter uma consulta) não é aquele (precisar de uma consulta para o dia seguinte) que o paciente quer que seja levado a sério. O terapeuta leva a sério as consequências e as amplia ainda mais. O paciente quer que o problema seja levado a sério, e está ampliando sua gravidade.

Fazer do limão uma limonada

Fazer de um limão uma limonada é semelhante à noção da terapia psicodinâmica, de usar as resistências do paciente. Os problemas terapêuticos são considerados como oportunidades para o terapeuta ajudar o paciente. A estratégia envolve tomar algo que seja

aparentemente problemático e transformar em uma vantagem: os problemas se tornam oportunidades para a prática de habilidades; o sofrimento permite que outros expressem empatia; os pontos fracos transformam-se em pontos fortes. Para ser eficaz, essa estratégia demanda uma forte relação terapêutica. O paciente tem que acreditar que o terapeuta sente profunda consideração por seu sofrimento. O risco de usar essa estratégia é que ela é facilmente confundida com o discurso de invalidação ouvido repetidamente pelos pacientes com TPB. O terapeuta deve evitar a tendência para supersimplificar os problemas do paciente, e não sugerir que os “limões” na vida deles na verdade são uma “limonada”. Embora reconheça que a nuvem é realmente negra, o terapeuta ajuda o paciente a encontrar as características positivas de uma situação, e assim, um raio de esperança.

Estratégias centrais

Validação

As estratégias de validação e solução de problemas, com as estratégias dialéticas, compõem a essência da TCD e formam o núcleo do tratamento. As estratégias de validação são as estratégias mais óbvias de aceitação, ao passo que as de solução de problemas são as estratégias mais óbvias de mudança. Ambas são usadas na interação cotidiana com o paciente, embora a frequência relativa de cada uma delas dependa de cada paciente, da situação atual de suas vulnerabilidades. Entretanto, durante a sessão inteira, deve haver um equilíbrio geral entre os dois tipos de estratégias. Muitos impasses nos tratamentos se devem a um desequilíbrio em um tipo de estratégia em relação ao outro. Discutimos estratégias de validação nesta seção e estratégias de solução de problemas na próxima.

Os pacientes com TPB se apresentam clinicamente como indivíduos em extremo sofrimento emocional. Eles suplicam e, às vezes, exigem, que seus terapeutas façam algo para mudar esse estado de coisas. É muito tentador direcionar a energia da terapia para a mudança do paciente por meio da modificação dos pensamentos, suposições ou esquemas irracionais, criticando os comportamentos interpessoais ou motivações que contribuam para problemas interpessoais, fornecendo medicação para alterar a biologia anormal, reduzindo a hiper-reatividade e a intensidade emocional e assim por diante. Em muitos aspectos, esse direcionamento recapitula o ambiente invalidante ao confirmar os piores temores do paciente, ou seja, de que ele próprio é o problema e realmente não pode confiar em suas próprias reações aos acontecimentos. A desconfiança e a invalidação de como a pessoa reage aos acontecimentos, contudo, são extremamen-

te aversivas e podem gerar uma grande quantidade de medo, raiva e vergonha, ou uma combinação dos três. Assim, todo o foco da terapia baseada na mudança pode ser aversivo, já que o foco por necessidade contribui para a autoinvalidação e a evoca. Entretanto, todo um foco da teoria baseada na aceitação também pode ser invalidante quando parece ao paciente que o terapeuta não leva os problemas dele a sério. Desse modo, mais uma vez, uma postura dialética se concentra em um equilíbrio entre os dois polos.

Validação (*Validation*, segundo o *Oxford English Dictionary*; Simpson e Weiner, 1989) se refere a identificar a validade de um objeto ou tornar algo válido. Também inclui atividades como corroborar, substanciar, confirmar e autenticar. O ato de validar inclui proporcionar sustentação, a partir de uma fonte autorizada, à veracidade ou à validade de algo (Merriam-Webster, Inc., 2006). Transmitir que algo é válido implica apresentar evidências objetivas e sustentação em fontes autorizadas ou justificar a resposta (Simpson e Weiner, 1989). Esses são exatamente os sentidos associados ao termo quando usado no contexto da psicoterapia em TCD:

A essência da validação é a seguinte: o terapeuta transmite ao paciente a ideia de que suas [*sic*] respostas têm sentido e são compreensíveis dentro de seu [*sic*] contexto ou situação de vida *atual*. O terapeuta aceita ativamente o paciente e lhe transmite essa aceitação. Ele leva a sério as respostas do paciente e não as reduz ou banaliza. As estratégias de validação requerem que o terapeuta procure, reconheça e reflita ao paciente a validade inerente à sua [*sic*] resposta aos eventos. Com filhos indisciplinados, os pais devem pegá-los quando estão bons para reforçar seu comportamento. Da mesma forma, o terapeuta tem de revelar a validade dentro da resposta do paciente, por vezes a amplificando e depois reforçando (Linehan, 1993b, p. 222-223, ênfase no original).

Dois aspectos devem ser apontados aqui. Em primeiro lugar, *validação* significa o reconhecimento do que é válido, e não *tornar* válido, nem validar o que é inválido. O terapeuta observa, vivencia e afirma, mas não cria validade. Em segundo lugar, *válido* e *científico* não são sinônimos. A ciência pode ser uma forma de determinar o que é válido, lógico, sólido em termos de princípios e/ou aceito de forma geral como autoridade e conhecimento normativo. Entretanto, uma autêntica vivência ou apreensão de eventos privados (pelo menos quando são semelhantes às mesmas experiências de outros ou quando estão de acordo com outros eventos, mais observáveis) também é uma

base para afirmar a validade. A validade pode ser considerada em seis níveis diferentes, cada um deles mais completo do que o anterior e cada um dependendo de um ou mais dos anteriores. Eles são definidores da TCD e são necessários em todas as interações com o paciente. Esses níveis são descritos mais integralmente em Linehan (1997), de onde se derivam as seguintes definições.

Escutar e observar (V1)

A validação de Nível 1 exige a escuta e a observação daquilo que o paciente está dizendo, sentindo e fazendo, bem como um esforço ativo correspondente no sentido de entender o que está sendo dito e observado. A essência desse passo é que o terapeuta se mantém desperto e interessado no que o paciente diz e faz no momento. O terapeuta observa as nuances de resposta na interação. A validação de Nível 1 comunica que o paciente, em si, bem como sua presença, suas palavras e suas respostas na sessão têm “força tal que provoca a atenção e [geralmente] aceitação”. (Ver definições de validação; p. 360-361.)

Reflexão precisa (V2)

O segundo Nível de validação é a reflexão precisa devolvida ao paciente em relação a seus próprios sentimentos, pensamentos, pressupostos e comportamentos. O terapeuta transmite uma compreensão do paciente escutando o que este tem para dizer e observando o que ele faz e como responde. A validação de Nível 2 confirma, fortalece e autentica que o indivíduo é quem ele é de verdade (p. 362).

Articulando o não verbalizado (V3)

No Nível 3 da validação, o terapeuta transmite compreensão de aspectos da vivência e da resposta do paciente a eventos que não lhe foram comunicados diretamente. O terapeuta “lê” os pensamentos do paciente para saber qual a razão de seu comportamento e descobre como ele se sente e o que está desejando, pensando ou fazendo, simplesmente sabendo o que aconteceu com ele. O terapeuta pode estabelecer uma ligação entre evento precipitante e comportamento sem dar qualquer informação em relação ao comportamento em si. O terapeuta também pode formular as emoções e os sentidos que o paciente não expressou (p. 364).

Validando em termos da aprendizagem anterior ou de disfunção biológica (V4)

No Nível 4, o comportamento é validado em termos de suas causas. Nesse caso, a validação se baseia na noção de que todo o comportamento é causado por eventos que ocorrem no tempo, de forma que, em princípio, é compreensível. O terapeuta justifica o comportamento do paciente mostrando que ele é causado por eventos passados. Ainda que possa não haver informações dis-

poníveis para determinar todas as causas relevantes, os sentimentos, pensamentos e ações do paciente fazem todo o sentido no contexto de sua experiência atual, sua fisiologia e sua vida até o momento. No mínimo, o que *é* sempre poderá ser justificado em termos de causas suficientes, ou seja, o que *é deveria ser*, no sentido de que o que quer que tenha sido necessário para que isso ocorresse teve de acontecer (p. 367).

Validação em termos de contexto atual ou funcionamento normativo (V5)

No Nível 5, o terapeuta comunica que o comportamento *é* justificável, razoável, tem base, sentido e/ou *é* eficaz em termos de eventos atuais, funcionamento biológico normal e/ou dos objetivos maiores do paciente em sua vida. O terapeuta busca e reflete a sabedoria ou a validade da resposta do paciente e transmite que ela *é* compreensível. O terapeuta encontra os fatos relevantes no ambiente atual que sustentem o comportamento do paciente. Ele não *é* cegado pela disfuncionalidade de alguns dos padrões de resposta do paciente aos aspectos de um padrão de resposta que podem ser razoáveis ou adequados ao contexto. Assim, o terapeuta busca nas respostas do paciente seu caráter razoável (assim como comenta a disfuncionalidade de grande parte da resposta, se necessário) (p. 370-371).

Autenticidade radical (V6)

No Nível 6, a tarefa *é* reconhecer a pessoa como ela *é*, vendo as qualidades e as capacidades do paciente e a elas respondendo, ao mesmo tempo em que se mantém uma compreensão empática firme de suas dificuldades e incapacidades reais. O terapeuta acredita no paciente e em sua capacidade de mudar ou de avançar rumo a objetivos de vida maiores da mesma forma como acredita em um amigo ou familiar. Responde ao paciente como a uma pessoa de igual *status*, a quem se deve igual respeito. A validação no nível mais alto *é* a validação do indivíduo como *é*. O terapeuta vê mais do que o papel, mais do que um *paciente* ou um *transtorno*. A validação de Nível 6 *é* o oposto de tratar o paciente de forma condescendente ou como se ele fosse exageradamente frágil. *É* reagir ao indivíduo como alguém capaz de ter comportamento eficaz e razoável em vez de partir do pressuposto de que ele *é* inválido. Enquanto os níveis 1 a 5 representam passos sequenciais na validação de um determinado tipo, o Nível 6 representa mudanças tanto em nível quanto em tipo (p. 377).

As estratégias de incentivo constituem outra forma de validação e são as principais estratégias para combater a passividade ativa e as tendências à desesperança em pacientes com TPB. Ao incentivar, os terapeutas transmitem a convicção de que os pacientes estão fazendo o melhor que podem e validam sua capacidade

de acabar superando suas dificuldades (um tipo de validação que, caso não seja tratada com cuidado, pode ao mesmo tempo invalidar as percepções do paciente acerca de seu desamparo). Além disso, os terapeutas expressam a crença na relação terapêutica, oferecem reassseguramento e destacam quaisquer evidências de melhora. Dentro da TCD, o incentivo *é* usado em todas as interações terapêuticas. Embora o incentivo ativo por parte dos terapeutas deva ser reduzido à medida que os pacientes aprendem a confiar e a validar a si próprios, essa estratégia continua sendo sempre um ingrediente essencial de uma forte aliança terapêutica.

Por fim, a validação funcional, outra forma usada regularmente na TCD, *é* uma forma de validação não verbal ou comportamental que pode ser mais eficaz do que a verbal. Por exemplo, o terapeuta deixar cair um bloco de 25 ou 30 quilos no pé do paciente. Seria considerado invalidante o terapeuta simplesmente responder verbalmente, dizendo “Ai, eu vi que machucou muito! Você deve estar sentindo muita dor”. A validação funcional implicaria que o terapeuta removesse o bloco do pé do paciente.

Solução de problemas

Discutimos, anteriormente, como os pacientes com TPB geralmente vivenciam as terapias com um foco principal na mudança como invalidantes, mas as terapias que se concentram unicamente na validação podem se mostrar igualmente problemáticas. A exortação para aceitar a atual situação de vida de uma pessoa proporciona pouco alívio ao indivíduo que experimenta a vida como dolorosamente insuportável. Dentro da TCD, as estratégias de solução de problemas constituem as estratégias centrais da mudança, elaboradas para estimular um estilo ativo de solução de problemas. Para pacientes com TPB, contudo, a aplicação dessas estratégias *é* carregada de dificuldades. O terapeuta deve ter em mente que, no caso de pacientes com TPB, o processo será mais difícil do que com muitas outras populações de pacientes. Ao trabalhar com esses pacientes, a necessidade de um entendimento empático e de intervenções voltadas a melhorar o humor positivo atual pode ser extremamente importante. As estratégias de validação recém-descritas, bem como a estratégia de comunicação irreverente descrita anteriormente, podem ser muito úteis nessa situação. Com a TCD, a solução de problemas *é* um processo de dois estágios que se concentra inicialmente em entender e aceitar um problema selecionado e, depois, em gerar soluções alternativas. O primeiro estágio envolve:

1. análise comportamental;
2. *insight* quanto aos padrões recorrentes do contexto comportamental;

3. fornecer ao paciente informações didáticas sobre os princípios de comportamentos, normas e assim por diante.

O segundo estágio visa especificamente a mudança por meio de:

4. análise das possíveis soluções dos problemas;
5. orientação ao paciente em relação aos procedimentos terapêuticos que provavelmente gerem as mudanças desejadas;
6. seleção de estratégias voltadas a evocar e reforçar o comprometimento com esses procedimentos.

As sessões a seguir descrevem mais detalhadamente alguns desses procedimentos.

Análise comportamental

A análise comportamental é uma das mais importantes estratégias na TCD e também a mais difícil. O propósito de uma análise comportamental é, inicialmente, selecionar um problema e determinar de modo empírico, o que o está causando, o que está impedindo a sua resolução e quais são os recursos disponíveis para solucioná-lo. A análise comportamental aborda quatro questões principais:

1. Os comportamentos ineficazes estão sendo reforçados, os comportamentos eficazes são seguidos de resultados aversivos ou os resultados gratificantes estão sendo postergados?
2. O paciente tem as habilidades comportamentais indispensáveis para regular suas emoções, responder habilidosamente ao conflito e manejar seu próprio comportamento?
3. Há padrões de evitação ou os comportamentos eficazes são inibidos por temores ou culpa injustificada?
4. O paciente não percebe as contingências que atuam em seu ambiente ou os comportamentos eficazes são inibidos por crenças ou suposições errôneas?

As respostas a essas perguntas orientam o terapeuta na escolha dos procedimentos terapêuticos apropriados, como o manejo de contingências, o treinamento de habilidades comportamentais, exposição ou modificação cognitiva. Assim, o valor de uma análise reside em ajudar o terapeuta a avaliar e a entender integralmente um problema de forma a orientar uma resposta terapêutica eficaz. O primeiro passo para se realizar uma análise comportamental é ajudar o paciente a identificar o problema a ser analisado e a descrever em termos comportamentais. Identificar o problema pode ser a tarefa mais difícil para o terapeuta, e se não

for feita de forma precisa e específica, pode levar o terapeuta e o paciente a perder o rumo. A definição do problema geralmente evolui a partir de uma discussão dos eventos da semana anterior, muitas vezes no contexto da revisão dos cartões-diário. Talvez a suposição de fatos que não estão evidentes seja o equívoco mais comum nesse momento. Um problema identificado é avaliado mais profundamente com uma análise em cadeia – uma descrição exaustiva, em detalhe, da cadeia de eventos que levou ao comportamento e que se seguiu a ele. Em uma análise em cadeia, o terapeuta constrói um mapa geral de como o paciente chegou a respostas disfuncionais, incluindo onde o percurso realmente começa (destaca fatores de vulnerabilidade e eventos predisponentes) e observa possíveis caminhos adaptativos alternativos ou ramificações ao longo do caminho. O objetivo adicional, é identificar eventos que evoquem automaticamente comportamentos mal-adaptativos, os déficits comportamentais que operem na manutenção de respostas problemáticas e os eventos ambientais e comportamentais que possam estar interferindo em comportamentos mais adequados. O objetivo geral é determinar a função do comportamento (ou seja, resolver para qual problema o comportamento era útil).

A análise em cadeia sempre começa com um evento específico no ambiente. Pode ser difícil identificar esse evento, pois os pacientes muitas vezes não conseguem identificar qualquer coisa no ambiente que tenha desencadeado uma resposta problemática. Não obstante, é importante obter uma descrição dos eventos concomitantes ao início do problema. Assim, o terapeuta tenta identificar tanto os eventos ambientais quanto os comportamentais para cada elo subsequente na cadeia. O terapeuta deve cumprir o papel de um observador astuto, pensando em termos de parcelas muito pequenas de comportamento, e identificando repetidamente o que o paciente estava pensando, sentindo, fazendo e o que estava acontecendo no ambiente de momento a momento. O terapeuta pergunta ao paciente: “E o que aconteceu depois disso?” ou “Como você foi de um ponto a outro?”. Embora, do ponto de vista do paciente, essas relações possam ser evidentes por si só, o terapeuta deve tomar cuidado para não fazer suposições. Por exemplo, uma paciente que já tentou se suicidar diz que decidiu se matar porque sua vida era sofrida demais para continuar vivendo. Do ponto de vista da paciente, essa era uma explicação adequada de sua tentativa de suicídio, mas para o terapeuta, acabar com a própria vida porque se está sofrendo demais é só uma solução. Pode-se decidir que a vida era dolorosa demais e então decidir mudá-la. Pode-se acreditar que a morte pode ser ainda mais sofrida e decidir tolerar a vida apesar do sofrimento. Nesse caso, um questionamento minucioso revelou que a paciente

supunha que seria mais feliz morta do que viva. Questionar esse pressuposto se torna uma chave para pôr fim a suas persistentes tentativas de suicídio. É igualmente importante identificar exatamente quais consequências estão sustentando a resposta problemática, e o terapeuta também deve procurar as consequências que sirvam para enfraquecer o comportamento problemático. Assim como com os eventos antecedentes, o terapeuta busca consequências ambientais e comportamentais, obtendo descrições detalhadas das emoções do paciente, suas sensações somáticas, ações, pensamentos e suposições. É fundamental ter um conhecimento rudimentar das regras de aprendizagem e dos princípios de reforço.

O passo final na análise comportamental é construir e testar hipóteses sobre eventos que sejam relevantes para gerar e manter o comportamento problemático. A teoria biossocial da TPB sugere vários fatores de importância fundamental. Por exemplo, a TCD se concentra mais em estados emocionais intensos ou aversivos, e sempre se suspeita que o alívio do afeto negativo esteja entre as principais variáveis motivacionais primárias no comportamento disfuncional no TPB. A teoria também sugere que os padrões de comportamento típicos, como o déficit de pensamento dialético ou habilidades comportamentais, provavelmente contribuem para produzir e manter as respostas problemáticas.

Análise de soluções

Uma vez identificado e analisado o problema, sua resolução prossegue por meio de uma tentativa ativa de encontrar e identificar soluções alternativas. A TCD postula que existam cinco respostas para qualquer problema:

1. resolver o problema;
2. modificar a reação emocional ao problema;
3. tolerar o problema;
4. continuar sofrendo;
5. piorar as coisas.

Essas cinco opções são apresentadas segundo a necessidade, antes da solução de problemas, para garantir que terapeuta e paciente estejam trabalhando de forma coerente, com o mesmo objetivo.

Às vezes, as soluções serão sugeridas durante a análise comportamental, e chamar a atenção para essas soluções alternativas, em vez de esperar até que a análise comportamental seja finalizada. O terapeuta pode perguntar: “O que você acha que poderia ter feito de diferente?”. Durante o processo, o terapeuta ativamente modela a solução eficaz de problemas e a geração de qualquer solução, com maior ênfase na modelagem e na orientação do paciente no início do tratamento.

Outras vezes, é necessária uma análise de solução mais completa. Nesse caso, a tarefa é fazer *brainstorm*, ou seja, gerar o maior número possível de soluções. As soluções deveriam, então, ser avaliadas em termos dos vários resultados esperados. O passo final da análise de soluções é escolher aquela que de alguma forma será eficaz. Durante a avaliação, o terapeuta guia o paciente na escolha de uma determinada solução comportamental. Nesse caso, é preferível que o terapeuta preste atenção especial ao ganho de longo prazo em detrimento do imediato, e que as soluções escolhidas gerem o maior benefício ao paciente em vez de beneficiar a outras pessoas.

Procedimento de solução de problemas

A TCD emprega quatro procedimentos de solução de problemas obtidos diretamente da literatura sobre tratamento cognitivo e comportamental. Esses quatro procedimentos – treinamento de habilidades, procedimentos de contingência, exposição e modificação cognitiva – são consideradas veículos fundamentais da mudança durante a TCD, já que influenciam a direção que as mudanças do paciente tomam de uma sessão para a outra. Embora sejam discutidos como procedimentos distintos por Linehan (1993b), não está claro que possam realmente ser diferenciados em todos os casos na prática clínica. A mesma sequência terapêutica pode ser eficaz porque ensina aos pacientes novas habilidades (treinamento de habilidades), proporciona uma consequência que influencia a probabilidade de que comportamentos anteriores dos pacientes ocorram de novo (procedimentos de contingência), proporciona exposição não reforçada aos sinais associados anteriormente, mas não atualmente, com ameaça (procedimentos de exposição) ou muda os pressupostos disfuncionais do paciente ou seu processamento esquemático quanto aos eventos (modificação cognitiva). Em contraste com muitos programas cognitivos e comportamentais de tratamento que constam da literatura, esses procedimentos (com algumas exceções apontadas a seguir) são empregados de maneira não estruturada, entremeados em todo o diálogo terapêutico. Dessa forma, o terapeuta deve estar bem ciente dos princípios que governam a eficácia de cada procedimento para usá-lo estrategicamente. As exceções estão no treinamento de habilidades, onde predominam os procedimentos dessa natureza.

Treinamento de habilidades

A ênfase na construção de habilidades é generalizada na TCD. Tanto na terapia de grupo quanto na individual, o terapeuta insiste, sempre que pode, em que o paciente esteja ativamente envolvido na aquisição e na prática de habilidades comportamentais. O termo

habilidades é usado como sinônimo de *capacidade* e inclui, em seu sentido mais amplo, tanto as habilidades cognitivas, emocionais e explicitamente comportamentais, quanto sua integração, que é necessária para um desempenho eficaz. O treinamento de habilidades é requerido quando uma solução exige habilidades que não estejam no repertório comportamental da pessoa, ou quando ele dispõe desses componentes, mas não consegue integrá-los e usá-los com eficácia. O treinamento de habilidades na TCD incorpora três tipos de procedimentos:

1. a aquisição de habilidades (modelagem, instrução, orientação);
2. fortalecimento de habilidades (estímulo à prática *in vivo* e em sessão, dramatização, *feedback*);
3. generalização de habilidades (telefonemas para continuar a aplicação das habilidades; gravação das sessões terapêuticas para ouvir entre sessões, exercícios de casa).

Procedimentos de contingência

Todas as respostas dentro de uma interação interpessoal são, potencialmente, um reforço, uma punição ou uma contenção ou supressão do reforço. O manejo das contingências requer que os terapeutas organizem seus próprios comportamentos estrategicamente para que se reforcem os comportamentos dos pacientes que representem avanços, ao passo que comportamentos pouco habilidosos ou mal-adaptativos sejam extintos ou punidos. As consequências naturais, sempre que possível, devem ser usadas em detrimento de consequências arbitrárias. Uma importante contingência na TCD é o comportamento interpessoal do terapeuta com o paciente, que é contingente à aliança.

O manejo de contingências eficaz requer que o terapeuta oriente o paciente em relação aos princípios da aprendizagem. O terapeuta deve prestar atenção aos comportamentos dos pacientes e usar os princípios da modelagem para reforçar esses comportamentos que representam progressos em direção às metas da TCD. Também é importante que o terapeuta tenha cuidado para não reforçar comportamentos que estejam sendo visados para extinção. Na teoria isso pode parecer óbvio, mas, na prática, pode ser bem difícil. Os comportamentos problemáticos dos pacientes com TPB costumam ser bastante eficazes para obter resultados que os reforcem ou para interromper eventos dolorosos. Na verdade, os próprios comportamentos-alvo cuja extinção se busca foram reforçados de forma intermitente por profissionais da saúde mental, familiares e amigos. O manejo da contingência, às vezes, requer o uso de consequências aversivas, seme-

lhante a “estabelecer limites” em outras modalidades terapêuticas. Três diretrizes são importantes quando se usam consequências aversivas. Em primeiro lugar, a pena deve ser “adequada ao crime” e o paciente deve ter alguma maneira de interromper sua utilização. Por exemplo, na TCD, uma análise comportamental detalhada segue um ato suicida ou de NSSI. Essa análise é um procedimento aversivo para a maioria dos pacientes. Uma vez completada, contudo, a capacidade do paciente de buscar outros tópicos é restabelecida. Em segundo lugar, é fundamental que os terapeutas usem a punição com muito cuidado, em doses baixas e por muito pouco tempo, e que se recupere uma atmosfera interpessoal positiva imediatamente a alguma melhora do paciente. Em terceiro, a punição deve ser forte apenas o suficiente para funcionar. Embora a punição máxima seja o término da terapia, uma estratégia alternativa preferível é dar aos pacientes “férias da terapia”. Essa abordagem é considerada quando todas as outras contingências falharam ou quando uma situação é tão grave que os limites terapêuticos ou pessoais do terapeuta foram ultrapassados. Ao usar essa estratégia, o terapeuta identifica claramente quais comportamentos devem ser mudados e esclarece que, uma vez que as condições tenham sido cumpridas, o paciente pode voltar. O terapeuta mantém contato intermitente por telefone ou por carta, e indica alguém para substituí-lo quando o paciente estiver de férias (em termos coloquiais, o terapeuta manda o paciente embora e depois deseja seu retorno).

Observar limites constitui um caso especial de manejo de contingências envolvendo a aplicação de estratégias de solução de problemas aos comportamentos dos pacientes que ameacem ou ultrapassem os limites pessoais do terapeuta. Esses comportamentos interferem na capacidade ou na disposição do terapeuta de conduzir a terapia. Os terapeutas devem assumir a responsabilidade por monitorar seus próprios limites pessoais e os comunicar claramente aos pacientes. Os terapeutas que não fazem isso acabam sobrecarregando sua saúde, encerram a terapia ou prejudicam de outra maneira seus pacientes. A TCD privilegia os limites naturais em detrimento dos arbitrários, de forma que os limites variam entre os terapeutas e com o mesmo terapeuta ao longo do tempo e em diferentes circunstâncias. Os limites também devem ser apresentados pelo bem do terapeuta, e não do paciente. O que o paciente diz que é do seu interesse pode não ser bom para o terapeuta.

Modificação cognitiva

A mensagem fundamental que se dá aos pacientes na TCD é que as distorções cognitivas têm a mesma probabilidade de ser causadas pela excitação emocional

quanto ser a causa que a desencadeia. A mensagem geral é que grande parte da aflição está nos eventos extremamente estressantes de sua vida, em vez de uma distorção de eventos benignos. Os procedimentos de reestruturação cognitiva, como os que são defendidos por Beck, Brown, Berchick, Stewart e Steer (1990) e Ellis (1973), são usados e ensinados na TCD, embora não ocupem lugar de destaque. As estratégias de clarificação de contingências descritas anteriormente são usadas sem trégua, destacando relações contingentes que operem no aqui e agora.

Exposição

Todos os procedimentos de mudança na TCD podem ser reconceituados como estratégias de exposição. Os princípios de exposição usados na TCD foram desenvolvidos para transtornos de ansiedade (ver Foa e Kozak, 1986) e ampliados na TCD para tratar de todas as emoções problemáticas. Essas estratégias funcionam recondicionando associações disfuncionais que se desenvolvem entre estímulos (p. ex., um estímulo aversivo, a hospitalização, pode se associar a um estímulo positivo, ser cuidado; um paciente pode, mais tarde, trabalhar para ser hospitalizado) ou entre uma resposta e um estímulo (p. ex., uma resposta adaptativa, a expressão saudável das emoções, tem uma consequência aversiva, a rejeição por um ente querido; a seguir, o paciente pode tentar suprimir as emoções). Como observado antes, o terapeuta da TCD realiza uma análise em cadeia do sinal evocador do comportamento problemático (incluindo as emoções) e das consequências do comportamento. Trabalhando dentro de uma estrutura de terapia comportamental, o terapeuta opera segundo três diretrizes para exposição na TCD:

1. não se deve reforçar a exposição ao sinal que precede o comportamento problemático (p. ex., se o paciente tiver receio de que discutir suicídio fará com que seja rejeitado, o terapeuta não deve reforçar a vergonha do paciente colocando-o no ostracismo);
2. as respostas disfuncionais são bloqueadas na ordem das metas primária e secundária do tratamento (p. ex., comportamento suicida ou NSSI relacionado à vergonha é bloqueado através da cooperação do paciente para jogar fora medicações acumuladas);
3. reforçam-se as ações opostas ao comportamento disfuncional (p. ex., o terapeuta reforça o paciente por falar de comportamento suicida doloroso e que ele sente como vergonhoso).

Procedimentos de exposição formais e informais envolvem primeiramente orientar o paciente em relação às técnicas e ao fato de que a exposição aos

sinais muitas vezes é sentida como sofrida ou assustadora. Dessa forma, o terapeuta não remove o sinal que indica a excitação emocional e, ao mesmo tempo, bloqueia as tendências à ação (incluindo as respostas de fuga) e as tendências expressivas associadas à emoção problemática. Além disso, um passo fundamental nos procedimentos de exposição é ensinar ao paciente algumas maneiras de dosar ou finalizar a exposição quando as emoções se tornarem insuportáveis. Terapeuta e paciente devem colaborar para desenvolver meios positivos e adaptativos para o paciente finalizar voluntariamente a exposição, de preferência depois de alguma redução na emoção problemática.

Estratégias estilísticas

A TCD oscila entre dois estilos bastante diferentes de comunicação que dizem respeito a como o terapeuta executa outras estratégias de tratamento. O primeiro, a comunicação recíproca, é semelhante ao estilo de comunicação preconizado pela terapia centrada no paciente. O segundo, a comunicação irreverente, é muito semelhante ao estilo defendido por Whitaker (1975) em seus trabalhos sobre terapia estratégica. As estratégias de comunicação recíproca buscam reduzir uma diferença de poder percebida ao tornar o terapeuta mais vulnerável em relação ao paciente. Além disso, servem como modelo de interações apropriadas, mas iguais, dentro de um relacionamento interpessoal importante. A comunicação irreverente costuma ser mais arriscada do que a reciprocidade, mas pode facilitar a solução de problemas ou gerar uma ruptura de barreiras depois de longos períodos em que parece não haver progresso. Para ser usada com eficácia, a comunicação irreverente deve equilibrar comunicação recíproca, e as duas devem ser entrelaçadas em um único tecido estilístico. Sem esse equilíbrio, nenhuma das estratégias representa a TCD.

Comunicação recíproca

Ser responsivo, franco, cordial, entusiasticamente comprometido e autêntico são as orientações básicas da comunicação recíproca. A responsividade requer que se preste ao paciente uma atenção plena (cuidadosa) e que se leve a sério sua pauta e seus desejos. Entretanto, isso não significa que o terapeuta dê prioridade à pauta em detrimento da hierarquia do tratamento, e sim que o terapeuta valide abertamente a importância da pauta do paciente. É um estilo amigável e afetivo que reflete simpatia e vínculo na interação terapêutica. A autoexposição que objetiva o envolvimento é a reação imediata e pessoal do terapeuta ao paciente e ao seu comportamento. Essa estratégia é usada com frequência na TCD. Por exemplo, um terapeuta cujo paciente reclamou de sua frieza disse:

“quando você exige afeto de mim, isso me afasta e torna mais difícil ser afetuoso”. Da mesma forma, quando um paciente deixa várias vezes de preencher cartões-diário, mas ainda assim pede que o terapeuta o ajude, este responde: “Você fica me pedindo que ajude, mas não faz as coisas que acho que vão ajudá-lo. Sinto-me frustrado, pois quero ajudá-lo, mas parece que você não me deixa”. Essas declarações servem tanto para validar quanto para desafiar. Elas são ilustrativas tanto do manejo de contingências, pois as declarações do terapeuta sobre o paciente geralmente são recebidas como reforço ou punição, quanto da clarificação de contingências, porque a atenção do paciente é direcionada às consequências de seu comportamento interpessoal.

A autoexposição de informações profissionais ou pessoais é usada para validar e modelar as respostas normativas e de enfrentamento. A questão fundamental aqui é que um terapeuta só deve usar exemplos pessoais nos quais conseguiu dominar o problema em questão. Isso pode parecer óbvio, mas é muito fácil cair nesse buraco ao se tentar validar o dilema do paciente. Por exemplo, quando se trabalha com um paciente cujo objetivo é acordar cedo de manhã para fazer exercícios, mas está tendo dificuldades para sair da cama, o terapeuta pode tentar validar o comportamento como normal, dizendo: “É, eu também tenho dificuldades de me levantar de manhã, mesmo que todas as noites eu diga a mim mesmo que vou fazer exercícios de manhã”. Entretanto, essa autoexposição só vai ser útil ao paciente se o terapeuta for adiante e declarar que habilidade usa para se levantar todas as manhãs e conseguir fazer exercícios.

Comunicação irreverente

A comunicação irreverente é usada para forçar o paciente a *sair do equilíbrio*, chamar sua atenção, apresentar um ponto de vista alternativo ou mudar a resposta afetiva. É uma estratégia muito útil quando o paciente está impassível ou quando terapeuta e paciente estão *empacados*. A comunicação irreverente tem um tempero *inovador* e usa a lógica para tecer uma teia da qual o paciente não consiga escapar. Embora tenha uma postura de resposta ao paciente, a comunicação irreverente quase nunca é a resposta que o paciente espera. Para que seja eficaz, a irreverência deve ser autêntica (sem sarcasmo e julgamentos) e vir de uma posição de compaixão e simpatia em relação ao paciente. Caso contrário, o paciente pode se tornar ainda mais rígido. Ao usar a irreverência, o terapeuta destaca algum aspecto involuntário da comunicação do paciente ou o *reenquadra* de maneira não ortodoxa. Por exemplo, se o paciente diz “eu vou me matar”, o terapeuta pode dizer: “eu achei que você tinha con-

cordado em não abandonar a terapia”. A comunicação irreverente tem um estilo direto, quase inexpressivo, claramente distinto da resposta afetuosa da comunicação recíproca. O humor, um pouco de ingenuidade e inocência também são características desse estilo. O tom de confronto também é irreverente, chamando as respostas que não sejam a adaptativa visada de “conversa fiada”. Por exemplo, o terapeuta pode dizer “Você perdeu o juízo?” ou “Você não acreditou nem por um minuto que eu realmente acharia isso uma boa ideia, não é?”. O terapeuta irreverente também desmascara o paciente. Para o paciente que diz “Vou parar com a terapia”, o terapeuta pode responder: “Gostaria de um encaminhamento?”. O truque, nesse caso, é cronometrar cuidadosamente seu blefe, oferecendo, ao mesmo tempo, uma rede de segurança. É importante deixar uma saída para o paciente.

ESTUDO DE CASO

Antecedentes

Na primeira consulta, “Cindy”, 30 anos, branca, casada e sem filhos, morava em um bairro de classe média com o marido. Ela fazia faculdade e já tinha cursado quase dois anos de medicina. Foi encaminhada a um de nós (M. M. L.) pelo psiquiatra com quem consultava há um ano e meio, que só lhe administrava farmacoterapia depois de uma hospitalização por tentativa de suicídio quase letal. Nos dois anos que antecederam o encaminhamento, Cindy tinha sido hospitalizada pelo menos 10 vezes (uma delas, durante seis meses) para tratamento psiquiátrico por ideia suicida; tinha tido vários casos de comportamento NSSI e tentativas de suicídio, incluindo no mínimo 10 ocasiões em que ingeriu água sanitária, vários cortes profundos e queimaduras, e tinha tido três tentativas de suicídio graves ou quase fatais, incluindo cortar uma artéria no pescoço. Na época, ela cumpria os critérios do DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) assim como os de Gunderson (1984) para TPB. Ela também estava tomando várias medicações psiquiátricas. Até seus 27 anos, Cindy conseguiu funcionar bem em ambientes de estudo e trabalho, e seu casamento era razoavelmente satisfatório para ela e o marido, embora ele reclamasse de sua exagerada irritação. Quando Cindy estava no segundo ano da faculdade, uma colega que ela conhecia superficialmente cometeu suicídio. Cindy relatou que, ao ficar sabendo do fato, imediatamente decidiu também se matar, mas tinha muito pouco *insight* a respeito do quê, naquela situação, realmente gerava sua inclinação para isso. Dentro de poucas semanas, abandonou a faculdade e entrou em depressão grave, com suicidalidade ativa. Embora se apresentasse como uma pessoa com poucos problemas psicológicos antes do suicídio da co-

lega, um questionamento mais profundo revelou uma história de anorexia nervosa grave, bulimia nervosa e abuso de álcool e de medicações sob prescrição desde os 14 anos. Na verdade, ela havia conhecido seu marido em uma reunião de Alcoólicos Anônimos (AA) nos primeiros anos de faculdade. Não obstante, até o suicídio da colega de medicina, tinha conseguido manter uma aparência geral de relativa competência.

Tratamento

Na primeira consulta, Cindy veio em companhia do marido, que disse que ele e a família dela a consideravam com uma suicidalidade demasiadamente grave para estar fora de um ambiente hospitalar. Consequentemente, ele e a família dela estavam cogitando seriamente a viabilidade de encontrar um tratamento ambulatorial de longo prazo. Mas Cindy afirmava ter forte preferência por tratamento de internação, embora nenhum terapeuta na localidade, além de M. M. L., parecesse estar disposto a aceitá-la para tratamento ambulatorial. A terapeuta concordou em aceitar Cindy em terapia, a depender do compromisso assumido pela paciente de trabalhar em prol da mudança comportamental e permanecer em tratamento por, pelo menos, um ano. (Mais tarde, foi salientado repetidas vezes que isso também significava que a paciente concordava em não cometer suicídio.) Dessa forma, a terapeuta deu o crucial primeiro passo de estabelecer uma aliança terapêutica forte ao concordar em aceitar a paciente apesar de que ninguém mais estava disposto a fazê-lo, mas destacou que essa aceitação tinha seu custo. A terapeuta comunicou que a aceitava exatamente como ela estava no momento, ao mesmo tempo em que deixava claro que o compromisso de Cindy em relação à mudança era o alicerce da aliança terapêutica. Na quarta sessão, Cindy disse que achava que não conseguiria mais se manter viva. Ao ser lembrada de seu compromisso anterior de permanecer viva durante um ano da terapia, replicou que as coisas haviam mudado e ela não conseguiria. Depois dessa sessão, quase todas as sessões nos seis meses seguintes giraram em torno do tópico de se (e como) permanecer viva *versus* cometer suicídio. Cindy começou a vir às sessões com óculos espelhados, e afundava em sua poltrona ou pedia para se sentar no chão. As perguntas da terapeuta muitas vezes recebiam como resposta um comentário mínimo ou longos silêncios. Em resposta às suas tentativas de discutir comportamentos anteriores em que feriu a si própria, Cindy se irritava e se retraiu (reduzindo em muito o ritmo da terapia). A paciente também apresentava reações dissociativas profundas, que costumavam ocorrer nas sessões. Durante essas reações, ela parecia incapaz de se concentrar ou escutar muito do que estava sendo

dito. Quando questionada pela terapeuta, descrevia sua experiência como uma sensação de estar *aérea* e distante. Disse que não se sentia mais capaz de realizar várias atividades, como dirigir, trabalhar ou ir às aulas. Em termos gerais, considerava-se incompetente em todas as áreas.

O uso de cartões-diários, que ela preenchia semanalmente (ou no início da sessão, caso se esquecesse), ajudava a terapeuta a acompanhar cuidadosamente as experiências diárias de Cindy em relação a ideação suicida, sofrimento e premências de se machucar, bem como comportamentos suicidas e NSSI concretos. As análises comportamentais que tentaram identificar a sequência de eventos que levavam às tentativas de suicídio de Cindy, e vinham depois delas, em seguida se tornaram um importante foco da terapia. Em todos os momentos, a terapeuta mostrava o comportamento autoagressivo como algo a ser esperado, dada a força da premência de fazer isso (mas considerava que esse comportamento poderia ser vencido) e indicava repetidas vezes que, se a paciente cometesse suicídio, a terapia acabaria, então era preciso trabalhar muito agora enquanto Cindy estava viva.

Durante vários meses, as análises comportamentais começaram a identificar um padrão comportamental que precedia os comportamentos suicidas. Para Cindy, a cadeia de eventos muitas vezes começava com uma interação interpessoal (quase sempre com seu marido) que fazia ela se sentir ameaçada, criticada ou não amada. Esses sentimentos costumavam ser seguidos de premências de se mutilar ou se matar, dependendo um pouco dos níveis covariantes de desesperança, raiva e tristeza. As decisões de se mutilar e/ou tentar o suicídio muitas vezes vinham acompanhadas do pensamento do tipo “você só ver só uma coisa”. Outras vezes, pareciam predominar a desesperança e um desejo de dar um fim permanente ao sofrimento. Ambos são exemplos de vulnerabilidade emocional. Seguindo a decisão consciente de se mutilar ou cometer suicídio, Cindy imediatamente dissociava e acabava se cortando ou se queimando, geralmente enquanto estava em estado de “piloto automático”. Consequentemente, ela muitas vezes tinha dificuldade de se lembrar de detalhes dos atos concretos. Uma vez, queimou tanto sua perna (depois introduziu sujeira nela para convencer o médico de que deveria dar a ela mais atenção) que foi necessária cirurgia de reconstrução. As análises comportamentais também revelaram que a dissociação durante as sessões geralmente ocorreria após ela perceber desaprovção ou invalidação por parte da terapeuta, especialmente quando esta parecia sugerir que era possível haver mudança. A terapeuta tomou como meta traba-

lhar a dissociação dentro da sessão, tratando-a imediatamente após seu surgimento.

Depois de vários meses de terapia, verificou-se um padrão aparentemente antigo de comportamentos suicidas levando a internação. Cindy informava ter ideação suicida intensa, expressava dúvidas sobre conseguir resistir à premência de se matar e pedia para ser internada em seu hospital preferido; ou, sem avisar, cortava-se ou se queimava gravemente e tinha de ser internada para tratamento. As tentativas de fazer Cindy ficar fora do hospital ou sair dele antes de estar pronta geralmente resultavam em um aumento da tendência suicida, seguida pela insistência de seu farmacoterapeuta (um psiquiatra) em sua internação ou na concordância por parte do hospital em prolongar sua internação. A observação desse padrão comportamental levou a terapeuta a levantar a hipótese de que a hospitalização em si estivesse reforçando o comportamento suicida. Consequentemente, tentou mudar as contingências dos comportamentos suicidas. Usando estratégias didáticas e de esclarecimento das contingências, a terapeuta tentou ajudar Cindy a entender como a hospitalização poderia estar fortalecendo o próprio comportamento que elas estavam trabalhando para eliminar. Essa questão se tornou um ponto de divergência dentro da terapia, com Cindy considerando a posição da terapeuta como não solidária e carecendo de compreensão em relação à experiência que ela viveu. Em sua opinião, a intensidade de seu sofrimento emocional tornava tão alta a probabilidade de suicídio que a hospitalização era necessária para garantir sua segurança. Ela sustentava sua posição citando com frequência suas dificuldades com as reações dissociativas, que ela descrevia como extremamente aversivas e que, em sua opinião, impediam que ela funcionasse bem em grande parte do tempo. Da perspectiva da terapeuta, o risco deletério de suicídio no longo prazo gerado pela hospitalização repetida em resposta ao comportamento suicida era mais alto do que o risco de curto prazo de suicídio caso as hospitalizações fossem reduzidas. Essas diferenças de opinião levavam a discordâncias frequentes nas sessões. Aos poucos, foi ficando claro que Cindy considerava qualquer explicação de seu comportamento como influenciada pelo reforço como um ataque direto. Ela sugeria que a hospitalização estava reforçando seu comportamento suicida, de forma que a terapeuta teve de acreditar que o propósito de sua tendência suicida era ser internada no hospital. Obviamente, não era esse o caso (pelo menos em parte do tempo), mas todas as tentativas de explicar a teoria do reforço em quaisquer outros termos fracassaram. A terapeuta compensava um pouco o fato de estar insistindo na possibilidade de que estivesse correta fazendo três coisas. Em primei-

ro lugar, validava repetidamente o sofrimento quase insuportável que a paciente sentia. Em segundo, certificava-se de abordar repetidas vezes o comportamento dissociativo da paciente, explicando-o como reação automática a afeto muito doloroso (ou a ameaça disso). Em terceiro, tratava com frequência da qualidade do relacionamento dela com Cindy para fortalecê-lo e mantê-la em terapia, mesmo que isso fosse uma fonte de mais sofrimento emocional. No quinto mês, a terapeuta passou a se preocupar com a possibilidade de o atual regime de tratamento ter a consequência indesejada de matar a paciente (por meio de suicídio). Nesse momento, foram ultrapassados os limites da terapeuta para um tratamento eficaz e ela decidiu usar a estratégia de consultoria ao paciente para abordar as hospitalizações de Cindy. A estratégia de primeira escolha seria fazer Cindy negociar um novo plano de tratamento com o hospital e o psiquiatra de sua preferência para internação, mas ela se recusava a aceitar isso porque discordava da ideia de mudar seu atual acesso ilimitado à unidade de internação. A terapeuta conseguiu fazê-la concordar com uma reunião de consultoria com todos os profissionais que a tratavam e, com um pouco de tenacidade, conseguiu que Cindy desse todos os telefonemas para marcar a reunião (incluindo convidar a pessoa encarregada de seu plano de saúde, que estava coordenando o pagamento de seu tratamento).

Na reunião para discutir o caso, a terapeuta apresentou sua hipótese de que a hospitalização contingente estava reforçando o comportamento suicida de Cindy, e também a ajudou a defender a ideia de que ela (a terapeuta) estava errada. Usando comunicação recíproca e manejo de contingências, a terapeuta declarou que simplesmente não podia conduzir uma terapia que ela achava que poderia matar a paciente (e tinha de seguir o que considerava melhor, mesmo que estivesse errada – “fazer outra coisa seria antiético”), e solicitou que se combinasse um novo sistema de contingências para romper a relação funcional entre o comportamento suicida de Cindy e a hospitalização. Portanto, desenvolveu-se um plano em que a paciente não precisava estar com suicidalidade para ser internada. Nesse novo conjunto de contingências, Cindy poderia escolher, segundo sua vontade, entrar no hospital para uma estada de até três dias, no fim dos quais sempre teria alta. Se ela convencesse as pessoas de que estava demasiado inclinada ao suicídio para ter alta, seria transferida ao hospital de sua menor preferência, por segurança. Os comportamentos suicidas e NSSI não seriam mais razão para internação, exceto em uma unidade médica, quando fosse necessário. Embora houvesse alguma discordância sobre o relacionamento funcional

entre comportamento suicida e hospitalização, houve acordo sobre esse sistema. Depois dessa reunião, o marido de Cindy anunciou que não mais conseguia conviver ou tolerar o comportamento suicida de sua mulher e que a ameaça constante de encontrá-la morta o havia feito decidir pedir o divórcio. A seguir, o foco da terapia foi redirecionado a ajudar Cindy a elaborar o luto desse evento e encontrar uma situação de vida adequada. Ela alternava entre a fúria com o marido por abandoná-la em um momento de necessidade (ou “doença”, como ela dizia) e o desespero de que nunca seria capaz de enfrentar sozinha. Ela decidiu que “colocar para fora seus sentimentos” era a única terapia útil. Isso levou a muitas sessões em lágrimas, com a terapeuta simultaneamente validando o sofrimento, concentrando-se na vivência do afeto no momento por parte de Cindy, sem aumentá-lo nem bloqueá-lo, e estimulando a capacidade da paciente de se manejar sem voltar ao hospital. Devido ao alto nível de disfuncionalidade de Cindy, ela e a terapeuta decidiram que ela seria internada em um estabelecimento terapêutico residencial para um tratamento de três meses. O estabelecimento estava voltado a habilidades de enfrentamento e oferecia terapia em grupo, mas não individual. Cindy se encontrava com sua terapeuta uma vez por semana e falava com ela várias vezes por semana durante esse período. Com um pouco de orientação, procurou e encontrou alguém que morasse com ela, e voltou para casa depois de três meses (o nono mês da terapia). No decorrer do tratamento, a terapeuta usou uma série de estratégias para tratar os comportamentos suicidas, NSSI e os que interferiam na terapia. A profunda análise da cadeia comportamental e de sua solução ajudaram a terapeuta (e, às vezes, a paciente) a entender os fatores que influenciam o comportamento suicida atual. Para Cindy, como para maioria dos pacientes, era bastante difícil fazer essas análises porque o processo costuma gerar sentimentos intensos de vergonha, culpa e raiva. Assim, a análise comportamental também funcionava como estratégia de exposição, estimulando a paciente a observar e a vivenciar o afeto doloroso. Além disso, servia como estratégia cognitiva para ajudar a mudar as expectativas dela em relação às vantagens e desvantagens do comportamento suicida, especialmente à medida que a terapeuta fazia repetidamente declarações como: “Como você se sentiria se eu me irritasse com você e ameaçasse me suicidar se você não mudasse?”. Por fim, a análise comportamental servia como manejo de contingências, no sentido de que a capacidade da paciente de buscar tópicos de interesse nas sessões ficava contingente à realização com êxito da análise em cadeia e de soluções.

Cindy se apresentou inicialmente na terapia com percepções exageradas em relação a seus desejos e necessidades, e com uma disposição concomitante de ter comportamento suicida extremamente letal. Como dito anteriormente, vários desses atos foram tentativas sérias de dar fim à sua vida, ao passo que outros funcionaram como tentativas de ganhar atenção e cuidado das pessoas que lhe eram significativas. Essa paciente também se apresentou com uma extrema sensibilidade a quaisquer tentativas de realizar procedimentos óbvios de mudança, que geralmente eram interpretados por ela como a comunicação de uma mensagem em relação à sua incompetência e desvalia. Embora Cindy tenha se comprometido inicialmente a participar de treinamento semanal de habilidades em grupo no primeiro ano de terapia, sua presença nas reuniões do grupo era bastante inconsistente, e ela tendia a faltar a sessões inteiras (mas nunca mais de três seguidas) ou a ir embora no intervalo. Respondia à tentativa da terapeuta de tratar essa questão dizendo que não podia dirigir à noite, pois tinha cegueira noturna. Embora fosse considerado um comportamento que interfere na terapia e abordado com frequência no decorrer dela, faltar ao treinamento de habilidades não era um foco importante no tratamento, devido à existência continuada de comportamentos suicidas de maior prioridade. Os esforços da terapeuta para envolver a paciente na aquisição ativa de habilidades durante as sessões individuais também eram um pouco limitados e sempre foram precedidas pelo compromisso verbal de Cindy em relação à solução de problemas. A estratégia estilística da comunicação irreverente foi importante para o processo terapêutico. A irreverência da terapeuta muitas vezes serviu para dar uma “sacudida” na paciente, resultando em um afrouxamento do raciocínio dicotômico e das cognições mal-adaptativas. O resultado disso foi uma disposição cada vez maior de Cindy para explorar soluções comportamentais novas e adaptativas. Por fim, as estratégias de relacionamento foram muito empregadas como ferramentas para fortalecer a aliança terapêutica e mantê-la não contingente em relação a comportamentos suicidas e/ou dissociativos. Isso incluía telefonemas entre sessões, por iniciativa da terapeuta, para ver como a situação estava, o fornecimento por parte da terapeuta de números de telefone, de modo regular, de quando viajava e o envio de cartões-postais à paciente quando estivesse fora da cidade.

No 12º mês da terapia, o comportamento suicida e de automutilação de Cindy recuou, bem como as premências de ter esse tipo de comportamento. Além disso, suas hospitalizações foram reduzidas em muito, sem nenhuma ocorrência depois do oitavo mês. Dividindo a casa com uma colega, Cindy foi readmitida

na faculdade de medicina. Parte da razão para voltar à faculdade foi dar uma reviravolta em sua vida, para que pudesse tentar reconquistar o amor e a atenção de seu marido, ou, pelo menos, sua amizade. À medida que a terapia continuava concentrada em mudar as contingências do comportamento suicida, reduzir o sofrimento emocional e a inibição e tolerar a aflição, acrescentou-se mais um foco: manter a sobriedade e uma ingestão alimentar razoável. Nos primeiros meses em que morou em sua casa sem o marido, Cindy teve vários episódios de compulsão alcoólica e sua ingestão alimentar diminuiu abruptamente. Tratar desses comportamentos passou imediatamente a ser uma meta. A forte atenção da terapeuta a esses comportamentos também comunicava a Cindy que a terapeuta levaria a sério seus problemas mesmo que ela não estivesse com tendências suicidas. A terapia também se voltou a ampliar sua rede social. Assim como aconteceu com os comportamentos suicidas, a atenção a essas metas serviu como caminho para tratar problemas associados. À medida que diminuía a frequência das situações de crise, prestava mais atenção à análise de padrões familiares, incluindo experiências de negligência e invalidação que podem ter levado aos problemas que Cindy teve mais tarde em sua vida. Ela não informou ter uma história de abuso sexual ou físico, de forma que o objetivo explícito do Estágio 2 era entender a história de Cindy e sua relação com os problemas atuais.

Em outros casos, principalmente quando houve abuso sexual e/ou físico na infância, a passagem para o Estágio 2 antes de alcançar as metas do Estágio 1 provavelmente resultaria em retrocesso a comportamentos problemáticos anteriores. Por exemplo, Terry, outra paciente tratada pela mesma terapeuta (M. M. L.) tinha sofrido abusos físicos bastante sérios por parte da mãe ao longo da infância e abusos sexuais do pai, a partir dos cinco anos de idade. As investidas sexuais não eram violentas no início, mas se tornaram fisicamente abusivas por volta dos 12 anos. Antes da terapia, Terry não contara as ocorrências de abuso a quem quer que fosse.

Após a negociação bem-sucedida das metas do Estágio 1, a terapeuta passou a expor Terry a sinais relacionados ao trauma, simplesmente fazendo-a expor detalhes do abuso sofrido. Essas sessões de exposição foram intercaladas com o trabalho sobre os problemas atuais em sua vida. Depois de uma sessão de exposição voltada ao abuso sexual, Terry voltou a alguns de seus antigos comportamentos problemáticos, evidenciados por retraimento e silêncio nas sessões, ideação suicida e não adesão à medicação. O aparecimento desse comportamento marcou a necessidade de interromper as discussões do Estágio 2

sobre abuso sexual para tratar novamente de metas do Estágio 1. Três sessões foram dedicadas a uma análise dos comportamentos suicidas atuais de Terry e dos que interferissem na terapia ou na qualidade de vida. Eles acabaram se mostrando relacionados a temores de como a terapeuta consideraria suas respostas emocionais ao seu pai na infância e às visitas que Terry lhe fazia nos feriados, que precipitaram conflitos sobre como Terry deveria se sentir em relação a ele no presente. Essa abordagem de dois passos à frente e um atrás é comum na terapia para pacientes com TPB, e, particularmente, pode marcar a transição entre os Estágios 1 e 2.

Como mencionamos anteriormente, o Estágio 3 objetiva o autorrespeito, independentemente das opiniões de outros. Betty, que estava em tratamento com a mesma terapeuta (M. M. L.), tinha transposto com êxito os Estágios 1 e 2 e havia se tornado uma enfermeira muito competente, com responsabilidades nas áreas de formação e supervisão. A partir daí, a terapia de Betty se concentrou na manutenção de sua autoestima diante de pessoas com muito poder que estavam presentes em sua vida (p. ex., seu supervisor) e a invalidavam constantemente. O tratamento incluía componentes como a terapeuta observar e destacar para Betty sua tendência a modificar sua opinião acerca de si mesma em função da dos outros, tentativas persistentes de extrair dela autovalidação e autoconforto, e exercícios com imagens mentais, nos quais a paciente imaginava e verbalizava a si própria enfrentando outras pessoas em posição de poder. Grande parte do foco da terapia estava no comportamento interpessoal de Betty na sessão, estabelecendo-se a relação desse comportamento com suas interações com outras pessoas significativas. Dessa forma, o tratamento, naquele momento, foi muito semelhante ao regime psicoterápico funcional-analítico desenvolvido por Kohlenberg e Tsai (1991). Em termos gerais, este terceiro estágio da terapia envolvia a passagem a um relacionamento mais igualitário entre paciente e terapeuta, no qual se dava ênfase à paciente defender suas próprias opiniões e ações. Essa abordagem requeria que a terapeuta reforçasse as afirmações da paciente e recusasse, deixando de validá-la e cuidá-la da forma característica dos Estágios 1 e 2. Além disso, as sessões foram reduzidas a uma frequência quinzenal e se discutiam periodicamente questões sobre seu encerramento.

O Estágio 4 da TCD tem como alvo a sensação de incompletude que pode impedir a vivência de alegria e liberdade. Sally começou o Estágio 1 do tratamento com a mesma terapeuta (M. M. L.) há quinze anos. O Estágio 1 durou dois anos, seguido por um intervalo de um ano, depois do qual o tratamento foi

retomado por vários anos de sessões quinzenais, que levaram a sessões mensais, atualmente consistindo em quatro ou cinco sessões por ano. Sally, casada há 30 anos com um marido que tem empregos irregulares, e que, embora seja dedicado e leal, invalida-a muito. Embora aparentemente brilhante, ele quase sempre é demitido dos empregos em função de sua insensibilidade interpessoal. Ela está empregada em tempo integral no mesmo lugar há anos, trabalhando com crianças. O filho do qual ela se sentia mais próxima morreu em um acidente de avião há dois anos, a mãe dela morreu no ano passado e o pai está muito doente. Apesar de ter um casamento estável, um emprego estável no qual se sente bastante realizada, tendo criado dois filhos bem ajustados e ainda ser atlética, a vida parece sem sentido para Sally. No passado, ela teve bastante atividade espiritual. Depois de retiros de meditação ou longos períodos de meditação diária, ela relatava se sentir contente e alegre. Desde que seu filho morreu, Sally abandonou suas atividades espirituais. Depois de dois anos com o foco no luto, ela está pronta para o Estágio 4. O planejamento do tratamento se concentrava em praticar ativamente e acompanhar o progresso de uma aceitação radical (ou “abrir mão do ego”, na terminologia zen), seja por conta própria ou com apoio de um grupo.

TRANSCRITOS

Os seguintes transcritos (compósitos) representam exemplos reais do processo de terapia que ocorreram em várias sessões com diferentes pacientes. Esses diálogos específicos entre terapeuta e paciente foram escolhidos para dar ao leitor exemplos abrangentes da aplicação de uma ampla gama de estratégias de tratamento na TCD. As metas das sessões nos transcritos a seguir eram a orientação e o comprometimento. Foram usadas as estratégias de validação, solução de problemas (*insight*, orientação e comprometimento), dialética (advogado do diabo) e integrada (melhoria dos relacionamentos).

Obter o compromisso do paciente é um primeiro passo que é crucial para se começar a terapia com pacientes que têm TPB. Como se ilustra no transcrito a seguir, a técnica dialética do advogado do diabo pode ser muito eficaz quando usada como estratégia de comprometimento. Nesta primeira sessão, o objetivo maior da terapeuta era obter o compromisso do paciente com a terapia, bem como com a eliminação do comportamento suicida. Ela começou orientando a paciente em relação ao propósito dessa sessão inicial.

TERAPEUTA: Você está um pouco nervosa por minha causa?

PACIENTE: Acho que estou.

TERAPEUTA: Bom, isso é compreensível. Nos próximos 50 minutos, mais ou menos, temos esta oportunidade de nos conhecermos e ver se queremos trabalhar juntas. Então, o que eu gostaria de conversar um pouco é sobre o programa e como você chegou aqui. Conte o que você quer da terapia e o que você está fazendo aqui.

PACIENTE: Eu quero melhorar.

TERAPEUTA: Ah, qual é o seu problema?

PACIENTE: Estou uma confusão. (*Ri.*)

TERAPEUTA: Como?

PACIENTE: Humm..., não sei. Simplesmente não consigo dar conta do dia a dia atualmente. Nem consigo... Estou simplesmente uma confusão. Não sei como lidar com nada.

TERAPEUTA: O que isso quer dizer, exatamente?

PACIENTE: Humm..., tudo o que eu tento ultimamente parece uma sobrecarga. Não consigo dar conta do meu trabalho e agora estou de licença médica. E todo mundo está cheio de mim por eu estar tanto tempo no hospital. E acho que meu psiquiatra quer me mandar embora por que eu mesma me machuco.

TERAPEUTA: Com que frequência você faz isso?

PACIENTE: Talvez uma ou duas vezes por mês. Eu uso meu isqueiro ou cigarros, às vezes uma lâmina de barbear.

TERAPEUTA: Você tem cicatrizes por todo o corpo?

PACIENTE: (*Faz que sim com a cabeça.*)

TERAPEUTA: O seu psiquiatra diz que você também tomou água sanitária. Por que você não falou disso?

PACIENTE: Acho que simplesmente não registrei isso.

TERAPEUTA: Você simplesmente deixa de registrar as coisas com muita frequência?

PACIENTE: Não sei, realmente. Pode ser.

TERAPEUTA: Então pode ser que com você eu tenha de ser uma boa adivinhadora.

PACIENTE: Humm...

TERAPEUTA: Mas, infelizmente, eu não sou uma adivinhadora muito boa. Então teremos que ensinar você a registrar as coisas. O que você quer, exatamente, da terapia comigo? Deixar de se fazer mal, de tentar se matar, ou ambos?

PACIENTE: Ambos, eu estou cheia disso.

TERAPEUTA: E tem alguma outra coisa com a qual você queira ajuda?

PACIENTE: Humm... bom, eu não sei lidar com dinheiro e com relacionamentos. Eu não tenho amigos, eles não se conectam muito comigo.

Eu sou ex-alcoolista e anoréxica e bulímica em recuperação. Ainda tenho uma tendência a isso.

TERAPEUTA: Você acha que talvez parte do que está acontecendo com é que você substituiu seus comportamentos alcoolistas e anoréxicos por se machucar?

PACIENTE: Não sei, não pensei nisso dessa maneira. Só acho que não sei como dar conta de mim mesma e... sabe como é... trabalhar as coisas, e acho que isso está realmente me afetando, porque se não estivesse eu não estaria tentando me matar.

TERAPEUTA: Então, da sua perspectiva, um problema é que você não sabe fazer as coisas. Muitas coisas.

PACIENTE: É, e muita eu sei, mas acabo não fazendo.

TERAPEUTA: Humm...

PACIENTE: Sabe, por exemplo, como eu preciso economizar dinheiro, e sei que preciso controlar os meus gastos, e faço isso todos os meses, mas todos os meses fico no vermelho. Mas... Humm... é difícil para mim. É como se às vezes eu soubesse que não deveria comer alguma coisa e como igual.

TERAPEUTA: Então, parece que parte do problema é que você sabe fazer as coisas, só não sabe fazer com que você faça as coisas que sabe fazer.

PACIENTE: Exatamente.

TERAPEUTA: Seria como se suas emoções estivessem no controle, que você é uma pessoa que faz as coisas quando está com humor para isso?

PACIENTE: É, tudo é feito de acordo com o humor.

TERAPEUTA: Então você é uma pessoa de humores.

PACIENTE: É. Eu deixo de limpar a casa por dois meses, e aí entro no clima, estou com humor para limpar. Aí eu limpo e mantenho impecavelmente assim por três semanas, quer dizer, impecavelmente limpa, e então quando muda o meu humor, eu volto a deixar uma bagunça.

TERAPEUTA: Então, uma das tarefas para você e eu seria encontrar uma maneira de fazer seu comportamento e o que você faz serem menos dependentes de como você se sente?

PACIENTE: É isso.

A terapeuta usou o *insight* para destacar à paciente a relação que observou entre suas emoções e seu comportamento. A seguir, começou o processo de moldar um comprometimento por meio da estratégia dialética de advogado do diabo.

TERAPEUTA: Isso, é claro, vai ser difícil de fazer, você não acha? Por que você iria querer fazer isso? Parece muito sofrido.

PACIENTE: Bom, eu quero fazer, porque a coisa é tão incoerente. É pior, porque quando eu estou... eu sei que, quando eu estou controlando o dinheiro ou o que seja, sei que preciso fazer, e então quando não faço isso, me deixa ainda mais incomodada.

TERAPEUTA: Por que você ia querer fazer alguma coisa que não está com humor para fazer?

PACIENTE: Porque eu preciso. Porque não consigo sobreviver se eu não fizer.

TERAPEUTA: Parece uma vida bem fácil.

PACIENTE: É, mas eu não consigo viver se simplesmente gastar meu dinheiro em coisas bobas e fúteis que eu...

TERAPEUTA: Bom, acho que talvez você devesse ter alguns limites e não ficar tão solta, mas em geral, quer dizer, por que limpar a casa se não se sente com vontade de fazer isso?

PACIENTE: Porque me incomoda quando está uma bagunça. E eu não consigo encontrar as coisas, já perdi contas e acabo não pagando. E agora tenho escritórios de cobrança atrás de mim. Não consigo lidar com tudo isso, acabo me machucando e indo parar no hospital. E aí eu só quero dar um fim a tudo isso. Mas parece que não importa, porque se eu não estiver no clima para limpar, não limpo.

TERAPEUTA: Então o fato de que isso faz com que aconteçam coisas horríveis em sua vida até hoje não foi suficiente como motivação para fazer coisas que estejam contra o seu humor, não é?

PACIENTE: Bom, obviamente não (ri), porque não está acontecendo.

TERAPEUTA: Mas isso não foi o suficiente, então? Isso vai ser um grande problema, você não acha? Não vai ser uma coisa simples, você não vai entrar aqui e eu vou dizer "abracadabra", e de repente você vai querer fazer as coisas que não está com humor para fazer.

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: É, então me parece que se você não estiver com humor para as coisas, se você meio que depende do humor, isso é uma coisa muito difícil de romper. Na realidade, acho que é um dos problemas mais difíceis de lidar.

PACIENTE: Ah, que maravilha...

TERAPEUTA: Acho que podemos lidar com isso, mas vai ser um inferno. A questão é se você está disposta a atravessar esse inferno para chegar onde quer ou não. Acho que essa é a questão.

PACIENTE: Bom, se vai me deixar mais feliz, claro.

TERAPEUTA: Você tem certeza?

PACIENTE: Tenho, desde os 11 anos eu passo por isso, e estou de saco cheio dessa merda. Desculpa minha maneira de falar, mas estou, mesmo, e estou contra a parede. Ou faço isso ou tenho mais é que morrer. Essas são as duas opções que tenho.

TERAPEUTA: Bom, por que não morrer?

PACIENTE: Ah, se chegar nisso, é o que eu vou fazer.

TERAPEUTA: Humm... mas por que não agora?

PACIENTE: Porque esta é a minha última esperança. Porque eu tenho uma última esperança, por que não aproveitá-la?

TERAPEUTA: Então, em outras palavras, em princípio, você prefere viver do que morrer, se conseguir resolver isso.

PACIENTE: Se conseguir, sim.

TERAPEUTA: Certo, muito bem, isso vai ser a sua força. Vamos trabalhar com isso. Você vai ter de se lembrar disso quando a coisa ficar difícil, mas agora quero lhe contar sobre este programa e sobre como me sinto com relação a você se machucar, e aí vamos ver se você ainda quer fazer isso.

Como ilustrado pelo segmento anterior, o uso incansável que a terapeuta faz da estratégia do advogado do diabo conseguiu colocar um “pé na porta” e obteve um comprometimento inicial por parte da paciente. A seguir, a terapeuta “subiu a aposta” com uma breve explicação do programa e de seus objetivos.

TERAPEUTA: Agora, o aspecto mais importante para compreender é que não somos um programa de prevenção ao suicídio, esse não é o nosso trabalho. Mas somos um programa de melhoramento da vida. Da forma como a vemos, não tem por que ter uma vida de sofrimento. Se decidirmos trabalhar juntas, vou ajudá-la a tentar melhorar sua vida, para que seja boa o suficiente para você não querer morrer ou se machucar. Você também deve saber que eu considero o comportamento suicida, inclusive beber água sanitária, como um comportamento de solução de problemas. Vejo o alcoolismo da mesma forma. A única diferença é que se cortar, se queimar, infelizmente, funciona. Se não funcionasse, ninguém faria isso mais de uma vez. Mas só funciona em curto prazo, não em longo. Então, deixar de se cortar, de tentar se ferir, vai ser exatamente como abandonar o álcool. Você acha que isso vai ser difícil?

PACIENTE: Parar de beber álcool não foi tão difícil.

TERAPEUTA: Bom, na minha experiência, abandonar um comportamento automutilante geralmente é muito difícil. Vai requerer que nós duas trabalheemos, mas você vai ter de se esforçar mais. E, como lhe disse quando conversamos rapidamente, se você se comprometer com isso, é para uma terapia individual comigo uma vez por semana, por um ano, e treinamento de habilidade em grupo uma vez por semana. Então, a questão é: você está disposta a se comprometer por um ano?

PACIENTE: Eu disse que estou cheia dessa coisa. É por isso que eu estou aqui.

TERAPEUTA: Então você está concordando em não parar com a terapia por um ano, certo?

PACIENTE: Certo.

TERAPEUTA: E você se dá conta de que se realmente não parar por um ano, se você pensar bem, isso realmente afasta a possibilidade de suicídio por um ano?

PACIENTE: Em termos lógicos, sim.

TERAPEUTA: Então precisamos ter isso absolutamente claro, porque esta terapia não vai funcionar se você se eliminar. O objetivo mais fundamental relacionado ao humor que temos de trabalhar é esse, não importa como seja o seu humor, você não vai se matar nem vai tentar.

PACIENTE: Está bem.

TERAPEUTA: Então essa é a prioridade número 1 que vejo, não a única, mas a primeira, em que vamos trabalhar. Fazer com que você concorde, a sério, claro, e cumpra a ideia de ficar viva e não se machucar e não tentar o suicídio, não importando qual seja o seu humor. Agora a questão é se você aceita isso.

PACIENTE: Certo, eu aceito.

A terapeuta, tendo obtido o comprometimento da paciente de trabalhar no comportamento suicida, mais uma vez empregou a estratégia do advogado do diabo, para reforçar o compromisso.

TERAPEUTA: Por que você concordaria com isso?

PACIENTE: Não sei. (Ri.)

TERAPEUTA: Quer dizer, você não preferiria estar em uma terapia em que, se quisesse se matar, poderia?

PACIENTE: Não sei, quer dizer, nunca pensei nisso desse jeito.

TERAPEUTA: Humm...

PACIENTE: Eu não quero... eu quero ser capaz de chegar ao ponto em que possa achar que não estou sendo forçada a viver.

TERAPEUTA: Então você está concordando comigo porque acha que está sendo forçado a concordar?

PACIENTE: Você fica me fazendo todas essas perguntas...

TERAPEUTA: O que você acha?

PACIENTE: Eu não sei o que eu acho neste momento, sinceramente.

Uma habilidade necessária e importante para o terapeuta de TCD é a capacidade de sentir quando o paciente chegou ao seu limite, bem como a habilidade concomitante de estar disposto e ser capaz de recuar e, pelo menos temporariamente, suspender a pressão sobre o paciente. Nessas situações, a pressão continuada por parte do terapeuta provavelmente vai voltar como um bumerangue e ter o efeito oposto que ele pretende. No caso a seguir, a terapeuta notou a confusão da paciente e sentiu que pressionar mais provavelmente a faria reduzir a intensidade de seu comprometimento. Consequentemente, a terapeuta recuou e entrou com a validação.

TERAPEUTA: Então você está se sentindo um pouco colocada contra a parede por mim?

PACIENTE: Na verdade, não. (*Começa a chorar.*)

TERAPEUTA: O que aconteceu agora?

PACIENTE: (*Pausa.*) Não sei, quero dizer, eu não acho que queria me matar de verdade. É só que eu acho que devo. Nem acho que seja uma coisa de humor. Eu só acho que é quando sinto que não tem outra saída. Eu simplesmente digo: “Bom, você sabe que não tem outra opção, então faça”. Sabe como é... Então, agora, eu não vejo nenhum raio de esperança. Vou para a terapia, que acho que é bom, ou seja, eu sei que é bom, mas não vejo nada melhor do que no dia em que eu tentei me matar.

TERAPEUTA: Bom, provavelmente é verdade. Talvez não seja nem um pouco melhor. Quer dizer, tentar se matar geralmente não resolve problemas, ainda que tenha ajudado em uma coisa.

PACIENTE: Fez com que eu viesse fazer terapia.

TERAPEUTA: É. Então o fato de eu fazer todas essas perguntas a faz chorar. Você parece estar se sentindo muito mal.

PACIENTE: Só sufocada, acho que é essa a palavra.

TERAPEUTA: Isso é parte da razão pela qual estamos tendo esta conversa, para tentar estruturar nosso relacionamento de forma que ele fique muito claro para ambas. E, dessa forma, pelo menos, vamos tentar reduzir o quanto você se sente sufocada por não saber o que acontece comigo. Certo?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Então eu só quero deixar claro qual é o nosso objetivo número 1, e como isso é difícil, porque se você quiser recuar, a hora é agora. Porque vou levar a sério se você disser “Sim, eu quero fazer isso”.

PACIENTE: Eu não quero recuar.

TERAPEUTA: Ótimo, eu só quero dizer que parece uma boa ideia. Você está em uma espécie de humor energizado hoje, começando um programa novo. Mas dentro de 5 horas, pode não parecer uma ideia tão boa. É como quando é fácil se comprometer com uma dieta depois de uma grande refeição, mas muito mais difícil quando você está com fome. Mas vamos trabalhar em como fazer com que continue parecendo uma boa ideia. Vai ser um inferno, mas eu acredito. Acho que podemos conseguir trabalhando juntas.

Agora, observe como a terapeuta termina a sessão preparando a paciente para as dificuldades que ela provavelmente vai encontrar para manter seu comprometimento e trabalhar na terapia. O entusiasmo e o fortalecimento do relacionamento estabeleceram o alicerce para uma boa aliança terapêutica. A sessão seguinte ocorreu cerca de quatro meses depois do início da terapia. O alvo da sessão era o comportamento suicida. A terapeuta usou estratégias de validação, solução de problemas (esclarecimento de contingências, informações didáticas, análise comportamental e análise de soluções), estilísticas (comunicação irreverente), dialéticas (metáfora, fazer do limão uma limonada) e treinamento de habilidades (tolerância à aflição).

A terapeuta revisou o cartão-diário da paciente e observou um machucado intencional recente, no qual a paciente abriu uma lesão autoinfligida anteriormente depois que seu médico se recusou a dar medicação para a dor. A terapeuta começou com uma análise comportamental.

TERAPEUTA: Certo, você estava aqui na semana passada dizendo que nunca mais iria se machucar de novo, porque isso era tão ridículo, que você não aguentava, não conseguia mais se machucar. Então vamos ver como isso começou no domingo, para podermos aprender alguma coisa com isso, certo? Quando você começou a ter premência de se machucar?

PACIENTE: O meu pé começou a doer na quarta-feira. Comecei a sentir muita dor.

TERAPEUTA: Não tinha doído antes?

PACIENTE: Não.

TERAPEUTA: Então os nervos estavam mortos antes disso, ou o quê? Você começou a sentir muita dor. Quando você começou a ter dor e quando sentiu a premência de se machucar?

PACIENTE: Na mesma hora.

TERAPEUTA: Chegaram exatamente no mesmo momento?

PACIENTE: Mais ou menos no mesmo momento.

A especificação de um primeiro evento desencadeante é sempre o primeiro passo para realizar uma análise comportamental em cadeia. Nesse caso, a terapeuta começou interrogando diretamente quando começaram as premências ao suicídio e NSSI. Observe, também, o uso que a terapeuta faz da comunicação irreverente no início da sessão.

TERAPEUTA: Mas como é que a dor dá início a uma premência de se automutilar? Você sabe como isso acontece? Como passa de um para o outro?

PACIENTE: Não sei. Talvez só tenha começado na quinta, mas eu perguntei à minha enfermeira. Eu falei: “Escute, eu estou com muita dor, estou vomitando a minha comida porque a dor é muito forte”. E a enfermeira tentou. Ela chamou o médico e disse para ele que eu estava com muita dor, e perguntou se ele podia me dar uns analgésicos. Mas não! Então eu continuei perguntando, e a resposta continuava sendo não, e fui ficando cada vez mais enlouquecida e furiosa. Então achei que tinha de mostrar a alguém que doía, porque eles não acreditavam em mim.

TERAPEUTA: Vamos entender isso. Você está pressupondo que se alguém acreditasse que dói tanto quanto dói, eles dariam os analgésicos?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Certo. É aí que está o raciocínio equivocado. Esse é o problema. Entende? É totalmente possível que as pessoas saibam o quanto a dor é forte, mas mesmo assim não lhe deem a medicação.

PACIENTE: Eu acredito piamente, e até escrevi no meu diário, que se eu tivesse recebido remédio para a dor quando precisava, não teria pensado em me machucar.

A terapeuta continua obtendo uma descrição de eventos concomitantes com o início do problema. Não estava completamente claro o quê, com relação a não conseguir medicação para a dor, desencadeava a autoflagelação. No segmento seguinte, a terapeuta usou a estratégia dialética da metáfora para analisar quais fatores podem ter sido importantes. Observe

que o exemplo é apresentado como um experimento no qual diferentes cenários são apresentados e respostas, induzidas.

TERAPEUTA: Quero lhe fazer uma pergunta, você vai ter de imaginar, certo? Vamos imaginar que você e eu estejamos em um bote no meio do oceano. Nosso barco afundou e estamos no bote. E quando o barco afundou, você se cortou feio na perna. E, juntas, nós enfaixamos o melhor possível. Mas não temos remédio para a dor, e estamos nesse bote, sua perna dói muito e você me pede remédio para a dor e eu digo não. Você acha que nessa situação teria a premência de se machucar e piorar a coisa?

PACIENTE: Não, seria uma situação diferente.

TERAPEUTA: É verdade, mas e se eu tivesse o remédio e dissesse que não porque tínhamos de economizá-lo, o que você acha?

PACIENTE: Se isso fosse lógico para mim, eu aceitaria e não me machucaria.

TERAPEUTA: E se eu dissesse que não porque não quero que você seja viciada em drogas?

PACIENTE: Eu ia querer me machucar.

TERAPEUTA: Certo, então já sabemos isso. A dor não é o que está desencadeando o desejo de se machucar. É o fato de que alguém não lhe dê alguma coisa para ajudar, quando você acha que a pessoa poderia, se quisesse.

PACIENTE: É.

A terapeuta usou esclarecimento de contingências para apontar os efeitos das respostas dos outros sobre o comportamento da própria paciente. No segmento a seguir, a terapeuta volta a empregar esclarecimento de contingências em um esforço continuado para destacar para a paciente a função de comunicação do NSSI.

TERAPEUTA: Então, em outras palavras, machucar-se significa um comportamento de comunicação, não é? Então, o que temos de fazer é encontrar uma maneira para que o comportamento de comunicação pare de funcionar.

PACIENTE: Por quê?

TERAPEUTA: Porque você não vai parar de fazer isso enquanto funcionar. É como tentar falar com alguém, se não tem ninguém na sala, você acaba parando de tentar falar. É como quando um telefone fica mudo, você deixa de falar.

PACIENTE: Eu tentei, três noites seguidas, de forma perfeitamente assertiva e disse claramente que estava com muita dor.

TERAPEUTA: Sabe de uma coisa? Acho que vou trocar de cadeira com você. Você não está ouvindo o que estou dizendo.

PACIENTE: E eles ficavam dizendo: “Não”, e aí uma luzinha acendia na minha cabeça.

TERAPEUTA: Estou pensando em trocar de cadeira com você.

PACIENTE: E foi, tipo: “Dá para você dizer que está doendo muito?”

TERAPEUTA: Estou pensando em trocar de cadeira com você.

PACIENTE: Por quê?

TERAPEUTA: Porque se estivesse sentada aqui, você veria que, não importa o quanto a dor seja forte, se machucar para receber remédio para a dor não é uma reação razoável. Os funcionários do hospital podem também não ter sido razoáveis. Mas não precisamos dizer que eles estavam errados para dizer que se machucar não é a reação adequada.

PACIENTE: Não, eu não acho que era a reação adequada.

TERAPEUTA: Ótimo, então o que temos de fazer é encontrar uma maneira de que essa reação não venha, mesmo que você não receba o remédio para a dor. Até aqui, ela funcionou bastante bem como comunicação. E a única forma de fazer parar é fazer com que não funcione mais. E, é claro, seria bom fazer outras coisas funcionarem. O que você está afirmando é: “Bom, está certo, se não vou conseguir assim, eu deveria conseguir de outra forma”.

PACIENTE: Eu tentei, dessa vez!

TERAPEUTA: Certo, eu sei que você tentou, eu sei.

PACIENTE: Uma senhora que estava perto de mim estava recebendo tratamento para diabetes e ficou muito mal, e eles deram remédio para a dor.

TERAPEUTA: Olha, não estamos na mesma frequência nesta conversa.

PACIENTE: Estamos, sim. Em que frequência você está?

TERAPEUTA: Estou na frequência de que talvez fosse razoável que você recebesse remédio para a dor, e com certeza entendo que você quisesse. Mas também estou dizendo que não importa o que esteja acontecendo, não queremos que você se machuque. Você está funcionando como se, caso eu concordasse em que você deveria receber o remédio, eu acharia que isso está bem.

PACIENTE: Humm?

TERAPEUTA: Você está falando sobre se eles deveriam ter dado o remédio ou não. Eu não estou falan-

do disso. Mesmo que eles devessem, temos de descobrir como você poderia ter feito isso sem se machucar.

Como ilustrado pela interação, um paciente com TPB muitas vezes quer se manter concentrado na crise em questão, o que representa um enorme desafio ao terapeuta, que deve ficar envolvido em uma dança de ida e vinda, entre validar a dor do paciente e pressionar por mudança de comportamento. Este segmento também ilustra como a validação não necessariamente implica concordância. Embora a terapeuta tenha validado a percepção da paciente de que a recusa da enfermeira em lhe dar a medicação para dor pode não ter sido razoável, ela sustentou com firmeza a inadequação da resposta.

PACIENTE: Eu experimentei uma dessas coisas de tolerância à aflição e não funcionou.

TERAPEUTA: Está bem, não se preocupe, vamos encontrar um jeito. Quero saber tudo que você tentou. Mas antes quero ter certeza de que entendo bem a situação. As premências começaram a aumentar depois de quarta-feira e pioraram com o tempo?

PACIENTE: Sim, começaram a crescer com a dor.

TERAPEUTA: Com a dor. Certo, mas também aumentaram com a recusa contínua deles em dar a medicação para a dor. Então você estava pensando que, caso se machucasse, eles dariam remédio para dor?

PACIENTE: É, porque se eles não me dessem bola, eu ia mostrar uma coisa para eles!

TERAPEUTA: Então, você estava pensando: “Se eles não me escutarem, eu mostro para eles”. E quando essa ideia veio pela primeira vez? Foi na quarta?

PACIENTE: Foi.

TERAPEUTA: Certo, temos de encontrar uma maneira de você tolerar coisas ruins sem se machucar. Vamos ver tudo o que você já tentou, e depois temos de encontrar outras coisas, porque essas não funcionaram. Qual foi a primeira coisa que você tentou?

Nesse momento, a análise comportamental permanecia incompleta, e normalmente teria sido prematuro avançar ao estágio da análise de soluções. Contudo, na avaliação da terapeuta, a essas alturas era mais importante reforçar as tentativas da paciente de tolerar a aflição respondendo à comunicação dela de que já tinha tentado usar as habilidades comportamentais.

PACIENTE: Eu acho que se simplesmente continuasse a ser assertiva sobre o assunto, eles tomariam as medidas adequadas.

TERAPEUTA: Certo, mas isso não funcionou. Então por que você não se machucou naquele momento?

PACIENTE: Eu não queria.

TERAPEUTA: E por que não queria?

PACIENTE: Não queria piorar as coisas.

TERAPEUTA: Então você estava pensando nos prós e nos contras, que se piorasse as coisas ia se sentir pior?

PACIENTE: É.

Um aspecto do treinamento em habilidades da TCD enfatiza a utilidade de se avaliarem os prós e os contras de tolerar a aflição como estratégia de sobrevivência a crises. Nesse caso, a terapeuta empregou a estratégia dialética de fazer do limão uma limonada, destacando à paciente como ela, na verdade, usou as habilidades comportamentais. Observe, na resposta a seguir, como a terapeuta imediatamente reforçou as iniciativas da paciente com elogios.

TERAPEUTA: Esse foi um bom raciocínio. É quando você está pensando nas vantagens e desvantagens de fazer isso. Naquele momento, as vantagens de piorar a coisa superavam as desvantagens. Então você se manteve na luta. E que mais você tentou?

PACIENTE: Eu tentei falar disso com outros pacientes.

TERAPEUTA: E o que eles tinham para dizer?

PACIENTE: Eles disseram que eu deveria receber o remédio para a dor.

TERAPEUTA: Certo, mas eles disseram que você deveria se cortar ou se machucar se não conseguisse isso?

PACIENTE: Não. E eu tentei afastar a minha cabeça da dor, ouvindo música e usando *mindfulness*. Tentei ler e fazer palavras cruzadas.

TERAPEUTA: Sim. Você alguma vez experimentou a aceitação radical?

PACIENTE: O que é isso?

TERAPEUTA: É quando você meio que abre mão e aceita o fato de que não vai receber a medicação para a dor. E simplesmente se entrega a essa situação. Você simplesmente aceita que não vai acontecer, que vai ter de enfrentar isso de alguma outra forma.

PACIENTE: Que foi o que eu fiz ontem. Eu precisaria de um pouco de lorazepam para conseguir isso, mas consegui sem.

TERAPEUTA: Ontem?

PACIENTE: É, dormi um pouco. Quando acordei, eu só disse: “Olha, eles não vão mudar, então você vai ter de lidar com isso da melhor maneira que conseguir”.

TERAPEUTA: E a aceitação ajudou em alguma coisa?

PACIENTE: Eu ainda estou com muita raiva do que acredito ser discriminação contra as personalidades *borderline*. Ainda estou muito brava com isso.

TERAPEUTA: Certo, não tem problema. Mas ajudou aceitar?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Que bom, isso é excelente. Essa é uma habilidade ótima, uma coisa ótima de se praticar. Quando a coisa aperta, quando você está realmente no limite, quando é o pior que poderia ficar, a aceitação radical é a habilidade a ser praticada.

PACIENTE: Isso é do AA.

Durante uma análise de soluções, muitas vezes é necessário que o terapeuta facilite o processo ajudando o paciente a fazer um *brainstorm* ou dando sugestões diretas de como lidar com crises futuras. Aqui, a terapeuta sugeriu uma solução que também é ensinada no módulo sobre tolerância à aflição do treinamento de habilidades em TCD. A noção da aceitação radical enfatiza a ideia de que a aceitação da própria dor é um pré-requisito necessário para dar fim ao sofrimento emocional.

TERAPEUTA: Voltemos agora a como você cedeu à premência. Por que você conseguiu lutar até aquele ponto, não é? Geralmente, com você, pode-se pressupor que alguma outra coisa aconteceu. Então vamos entender o domingo e ver se não houve alguma outra situação interpessoal naquele dia na qual você tenha se sentido criticada, não amada, ou não digna de aceitação.

PACIENTE: Bom, no sábado eu estava muito incomodada e fui a uma reunião do AA. E isso colocou na minha cabeça como o álcool iria acabar com a minha dor. Fui procurar em todo o bairro um lugar aberto. Eu queria me embriagar. A dor tinha me influenciado tanto assim, mas não encontrei nenhum lugar aberto, então voltei para o hospital.

TERAPEUTA: Você teve a ideia de conseguir álcool para curar o que sentia, e não conseguiu encontrar, então voltou ao hospital. Você estava com muita dor, e então, o que aconteceu?

PACIENTE: Eu falei para a enfermeira: “Eu estou sóbria há quase 10 anos e é a primeira vez que eu sinto premência em beber; imagina o quanto dói”. E não me escutaram.

TERAPEUTA: Então você achava que isso deveria ter bastado?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Sim. Porque essa é uma comunicação de alto nível, isso é como uma ameaça de suicídio. Muito bom. Quero que você saiba que isso é melhor do que uma ameaça de suicídio, porque isso quer dizer que você reduziu a gravidade de suas ameaças.

A resposta anterior foi muito irreverente, no sentido de que a maioria dos pacientes não esperaria que seus terapeutas considerassem uma ameaça como um sinal de avanço terapêutico. A utilidade terapêutica da irreverência está em seu valor “chocante” que pode relaxar temporariamente as crenças e os pressupostos mal-adaptativos de um paciente, e abri-lo para a possibilidade de outras soluções como resposta.

PACIENTE: E eu simplesmente falei para ela como estava me sentindo, e achei que isso chegaria. E o médico, ainda assim, não mudou de posição.

TERAPEUTA: E o que ela fez? Ela disse que ligaria?

PACIENTE: Ela ligou.

TERAPEUTA: Certo, e aí, o que aconteceu?

PACIENTE: Ela voltou. Ela foi muito atenciosa e simplesmente disse: “Eu lamento muito, mas o doutor disse que não”.

TERAPEUTA: E você sentiu raiva?

PACIENTE: Não sei se foi raiva o que eu senti, mas fiquei magoada.

TERAPEUTA: Ah, sim? Isso é muito interessante. Então, você estava magoada...

PACIENTE: Porque acabei abraçada no meu urso de pelúcia e só chorando por um tempo.

TERAPEUTA: Antes ou depois de decidir se machucar?

PACIENTE: Antes.

TERAPEUTA: Certo, então você não decidiu se machucar imediatamente. Você estava pensando nisso, mas quando decidiu?

PACIENTE: Mais tarde, no sábado.

TERAPEUTA: Quando?

PACIENTE: Depois que me cansei de chorar.

TERAPEUTA: Você deitou na cama e chorou, sentindo-se não cuidada e magoada, provavelmente abandonada e indigna de ser amada, como se não valesse a pena ajudá-la?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Essa é uma resposta bastante adaptativa. É o que eu vou tentar lhe ensinar. Só que você já fez isso sem que eu lhe ensinasse. Então, como você passou de chorar, de se sentir não amada e não cuidada e de chorar e soluçar – como você passou daí a decidir se machucar, em lugar de, por exemplo, dormir?

PACIENTE: Porque eu fiquei com raiva, e disse: “Foda-se, ele vai ver só uma coisa”.

TERAPEUTA: Você parou de chorar antes de ficar com raiva, ou a raiva fez você parar de chorar?

PACIENTE: Acho que ficar com raiva me fez parar de chorar.

TERAPEUTA: Então você meio que ficou com mais energia. Então você deve ter ficado ruminando enquanto estava deitada, pensando. No que você estava pensando?

PACIENTE: Por um bom tempo eu só estava querendo que alguém se preocupasse comigo.

TERAPEUTA: Sim. Sentimentos muito razoáveis. Faz total sentido. Talvez você pudesse ter feito alguma coisa diferente. O que teria acontecido se você tivesse pedido à enfermeira para entrar e conversar com você, pegar na sua mão?

Um objetivo amplo da análise comportamental é a construção de um mapa geral de como a paciente chega a respostas disfuncionais, com a anotação de possíveis vias alternativas. Aqui, a terapeuta estava buscando conexões no mapa em que houvesse respostas possíveis disponíveis para a paciente.

PACIENTE: Elas não têm tempo para fazer isso.

TERAPEUTA: Não têm? Você acha que isso teria ajudado?

PACIENTE: Não sei, ela não tinha como me ajudar.

TERAPEUTA: Ela poderia ter feito você se sentir amparada. Teria sido um gesto solícito.

PACIENTE: É, mas não acho que teria ajudado.

TERAPEUTA: O que teria ajudado?

PACIENTE: Receber medicação para a dor.

TERAPEUTA: Eu achei que você diria isso. Você está com um raciocínio único. Escute, temos de encontrar alguma outra coisa para ajudá-la, porque não pode ser que nada mais ajude. Esse pode ser o jeito que o mundo funciona para você. Tem de haver mais de uma maneira de chegar a qualquer lugar, porque todos nós nos deparamos com pedras no caminho. A vida é como caminhar em uma via, sabe como é, todos encontram pedras. Tem de haver outros caminhos para os lugares. E para você, realmente não é a dor no seu tornozelo que é o problema,

e sim o sentimento de não ser cuidada. E provavelmente um sentimento que tem alguma coisa relacionada à raiva, ou um sentimento de que outras pessoas não respeitam você – um sentimento de invalidação.

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Então eu acho que não é exatamente a dor em seu tornozelo que é o problema. Porque se você estivesse no bote comigo, você conseguiria dar conta da dor se não tivéssemos remédios, não é? Então não é realmente a dor, é a sensação de ser invalidada e de não ser cuidada. Esse é o meu palpite. Você acha que está correto?

PACIENTE: Acho que está.

TERAPEUTA: Veja bem, a questão é: tem alguma outra maneira de você se sentir validada e cuidada, além de eles darem a medicação para você?

PACIENTE: Não.

TERAPEUTA: Isso é algo definitivo, como: “Eu não vou deixar existir nenhum outro caminho”, ou é mais aberto, tipo: “Não consigo imaginar outro caminho, mas estou aberta para a possibilidade?”

PACIENTE: Eu não penso que exista outro caminho.

TERAPEUTA: Isso significa que você nem mesmo está aberta para aprender outro caminho?

PACIENTE: Como o quê?

TERAPEUTA: Não sei, temos de descobrir. O que eu acho que está acontecendo é que quando você está com muita dor e não se sente cuidada nem levada a sério, você se sente invalidada, é isso que a leva a se ferir e também a querer morrer. O problema que temos de resolver é como estar em uma situação que você considera injusta sem ter que se ferir para resolvê-la. Você está aberta para isso?

PACIENTE: Estou.

Como ilustrado, a análise comportamental muitas vezes é um processo doloroso e trabalhoso tanto para a paciente quanto para a terapeuta. Os terapeutas, muitas vezes, sentem-se desmoralizados e tentados a abandonar o esforço, que pode ser comparado a tentar encontrar um par de pegadas escondidas debaixo de uma camada de folhas caídas: elas estão lá, mas pode ser necessário muito ancinho e recolher muita folha antes que elas apareçam. Com análises repetidas, entretanto, o paciente aprende que o terapeuta não vai recuar. Essa persistência por parte do terapeuta acaba por extinguir finalmente a recusa do paciente a tentar novos comportamentos adaptativos para a solução de

problemas. À medida que os pacientes adquirem mais e mais novas habilidades comportamentais, começam a aparecer tentativas mais adaptativas de solução de problemas.

Na sessão a seguir (aproximadamente 10 meses de terapia), a paciente chegou usando óculos espelhados (novamente) e estava com raiva porque os escritórios de cobrança estavam pressionando para que pagasse as contas em atraso. Além disso, sua terapeuta havia estado fora da cidade por uma semana. As metas da sessão foram a regulação de emoções e a eficácia interpessoal. As estratégias usadas foram dialética (metáfora), validação (uso do entusiasmo), solução de problemas (esclarecimento de contingências, manejar contingências), estilística (comunicação recíproca, comunicação irreverente) e integrada (reforço dos relacionamentos). No primeiro segmento, a terapeuta utilizou o entusiasmo, o esclarecimento da contingência e o manejo de contingências como estratégias de modelagem para fazer com que a paciente retirasse os óculos e trabalhasse para expressar sua raiva.

TERAPEUTA: Não é uma catástrofe que o cobrador tenha feito isso com você, e não é uma catástrofe estar com raiva dele. Isso tornou a sua vida bem mais difícil, mas você pode lidar com isso, pode enfrentá-la. Não é mais do que você pode enfrentar. Você realmente é uma mulher muito forte, você tem de pôr isso dentro de você. Mas tem de fazê-lo, tem de usá-lo. Eu estou disposta a ajudá-la, mas não consigo fazer isso sozinha, você deve trabalhar comigo.

PACIENTE: Como?

TERAPEUTA: Para começar, tirando os óculos.

A terapeuta começou a interação tentando normalizar a questão (“Não é uma catástrofe”), validando a paciente (“Isso tornou sua vida bem mais difícil”) e estimulando (“Você consegue dar conta disso. Você pode enfrentar... Você realmente é uma mulher muito forte”). A seguir, a terapeuta passou para o esclarecimento da contingência mostrando que a sua ajuda é contingente à disposição da paciente de trabalhar, e imediatamente prosseguiu solicitando uma resposta que está bem dentro do repertório comportamental da paciente.

PACIENTE: Eu sabia que você ia dizer isso.

TERAPEUTA: E eu sabia que você sabia que eu diria isso.

PACIENTE: Os óculos escuros são o que mais a incomodam, acho.

TERAPEUTA: Bom, como você se sentiria olhando para você mesma falando com outra pessoa? (*Pausa longa.*) Eles dificultam as coisas para mim.

E eu acho que eles dificultam ainda mais para você. Acho que você se sai melhor quando não está usando esses óculos escuros. É como um passo, você sempre se sai melhor quando anda para frente. E quando você faz isso, se sente melhor. Já notei isso. (*Pausa longa.*) Então é isso que você deveria fazer, deveria tirar seus óculos escuros e depois deveríamos trabalhar na solução de problemas sobre como dar conta quando você não pode sentir raiva. Não tem nada de esquisito nisso, alguma coisa aconteceu na sua vida que fez você ter receio de sentir raiva, e simplesmente temos de lidar com isso, você e eu. É somente um problema a ser resolvido, não é uma catástrofe, não é a pior coisa que alguém jamais fez. É apenas um problema que você tem, e é isso que você e eu fazemos, resolvemos problemas, somos uma equipe de solução de problemas. (*Pausa.*)

PACIENTE: (*Retira os óculos.*) Está bem.

TERAPEUTA: Obrigada. Esse é um grande passo, eu sei, para você.

O uso que a terapeuta faz da comunicação recíproca informa a paciente de seus sentimentos em relação aos óculos escuros. Observemos a atitude concreta assumida pela terapeuta e sua contínua tentativa de normalizar a questão (“Não há nada de esquisito nisso... Não é a pior coisa que alguém jamais fez”). Observemos, também, o enquadramento da questão como sendo um problema a resolver, bem como o uso que a terapeuta faz da estratégia de relacionamento para melhorar a aliança terapêutica. A terapeuta também afirmou a validação da paciente dizendo-lhe que sabia que isso era difícil.

TERAPEUTA: Convenhamos, quero que encontre esse sentimento dentro de você. Sei que você pode, sei que consegue. Você não pode desistir, não pode deixar seu pé falsear, siga em frente, simplesmente expresse diretamente para mim como se sente. Que está com raiva de si mesma, que está com raiva do escritório de cobrança, e que está com muita raiva de mim. (*Longa pausa.*)

PACIENTE: (*Quase inaudível.*) Estou com raiva de você, de mim, do escritório de cobrança.

A terapeuta continuou a motivar e elogiar, à medida que dava continuidade ao processo de moldagem, em uma tentativa de fazer com que a paciente expressasse sua raiva diretamente.

TERAPEUTA: Bom, isso matou você? (*Longa pausa.*) Que ótimo, foi tão difícil assim? (*Longa pausa.*) Não foi, não é? Agora diga com um pou-

co mais vigor. Você consegue dizer com mais energia?

PACIENTE: (*Diz que não com a cabeça.*)

TERAPEUTA: É claro que consegue, sei que você tem isso dentro de você. Tenho uma boa sensação de suas capacidades. Não sei como encontrei essa sensação boa, mas sinto isso. E eu sei que você pode fazer isso e que precisa fazer e tem de dizer com um pouco mais de energia. Expresse toda a raiva que sente. Você não precisa gritar, berrar ou jogar coisas. Apenas diga isso em voz alta: “Estou com raiva!” (*Longa pausa.*) Você pode gritar, claro, se quiser, você pode dizer, “Estou com raiva!”

PACIENTE: Isso é tudo. Isso é tudo o que eu consigo fazer.

TERAPEUTA: Escute, você tem de correr o risco. Você não vai conseguir ignorar isso ou deixar passar. Tem de assumir o risco. Você é como uma pessoa que está escalando uma montanha e chegamos a essa fenda, e é muito profunda, mas não se pode voltar porque tem uma avalanche, e a única maneira de ir adiante é pular a fenda. Você tem de fazer isso. Conte toda a sua raiva, de forma que eu consiga entender o que você sente.

PACIENTE: (*Longa pausa.*) Eu não tenho condições de nada disso.

TERAPEUTA: Papo furado.

PACIENTE: Você está querendo que eu me irrite com você, não é?

TERAPEUTA: Eu não me importo se você se irritar comigo, acho que você já está irritada. Só quero que você expresse. Não vou lhe pedir que faça nada mais hoje, a propósito. Acho que a única coisa que você tem de fazer hoje é dizer “Estou com raiva”, com uma voz de raiva e acho que você é capaz de fazer isso. Eu posso me irritar se você não fizer isso. Não acho que vai acontecer, mas pode ser que sim. Isso está bem. Eu posso sentir raiva, você pode sentir raiva, nós podemos sentir raiva às vezes, e isso não vai matar nenhuma de nós.

O uso do entusiasmo e da metáfora não conseguiram mobilizar a paciente a expressar sua raiva com mais intensidade. Consequentemente, a terapeuta mudou para a comunicação irreverente em uma tentativa de fazer com que ela “mudasse de faixa”. Observe, também, como a terapeuta comunicou à paciente as potenciais consequências negativas de sua continuada recusa em expressar sua raiva (i. e., “... eu posso me irritar...”). Dessa forma, a terapeuta usou a relação

como uma contingência para promover a mudança na paciente.

TERAPEUTA: Certo, então com quanta raiva você está? Em uma escala de 1 a 100, quanto diria que está? Em 100, você está pronta para matar. Você está com tanta raiva que partiria para a guerra se pudesse.

PACIENTE: (*Quase inaudível.*) Talvez 100.

TERAPEUTA: Mesmo?

PACIENTE: Eles conhecem a minha situação.

TERAPEUTA: Ahã.

PACIENTE: Eles são persistentes.

TERAPEUTA: Ahã. (*Pausa.*) De quem é mais seguro ter raiva? De você mesma, de mim, ou do escritório de cobrança?

PACIENTE: Do escritório de cobrança.

TERAPEUTA: Certo, então, me diga com quanta raiva está. Você não tem de fazer parecer 100. Tente fazer com que pareça uns 50.

PACIENTE: Eles realmente me deixaram louca! (*Dito aos gritos, com raiva.*)

TERAPEUTA: Bom, você tem razão, eles me deixam louca, também.

Como é ilustrado na interação anterior, uma dificuldade básica no trabalho com pacientes com TPB é sua tendência comum em recusar a se empenhar no trabalho comportamental. Portanto, é absolutamente necessário que o terapeuta mantenha a persistência e não desista diante dos “não posso” do paciente. Nessas situações, o uso de comunicação irreverente muitas vezes acaba produzindo uma ruptura e obtendo a adesão do paciente.

PÓS-INTERVENÇÃO, POR LINEHAN

Depois de completar a redação da história do caso de Cindy para publicação neste manual, com 14 meses de terapia, ela morreu de uma *overdose* de medicações de prescrição associadas ao álcool. Eu (M. M. L.) cheguei a cogitar abandonar a história e substituí-la por um caso mais bem-sucedido, mas em homenagem a Cindy e por acharmos que se pode aprender tanto com as terapias fracassadas quanto com as bem-sucedidas, decidimos manter o caso. O fator imediato que precipitou a *overdose* de Cindy foi uma ligação para seu ex-marido na qual ela descobriu que havia outra mulher morando com ele. Como ela me disse por telefone na manhã seguinte, sua esperança não verbalizada de que eles poderiam reatar um dia, ou ao menos ser bons amigos, tinha sido destruída. Ela telefonou de novo naquela noite, em lágrimas, dizendo que acabara de beber meio litro de bebida destila-

da. Esses incidentes com a bebida tinham acontecido muitas vezes antes, e o telefonema foi usado para “devolver a moral” a Cindy, oferecer-lhe esperança, aplicar a solução de problemas de como ela poderia viver sem o marido e usar técnicas de intervenção em crises para passar a noite, até sua consulta no dia seguinte. A pessoa que morava com Cindy estava em casa e concordou em conversar com ela, assistir a um filme com ela na televisão e ir para a cama (planos que essa pessoa seguiu). Cindy declarou que, embora sentisse suicidalidade, pararia de beber e não faria nada autodestrutivo antes da consulta. Ela foi instruída a me telefonar mais tarde, naquela mesma noite, se quisesse conversar de novo. No dia seguinte, quando ela não veio para a consulta, eu telefonei para sua casa, exatamente quando sua colega acabara de encontrá-la morta, ainda na cama desde a noite anterior. Nesse momento, eu estava diante de diversas tarefas. Liguei para informar aos outros terapeutas que estavam tratando a paciente, e falei com um advogado para saber os limites da confidencialidade quando um paciente morre. Quando a família (os pais de Cindy e seu ex-marido) foram avisados, eu liguei para cada um deles para dar minhas condolências. No dia seguinte, eu (que era a terapeuta principal e supervisora da equipe de tratamento) convoquei uma reunião da equipe para discutir e processar o suicídio. Era especialmente importante notificar os terapeutas individuais dos outros três membros do grupo de treinamento de habilidades de Cindy. Os membros do grupo foram notificados do suicídio por seus terapeutas individuais. Minutos depois do começo da sessão seguinte do grupo, contudo, dois membros passaram a ter suicidalidades graves, e um deles necessitou de uma internação breve. (Entretanto, três semanas depois do suicídio ambos haviam recuperado seu impulso para seguir adiante.) Um terceiro membro do grupo aproveitou essa ocasião para abandonar a TCD e mudar para outra terapia, dizendo que isso provava que o tratamento não funciona. Nos dias e semanas seguintes ao suicídio, eu fui ao enterro e me reuni com a colega de apartamento de Cindy e com seus pais.

O que se pode aprender desse suicídio? Em primeiro lugar, é importante observar que mesmo quando se segue quase ao pé da letra um protocolo de tratamento, pode-se não salvar o paciente. Mesmo um tratamento eficaz pode fracassar no fim. Nesse caso, a TCD fracassou. Isso não quer dizer que o progresso que se fez não tenha sido importante ou real. Se essa “pedra solta à beira do abismo” tivesse sido negociada com segurança, talvez a paciente tivesse conseguido desenvolver, por fim, uma vida de qualidade, mas o risco não é eliminado só porque uma pessoa faz um

progresso substancial. Nesse caso, eu não acreditava, durante a última ligação, que a paciente estivesse em risco, mais do que o normal, de suicídio iminente. Diferentemente de muitos outros telefonemas anteriores e de sessões em que a paciente tinha dito que poderia não conseguir aguentar, durante esse último telefonema ela fez planos para a noite, concordando em parar de beber e não fazer nada suicida ou autodestrutivo e me pareceu (e à colega de apartamento), estar em melhor estado depois do telefonema. Sua colega estava em casa e disponível. Assim, eu não tomei medidas extraordinárias naquela noite para prevenir o suicídio, na verdade, o comportamento problemático de que se tratou durante a ligação foi a bebida. Eu mencionei o tema do suicídio durante a avaliação de risco.

Em segundo lugar, eu teria como saber? Somente (talvez) se tivesse prestado mais atenção ao precipitante e menos ao afeto expressado no fim da ligação. Ao revisar anotações sobre a paciente, vi que todas tentativas não letais anteriores eram resultado de raiva intensa em relação ao marido. E as tentativas quase letais que haviam acontecido antes eram resultado de acreditar que o relacionamento com seu marido acabara definitivamente. Embora a paciente conseguisse tolerar a perda do marido, ela não conseguia tolerar a perda de toda a esperança de reconciliação algum dia, mesmo anos depois. Se tivesse associado essas duas ideias (perda completa da esperança e tentativa de suicídio), eu poderia ter conseguido elaborar um plano melhor com a paciente para o ressurgimento da crise mais tarde, naquela noite. Eu certamente teria lidado com a situação de outra forma. “Ah, essa mulher é obviamente uma vadia, vamos achar um jeito de pegá-lo de volta! Tenho certeza”, eu teria dito. Este caso destaca o valor de realizar avaliações comportamentais minuciosas e organizar em um padrão coerente. Nesse sentido, eu apliquei a TCD quase que ao pé da letra, mas não até o fim.

Em terceiro, no fim das contas, um indivíduo com TPB deve ser capaz e estar disposto a tolerar a dor quase inimaginável de sua vida até que a terapia tenha chance de fazer alguma diferença permanente. Em última análise, o terapeuta não tem como salvar o paciente; somente ele próprio pode fazer isso. Mesmo quando erros são cometidos, o paciente deve perseverar. Neste caso, o protocolo da TCD que diz “nada de drogas letais para pessoas letais” foi descumprido, mesmo que a paciente tivesse uma história de *overdoses* quase letal. Por que o protocolo não foi aplicado? Por duas razões básicas. Primeiro, a paciente veio à terapia com uma forte crença de que o regime de medicamentos que tomava era essencial para sua sobrevivência. Qualquer tentativa minha de manejar sua

medicação teria enfrentado forte resistência. Embora os medicamentos tivessem sendo receitados em doses muito pequenas, a única alternativa segura teria sido que uma pessoa que morasse com ela (inicialmente o marido, depois a colega) administrasse a medicação, ao que ela também resistia. Além disso, alguns profissionais de saúde mental criticam constantemente o protocolo “sem drogas letais” da TCD por acreditar que a medicação psicoativa é um tratamento preferencial para pessoas com suicidalidade. Diante da resistência dos profissionais e da paciente, eu cedi. A segunda razão era que as análises comportamentais indicavam que o comportamento letal preferido da paciente era se cortar, de modo que eu me permiti ter um falso sentido de segurança ao pensar que não era provável que ela usasse medicamentos para cometer suicídio.

Quarto, o suicídio de um membro do grupo é extremamente estressante para pacientes com TPB que estejam em terapia de grupo. Embora seja fácil acreditar que as alianças não serão fortes em um grupo psicoeducativo de habilidades comportamentais, essa não tem sido nossa experiência geral. O suicídio de um membro é um evento catastrófico e pode gerar comportamentos suicidas e NSSI contagiosos, e abandonos da terapia. Sendo assim, é preciso tomar muito cuidado na conduta de reuniões do grupo por algum tempo depois de um suicídio. Também é necessário tomar cuidado com a equipe de tratamento, onde o fio de esperança que mantém os terapeutas diante de uma tarefa assustadora também é submetido a pressões. É importante que as reações pessoais dos terapeutas, bem como um período de luto e elaboração, sejam compartilhadas e aceitas. Os receios de responsabilidades jurídicas, que nunca estão longe de surgir, devem ser tratados diretamente, buscando-se consultoria jurídica se for necessário e, quando for a hora, deve-se realizar uma revisão cuidadosa do caso e da terapia, mesmo que seja somente para melhorar o tratamento no futuro.

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste capítulo teve o apoio da verba número MH34486 do *National Institute of Mental Health* para Marsha M. Linehan. Partes do capítulo são de Linehan (1993b), Linehan e Koerner (1992), Koerner e Linehan (1992), e Linehan (1997). As citações de Linehan (1997) na sessão sobre validação são reimpressas com permissão da American Psychological Association. Por fim, o capítulo é uma revisão do mesmo capítulo e da edição anterior deste livro, com contribuições dos autores anteriores Bryan M. Cochran, Constance A. Kehrer e Liz Dexter Mazza.

REFERÊNCIAS

- Adler, G. (1981). The borderline-narcissistic personality disorder continuum. *American Journal of Psychiatry*, 138, 46-50.
- Adler, G. (1993). The psychotherapy of core borderline psychopathology. *American Journal of Psychotherapy*, 47, 194-206.
- Adler, G., & Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 60, 83-96.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14, 249-256.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behavior Therapy*, 35, 205-230.
- Barnoski, R. (2002). *Preliminary findings for the Juvenile Rehabilitation Administration's Dialectic Behavior Therapy Program* (Document No. 02-07-1203). Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.
- Bateman, A. W., & Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Personality Disorders*, 18, 36-51.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). Eight-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment versus treatment as usual. *American Journal of Psychiatry*, 165(5), 631-638.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Beck, A. T., Brown, G., Berchick, R. J., Stewart, B. L., & Steer, R. A. (1990). Relationship between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 147, 190-195.
- Beck, A. T., & Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press. Bedics, J. D., Atkins, D. C., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2012). Treatment differences in the therapeutic relationship and introject during a 2-year randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus nonbehavioral psychotherapy experts for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 66-77.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder—a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 301-310.
- Blum, N., John, D. S., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., et al. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468-478.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., et al. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 487-499.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Chapman, A. L., Kuhler, T., Stieglitz, R., & Frank, U. (2007). Psychometric properties of the Borderline Symptom List (BSL). *Psychopathology*, 40, 126-132.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T., & Stieglitz, R. D. (2001). Development of the borderline symptom list. *Psychotherapies, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51, 201-211.
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., et al. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: a randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221-233.
- Bos, E. H., van Wel, E. B., Appelo, M. T., & Verbraak, M. J. (2010). A randomized controlled trial of a Dutch version of systems training for emotional predictability and problem solving for borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 198(4), 299-304.
- Bos, E. H., van Wel, E. B., Appelo, M. T., & Verbraak, M. J. (2011). Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality problems in a “real-world” sample: Moderation by diagnosis or severity? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 173-181.
- Bradley, R. G., & Follingstad, D. (2003). Group therapy for incarcerated women who experienced interpersonal violence: A pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 337-340.
- Bradley, R., Zittel, C. C., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 1006-1019.

- Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., et al. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 1080-1086.
- Brown, G. K., Newman, C. F., Charlesworth, S. E., Crits-Christoph, P., & Beck, A. T. (2004). An open clinical trial of cognitive therapy for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 257-271.
- Buie, D. H., & Adler, G. (1982). Definitive treatment of the borderline personality. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 9, 51-87.
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: A randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 162-173.
- Cavanaugh, M. M., Solomon, P. L., & Gelles, R. J. (2011). The dialectical psychoeducational workshop (DPEW) for males at risk for intimate partner violence: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Experimental Criminology*, 7(3), 275-291.
- Chesin, M. S., Jeglic, E. L., & Stanley, B. (2010). Pathways to high-lethality suicide attempts in individuals with borderline personality disorder. *Archives of Suicide Research*, 14, 342-362.
- Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 32, 68-82.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164, 922-928.
- Conklin, C. Z., & Westen, D. (2005). Borderline personality disorder in clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 867-875.
- Cottraux, J., Note, I. D., Milliere, M., Genouihlac, V., Yao, S. N., Note, B., et al. (2009). Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 307-316.
- Courbasson, C., Nishikawa, Y., & Dixon, L. (2012). Outcome of dialectical behaviour therapy for concurrent eating and substance use disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 19(5), 434-449.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135, 495-510.
- Davison, G. C., & Neale, J. M. (1994). *Abnormal psychology* (6th ed.). New York: Wiley.
- Dimeff, L. A., McDavid, J., & Linehan, M. M. (1999). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: A review of the literature and recommendations for treatment. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 6, 113-138.
- Doering, S., Horz, S., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Bennecke, C., Buchheim, A., et al. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389-395.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychotherapy: The rational-emotive approach*. New York: Julian Press.
- Etkin, A., & Wager, T. D. (2007). Functional neuroimaging of anxiety: A meta-analysis of emotional processing in PTSD, social anxiety disorder, and specific phobia. *American Journal of Psychiatry*, 164, 1476-1488.
- Evershed, S., Tennant, A., Boomer, D., Rees, A., Barkham, M., & Watson, A. (2003). Practice-based outcomes of dialectical behaviour therapy (DBT) targeting anger and violence, with male forensic patients: A pragmatic and non-contemporaneous comparison. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13(3), 198-213.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.
- Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P. E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 121-141.
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 316-321.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Fossati, A., Madeddu, F., & Maffei, C. (1999). Borderline personality disorder and childhood sexual abuse: A meta-analytic study. *Journal of Personality Disorders*, 13, 268-280.
- Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Goldberg, C. (1980). The utilization and limitations of paradoxical intervention in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 30, 287-297.
- Gunderson, J. G. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(2), 136-143.
- Harned, M. S., Chapman, A. L., Dexter-Mazza, E. T., Murray, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1068-1075.

- Harned, M. S., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Impact of co-occurring posttraumatic stress disorder on suicidal women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 167(10), 1210-1217.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 381-386.
- Herman, J. L. (1986). Histories of violence in an outpatient population: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 56, 137-141.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Hill, D. M., Craighead, L. W., & Safer, D. L. (2011). Appetite-focused dialectical behavior therapy for the treatment of binge eating with purging: A preliminary trial. *International Journal of Eating Disorders*, 44(3), 249-261.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., et al. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 175-185.
- Hollandsworth, J. G. (1990). *The physiology of psychological disorders*. New York: Plenum Press.
- Isometsa, E. T., Henriksson, M. M., Aro, H. M., Heikkinen, M. E., Kuoppasalmi, K. I., & Lonnqvist, J. K. (1994). Suicide in major depression. *American Journal of Psychiatry*, 151, 530-536.
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 276-282.
- Kegan, R. (1982). *The evolving self: Problem and process in human development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445-458.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York: Basic Books.
- Keuthen, N. J., Rothbaum, B. O., Fama, J., Altenburger, E., Falkenstein, M. J., Sprich, S. E., et al. (2012). DBT-enhanced cognitive-behavioral treatment for trichotillomania: A randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Addictions*, 1(3), 106-114.
- Kleindienst, N., Krumm, B., & Bohus M. (2011). Is transference-focused psychotherapy really efficacious for borderline personality disorder? *British Journal of Psychiatry*, 98(2), 156-157.
- Koerner, K., & Linehan, M. M. (1992). Integrative therapy for borderline personality disorder: Dialectical behavior therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 433-459). New York: Basic Books.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1991). *Functioned analytic psychotherapy: Creating intense and curative therapeutic relationships*. New York: Plenum Press.
- Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., O'Rourke, B., Morse, N., & Robins, C. J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13, 146-156.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Kring, A. M., & Bachorowski, J. A. (1999). Emotions and psychopathology. *Cognition and Emotion*, 13, 575-599.
- Kring, A. M. & Sloan, D. M. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Kring, A. M. & Werner, K. H. (2004). Emotion regulation and psychopathology. In P. Philippot & R. S. Feldman (Eds.), *The regulation of emotion* (pp. 359-408). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Kyokai, B. D. (1966). *The teachings of Buddha*. Japan: Bukkyo Dendo Kyokai.
- Lequesne, E. R., & Hersh, R. G. (2004). Disclosure of a diagnosis of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 10, 170-176.
- Levy, K. N., & Scala, J. W. (2012). Transference, transference interpretations, and transference-focused psychotherapies. *Psychotherapy*, 49(3), 391-403.
- Lieb, K., Völm, B., Rücker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. M. (2010). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane Systematic Review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry*, 196, 4-12.
- Lieb, K., Zanarini, M., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Seminar section: Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453-461.
- Linehan, M. M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. Bohank & L. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353-392). Washington, DC: American Psychological Association.
- Linehan, M. M. (in press). *Skills training manual for treating borderline personality disorder* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.

- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. R. (2007). Dialectical behavior therapy for pervasive emotion dysregulation: Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581-605). New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized trial + follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757-766.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K., Shaw-Welch, S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M. M., & Heard, H. L. (1993). Impact of treatment accessibility on clinical course of parasuicidal patients: In reply to R. E. Hoffman [Letter to the editor]. *Archives of General Psychiatry*, 50, 157-158.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). *Borderline Personality Disorder* 459 Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M. M., & Koerner, K. (1992). A behavioral theory of borderline personality disorder. In J. Paris (Ed.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment* (pp. 103-121). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Linehan, M. M., McDavid, J. D., Brown, M. Z., Sayrs, J. H., & Gallop, R. J. (2008). Olanzapine plus dialectical behavior therapy for women with high irritability who meet criteria for borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(6), 999-1005.
- Linehan, M. M., Rizvi, S. L., Shaw-Welch, S., & Page, B. (2000). Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Personality disorders. In K. Hawton & K. van Heeringen (Eds.), *International handbook of suicide and attempted suicide* (147-178). Sussex, UK: Wiley.
- Linehan, M. M., Schmidt, H., III, Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., & Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal of Addiction*, 8, 279-292.
- Linehan, M. M., Tutek, D. A., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1771-1776.
- Livesley, J. W., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55, 941-948.
- Loranger, A. W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE) manual*. White Plains, NY: Cornell Medical Center.
- Lynch, T. R., Cheavens, J. S., Cukrowicz, K. C., Thorp, S. R., Bronner, L., & Beyer, J. (2007). Treatment of older adults with co-morbid personality disorder and depression: A dialectical behavior therapy approach. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22, 131-143.
- Lynch, T. R., Morse, J. Q., Mendelson, T., & Robins, C. J. (2003). Dialectical behavior therapy for depressed older adults: A randomized pilot study. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 33-45.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- McDonell, M. G., Tarantino, J., Dubose, A. P., Matestic, P., Steinmetz, K., Galbreath, H., et al. (2010). A pilot evaluation of dialectical behavioural therapy in adolescent long-term inpatient care. *Child and Adolescent Mental Health*, 15(4), 193-196.
- McMain, S., Korman, L. M., & Dimeff, L. A. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 183-196.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., et al. (2009). A randomized clinical trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- Mennin, D. S. (2004). Emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 17-29.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Merriam-Webster, Inc. (2006). Merriam-Webster online dictionary. Available online at www.m-w.com. Merriam-Webster's New Universal Unabridged Dictionary. (1983). Cleveland, OH: Dorset & Baber.
- Mintz, R. S. (1968). Psychotherapy of the suicidal patient. In H. L. P. Resnick (Ed.), *Suicidal behaviors: Diagnoses and management* (pp. 271-296). Boston: Little, Brown.
- Nadort, M., Arntz, A., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., et al. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. E., Kramer, R., Weismann, T., & Linehan, M. M. (2013). *A treatment mechanism for emotion dysregulation across mood and anxiety disorders: A randomized controlled trial*. Manuscript under review.
- Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832-839.
- Nisenbaum, R., Links, P. S., Eynan, R., & Heisel, M. J. (2010). Variability and predictors of negative mood intensity in patients with borderline personality disorder and recurrent suicidal behavior: Multilevel analyses applied to experience sampling methodology. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(2), 433-439.

- Nose, M., Cipriani, A., Biancosino, B., Grassi, L., & Barbui, C. (2006). Efficacy of pharmacotherapy against core traits of borderline personality disorder: Meta-analysis of randomized controlled trials. *International Clinical Psychopharmacology*, 21, 345-353.
- Paris, J. (2005). Borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 172, 1579-1583.
- Peng, K., & Nisbett, R. E. (1999). Culture, dialectics, and reasoning about contradiction. *American Psychologist*, 54, 741-754.
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R., & Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(6), 982-984.
- Pretzer, J. (1990). Borderline personality disorder. In A. Freeman, L. Pretzer, B. Fleming, & K. M. Simon (Eds.), *Clinical applications of cognitive therapy* (pp. 181-202). New York: Plenum Press.
- Rakfeldt, J. (2005). Dialectical behavior therapy with transitional youth: Preliminary findings. *Best Practices in Mental Health*, 1(2), 61-76.
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 146-157.
- Reiser, D. E., & Levenson, H. (1984). Abuses of the borderline diagnosis: A clinical problem with teaching opportunities. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1528-1532.
- Roepke, S., Schröder-Abé, M., Schütz, A., Jacob, G., Dams, A., Vater, A., et al. (2011). Dialectic behavioural therapy has an impact on self-concept clarity and facets of self-esteem in women with borderline personality disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(2), 148-158.
- Safer, D., Robinson, A., & Jo, B. (2010). Outcome from a randomized controlled trial of group therapy for binge eating disorder: Comparing dialectical behavior therapy adapted for binge eating to an active comparison group therapy. *Behavior Therapy*, 41, 106-120.
- Safer, D. L., & Joyce, E. E. (2011). Does rapid response to two group psychotherapies for binge eating disorder predict abstinence? *Behaviour Research and Therapy*, 49(5), 339-345.
- Safer, D. L., Telch, C. F., & Agras, W. S. (2001). Dialectical behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 158, 632-634.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Bierbaum, T., Schneider, N., Thurn, C., Stiglmayr, C., et al. (2009). Dialektisch behaviorale therapie (DBT) und kognitiv behaviorale therapie (CBT) für Jugendliche mit Anorexia und Bulimia nervosa im Vergleich [Dialectical behavior therapy and cognitive behavior therapy for anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A randomized, controlled trial with a waiting control group]. *Kindheit und Entwicklung [Childhood and Development]*, 18(3), 180-190.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 23, 730-741.
- Siever, L. J., & Davis, K. L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1647-1658.
- Silk, K. R., Lee, S., Hill, E. M., & Lohr, N. E. (1995). Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1059-1064.
- Simpson, J. A., & Weiner, E. S. (1989). *Oxford English Dictionary* (2nd ed.) [Online]. Retrieved December 17, 2000, from www.oed.com.
- Soler, J., Pascual, J. C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., Alvarez, E., et al. (2005). Double-blind, placebo-controlled study of dialectical behavior therapy plus olanzapine for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1221-1224. Erratum in *American Journal of Psychiatry*, 165(6), 777.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebria, A., Barrachina, J., Campins, M. J., et al. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomized controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 353-358.
- Soloff, P. H., & Chiapetta, L. (2012). Subtyping borderline personality disorder by suicidal behavior. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 468-480.
- Soloff, P. H., Lis, J. A., Kelly, T., Cornelius, J., & Ulrich, R. (1994). Risk factors for suicidal behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1316-1323.
- Stein, D. J., Simeon, D., Frenkel, M., Islam, M. N., & Hollander, E. (1995). An open trial of valproate in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 506-510.
- Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2001). Dialectical behavior therapy for binge eating disorder: A promising new treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 1061-1065.
- Thorberg, F. A., & Lyvers, M. (2006). Negative mood regulation (NMR) expectancies, mood, and affect intensity among clients in substance disorder treatment facilities. *Addictive Behaviors*, 31(5), 811-820.
- Trupin, E. W., Stewart, D. G., Beach, B., & Boesky, L. (2002). Effectiveness of a dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7(3), 121-127.
- Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavioral therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 413-419.
- van Asselt, D. I., Dirksen, C. D., Giesen-Bloo, J. H., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., et al. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: Cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, 192, 450-457.
- Van den Bosch, L., Verheul, R., Schippers, G. M., & van den Brink, W. (2002). Dialectical behavior therapy of borderline patients with and without substance use problems:

- Implementation and long-term effects. *Addictive Behaviors*, 2, 911-923.
- Van Dijk, S., Jeffrey, J., & Katz, M. R. (2013). A randomized, controlled, pilot study of dialectical behavior therapy skills in a psychoeducational group for individuals with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 145(3), 386-393.
- Verheul, R., van den Bosch, L. M. C., Koeter, M. W. J., de Ridder, M. A. J., Stijnen, T., & van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Waltz, J., Dimeff, L. A., Koerner, K., Linehan, M. M., Taylor, L., & Miller, C. (2009). Feasibility of using video to teach a dialectical behavior therapy skill to clients with borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(2), 214-222.
- Wasser, T., Tyler, R., McIlhaney, K., Taplin, R., & Henderson, L. (2008). Effectiveness of dialectical behavior therapy (DBT) versus standard therapeutic milieu (STM) in a cohort of adolescents receiving residential treatment. *Best Practices in Mental Health*, 4(2), 114-125.
- Weinberg, I., Gunderson, J. G., Hennen, J., & Cutter, C. J., Jr. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders*, 20, 482-492.
- Wells, H. (1972). Alienation and dialectical logic. *Kansas Journal of Sociology*, 3, 7-32.
- Whitaker, C. A. (1975). Psychotherapy of the absurd: With a special emphasis on the psychotherapy of aggression. *Family Process*, 14, 1-16.
- Wolf, M., Ebner-Priemer, U., Schramm, E., Domsalla, M., Hautzinger, M., & Bohus, M. (2011). Maximizing skills acquisition in dialectical behavioral therapy with a CDROM-based self-help program: Results from a pilot study. *Psychopathology*, 44(2), 133-135.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Zanarini, M. C. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 17, 233-242.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Parachini, E. A. (2004). A preliminary, randomized trial of fluoxetine, olanzapine, and the olanzapine-fluoxetine combination in women with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 903-907.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Sickel, A. E., & Yong, L. (1996). *The Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders*. Belmont, MA: McLean Hospital, Laboratory for the Study of Adult Development.
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A., Parachini, E., Boulanger, J., Frankenburg, F., & Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17, 568-573.

CAPÍTULO 11

TRANSTORNO BIPOLAR

David J. Miklowitz

Nosso objetivo é apresentar tratamentos psicológicos criativos e relevantes, que tenham sustentação empírica. Este capítulo sobre transtorno bipolar, de autoria de David J. Miklowitz, apresenta a inovadora abordagem do autor, chamada de tratamento voltado à família (FFT), cuja eficácia é sustentada por evidências substanciais. Com base em anos de pesquisa sistemática sobre fatores psicológicos que contribuem para o início e a manutenção do transtorno bipolar, esta sofisticada abordagem de terapia de família está dirigida aos mais importantes fatores psicossociais ligados ao transtorno e associados a resultados desfavoráveis (p. ex., psicoeducação adequada, treinamento para a melhoria da comunicação e treinamento em habilidades de solução de problemas). Este capítulo, e especialmente o estudo de caso, muito útil, também ilustra um vínculo essencial entre abordagens psicológicas e farmacológicas no tratamento bem sucedido dessa forma muito grave de psicopatologia. — D. H. B.

O transtorno bipolar é um dos transtornos psiquiátricos cujo reconhecimento é mais antigo e seguro. Nosso pensamento sobre esse transtorno evoluiu no decorrer dos últimos 100 anos, mas as descrições originais (Kraepelin, 1921) da “insanidade maníaco-depressiva” lembram em muito nossas conceituações atuais. Este capítulo começa com uma revisão da informação básica sobre o transtorno, seu diagnóstico, seu curso longitudinal e o tratamento medicamentoso. Essas informações sobre a doença são interessantes em si, mas também proporcionam a fundamentação para usar o tratamento psicossocial associado à farmacoterapia. A maior parte do capítulo descreve um tratamento psicossocial ambulatorial, de tempo limitado, focado – tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT) que compreende três módulos inter-relacionados: psicoeducação, treinamento para a melhoria da comunicação (*communication-enhancement training*, CET) e treinamento de habilidades para solução de problemas (Miklowitz, 2008b; Miklowitz e Goldstein, 1997). O tratamento é estruturado para pacientes que tiveram um episódio recente de mania ou depressão.

O DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO BIPOLAR

Os critérios do DSM-5

A principal característica do transtorno bipolar é a desregulação extrema do afeto ou estados de humor

que oscila entre o extremamente baixo (depressão) ao extremamente alto (mania). Os pacientes em um episódio maníaco têm humor eufórico e elevado ou humor irritável, ativação comportamental (p. ex., aumento da atividade dirigida a objetivos, excesso de atividades de alto risco, redução da necessidade de sono, maior loquacidade ou pressão por falar) e funcionamento cognitivo alterado (delírios de grandiosidade ou autoestima inflada, fuga de ideias e pensamentos acelerados, distratibilidade) geralmente por mais de uma semana. Para diagnosticar um episódio maníaco, deve haver evidências de que o funcionamento psicossocial da pessoa (conjugal, profissional ou social) foi prejudicado, que é necessária hospitalização ou que as características psicóticas (p. ex., delírios de grandiosidade) estejam presentes (*Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* [DSM-5; American Psychiatric Association, 2013]).

Um paciente em um episódio hipomaníaco apresenta muitos dos mesmos sintomas, mas a duração geralmente é mais curta (quatro dias ou mais). Os sintomas hipomaníacos tampouco geram graves prejuízos ao funcionamento social ou ocupacional e não são associados à necessidade de hospitalização ou à psicose. Entretanto, os sintomas devem refletir uma mudança real no comportamento corriqueiro da pessoa, que seja observável por outras. A distinção entre mania e hipomania, que, na verdade, deve-se

mais ao grau do que ao tipo de transtorno, é difícil de fazer com segurança. Muitas vezes, o paciente subestima o quanto a ativação comportamental afeta seu funcionamento e nada vê de problemático em seu comportamento. Um tema deste capítulo é o valor de incluir as pessoas significativas (pais, cônjuges/parceiros, irmãos, etc.) na avaliação e no tratamento dos pacientes.

Em edições anteriores do DSM, os pacientes podiam ser diagnosticados com transtorno bipolar I, com base em um único episódio “misto”, no qual fossem cumpridos os critérios para um episódio depressivo maior e um episódio maníaco, quase todos os dias, durante uma ou mais semanas. Essa definição tem causado confusão entre os profissionais, que podem ignorar a exigência de que episódios de ambos os polos sejam síndrômicos, e usar a designação mista para descrever pacientes com uma variedade de sintomas depressivos e hipomaníacos ou maníacos sub-sindrômicos concomitantes (Frank, 2011). Um grande estudo populacional constatou que a “hipomania mista” é particularmente comum entre mulheres com transtorno bipolar I ou II (Suppes et al., 2005). Essas considerações são relevantes para o prognóstico, bem como para o diagnóstico. Pacientes com transtorno depressivo maior (TDM) que têm dois ou mais sintomas maníacos concomitantes têm mais semelhança com pacientes com depressão bipolar do que com pacientes com TDM sem sintomas maníacos, em características como idade de início, histórico familiar de transtorno bipolar, comprometimento funcional, tentativas de suicídio e conversão ao transtorno bipolar I no longo prazo (p. ex., Sato, Bottlender, Schröter e Möller, 2003; Fiedorowicz et al., 2011).

No DSM-5, os critérios dos episódios mistos são um especificador de curso muito mais amplo em episódios maníacos, depressivos ou hipomaníacos. O especificador *com características mistas* é aplicado quando três ou mais sintomas subliminares do polo oposto ocorrem durante um episódio de humor. No entanto, existem perguntas não respondidas sobre as implicações desta presente definição para o tratamento, tais como se a depressão com sintomas mistos subliminares deve ser tratada com estabilizadores de humor em conjunto com antidepressivos (First, 2010).

O DSM-5 faz o diagnóstico de transtorno bipolar de forma um pouco diferente dos sistemas anteriores do DSM. Em primeiro lugar, quem faz o diagnóstico determina se o paciente cumpre os critérios transversais para um episódio maníaco ou misto. Se o paciente preenche esses critérios, aplica-se o diagnóstico de transtorno bipolar I. Se o paciente cumpre naquele momento os critérios do DSM-5 para um episódio depressivo maior, somente será diagnos-

ticado com transtorno bipolar se houver uma história pregressa de episódios maníacos, mistos ou hipomaníacos, caso contrário, é provável que o diagnóstico seja TDM ou outro transtorno de humor, como transtorno depressivo persistente. Se o paciente se apresentar em remissão, deve haver evidências de episódios maníacos ou mistos anteriores. Uma explicação desse conjunto de regras de diagnóstico um tanto complicadas é que um único episódio maníaco (e, no DSM-IV, um único episódio misto), mesmo na ausência de depressão documentável, é suficiente para assegurar o diagnóstico de transtorno bipolar I. A palavra-chave é *documentável*, porque os pacientes muitas vezes sub-relatam a descrição de sua história de depressão e só a revelam mediante um cuidadoso questionamento.

Em que mudou o diagnóstico de transtorno bipolar?

Cada versão do DSM trouxe mudanças na forma como pensamos sobre o transtorno bipolar, e é provável que continue havendo modificações, à medida que se publicam novas edições. Uma área de constante controvérsia tem sido a proposta de usar critérios diferentes para a doença bipolar com início na infância e na adolescência. Os episódios de mania e hipomania entre crianças parecem ser mais curtos do que em adultos, com mais alterações de polaridade e mais estados mistos subliminares (Birmaher et al., 2009). Anteriormente, o DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) usou os mesmos critérios para o diagnóstico de mania em adultos e crianças, apesar das claras diferenças de desenvolvimento na apresentação (Leibenluft, Charney, Towbin, Bhangoo e Pine, 2003). No entanto, o DSM-5 inclui uma nova categoria, o transtorno disruptivo da desregulação do humor, para caracterizar crianças com surtos temperamentais frequentes e explosivos, e irritabilidade persistente. Os pesquisadores que propuseram essa categoria acreditam que ela vai reduzir os diagnósticos falso-positivos de transtorno bipolar em crianças (p. ex., Leibenluft, 2011), embora nem todos tenham concordado com esse novo transtorno (p. ex., Axelson, Birmaher, Findling, et al., 2011).

O DSM-5 faz distinção entre os transtornos bipolares I e II. No primeiro, os pacientes têm episódios maníacos ou mistos síndrômicos completos, mas, no transtorno bipolar II, os pacientes devem ter tido ao menos um episódio depressivo maior e um episódio hipomaníaco. (Neste capítulo, o termo *transtorno bipolar* se refere ao transtorno bipolar I ou II, em sua definição no DSM-5, a menos que seja especificado de outra forma.) O DSM-5 também inclui um descritor de curso, *ciclagem rápida*, que parece caracterizar entre 13 a 20% dos pacientes (Calabrese, Fatemi,

Kujawa e Woysville, 1996). A ciclagem rápida se aplica quando os pacientes têm quatro ou mais episódios de depressão maior, maníacos, mistos ou hipomaníacos distintos em um mesmo ano. A confusão ao se aplicar esse descritor de curso reside no fato de que é difícil saber quando um episódio terminou e quando começa outro. Se um paciente passa rapidamente da mania à depressão em um período de 48 horas (o que alguns chamam de ciclagem ultrarrápida), é realmente um novo episódio ou uma apresentação diferente do mesmo (talvez com características mistas)? A ciclagem rápida parece ser um estado temporário do transtorno e não um fenômeno que dure a vida toda (Coryell et al., 1992).

Por fim, o DSM-5 lida com o problema espinhoso de pacientes com depressão que desenvolvem episódios maníacos ou hipomaníacos desencadeados por antidepressivos ou outras drogas ativadoras. Em função dos efeitos dos antidepressivos sobre os sistemas da serotonina, da noradrenalina e da dopamina, há um potencial para que essas drogas induzam ativação, particularmente em um paciente que já seja biologicamente vulnerável às oscilações de humor. Se o paciente nunca teve um episódio maníaco, mas o desenvolve após tomar um antidepressivo, o diagnóstico provável é um transtorno do humor induzido por substância. O diagnóstico de transtorno bipolar só é cogitado se os sintomas de mania precederem o antidepressivo (uma distinção difícil no histórico) ou se os sintomas maníacos continuarem por, pelo menos, um mês após a suspensão da medicação. Considerações semelhantes em termos de diagnóstico se aplicam a pacientes com abuso de drogas (p. ex., cocaína, anfetamina) que sejam *psicomiméticas* e possam induzir estados semelhantes ao maníaco.

Epidemiologia, comorbidade e diagnóstico diferencial

Em diferentes estudos, culturas e faixas etárias, os transtornos bipolar I e bipolar II afetam pelo menos 2% da população. O *National Comorbidity Survey Replication* (NCSR), um estudo epidemiológico com 9.282 adultos norte-americanos que usou uma entrevista diagnóstica estruturada com administrador leigo, apresentou taxas de prevalência ao longo da vida de 1,0% para o transtorno bipolar I, 1,1% para o transtorno bipolar II e 2,4% para transtorno bipolar subliminar (p. ex., transtorno bipolar sem outra especificação ou transtorno ciclotímico; Merikangas et al., 2007). Na iniciativa internacional *World Mental Health Survey*, da Organização Mundial da Saúde, um estudo com 61.392 adultos em 11 países que usou o mesmo instrumento diagnóstico, foram encontradas taxas de prevalência ao longo da vida mais baixas:

0,6% para transtorno bipolar I, 0,4% para transtorno bipolar II e 1,4 % para transtorno bipolar subliminar (Merikangas et al., 2011).

Em uma amostra comunitária de adolescentes (13 a 18 anos), 2,5% cumpriram os critérios do DSM-IV para transtornos bipolares I ou II ao longo da vida, com a prevalência aumentando com a idade (Merikangas et al., 2012). Curiosamente, 1,7% dos adolescentes cumpriu os critérios do DSM-IV para um episódio maníaco sem depressão. Por fim, em uma metanálise com 12 estudos em todo o mundo, envolvendo um total de 16.222 jovens entre 7 e 21 anos, a taxa de transtorno bipolar foi de 1,8% e não diferiu entre países (Van Meter, Moreira e Youngstrom, 2011).

O transtorno bipolar quase sempre é concomitante com outras condições, algumas das quais se tornam foco de tratamento imediato. Os transtornos com os quais ele é comórbido têm como base comum a desregulação afetiva. Ao se considerarem as taxas de prevalência de um ano no NCS-R, observaram-se as maiores correlações entre mania/hipomania e transtornos de ansiedade (62,9%), seguidas por transtornos de comportamento (déficit de atenção/hiperatividade [TDAH] e transtorno de oposição desafiante; 44,8%) e transtornos relacionados ao uso de substâncias (36,8%) (Merikangas et al., 2007).

Alguns estudos descobriram que pacientes com início pediátrico têm mais transtornos comórbidos do que pacientes com início adulto (Leverich et al., 2007). A comorbidade do transtorno bipolar e do TDAH em crianças fica entre 60 e 90%, mesmo quando não são considerados os sintomas que se sobrepõem (Kim e Miklowitz, 2002). O risco de transtornos por uso de substâncias é cinco vezes maior em adolescentes com transtorno bipolar do que em adolescentes saudáveis (Wilens et al., 2004). A comorbidade com transtornos de ansiedade é de aproximadamente 44% (Masi et al., 2012; Sala et al., 2010). Curiosamente, os transtornos de ansiedade costumam ser diagnosticados pela primeira vez em filhos de pais com transtorno bipolar e podem representar os primeiros sinais de doença de humor grave (Henin et al., 2005).

A distinção entre transtorno bipolar e transtornos da personalidade é especialmente difícil. A marca do transtorno da personalidade *borderline* é a instabilidade afetiva. Akiskal (1996) afirmou que aquilo que os profissionais muitas vezes veem como patologia da personalidade é, na verdade, transtorno de humor subsindrômico mal tratado. Quando são realizados estudos da sobreposição do transtorno bipolar e dos transtornos de personalidade, as estimativas de comorbidade são bastante conservadoras. Por exemplo, estudos de George, Miklowitz, Richards, Simoneau e

Taylor (2003) estimam que apenas 29% dos pacientes com transtorno bipolar cumprem os critérios diagnósticos de transtornos de personalidade quando os pacientes são avaliados durante um período de remissão. Além disso, o diagnóstico comórbido de transtorno da personalidade nem sempre é o de transtorno da personalidade *borderline*, muitas vezes sendo um transtorno do Agrupamento C (p. ex., transtorno da personalidade dependente ou esquiwa).

Os limites entre o transtorno bipolar e o unipolar costumam ser difíceis de estabelecer. A depressão pode ser muito semelhante nos dois transtornos, mas, em média, a depressão bipolar tem idade de início anterior, mais variabilidade de humor no curto prazo, e é mais resistente ao tratamento do que o TDM (Cuellar, Johnson e Winters, 2005). No *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* ($N = 13.048$), os pacientes com depressão bipolar indicaram ideação suicida e distúrbios psicomotores mais frequentes do que os pacientes com depressão unipolar, e estes tiveram um pouco mais de probabilidades de indicar fadiga (Weinstock, Strong, Uebelacker e Miller, 2009). Portanto, as diferenças entre depressão bipolar e unipolar não são grandes, e antecedentes de mania ou hipomania (ou histórico familiar de mania em um paciente que não tenha tido um episódio maníaco) podem fornecer mais informações para o diagnóstico diferencial.

Ainda mais complicada é a distinção entre depressão agitada do tipo unipolar e mania mista do tipo bipolar, ambas caracterizadas por tristeza e um estado altamente ansioso, inquieto e ativado. Goldberg e Kocsis (1999) recomendam aos profissionais que tentem fazer essas distinções que enfatizem atributos como motivação por objetivos e energia não reduzida (apesar da falta de sono), ambos os quais deslocam as escalas em direção ao transtorno bipolar em vez do unipolar.

A distinção entre transtorno bipolar e esquizofrenia também pode ser um julgamento clínico surpreendentemente difícil de fazer. Em condições que antes eram consideradas etiológicamente distintas, cada vez mais estudos estão encontrando um grau significativo de sobreposição genética entre transtorno bipolar e esquizofrenia ou outras condições psicóticas (Berrettini, 2003). Por exemplo, um recente estudo de associação genômica constatou uma significativa sobreposição em variantes genéticas de pacientes com esquizofrenia e pacientes com transtorno bipolar que tinham características psicóticas incongruentes com o humor (p. ex., delírios ou alucinações sem conteúdo claro relacionado a tristeza ou euforia) (Goes et al., 2012).

O DSM-5 faz uma distinção entre transtorno esquizoafetivo e os transtornos do humor severos com características psicóticas. No transtorno esquizoafetivo, os delírios e as alucinações estão presentes por, pelo menos, duas semanas, na ausência de sintomas afetivos destacados. Nos transtornos do humor severos, os sintomas psicóticos ocorrem apenas durante períodos de perturbação significativa do humor. Um seguimento de 10 anos com pacientes com esquizofrenia, transtornos esquizoafetivos e transtornos afetivos maiores (tanto bipolar quanto unipolar) constatou que delírios e alucinações “incongruentes com o humor” (ou seja, aqueles cujo conteúdo não se refere a sentimentos de grandiosidade e euforia ou, ao contrário, sentimentos de inutilidade) são um mau sinal prognóstico em todos os diagnósticos (Harrow, Grossman, Herbener e Davies, 2000). Harrow e colaboradores (2000) defendem uma visão dimensional do transtorno esquizoafetivo, com alguns pacientes no extremo psicótico do espectro e outros, no extremo do humor.

O DSM-5 também descreve uma condição sub-sindrômica ou subafetiva: o transtorno ciclotímico. Os pacientes com esse transtorno alternam períodos de sintoma hipomaníaco e breves períodos de depressão que não chegam a cumprir os critérios de depressão maior. Assim que a pessoa desenvolve um episódio maníaco, misto ou depressivo completo, o diagnóstico de transtorno bipolar I ou II é atribuído. Mais uma vez, essas distinções realmente estão relacionadas ao grau e à duração dos sintomas, e não à sua forma. Em minha experiência, os profissionais se inclinam a “pressionar” os pacientes com ciclotimia rumo à categoria bipolar II, principalmente se acharem que o relato do histórico por parte dos pacientes não é digno de confiança. Às vezes, é melhor observar a instabilidade do humor de um paciente com o passar do tempo do que tentar distinguir o transtorno ciclotímico e o transtorno bipolar de forma transversal.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E O CURSO DO TRANSTORNO BIPOLAR

Farmacoterapia padrão

O curso do transtorno bipolar (seu padrão de recaída e remissão no tempo) é melhor examinado com referência ao tratamento medicamentoso que ajuda a estabilizar os pacientes e possibilita que a maioria deles funcione na comunidade. Na era pré-farmacológica (i. e., antes de 1960), os pacientes eram hospitalizados por anos (Cutler e Post, 1982). Atualmente, a disponibilidade de estabilizadores de humor como o carbonato de lítio, os anticonvulsivantes (p. ex., valproato de sódio, lamotrigina e outros agentes) e os antipsicóticos atípicos (p. ex., olanzapina, quetiapina e risperidona,

Ziprasidona ou aripiprazol muito fez para aliviar o curso do transtorno bipolar (Goldberg, 2004; Malhi, Adams e Berk, 2009). Alguns desses medicamentos não apenas controlam os episódios agudos da doença, mas também têm “valor profilático”, ou seja, ajudam a prevenir episódios futuros ou a minimizar a duração ou a gravidade dos episódios que ocorrerem.

A maioria dos psiquiatras descreve três fases do tratamento com medicamentos: uma *fase aguda*, na qual o objetivo é controlar os sintomas mais graves do transtorno maníaco, misto ou depressivo; uma *fase de estabilização*, cujo objetivo é ajudar o paciente a se recuperar integralmente da fase aguda, que muitas vezes significa tratar sintomas residuais (p. ex., depressão leve) ou níveis de prejuízo sócio-ocupacional, e uma *fase de manutenção*, para prevenir recorrências e continuar tratando os sintomas residuais. Os medicamentos recomendados para o transtorno bipolar variam segundo a fase do tratamento. Nas fases aguda e de estabilização, uma medicação antipsicótica pode acompanhar um estabilizador de humor. Pode-se indicar um antidepressivo após um episódio maníaco ter sido estabilizado se o paciente tiver sintomas contínuos e residuais de depressão. As fases do tratamento também são relevantes no tratamento psicossocial-psicoterapêutico do transtorno bipolar, como discutido posteriormente.

Resultado sintomático

Se o tratamento medicamentoso é tão eficaz, por que precisamos de tratamento psicossocial? O problema que surge com frequência no tratamento do transtorno bipolar são os *episódios de recaída*. No tratamento com lítio ou anticonvulsivantes, as porcentagens de recaída em um ano são de cerca de 37% (Gitlin, Swendsen, Heller e Hammen, 1995). Em 1.469 adultos com transtornos bipolar I e II, 49% tiveram recaídas em um ano; uma quantidade duas vezes maior dessas recaídas foi de episódios depressivos (e não maníacos ou hipomaníacos). Em um seguimento de 12,8 anos com 146 pacientes adultos com transtorno bipolar I, os pacientes tiveram sintomas depressivos síndrômicos ou subsíndrômicos durante 32% das semanas de suas vidas, sintomas maníacos ou hipomaníacos em 9%, e estados de sintomas mistos ou de ciclagem em 6%; os pacientes estiveram em remissão apenas durante cerca da metade do tempo (Judd et al., 2002).

Keck e colaboradores (1998) examinaram o curso do transtorno bipolar em 12 meses, entre 134 pacientes que começaram em um episódio agudo maníaco ou misto. A maioria ($N = 104$) foi tratada com estabilizadores do humor, com ou sem a associação de antipsicóticos ou antidepressivos. Os investigadores

fizeram uma distinção de *recuperação síndrômica*, na qual os pacientes não mais cumpriam os critérios do DSM para um episódio maníaco, misto ou depressivo por, pelo menos, oito semanas; *recuperação sintomática*, um critério mais rígido segundo o qual os pacientes teriam de ter sintomas mínimos ou inexistentes de transtorno do humor por oito semanas, e *recuperação funcional*, que requeria que os pacientes voltassem a seu nível pré-mórbido (anterior à doença) de emprego, amizades, interesses e situação de vida independente. Entre os 106 pacientes que completaram o estudo, 51 (48%) atingiram a recuperação síndrômica no seguimento de 12 meses. Apenas 28 (26%) chegaram à recuperação sintomática e 25 (24%), à recuperação funcional no seguimento. Os preditores de maus resultados incluíam baixo *status* socioeconômico, não adesão à medicação e maior duração da doença.

Funcionamento sócio-ocupacional

Os pacientes com transtorno bipolar vivenciam prejuízo significativo no funcionamento profissional, familiar e social, e suas possibilidades de recorrência precoce da doença aumentam muito quando eles têm sintomas depressivos subsíndrômicos (Altshuler et al., 2006; Gitlin, Mintz, Sokolski, Hammen e Altshuler, 2011). Além disso, os pacientes com sintomas depressivos persistentes muitas vezes têm comprometimento cognitivo, o que afeta fortemente o funcionamento social e profissional (Altshuler, Bearden, Green, van Gorp e Mintz, 2008). Um estudo de 253 pacientes bipolares I e II revelou que apenas cerca de 33% deles trabalhavam em tempo integral, e apenas 9% trabalhavam em tempo parcial fora de casa; 57% relataram não conseguir trabalhar ou ser capazes de trabalhar apenas em ambientes protegidos (Suppes et al., 2001).

A relação entre sintomas do humor e funcionamento parece ser bidirecional: os sintomas depressivos residuais são claramente associados a um pior funcionamento social e ocupacional (p. ex., Gitlin et al., 2011), mas outros estudos têm mostrado que um funcionamento social pior indica um prazo mais curto para a recaída dos transtornos de humor (p. ex., Weinstock e Miller, 2008).

Não adesão à medicação

Parte da razão pela qual os pacientes com transtorno bipolar têm tantos *episódios de recaída* é a não adesão à medicação. Em uma revisão, Colom, Vieta, Tacchi, Sanchez-Moreno e Scott (2005) estimam que pelo menos 60% dos pacientes com transtorno bipolar interrompem a medicação em algum momento de suas vidas. Entre 40 e 60% estão parcial ou totalmente não aderidos no ano seguinte à primeira internação por um episódio maníaco ou misto (Strakowski et al., 1998).

Um estudo feito por uma grande organização de saúde constatou que os pacientes tomaram lítio durante uma média de apenas 76 dias (Johnson e McFarland, 1996). A não adesão tem implicações consideráveis no curso do transtorno: ao parar de tomar a medicação de repente, os pacientes correm muito mais risco de recaída ou suicídio (Baldessarini, Tondo e Hennen, 2003).

As razões pela quais os pacientes param de tomar estabilizadores de humor são variadas, e incluem efeitos colaterais, falta de conhecimento sobre a doença, idade mais reduzida, *status* socioeconômico inferior, falta de informação sobre medicamentos, sentimentos negativos em relação a ter seu humor controlado por uma medicação, sentir falta de períodos de excitação, interações recentes e pouco apoio familiar (Colom, Vieta, Tacchi et al., 2005). Algumas dessas questões são passíveis de modificação ajustando-se dosagens ou se substituindo um fármaco por outro. Outros problemas relacionados à não adesão podem ser abordados em psicoterapia auxiliar.

Por que a psicoterapia?

Qual é o papel do tratamento psicossocial em um transtorno com uma base biológica e genética tão grande? Restam poucas dúvidas de que a medicação é a primeira opção de tratamento para o transtorno bipolar. As evidências de que o lítio, os anticonvulsivantes e os antipsicóticos atípicos reduzem as taxas de recaída e melhoram o funcionamento são substanciais. Mas, podemos ter resultados ainda melhores? Uma visão ideal é, talvez, exageradamente otimista dos resultados dos pacientes com transtorno bipolar incluiria ter sintomas estáveis por longos períodos, problemas mínimos no funcionamento social após os episódios e ter vida profissional e familiar consistente. Na verdade, esses resultados são altamente valorizados pelos pacientes, que muitas vezes concebem suas próprias estratégias de autogestão para lidar com a doença (Murray et al., 2011).

Os papéis da psicoterapia auxiliar podem incluir o ensino de habilidades para o manejo de sintomas, aumentar o funcionamento em papéis sociais e ocupacionais, e manter os pacientes cumprindo seus regimes medicamentosos. Nesse objetivo, está implícito que a fisiologia e a psicologia dos principais transtornos psiquiátricos não são totalmente separáveis. Sabemos que ocorrem frequentemente mudanças na função neural (p. ex., como é revelado em exames de ressonância magnética funcional) entre pacientes que respondem à psicoterapia (p. ex., Kumari et al., 2011). É hora de pensar a psicoterapia e a medicação trabalhando em sinergia nos transtornos do humor graves.

O argumento mais forte para se incluir a psicoterapia em um programa de tratamento ambulatorial é ajudar os pacientes a lidar com os desencadeantes do estresse. Como se observa na próxima sessão, certas formas de eventos na vida e tensões em família são fatores de risco no curso do transtorno bipolar. A psicoterapia pode abordar esses fatores e ensinar aos pacientes mecanismos adaptativos de enfrentamento, que depois podem ser aplicados durante períodos de bem-estar para ajudar a reduzir as possibilidades de recaída futura.

MODELO DE RECORRÊNCIAS BASEADO NA VULNERABILIDADE AO ESTRESSE

Na noção de que a psicoterapia ajudaria um paciente com transtorno bipolar está implícita a ideia de que o estresse ajuda a suscitar sintomas de transtornos do humor. Quais são as evidências dessa visão? Quais são os alvos da intervenção psicossocial?

Eventos da vida e ritmos sociais

Os eventos de vida são constantemente associados a recaídas da depressão bipolar e, em alguns estudos, também de mania (Johnson, 2005a). Duas vias principais têm sido propostas para a associação de eventos de vida e recaídas de humor. A primeira delas, a hipótese da estabilidade do ritmo social (Ehlers, Kupfer, Frank e Monk, 1993), postula que grandes acontecimentos da vida perturbam os ritmos diários (ou seja, quando a pessoa acorda, come, faz exercícios, convive socialmente, trabalha e dorme) e gera transtornos de humor. Os eventos da vida podem funcionar como *zeitstorsers** que impedem ritmos sociais e circadianos estabelecidos (p. ex., a produção de substâncias neuroendócrinas em função da hora do dia). Por exemplo, um paciente que estava desempregado e consegue um emprego com um horário de trabalho que muda constantemente é forçado a adotar um novo padrão de rotinas diárias, que pode incluir alterações nos hábitos de sono e vigília. Eventos importantes também podem resultar na perda de *zeitgebers*** – pessoas ou eventos que ajudam a manter a estabilidade dos ritmos. Por exemplo, um cônjuge ou parceiro que ajuda a manter a pessoa em uma agenda social e de sono previsível. O fim do relacionamento amoroso, além de ser um evento emocional importante, resulta na perda desse controlador humano de tempo.

Os pacientes com transtorno bipolar têm uma sensibilidade especial a mudanças, mesmo que pe-

* N. de R.T.: palavra alemã que designa os fatores sincronizadores.

** N. de R.T.: palavra alemã que designa os fatores que regulam a harmonia biotemporal.

quenas, nos hábitos de sono e vigília. Estudos de Malkoff-Schwartz e colaboradores (1998, 2000) revelaram que os episódios maníacos eram precipitados, muitas vezes, por eventos da vida que mudavam esses hábitos (p. ex., alteração de fuso horário em função de viagens aéreas). Entretanto, os episódios depressivos não eram diferentes em sua associação com eventos da vida que perturbam esses ritmos. Uma das implicações clínicas dessas conclusões é que, ensinando aos pacientes a regularem seus ritmos sociais, especialmente diante de eventos de vida que normalmente perturbem esses ritmos, podem-se melhorar as consequências do transtorno bipolar. Assim, a variabilidade do ciclo de sono e vigília é um alvo do tratamento. Esse é um preceito fundamental da terapia interpessoal e dos ritmos sociais (IPSRT; Frank, 2005), como discutido a seguir.

Eventos na vida, desregulação de objetivos e mania

Em mais de 12 estudos, pessoas com um histórico de mania e estudantes vulneráveis à mania se descreveram como mais propensos a reagir com fortes emoções à recompensa (Johnson, Edge, Holmes e Carver, 2012). Concluiu-se que a sensibilidade autorrelatada à recompensa indica um curso mais grave de mania entre pessoas com transtorno bipolar I (Meyer, Johnson e Winters, 2001; Salavert et al., 2007) e de conversão de transtorno do espectro bipolar em transtorno bipolar II ou I em estudantes universitários de alto risco (Alloy et al., 2012). Um construto relacionado – ambição elevada – está associado a um curso mais grave de mania entre pacientes com transtorno bipolar I (Johnson et al., 2012). Respostas impulsivas, em que as pessoas buscam recompensas sem a consciência das consequências negativas potenciais, tornam-se elevadas durante a escalada à mania (Swann, Dougherty, Pazzaglia, Pham e Moeller, 2004).

Sheri Johnson e colaboradores (2000) levantam a hipótese de que o excesso de sensibilidade à recompensa pode aumentar a reatividade aos sucessos de tal forma que os sintomas maníacos seriam mais prováveis após eventos da vida que envolvessem a realização de objetivos (p. ex., conseguir uma promoção). A realização de objetivos pode aumentar a confiança, que, em seguida, alimenta um maior engajamento com os objetivos e acelera o desenvolvimento de sintomas maníacos (Johnson, 2005b). Em dois estudos longitudinais de pacientes com transtorno bipolar I, eventos de vida relacionados à realização de objetivos indicaram aumento de sintomas maníacos, mas não de sintomas depressivos, mesmo após a exclusão de eventos de vida que pudessem ter sido causados

por sintomas maníacos (p. ex., perda de emprego; Johnson et al., 2000, 2008).

Estresse familiar

Os conflitos familiares também podem se tornar um campo fértil para aumentar o ciclo do transtorno bipolar. Um método para avaliar o estresse em família é examinar o nível de *emoção expressada* (EE) de uma família. Nesse procedimento, o pesquisador administra a Entrevista Familiar de Camberwell (*Camberwell Family Interview*, Vaughn e Leff, 1976) a um familiar (pai ou mãe, cônjuge/parceiro ou irmão) por cerca de uma hora para avaliar as reações do familiar ao transtorno psiquiátrico do paciente, com ênfase específica em um episódio recente da doença. Mais tarde, um avaliador treinado analisa gravações dessas entrevistas em três dimensões básicas: *comentários críticos* (p. ex.: “Quando eu falo com ele, fico chateada porque ele simplesmente se fecha. É como se não tivesse ninguém ali!”), *hostilidade* ou crítica pessoal e generalizada ao paciente (p. ex.: “Eu não gosto de nada nele”) e *superenvolvimento emocional*, ou a tendência a estar exageradamente preocupado, proativo ou fazer sacrifícios exagerados pelo paciente (p. ex., “Eu nem convido gente para vir aqui em casa por que o Allen [filho] não gosta”). Os familiares que têm escores altos em uma ou mais dessas dimensões são chamados de “EE elevado”; os que não têm, de “EE baixo”.

O EE é um preditor bem estabelecido do curso da esquizofrenia. Na metanálise que Butzlaff e Hooley (1998) fizeram de 28 estudos longitudinais de EE na esquizofrenia, 23 desses estudos replicaram os mesmos achados principais: os pacientes que retornam após um episódio do transtorno à famílias com EE elevado têm duas ou três vezes mais probabilidades de ter recaída em seguimentos prospectivos de 9 meses a um ano do que os que voltam à famílias com EE baixo. Vários estudos documentaram uma ligação entre o EE elevado em famílias e a recaída entre pacientes com transtorno bipolar acompanhados de forma prospectiva ou em retrospectiva (Honig, Hofman, Rozendaal e Dingemans, 1997; Miklowitz et al., 1988; O’Connell, Mayo, Flatow, Cuthbertson e O’Brien, 1991; Priebe, Wildgrube e Muller-Oerlinghausen, 1989; Yan, Hammen, Cohen, Daley e Henry, 2004). Um estudo de dois anos de EE familiar e adolescentes bipolares em tratamento de família também replicou essa associação longitudinal (Miklowitz, Biuckians e Richards, 2006).

Em um primeiro exame, seria possível concluir que os pacientes com transtorno bipolar são sensíveis ao estresse no meio familiar e que os níveis de EE geram uma vulnerabilidade biológica subjacente, mas a relação está longe de ser simples.

Inicialmente, parece que os familiares com EE elevado dos pacientes com transtorno bipolar, unipolar ou esquizofrenia têm mais probabilidade do que os familiares com baixo EE de interpretar os comportamentos problemáticos negativos do paciente como se estivessem sob controle do paciente (ver, p. ex., Hooley e Licht, 1997; Weisman, Lopez, Karno e Jenkins, 1993; Wendel, Miklowitz, Richards e George, 2000). Em segundo lugar, familiares e pacientes que enfrentam o transtorno bipolar muitas vezes estão presos em ciclos de interação face a face negativos e verbalmente agressivos. Simoneau, Miklowitz e Saleem, 1998 concluíram que os familiares com EE elevado de pacientes com transtorno bipolar foram mais negativos do que os com baixo EE durante interações face a face para a solução de problemas. Os familiares dos pacientes em famílias com EE elevado também tinham mais probabilidade de se envolver em ciclos contraproducentes de “ataque e contra-ataque”. Com frequência, os pacientes foram os provocadores nessas interações, e não “vítimas” de familiares verbalmente agressivos ou punitivos (Miklowitz, Wendel e Simoneau, 1998; Simoneau et al., 1998).

Claramente, um programa de tratamento psicossocial deve considerar como alvos de intervenção os aspectos do ambiente afetivo da família, como atitudes de EE elevado dos familiares ou os intercâmbios negativos que caracterizam a comunicação entre familiar e paciente. Mas devemos tentar mudar diretamente essas atitudes e padrões de interação ou devemos “desviar” delas? Os familiares que lidam com um cônjuge/parceiro, filho ou irmão que tenha transtorno bipolar são compreensivelmente irritados e faz pouco sentido dizer a eles que não deveriam ser. Outros acham que seu comportamento superprotetor é mais do que justificado pela situação.

Ao desenvolver a FFT, meus colegas e eu concluímos que ao menos um componente ao lidar com essas atitudes e padrões de transação é o da psicoeducação, ou seja, informar pacientes e seus familiares sobre o transtorno e suas manifestações. Como discutido anteriormente, os familiares (pais, cônjuges ou irmãos) precisam entender que pelo menos parte dos comportamentos do paciente que geram aversão (p. ex., irritabilidade, agressividade, incapacidade de trabalhar ou baixa produtividade) pode ser atribuído a uma situação de enfermidade de base bioquímica. Isso pode parecer óbvio para nós, como profissionais, mas para os familiares que lidam com o paciente todos os dias, é fácil atribuir comportamentos que geram aversão a fatores da personalidade ou preguiça, ou acreditar que “Ele está fazendo isso para me magoar”. Paralelamente, os pacientes precisam estar

mais cientes de como provocam raiva e ressentimento nos familiares.

As interações individuais negativas não podem ser erradicadas, mas podem ser tornadas mais produtivas por meio de técnicas de comunicação e treinamento de habilidades para a solução de problemas. Dessa forma, familiares ou amigos podem ser ensinados a se manter em um tópico do problema em vez de tentar resolver vários ao mesmo tempo, ou a usar habilidades de escuta para evitar ciclos de ataque e contra-ataque que são contraproducentes. Posteriormente, neste capítulo, esses métodos são explicados com referência a um caso difícil.

ESTUDOS DE RESULTADOS DE TRATAMENTO

Os estudos controlados sobre resultados de psicoterapia são novos no campo do transtorno bipolar e certamente não acompanharam as pesquisas sobre tratamento farmacológico. Esta seção descreve vários estudos controlados randomizados (ECRs) de intervenções individuais ou de família/casal. Estão disponíveis revisões mais minuciosas dos estudos nessa área (Geddes e Miklowitz, 2013; Miklowitz e Scott, 2009).

Terapia individual

Dois modelos de terapia individual merecem ênfase especial aqui. Os modelos cognitivo-comportamentais têm foco em fatores de risco para a recaída, incluindo não aderir à medicação, correr riscos excessivos (ou superestimar recompensas) antes da mania, e inatividade comportamental durante a depressão. Lam, Hayward, Watkins, Wright e Sham (2005; Lam et al., 2003) analisaram um modelo de terapia cognitivo-comportamental (TCC) de 6 meses, com 12 a 18 sessões e tratamento medicamentoso em comparação com tratamento medicamentoso isolado ($N = 103$). Os pacientes estavam em remissão por pelo menos seis meses, mas tinham tido pelo menos três episódios nos últimos cinco anos. Em um seguimento de um ano, 44% dos pacientes em TCC tiveram recaídas em comparação com 75% dos pacientes que receberam tratamento medicamentoso isolado. Entre 12 e 30 meses após o tratamento, a TCC não impediu a recaída em relação ao tratamento medicamentoso isolado, mas continuou a apresentar uma influência positiva sobre o humor e os dias passados em episódios. Os efeitos sobre a depressão foram mais importantes do que os efeitos sobre a mania.

Um ensaio multicêntrico de eficácia da TCC no Reino Unido ($N = 253$) indicou que nem todas as subpopulações de pacientes com transtorno bipolar têm as mesmas probabilidades de se beneficiar da TCC (Scott et al., 2006). O estudo comparou 22 sessões de TCC mais farmacoterapia ao tratamento usual (TU)

mais farmacoterapia. Os pacientes estavam em uma série de estados sintomáticos antes de entrar no estudo. Não se encontrou qualquer efeito da TCC sobre o tempo de recorrência. Uma análise *post hoc* revelou que os pacientes com menos de 12 episódios anteriores tiveram menos recorrências em TCC do que em TU. No entanto, os pacientes com 12 ou mais episódios foram mais propensos a ter recorrências em TCC do que em TU. Os autores concluíram que a TCC é mais aplicável a pacientes em estágios iniciais de seus transtornos ou àqueles cujo curso é menos recorrente. No entanto, uma *metarregressão* de seis ECRs concluiu que não havia evidências de que as recaídas tivessem sido moderadas por número de episódios anteriores (Lam, Burbeck, Wright e Pilling, 2009).

A reabilitação cognitiva, uma forma de tratamento comportamental que enfatiza estratégias de atenção, concentração e memória, pode ser um complemento útil à farmacoterapia para pacientes com transtorno bipolar que tenham comprometimento cognitivo. Em um ensaio aberto de 18 casos, Deckersbach e colaboradores (2010) concluíram que, após 14 sessões de tratamento, os pacientes tiveram melhora em sintomas depressivos, funcionamento ocupacional e funcionamento executivo em relação aos parâmetros de referência. Devem ser feitos ensaios randomizados de reabilitação cognitiva em pacientes com comprometimentos neuropsicológicos.

Ellen Frank e colaboradores (2005) investigaram a eficácia da IPSRT – um tratamento que inclui não apenas os elementos centrais do modelo de psicoterapia interpessoal para a depressão de Klerman, Weissman, Rounsaville e Chevron (1984), mas também um componente em que os pacientes autorregulam suas rotinas diárias e seus ciclos de sono e vigília. Pacientes com um episódio de humor recente foram aleatoriamente designados a sessões de IPSRT de 45 minutos e medicamentos estabilizadores do humor ou a uma intervenção de manejo clínico ativo, também com medicamentos. A segunda incluiu sessões de 20 minutos com um psicoterapeuta que se concentrou nos efeitos colaterais das drogas e no manejo de sintomas. A randomização foi feita inicialmente durante uma fase aguda do tratamento, com sessões semanais, e mais uma vez no início de uma fase preventiva de manutenção, com sessões realizadas quinzenalmente ou mensalmente durante até dois anos. Os pacientes que receberam IPSRT na fase aguda tiveram intervalos mais longos antes da recorrência na fase de manutenção do que os que receberam manejo clínico na fase aguda. A IPSRT foi mais eficaz em retardar as recorrências na fase de manutenção entre pacientes que conseguiram estabilizar suas rotinas diárias e seus ciclos de sono e vigília durante a fase aguda (Frank et al., 2005).

A IPSRT também teve um impacto positivo no funcionamento profissional (Frank et al., 2008). Assim, a constância de rotinas pode proteger contra um curso de agravamento da doença e melhorar o funcionamento.

Psicoeducação em grupo

Os efeitos da psicoeducação em grupo têm sido documentados em vários ensaios clínicos randomizados de grande escala, incluindo um realizado na clínica de pacientes ambulatoriais da Veterans Administration (Bauer et al., 2006) e outro em uma organização de manutenção da saúde (Simon, Ludman, Bauer, Unutzer, & Operskalski, 2006). Em ambos os estudos, os grupos de psicoeducação foram incorporados a sistemas mais amplos de cuidados, incluindo o acompanhamento de pacientes por um gerente de cuidados de enfermagem e o monitoramento da adesão dos profissionais às diretrizes do tratamento. Esses modelos de cuidados sistemáticos mostraram-se altamente eficazes na melhoria do curso da doença e do funcionamento, em comparação ao tratamento usual para pacientes bipolares nesses *settings*.

Um ECR focado na combinação de farmacoterapia e psicoeducação em grupo foi realizado na Universitat de Barcelona (Colom et al., 2003). Um total de 120 pacientes com transtorno bipolar em remissão e que recebiam tratamento farmacológico foram alocados para (1) 21 sessões de psicoeducação em grupo estruturado ou (2) 21 sessões de um grupo de apoio não estruturado, ambos conduzidos por psicólogos. As sessões de psicoeducação incluíram palestras, dramatização, discussões sobre crenças e atitudes, intervenções comportamentais e exercícios de casa entre as sessões. Ao longo de dois anos, os indivíduos que receberam psicoeducação em grupo tiveram uma probabilidade significativamente mais elevada de mostrar taxas mais baixas de recaídas e hospitalizações e níveis sanguíneos de lítio maiores e mais estáveis do que os indivíduos alocados ao grupo não estruturado (Colom et al., 2003; Colom, Vieta, SanchezMoreno, et al., 2005). Além disso, um seguimento de 5,5 anos dessa amostra revelou que os ganhos associados ao grupo de psicoeducação foram mantidos (Colom et al., 2009). Assim, a psicoeducação em grupo parece apresentar uma razão custo-eficácia favorável como adjuvante da farmacoterapia para pacientes bipolares que entram em remissão.

Terapia de família

Atualmente, existem vários estudos de intervenções familiares como coadjuvantes à medicação para pacientes com transtorno bipolar. Aqui, eu me concentro em ensaios publicados depois de 2000; indicam-se ao leitor análises mais detalhadas (Miklowitz, 2008a;

Miklowitz e Scott, 2009) para cobertura de estudos familiares e conjugais anteriores.

Foram feitos cinco ensaios clínicos randomizados sobre a FFT. Dois deles foram realizados com adultos recrutados em ambientes hospitalares depois de um episódio agudo, um na University of California, em Los Angeles (UCLA; Rea et al., 2003) e outro na University of Colorado (Miklowitz, George, Richards, Simoneau e Suddath, 2003). Um estudo foi realizado no âmbito do *Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder* (STEP-BD; Miklowitz et al., 2007b), que analisou três psicoterapias intensivas (FFT, IPSRT ou TCC) em comparação com uma condição de controle para pacientes com depressão bipolar. Dois ensaios clínicos randomizados foram realizados com pacientes com início pediátrico, um envolvendo adolescentes com transtorno bipolar (Miklowitz et al., 2008) e outro com crianças e adolescentes sintomáticos (9 a 17 anos) que estavam geneticamente em risco de transtorno bipolar (Miklowitz et al., 2013). Esses estudos são examinados detalhadamente a seguir.

Estudos da UCLA e do Colorado

Os estudos examinaram uma intervenção de terapia de família de nove meses, com 21 sessões, que compreendeu psicoeducação, treinamento para a melhoria da comunicação e treinamento em solução de problemas. Os participantes eram pacientes e seus pais ou cônjuges. Eles foram recrutados durante um episódio importante de transtorno bipolar e mantidos com estabilizadores do humor, com ou sem antipsicóticos ou antidepressivos. Contudo, os estudos diferiam em um aspecto importante: no Colorado, o grupo de comparação de *manejo de crise* recebeu duas sessões de instrução em família e sessões individuais de crise, segundo a necessidade, no decorrer dos nove meses. No estudo da UCLA, os pacientes no grupo-controle receberam uma intervenção individual de manejo de caso e solução de problemas de intensidade semelhante (21 sessões) à intervenção de FFT.

Apesar das diferenças de delineamento, os resultados que surgiram dos estudos na University of Colorado e na UCLA foram bastante semelhantes. No Colorado (Miklowitz et al., 2003), FFT e medicação levaram a menores frequências de recaída e a um maior intervalo antes da recaída em um período de dois anos do que o manejo da crise e medicação. A FFT também esteve associada a uma maior melhoria nos sintomas de depressão e mania – efeitos que não apareceram até seguimentos de nove e 12 meses, mas continuaram durante todos os 24 meses do seguimento. No estudo da UCLA (Rea et al., 2003) foram identificados efeitos da FFT sobre as taxas de hospi-

talização em um seguimento de dois anos. Os efeitos no tempo até a recaída não foram vistos no primeiro ano, mas apareceram no segundo. Chama a atenção que as taxas de re-hospitalização no período de um a dois anos após o tratamento de nove meses foram de 12% no grupo de FFT e 60% no grupo de terapia individual; para recaída, as taxas foram de 28 e 60%, respectivamente. Ambos os estudos sugeriram que pode haver um efeito retardado da FFT. Os pacientes e os familiares podem precisar “absorver” o tratamento e incorporar a educação e o treinamento de habilidades em suas vidas cotidianas antes que possa haver efeitos de melhoria sobre a doença.

Este último ponto foi esclarecido por Simoneau, Miklowitz, Richards, Saleem e George (1999), que examinaram as transcrições de interações familiares obtidas no estudo do Colorado antes e depois da FFT ou tratamento para manejo de crises. As famílias (pacientes com seus pais e cônjuges) participaram de avaliações interativas que compreendiam discussões de 10 minutos para solução de problemas, que eram transcritas e codificadas por meio do Sistema de Categorias para a Codificação de Interações entre Parceiros (*Category System for Coding Partner Interactions*, Hahlweg et al., 1989). Quarenta e quatro famílias retornaram após um ano para a mesma avaliação, depois de ter sido feito o protocolo de tratamento de FFT ou de manejo de crises. Nas avaliações interacionais pós-tratamento (um ano) os pacientes em FFT e aqueles em manejo de crise não puderam ser distinguidos com base na frequência de comportamentos interativos negativos (p. ex., críticas), mas houve diferenças claras no pós-tratamento em comportamentos interativos positivos, principalmente na esfera não verbal. Após a FFT, pacientes e familiares tiveram mais probabilidade de sorrir entre si, confirmar com a cabeça, enquanto outros estavam falando e se inclinar na direção do outro ao falar. Além disso, o grau em que os pacientes melhoraram em seu comportamento de interação não verbal no decorrer do tratamento psicossocial teve correlação com seu grau de melhoria dos sintomas no ano de tratamento.

A FFT parece ter aliviado certas tensões no ambiente familiar. Futuros estudos usando várias avaliações espaçadas sobre a interação familiar e sobre os sintomas dos pacientes ajudariam a desemaranhar o relacionamento direcional entre melhorias na comunicação da família e resultados nos pacientes em termos de sintomas.

Estudo STEP-BD

O STEP-BD examinou a eficácia do tratamento com estabilizadores de humor combinados com tratamentos psicossociais em 15 locais participantes nos Esta-

dos Unidos (Miklowitz et al., 2007b). Pacientes com transtorno bipolar em episódio depressivo ($N = 293$) foram distribuídos aleatoriamente a medicação estabilizadora do humor – com ou sem antidepressivo – e a 30 sessões de FFT, IPSRT, TCC ou cuidado colaborativo (CC), um tratamento psicoeducativo em três sessões. Os pacientes alocados em qualquer psicoterapia intensiva tiveram índices de recuperação mais altos em um ano e se recuperaram, em média, 110 dias mais rápido do que os pacientes em CC. Os pacientes em terapia intensiva também tiveram mais probabilidade de permanecer estáveis em termos de humor no estudo de um ano. Na FFT, 77% dos pacientes haviam se recuperado em um ano; na terapia interpessoal, 65%, e na TCC, 60%. Na condição de CC, 52% se recuperaram. As diferenças entre as modalidades intensivas não atingiram importância estatística. Deve-se observar que, no STEP-BD não houve qualquer evidência de que os pacientes designados aleatoriamente a estabilizadores do humor com antidepressivos associados tenham se recuperado mais rapidamente da depressão do que os pacientes designados a estabilizadores de humor com placebo associado (Sachs et al., 2007).

O STEP-BD, um dos maiores estudos de tratamento randomizado para o transtorno bipolar, sugere que a psicoterapia é um componente essencial do esforço para estabilizar pacientes com transtorno bipolar em um episódio depressivo. Quando os profissionais estão tratando pacientes bipolares e deprimidos com estabilizadores do humor ou antipsicóticos atípicos, acrescentar uma terapia intensiva pode ser associado com uma recuperação mais rápida do que acrescentar um antidepressivo (Miklowitz et al., 2007a, 2007b). Os ingredientes comuns dos tratamentos intensivos – como ensinar estratégias para manejo do humor, identificar e intervir para resolver problemas interpessoais ou familiares – podem contribuir para a recuperação mais rápida. A FFT se revelou um tratamento particularmente potente nesse estudo, embora suas limitações também tenham ficado visíveis: somente 54% dos pacientes avaliados no estudo tinham famílias acessíveis e dispostas a participar do tratamento.

Psicoeducação familiar no transtorno bipolar de início precoce

Aplicações mais recentes de psicoeducação familiar têm se concentrado em pacientes com transtorno bipolar de início juvenil, que mais frequentemente moram com as famílias de origem ou têm fortes conexões com elas. A FFT para adolescentes (FFT-A; Miklowitz et al., 2004) usa a mesma estrutura de 21 sessões adaptada às necessidades de desenvolvimento desse grupo etário (p. ex., a ocorrência de episódios mais frequentes e breves, geralmente com uma

apresentação mista). Um ECR de dois anos, com 58 pacientes adolescentes com transtorno bipolar, revelou que, em comparação com pacientes que receberam três sessões de psicoeducação familiar (cuidados reforçados, ou CR), os pacientes em FFT-A se recuperaram mais rapidamente de seus sintomas depressivos basais, passaram menos tempo deprimidos no seguimento e tiveram mais melhoras nos sintomas depressivos em um seguimento de dois anos (Miklowitz et al., 2008). Além disso, os efeitos da FFT-A foram moderados pelo nível de EE em famílias durante o período de pré-tratamento. Adolescentes de famílias de alto EE apresentaram mais melhoras nos sintomas depressivos e nos maníacos em dois anos de FFT-A do que com CR; os efeitos da FFT-A em adolescentes de famílias de baixo EE não foram tão intensos (Miklowitz et al., 2009).

Foi criada uma versão da FFT para crianças e adolescentes que estão em risco de desenvolver transtorno bipolar. Esses jovens têm (1) um parente em primeiro grau (geralmente um dos pais) com transtorno bipolar I ou II e (2) desregulação e comprometimento significativos do humor, sob a forma de depressão maior ou transtorno bipolar não especificado (TB-NE). Crianças com TB-NE têm períodos breves (1 a 3 dias) e recorrentes de mania ou hipomania que representam uma mudança em relação aos parâmetros basais. Um seguimento de crianças com TB-NE e um histórico familiar positivo de mania constatou que até metade delas foi “convertida” ao transtorno bipolar I ou II em cinco anos (Axelson, Birmaher, Strober et al., 2011).

Em um ECR de um ano, 40 crianças de alto risco (9 a 17 anos) com TDM ou TB-NE foram designadas aleatoriamente a uma versão da FFT para alto risco (FFT-HR, ou *high risk*) ou a um controle educativo de uma a duas sessões (Miklowitz et al., 2013). Os participantes da FFT-HR tiveram uma recuperação mais rápida dos seus sintomas iniciais de humor, mais semanas em remissão de sintomas de humor e mais melhoras nos sintomas de hipomania em um ano do que os participantes do controle educativo. Assim como foi constatado na amostra adolescente, a magnitude do efeito do tratamento foi maior entre as crianças de alto risco em famílias de alta EE (em comparação com baixa EE).

Outros modelos de intervenção familiar para o transtorno bipolar pediátrico têm se revelado promissores. Em um grande ensaio ($N = 165$) com lista de espera, Fristad, Verducci, Walters e Young (2009) descobriram que crianças com transtornos do humor que foram designadas a grupos multifamiliares apresentaram mais melhoria do humor em seis meses de estudo do que as crianças em uma lista de espera. Além disso, as crianças em lista de espera que partici-

param dos grupos multifamiliares um ano mais tarde apresentaram a mesma quantidade de melhoria dentro de 12 a 18 meses.

Por fim, um tratamento com TCC focada na família, desenvolvido para crianças em idade escolar com transtorno bipolar, incorpora psicoeducação, reestruturação cognitiva e intervenções de regulação afetiva (West e Weinstein, 2012). Esse tratamento de 12 sessões mostrou efeitos positivos em ensaios abertos, e os resultados de um ECR estão pendentes.

Resumo

Acrescentar tratamento psicossocial – em família, grupo ou individual – à farmacoterapia leva a resultados mais positivos para o transtorno bipolar do que se podem atingir com farmacoterapia isoladamente. Ao tirar conclusões, devemos ter em mente as diferentes condições clínicas dos pacientes no início do tratamento. Por exemplo, os estudos de TCC e psicoeducação em grupo focaram em pacientes em remissão, ao passo que os de FFT e IPSRT focaram em pacientes sintomáticos e apenas parcialmente recuperados de um episódio agudo.

O restante deste capítulo é dedicado aos aspectos específicos da aplicação da FFT. A quem ela se destina? Quais são seus procedimentos? Como as famílias são instruídas em relação ao transtorno bipolar e como aprendem novos estilos para se comunicar ou resolver problemas? Ao revisar esses métodos, o leitor pode refletir sobre os vários alvos da intervenção de família (ou seja, as atitudes ou expectativas, conflitos interpessoais, não adesão à medicação) e os vários domínios de resultados que se supõem que sejam influenciados pelas intervenções de família por meio do seu impacto sobre essas metas.

CONTEXTO DA TERAPIA

Objetivos e estrutura do tratamento

A FFT tem seis objetivos, todos relacionados a enfrentar um episódio de transtorno bipolar. Eles são resumidos na Tabela 11.1. Alguns deles dizem respeito a lidar com o episódio atual, outros são mais voltados a prever episódios futuros e os fatores de estresse que desencadeiam esses episódios. Faz-se uma forte defesa dos efeitos protetores da medicação e de um ambiente familiar estável e não estressante.

Para os pacientes com transtorno bipolar sintomático, a FFT geralmente é aplicada em 21 sessões sem internação, com duração de uma hora cada. As sessões são semanais durante três meses, quinzenais durante três meses e mensais durante três meses. Embora a versão descrita aqui seja de 21 sessões, foram desenvolvidas versões mais curtas para populações de alto risco: crianças em risco de transtorno bipolar (12 ses-

TABELA 11.1 Os seis objetivos do tratamento voltado à família

Ajudar o paciente e seus familiares no seguinte:

- integrar as experiências associadas a episódios de humor de transtorno bipolar;
- reconhecer e aceitar a vulnerabilidade do paciente a episódios futuros;
- aceitar a necessidade de medicação estabilizadora do humor para controle dos sintomas;
- distinguir entre a personalidade do paciente e seu transtorno bipolar;
- reconhecer e aprender a enfrentar os eventos estressantes que desencadeiam ocorrências de mania ou depressão;
- restabelecer relacionamentos funcionais após um episódio de transtorno do humor.

sões ao longo de quatro meses) (Miklowitz et al., 2013) e adolescentes/adultos jovens em risco de psicose (18 sessões em seis meses) (Schlosser et al., 2012).

Essa estrutura de nove meses e 21 sessões foi proposta originalmente por Falloon, Boyd e McGill (1984) para o tratamento comportamental de famílias de pacientes com esquizofrenia. O plano apresentado sessão por sessão é mais um guia para o profissional do que uma exigência, porque algumas famílias requerem menos contato intensivo no início, outras exigem contato posterior mais intenso, e outras, ainda, simplesmente não precisam de tanto tratamento. O tratamento foi concebido para ser paralelo às fases de recuperação de um episódio de humor. Durante a fase de estabilização, cerca de sete sessões são dedicadas à psicoeducação, nas quais os pacientes e seus familiares tomam conhecimento da natureza, do curso e do tratamento do transtorno bipolar. Nessa fase, os pacientes costumam ainda estar sintomáticos e geralmente funcionam em termos sociais ou ocupacionais em um nível inferior a suas capacidades anteriores ao episódio (Keck et al., 1998). A psicoeducação é uma tentativa de acelerar a estabilização clínica ao reduzir as tensões familiares que costumam acompanhar a fase de estabilização. Isso é feito ajudando o paciente e os membros de sua família a entender os diferentes eventos que precipitaram o episódio agudo, chegar a um entendimento comum sobre as causas e o tratamento da doença, desenvolver planos para como a família vai agir se houver sinais de recorrência e modular as expectativas sobre o funcionamento do paciente e da família no período de recuperação.

Uma vez que a família tenha começado o módulo de formação e comunicação (de 7 a 10 sessões), o paciente costuma estar totalmente estabilizado em relação ao episódio agudo, embora ainda possa ter sintomas de humor residuais. Nesse momento, o pa-

ciente geralmente é capaz de tolerar exercícios orientados à solução de conflitos familiares e promover a mudança de comportamento. Por exemplo, ele pode praticar a escuta enquanto outro membro da família fala, e membros da família podem fazer o mesmo por ele. Esses exercícios podem ser difíceis quando as emoções do paciente ainda estão desreguladas, mas a estrutura introduzida pelo treinamento para comunicação pode ajudar o paciente a modular a forma como expressa emoções.

Durante a fase final, de treinamento para solução de problemas (4 a 5 sessões), o episódio de humor está, em grande parte, em remissão, e o paciente passou à fase de manutenção – a do tratamento medicamentoso. Nessa fase, e às vezes até antes, o paciente e a família estão motivados a identificar e resolver questões de qualidade de vida que foram prejudicadas pela doença (p. ex., como um paciente casado ou que coabita pode encontrar trabalho, como os pais podem ajudar filhos adultos jovens a se mudar de casa e, gradualmente, ser mais independentes). As últimas sessões de FFT, realizadas mensalmente, ajudam a consolidar os ganhos obtidos durante o tratamento de nove meses.

Setting

A FFT tem sido aplicada em uma variedade de ambientes ambulatoriais, tais como o *Child and Adolescent Mood Disorders Program* (CHAMP), na faculdade de medicina da UCLA, o *Didi Hirsch Community Mental Health Services*, em Culver City, Califórnia, o *Colorado Family Project*, em Boulder, Colorado, o programa *Pediatric Bipolar Disorders*, da Stanford University, e o programa *Child and Adolescent Bipolar Services*, da Faculdade de Medicina da University of Pittsburgh. O UCLA-CHAMP é especializado no tratamento de adolescentes e crianças que estão no espectro bipolar (bipolar I, II ou TB-NE). A equipe é composta por professores de psicologia e psiquiatria, pesquisadores de psiquiatria e estagiários de psicologia, terapeutas conjugais e de família, e estudantes de pós-graduação em psicologia. A clínica, inaugurada em janeiro de 2010, avalia entre 10 e 12 novos pacientes e famílias por mês.

Variáveis dos pacientes

A FFT é realizada com pacientes com transtornos bipolares (bipolar I, II ou TB-NE) que vivem com (ou muito próximo a) seus pais, irmãos ou, no caso de adultos, com cônjuges/parceiros. Os pacientes podem ser de qualquer idade. Os familiares participantes também podem incluir combinações de pais e cônjuges, ou pais divorciados da pessoa com transtorno bipolar. Neste último caso, podem-se realizar algumas

das sessões com o paciente e um dos pais e outras com o paciente e o outro genitor.

Os pacientes com transtorno bipolar podem se apresentar como maníacos, mistos, hipomaníacos, deprimidos ou de ciclagem rápida. A polaridade do episódio mais recente, contudo, é incerta – ela pode mudar antes da próxima sessão do paciente. Pacientes que são maníacos ou hipomaníacos, principalmente os que apresentam elação e grandiosidade, muitas vezes negam sua real condição de doentes e podem acreditar que o transtorno e seu tratamento são simplesmente formas de outras pessoas os controlarem. Pacientes deprimidos podem se sentir mais motivados para o tratamento psicossocial, mas podem ter dificuldades cognitivas de assimilar o conteúdo educativo das sessões. Pacientes com um episódio misto ou com transtorno bipolar de ciclagem rápida são candidatos a FFT. Qualquer dessas apresentações pode exigir intervenções de emergência, como mudanças na medicação ou hospitalização durante o tratamento. Embora não haja nenhuma contraindicação a se oferecer FFT a pacientes que tenham estado sintomaticamente recuperados por longos períodos, em nossa experiência, eles e seus familiares são menos motivados para o tratamento do que aqueles que tiveram um episódio de humor recente.

Os pacientes com transtorno por uso de álcool ou outra substância como comorbidade representam problemas especiais, sendo geralmente resistentes a tratamento psicossocial e medicação. Também são difíceis de diagnosticar. Os efeitos das drogas e do álcool podem mimetizar o ciclo de um transtorno do humor. Como regra geral, os pacientes com transtornos ativos relacionados ao uso de substâncias são tratados com mais sucesso se estão abstinentes antes que a FFT comece. Caso contrário, geralmente é necessário suplementar a FFT com programas que tratem a dependência química (p. ex., grupos dos Alcoólicos Anônimos com diagnóstico duplo). Não obstante, foi desenvolvido um protocolo para tratar adolescentes com transtorno bipolar e abuso de substâncias (Goldstein, Goldstein e Miklowitz, 2008; Miklowitz, 2012).

Tratamento medicamentoso concomitante

Exigimos que nossos pacientes sejam vistos simultaneamente por um psiquiatra, que acompanha sua medicação. O regime costuma incluir um estabilizador de humor de primeira linha, geralmente o carbonato de lítio ou valproato de sódio ou lamotrigina. A escolha desses estabilizadores do humor depende, pelo menos em parte, do paciente apresentar episódios claros de mania eufórica, caso em que o lítio geralmente é recomendado. A lamotrigina é cada vez mais usada para depressão bipolar. Cada vez mais, estamos atendendo

pacientes tratados com antipsicóticos atípicos (p. ex., risperidona, quetiapina, aripiprazol, ziprasidona ou olanzapina), sejam como agentes primários de estabilização do humor ou como coadjuvantes para estabilizadores do humor tradicionais. Há fortes evidências de que esses agentes são muito eficazes para controlar a mania (Scherk, Pajonk e Leucht, 2007) e alguns (mais precisamente, quetiapina) também têm propriedades antidepressivas (Malhi et al., 2009). Esses agentes são particularmente úteis se o paciente estiver muito agitado ou psicótico. Os antidepressivos (p. ex., paroxetina, venlafaxina, bupropiona) ainda são recomendados como auxiliares dos estabilizadores do humor ou antipsicóticos atípicos se a depressão do paciente não entrar em remissão, mas são administrados com cuidado, porque há riscos de passar da depressão a estados maníacos, mistos ou de ciclagem rápida (Altshuler et al., 1995) e, em crianças, preocupações com um leve aumento no risco de ideação ou comportamentos suicidas (Vitiello e Swedo, 2004). No entanto, há poucas evidências de que os antidepressivos causem mania em pacientes com depressão bipolar tratados simultaneamente com estabilizadores do humor ou antipsicóticos atípicos (Sachs et al., 2007).

Um princípio central à FFT é que o terapeuta de família deve estar em contato regular com o psiquiatra do paciente, e esse contato é estabelecido no início do tratamento. A proximidade entre as equipes de tratamento psicossocial e farmacológico melhora a probabilidade de que o paciente permaneça aderido à medicação e também reduz a probabilidade de dissociação ou a tendência do paciente (ou mesmo dos familiares) de ter um “médico bom” e um “médico mau”. Por exemplo, os pacientes reclamam com frequência de seus médicos, dizendo a seus terapeutas de FFT: “Eu queria que você pudesse acompanhar a minha medicação”. Um terapeuta de FFT que tenha um diálogo regular com o médico do paciente pode evitar a armadilha que está sendo montada, recomendando que o paciente levante esses problemas diretamente com o médico.

Alguns pacientes que recusam todos os medicamentos pressupõem que vir à terapia será um substituto para o tratamento medicamentoso. Esses pacientes muitas vezes já tiveram alguma experiência ruim com farmacoterapia e psiquiatria, e também podem acreditar que não estão doentes ou que a doença que eles têm pode ser tratada com “medicina alternativa”. Geralmente, assumimos uma postura rígida com esses pacientes e não os aceitamos na FFT a menos que se comprometam com a farmacoterapia padrão (geralmente, lítio, anticonvulsivantes e/ou antipsicóticos atípicos). Os pacientes com transtorno bipolar que ficam sem ser medicados têm maior probabilidade de ter recaída e não é bom para eles que o profissional

sugira que sua doença pode ser manejada somente com tratamento psicossocial.

Variáveis do terapeuta

Em nossos estudos da UCLA e do Colorado, os terapeutas têm tido entre 23 e 55 anos e entre um e 30 anos de experiência. A maioria tem sido de estudantes de pós-graduação em psicologia clínica ou estagiários de psicologia, *fellows* em psiquiatria ou *fellows* em pós-doutorado em psicologia. Poucos tinham muita experiência na terapia de família antes de aprender a FFT. O programa STEP-BD, realizado em 15 centros, envolveu terapeutas com doutorado ou assistentes sociais cuja experiência em tratamento variava consideravelmente. Em outras palavras, não é necessário que um terapeuta de FFT tenha determinada quantidade de treinamento clínico no início.

Embora não se tenham feito estudos sobre variáveis relacionadas aos terapeutas como preditoras do resultado da FFT, nossa experiência clínica diz que duas variáveis influenciam a reação a essa intervenção. A primeira é a capacidade de pensar em uma família ou um casal como um sistema em que os membros são interdependentes e influenciam os comportamentos uns dos outros. Os terapeutas que têm problemas com a FFT muitas vezes têm dificuldade de fazer a transição para essa forma de pensar sistêmica. Eles tendem, por exemplo, a realizar sessões em família como se fossem sessões individuais, com um paciente e vários observadores. Alguns desses mesmos problemas surgem quando se aprendem outras formas de terapia de família.

O segundo preditor positivo é a disposição de pensar *biopsicossocialmente* – ou seja, de ver o transtorno bipolar como uma doença de base biológica que requer medicação, mesmo que seus sintomas sejam parcialmente evocados por fatores de estresse concomitantes. Portanto, o terapeuta deve defender com frequência a adesão à medicação pelo paciente, mesmo quando questões psicossociais são mais interessantes e parecem mais urgentes.

Concluimos que os protocolos de treinamento a seguir funcionam bem para aprender a FFT. Em primeiro lugar, os terapeutas participam de uma oficina de FFT de um a dois dias. A seguir, começam a frequentar sessões de supervisão em grupo nas quais terapeutas com formação em FFT discutem seus casos, e nas quais podem observar sessões (ou ouvir gravações). Eles leem o manual de tratamento publicado (Miklowitz, 2008b) e, quando for o caso, os manuais adaptados para adolescentes com TB ou crianças com risco de TB. A seguir, trabalham como coterapeutas para os terapeutas com formação em FFT. Depois de tratar dois casos com supervisão intensiva, geralmen-

te estão prontos para atender a famílias ou casais de forma independente ou ter profissionais em formação sob sua orientação.

O modelo da coterapia tem vantagens para o treinamento. Ele tem uma longa história na literatura da terapia de família (ver, p. ex., Napier e Whitaker, 1988). Os coterapeutas têm uma forma de manter seus colegas terapeutas na linha. Além disso, se uma pessoa parecer se sentir “atacada” por um terapeuta ou outro familiar, o outro terapeuta pode estabelecer essa conexão, aliando-se a essa pessoa. O diálogo entre os terapeutas dentro da sessão também pode oferecer modelos eficazes de habilidades de comunicação para uma família ou um casal.

AVALIAÇÕES PRÉ-TRATAMENTO

Avaliação diagnóstica

O transtorno bipolar está se tornando um diagnóstico cada vez mais comum em *settings* da comunidade, tanto ambulatoriais quanto de internação. Embora esse seja um desdobramento positivo, dada sua subidentificação no passado, também há elementos problemáticos nas modernas avaliações diagnósticas. Em nenhum lugar isso fica mais óbvio do que no diagnóstico de crianças e adolescentes, que atualmente são chamados de “bipolares” sem muita evidência que sustente isso (Carlson et al., 2009). A inadequação das avaliações diagnósticas na comunidade deriva em parte de reembolso inadequado por parte dos planos de saúde para as fases de avaliação do tratamento. Alguns dos pacientes indicados a nós foram diagnosticados mais corretamente como transtorno ciclotímico, transtorno da personalidade *borderline* ou, até mesmo, TDM. Muitos adolescentes são encaminhados com “ataques de raiva”. Nossos colegas em consultórios da comunidade muitas vezes observaram os mesmos problemas quando os pacientes que supostamente teriam transtorno bipolar são encaminhados a eles.

Ao atender um paciente novo, muitas vezes é útil para o profissional determinar a confiabilidade do diagnóstico com uma avaliação formal usando toda ou parte de uma entrevista diagnóstica estruturada. Dentro de nossos protocolos de pesquisa, temos usado a Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV – Versão do paciente (SCID; First, Spitzer, Gibbon e Williams, 1995) como mecanismo de avaliação diagnóstica. O SCID é bem descrito em outros trabalhos (Spitzer, Williams, Gibbon e First, 1992). Quando o paciente tem menos de 18 anos, usamos a *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL), acompanhada pelas *K-SADS Depression and Mania Rating Scales* (Axelson et al.,

2003; Chambers et al., 1985; Kaufman et al., 1997). O K-SADS-PL requer entrevistas separadas com a criança e pelo menos um dos pais, e depois, uma classificação consensual de cada sintoma. Esses instrumentos estão sendo atualizados para o DSM-5 para incluir mudanças como a adição do transtorno disruptivo da desregulação do humor ou a definição mais ampla dos transtornos do espectro autista.

Alguns dos fatores que podem afetar a confiabilidade dos dados obtidos a partir do SCID ou K-SADS-PL são se o paciente está doente em termos agudos ou estável. Os pacientes agudamente doentes são menos confiáveis em suas descrições de sintomas. Em geral, os pacientes em estado maníaco minimizam seus sintomas, ao passo que os deprimidos podem fazer o contrário. Os pacientes com transtorno bipolar também têm problemas com relatos em retrospectiva: “Eu já tive mais de mil episódios” e “Eu sou maníaco-depressivo desde que eu era bebê” são respostas comuns a entrevistas diagnósticas.

Quer se use a entrevista estruturada, quer se use a entrevista clínica aberta, costuma ser difícil determinar se as desregulações do humor de um paciente e as mudanças de atividades associadas a isso estão em nível subsindrômico ou síndrômico. Alguns pacientes relatam períodos breves de hipomania ou irritabilidade que se alternam com depressões mais graves. Esses períodos breves e ativos de hipomania nem sempre chegam à duração de limiar do DSM para hipomania (quatro dias ou mais), principalmente entre crianças e adolescentes. Em alguns casos, o paciente está “a um sintoma de distância”. Alguns desses pacientes são melhor diagnosticados com transtorno ciclotímico ou TDM. Para as crianças com sintomas maníacos que não cumprem os critérios de duração ou contagem de sintomas, costuma ser dado o diagnóstico de “transtorno bipolar não especificado”.

Hagop Akiskal (1996) recomendou que os profissionais levem em conta um espectro bipolar mais amplo que inclua perturbações centrais de temperamento, incluindo hipertímia (exuberância, excesso de otimismo, grandiosidade, busca de estímulos, intromissão física com outros) ou “distímia sub-bipolar.” Na FFT, a ampliação do espectro bipolar para incluir esses pacientes introduz um dilema: o profissional atua com esses pacientes da mesma maneira que faz com pacientes com transtorno bipolar I ou II? Como ele educa o paciente e a família sobre os fatores que provocam episódios maníacos ou depressivos se não se podem identificar episódios específicos? Se um paciente nunca teve um episódio maníaco completo, o terapeuta deve atuar de acordo com o pressuposto de que ele acabará por desenvolver mania espontaneamente? As mesmas técnicas de autogestão se aplicam

(p. ex., usar a solução de problemas para minimizar conflitos familiares)?

Nossa impressão geral foi de que os pacientes que não passam por ciclos claros de episódios de humor formam uma população diferente daqueles com transtorno bipolar verdadeiro. Portanto, antes de recomendarmos um tratamento com FFT, é necessário que haja evidências de um curso episódico da doença, mesmo que em nível subliminar. No entanto, as intervenções psicossociais quase certamente têm um papel a desempenhar na estabilização de pacientes com essas apresentações de amplo espectro, uma importante indicação para pesquisas futuras.

Gráfico do humor

Para que se tenha clareza no diagnóstico, assim como para o progresso do paciente no tratamento, é bom pedir que ele mantenha um gráfico diário de humor. Um desses instrumentos, o Medidor do Ritmo Social (*Social Rhythm Metric*, Monk, Kupfer, Frank e Ritenour, 1991), pede que o paciente documente seu humor diário em uma escala de -5 (*Deprimido*) a +5 (*Eufórico/ativado*), com rotinas sociais que possam influenciar esse humor (p. ex., tempo de sono e vigília, tempo de convivência social do paciente, intensidade dessa estimulação social, os hábitos de exercício do paciente e outros fatores).

Leverich e Post (1998) desenvolveram o *gráfico da vida*, de autoavaliação, no qual o paciente deve controlar variações diárias no humor, medicação, fatores de estresse e sono. Os dados dos gráficos do humor/atividade ajudam o terapeuta e o paciente a avaliar em conjunto o tipo de ciclagem do paciente e até onde os fatores sociais de estresse contribuem para as flutuações do humor. A Figura 11.1 é um exemplo de gráfico do humor. Observe a ciclagem do

transtorno em relação a fatores de estresse e padrões de sono específicos informados pelo paciente. Nesse exemplo, o fator de estresse (a doença de um animal de estimação) é associada à alteração do sono e ao aparecimento de sintomas mistos de humor em nível subsindrômico.

Avaliações familiares

A FFT geralmente começa com uma avaliação minuciosa das atitudes e dos comportamentos da família para identificar os alvos da intervenção. Os estudos na UCLA começaram com a Entrevista de Família de Camberwell, o instrumento para classificar EE discutido anteriormente. Essa entrevista, geralmente feita quando o paciente manifesta os sintomas de forma aguda, trata do período anterior de três meses, que costuma incluir as fases prodrômicas de surgimento dos sintomas. A entrevista proporciona respostas às seguintes perguntas: Qual é o nível atual de tensão na casa e no relacionamento entre os familiares e o paciente? Qual dos comportamentos do paciente está servindo de estímulo para discussões ou hostilidade na família? Os familiares entendem que o paciente tem transtorno bipolar ou provavelmente atribuirão os comportamentos negativos do paciente a fatores internos ou controláveis?

Um problema dos métodos de EE/entrevista familiar de Camberwell é a dificuldade de exportá-los para os serviços de atendimento da comunidade. As entrevistas com ambos os pais podem totalizar 3 horas e a codificação das gravações pode acrescentar mais 6 horas por pessoa, por família. Se o propósito do terapeuta for planejar tratamento em vez de pesquisa, ele pode conseguir substituir por uma medida de autoavaliação, como a Escala de Crítica Percebida (*Perceived Criticism Scale*, Hooley e Teasdale, 1989).

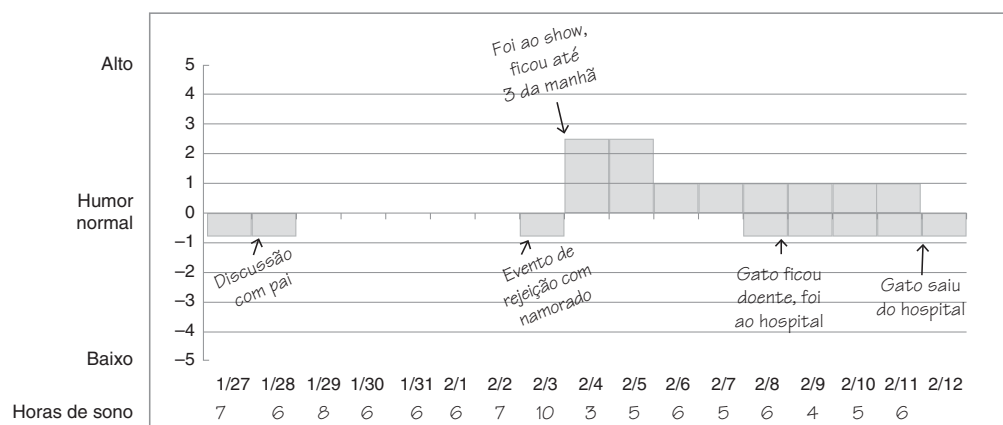


FIGURA 11.1 Exemplo de um gráfico de autoavaliação do humor.

Essa medida simplesmente pede que o paciente classifique, em uma escala de 1 a 10, em que grau os familiares próximos manifestam comentários críticos em relação ao paciente e em que grau ele faz comentários críticos em relação aos familiares. Nós avaliamos a validade preditiva dessa escala em uma amostra de 360 adultos bipolares acompanhados durante um ano (Miklowitz, Wisniewski, Miyahara, Otto e Sachs, 2005). O grau em que os pacientes informaram estar incomodados ou desconfortáveis com as críticas dos familiares foi um forte preditor dos seus níveis de depressão em um período prospectivo de um ano. Curiosamente, a *quantidade* de crítica percebida por eles em relação aos familiares não foi significativa em termos de prognóstico.

Em nossos protocolos de pesquisa, geralmente trazemos a família para uma avaliação de interação antes de iniciar o tratamento. Inicialmente, cada membro da família, incluindo o paciente, identifica um ou vários temas familiares problemáticos. Em seguida, a família discute um ou mais desses tópicos, enquanto o médico observa por meio de um espelho unidirecional. As transcrições das discussões de 10 minutos para a solução de problemas podem ser codificadas usando manuais, tais como o *Category System for Coding Partner Interactions* (Hahlweg et al., 1989) ou o *Global Assessment of Relational Functioning* (Dausch, Miklowitz e Richards, 1996).

O terapeuta também pode se basear em simples observações do comportamento de comunicação e solução de problemas da família para informar os módulos de treinamento de habilidades da FFT. Para citar Yogi Berra, “pode-se observar muita coisa assistindo”. Em primeiro lugar, muitos familiares ou pacientes não conseguem se concentrar em um único problema e, em vez disso, começam a fazer “reclamações cruzadas” ou a acusar outros familiares como forma de se contrapor às acusações que lhes são feitas. Alguns desenvolvem ciclos de ataque e contra-ataque. Para cada família específica, o profissional deve identificar as formas que esses intercâmbios assumem, quais relacionamentos diádicos ou triádicos estão envolvidos, os temas que desencadeiam essas interações (p. ex., hábitos relacionados a tomar medicação, independência, limites interpessoais) e se os membros da família conseguem interromper os ciclos antes que eles saiam do controle. Quem critica quem, e com que frequência? Como a pessoa visada responde? O problema original consegue ser resolvido em algum momento? Até onde a fala de pacientes ou familiares é clara (ou desorganizada)?

O PROCESSO DE TRATAMENTO

Psicoeducação

A Tabela 11.2 resume os domínios temáticos tratados na FFT. A iniciação do módulo de psicoeducação da FFT demanda três condições. Em primeiro lugar, o paciente deve estar sendo atendido por um psiquiatra e ter começado medicação. Em segundo, deve ter sido feita uma avaliação diagnóstica. Terceiro, o paciente deve ser capaz de tolerar sessões em família. Não há requisito de que ele esteja em remissão ou em recuperação.

Nas sete ou mais sessões semanais que compõem o módulo de psicoeducação, os participantes (pacientes e seus familiares próximos) se familiarizam com os sintomas do transtorno bipolar, a forma como episódios se desenvolvem, os papéis da genética, da biologia e do estresse, tratamentos farmacológicos e o papel das estratégias de manejo de estresse.

TABELA 11.2 Tratamento voltado à família: estrutura e tópicos

I. Psicoeducação

- Os sintomas e o curso do transtorno bipolar
 - Os sinais e sintomas da (hipo)mania e depressão
 - O desenvolvimento do episódio de humor mais recente
 - O papel dos eventos na vida no episódio mais recente
 - O curso do transtorno ao longo do tempo

A etiologia do transtorno bipolar

- O modelo de vulnerabilidade-estresse
 - O papel do estresse
 - Disposições genéticas e biológicas
- Fatores de risco e de proteção no curso do transtorno

Intervenções e automanejo

- Manter um gráfico do humor
- Tipos de medicamentos
- Tipos de tratamentos psicossociais
- Como a família pode ajudar
- Automanejo do transtorno
- Treino de prevenção da recaída

II. Treinamento para a melhoria da comunicação

- Expressar sentimentos positivos
- Escuta ativa
- Fazer solicitações positivas de mudanças
- Expressar sentimentos negativos

III. Treinamento em habilidades de solução de problemas

- Definir problemas
- Gerar soluções
- Avaliar vantagens/desvantagens
- Escolher uma solução ou uma combinação delas
- Desenvolver um plano de desenvolvimento
- Revisar a situação do problema

As primeiras sessões: apresentando uma fundamentação

Assim como acontece com a maioria das outras formas de terapia, os clínicos começam explicando a fundamentação do programa de FFT. Muitos participantes perguntam por que as sessões em família ou casal devem acompanhar a medicação para um paciente que esteja se ajustando a um episódio recente de transtorno bipolar. O *modelo de reentrada* é particularmente útil para orientar os participantes (Miklowitz, 2008b, p. 104):

Um episódio de transtorno bipolar pode ser bastante traumático para todos os membros da família... No transtorno bipolar, quando uma pessoa volta para casa e começa a se recuperar, há um período para “se refamiliarizar”, no qual todo mundo tem de conhecer todo mundo de novo, e quando todos tentam entender o que aconteceu. Esse é um momento difícil para qualquer família, e parte de nosso propósito aqui é tornar esse ‘período de refamiliarização’ menos perturbador para todos vocês. Gostaríamos, ao longo deste ano, de fazer com que vocês, como família, voltem a ser o que eram antes que _____ ficasse doente. Queremos lhes dar algumas ferramentas para lidar com esse período de recuperação.

Essa introdução tem dois propósitos. O primeiro é comunicar aos membros da família que suas reações emocionais à doença do paciente – mesmo que sejam bastante negativas – são normais e previsíveis. Segundo, sugere que a terapia vai incluir explorar e esclarecer as reações emocionais dos participantes às informações sobre o transtorno. Essa característica da terapia pode ser tornada ainda mais explícita:

Se você tiver sentimentos ao discutir estes conteúdos, por favor, coloque-os em discussão. Estamos interessados em saber como essas questões se aplicam a você e às suas próprias experiências. Você pode concordar ou não com alguns dos conteúdos que apresentamos aqui. [...] O propósito de se concentrar neles é situar suas experiências em um contexto em que tenham sentido. (p. 110)

A seguir, faz-se uma prévia do tratamento:

Vamos trabalhar com vocês em dois níveis diferentes. Um é estimular o trabalho que _____ está fazendo atualmente com seu psiquiatra para que possa ser estabilizado(a) com a medicação. O segundo, é sobre como vocês, na condição de família, podem minimizar o estresse. [...] Achemos que há várias maneiras, como

fazer com que vocês conheçam mais sobre o transtorno bipolar e trabalharmos juntos a fim de que melhorem sua comunicação e a solução de problemas entre vocês mesmos. Essas estratégias devem aumentar as chances de _____ ter uma boa recuperação e ajudá-los, como família, a enfrentar o transtorno. O que acham? (p. 107)

Os sintomas do transtorno bipolar

A FFT continua com uma série de textos que são usados como estímulos para gerar discussões em família ou em casal. Eles contêm uma lista de sintomas de episódios maníacos, hipomaníacos ou depressivos, com ilustrações. O propósito desses textos não é que os participantes memorizem os critérios diagnósticos, e sim um ponto de partida para desestigmatizar a doença e romper com tabus familiares em relação a falar dela. O paciente deve olhar a lista e descrever aos membros de sua família como se sente quando está eufórico, irritável, sem conseguir dormir ou ativado por pensamentos acelerados ou planos grandiosos. Da mesma forma, os familiares descrevem os comportamentos que observam quando o paciente tem ciclos de mania ou hipomania. Um diálogo semelhante se faz para os sintomas da depressão. Considere o seguinte diálogo entre um paciente, sua mãe, seu pai e o terapeuta.

PACIENTE: A questão é que tem a fase maníaca e a hipomaníaca. Quando eu estou maníaca, tenho de ser mesmo hospitalizada. Eu controlo até o clima, sou famosa. Quando estou hipomaníaca, bom, eu posso ficar assim simplesmente por causa de muito estresse, muita cafeína, muita agitação...

MÃE: Eu sei quando ela está agitada, porque começo a ficar realmente brava com ela. Ela me provoca.

PAI: E ela fica com um olhar estranho. E diz que nós não estamos escutando o que ela diz...

PACIENTE: Mas vocês não me escutam! É aí que vocês me tiram do sério com mais facilidade!

TERAPEUTA: Vamos ficar com isso por enquanto, com a questão da escuta. É muito importante e com certeza é uma coisa que vamos tratar aos poucos, mas o que mais você nota quando fica maníaca ou hipomaníaca? [*Redireciona o foco.*]

PACIENTE: Eu fico meio... reativa. Sinto tudo com muita intensidade, mas eles veem isso como sendo o que eu sou.

Observe os temas que surgem nessa discussão de sintomas e como eles estão relacionados com os seis objetivos da FFT indicados na Tabela 11.1. A vul-

nerabilidade da paciente às recorrências é explicitada pela identificação, por parte da família, de sinais prodromáticos de seus episódios. A paciente aponta o papel dos problemas de comunicação na família, fazendo alusão a dúvidas sobre se alguns de seus sintomas são realmente traços da personalidade (intensidade e reatividade). Há um começo de discussão de fatores de estresse que talvez contribuam para desencadear seus episódios.

O modelo de vulnerabilidade-estresse e o levantamento dos acontecimentos da vida

No início da psicoeducação, os terapeutas de família defendem veementemente as influências combinadas do estresse, dos desequilíbrios biológicos no cérebro e da vulnerabilidade genética no curso do transtorno bipolar. Distribui-se um texto ilustrando essas interações vulnerabilidade-estresse e se revisam vários fatores de risco e de proteção. Por exemplo, o paciente e os familiares são alertados do impacto dos “maus hábitos do sono” (ou seja, ter horários irregulares, ir dormir em horas imprevisíveis), uso de drogas e álcool, interações familiares estressantes e interações interpessoais provocadoras e superestimulantes. Eles são estimulados a fazer uso de fatores de proteção disponíveis (p. ex., apoios sociais) e manter a adesão à medicação. Apresentam-se os propósitos dos vários medicamentos e se revisa o papel do monitoramento dos níveis sanguíneos (quando for o caso). Na descrição dos fatores de proteção, há uma ênfase especial em manter o ambiente familiar com baixo nível de conflito e as expectativas de desempenho razoáveis em relação ao paciente no período de recuperação. No exemplo a seguir, o clínico relembra o paciente e sua mãe de que depressão não quer dizer falta de esforço e que se deve esperar um período de recuperação antes de se voltar a ter a situação ocupacional pré-mórbida.

TERAPEUTA: (*Dirigindo-se a Gary, o paciente.*) Eu acho que você não deve esperar muito por enquanto. Você ainda está se recuperando do episódio, pode ser necessário algum tempo para retomar o rumo.

MÃE: Quanto tempo? Já faz um tempo que ele está assim.

TERAPEUTA: Eu não tenho dúvidas de que isso é frustrante, mas você tem de considerar isso como um período de convalescença. Quando alguém tem uma gripe forte, pode ser preciso ficar mais um ou dois dias na cama para se recuperar completamente. Para o transtorno bipolar, esse período pode ser, em média, de 3 a 6 meses. Mas, Gary, com a sua medicação e com as sessões em família, tenho toda a expectativa de

que você vai se recuperar e estar bem para voltar a trabalhar.

O terapeuta oferece esperanças, mas não pinta um quadro cor-de-rosa do futuro. Muitas vezes, a família já passou por esse tipo de episódio antes e o profissional que oferece uma visão excessivamente otimista do futuro será considerado fora da realidade.

Descrever a biologia e a genética do transtorno é fundamental para justificar o papel da medicação, mas não é necessário que o terapeuta entre em detalhes sobre a neurofisiologia do transtorno. Em vez disso, ele começa pedindo que os participantes revisem a história psiquiátrica familiar e discutam quaisquer outras pessoas na família que tenham tido episódios de depressão ou mania. Ao revisar esse histórico, diz-se à família que a vulnerabilidade ao transtorno bipolar pode assumir muitas formas, incluindo depressão maior sem mania, alcoolismo, suicídio e distímia. A seguir, o clínico explica os fatores por trás da desregulação neural no transtorno bipolar:

“Sabemos que pessoas com transtorno bipolar têm dificuldade para regular seus estados emocionais, sono, e excitação, que são regulados pelo sistema límbico, um circuito importante no seu cérebro. Na mania, nós consideramos que o sistema límbico se torna hiperativo, e o córtex frontal – o “executivo” no seu cérebro – deixa de conseguir fazer seu trabalho. É quase como ter o pé no pedal do acelerador quando os freios não estão funcionando. Quando uma pessoa fica deprimida, o sistema é desligado, e os circuitos ficam subativos. Essas mudanças na atividade cerebral não podem ser controladas por meio de seus esforços conscientes, mas os medicamentos que você toma podem ajudar muito a equilibrar a atividade no seu sistema nervoso.”

Quando os familiares começam a atribuir os comportamentos do paciente que geram aversão a atitudes deliberadas (o “erro de atribuição fundamental”), o terapeuta pode lembrar-lhes dos desequilíbrios bioquímicos, mas também se deve recomendar que a família e o paciente não exagerem na ênfase à natureza biológica do transtorno a ponto de descuidar dos fatores de estresse como conflitos que há muito persistem dentro da família. Em outras palavras, o paciente não é totalmente redimido de suas responsabilidades, e sim estimulado a observar a si próprio para ver quando está entrando em discussões com familiares e a determinar se suas reações a esses conflitos são o reflexo de um estado sintomático mal resolvido ou o ressurgimento de conflitos que teriam sido problemáticos mesmo antes de adoecer.

O esclarecimento do desenvolvimento e dos fatores desencadeantes do episódio mais recente é ajudado por um texto descrevendo as mudanças na vida que podem ter ocorrido quando o episódio estava se desenvolvendo. Algumas dessas mudanças são bastante graves e negativas (como a morte de um dos pais); outras são bastante leves, mas podem ter causado alterações nos ciclos de sono e vigília (p. ex., tirar férias). O terapeuta faz uma discussão com a família ou o casal sobre fatores desencadeantes que podem ter provocado o atual episódio, alertando para o fato de que fatores desencadeantes de mania e depressão podem ser muito diferentes. Não é fundamental que os participantes concordem em relação a uma causa única para o episódio mais recente, mas eles podem se beneficiar de saber que os episódios de humor são afetados por fatores ambientais bem como neurológicos.

A revisão da recaída

Próximo ao fim da psicoeducação, a família e o paciente têm sua primeira exposição à solução de problemas. A tarefa é revisar os sinais prodromicos de um episódio em desenvolvimento e dar os passos necessários para impedir uma recaída completa. Os participantes devem gerar linhas de ação alternativas caso o paciente tenha recaído à mania ou à depressão, o que pode incluir providenciar serviços psiquiátricos de emergência (p. ex., telefonar para o psiquiatra do paciente) ou introduzir exercícios de ativação comportamental (p. ex., ajudar o paciente deprimido a marcar mais atividades ao ar livre durante o dia). Cada membro da família deve cumprir uma função no plano de prevenção à recaída. Por exemplo, em algumas famílias, um dos pais pode estabelecer contato com o médico. Em outras, o paciente pode querer ser o primeiro a entrar em contato. Assim, recomenda-se que a família ou o casal deixe números de telefone de pessoas a ser contatadas em caso de emergência, incluindo os profissionais da saúde que atendem a família, em lugar de fácil acesso.

Lidando com a resistência ao conceito de doença

Pacientes com transtorno bipolar têm reações fortes aos materiais psicoeducativos, assim como os familiares. Esses materiais requerem que os participantes reconheçam o transtorno bipolar como uma doença que terá recorrência mais cedo ou mais tarde. Os pacientes mais jovens têm mais probabilidade de rejeitar a noção de uma doença recorrente, especialmente se ainda estiverem hipomaniacos. Eles se sentem poderosos e no controle, e a ideia de ter uma doença lhes cai como grilhões. Além disso, estão mais sintonizados ao estigma associado ao transtorno bipolar ou

qualquer outro diagnóstico psiquiátrico, e temem que seu comportamento seja rotulado de louco. A resistência também pode ter origem nos membros da família. Os familiares de pacientes deprimidos tendem a ver o transtorno como algo causado propositalmente e não como o produto de um desequilíbrio bioquímico. A resistência por parte de um familiar muitas vezes se associa a intensos conflitos familiares.

Aceitar um transtorno psiquiátrico é um processo doloroso para pacientes e familiares. Muitas vezes, os materiais psicoeducativos levantam questões como: “Por que eu? Por que agora? Que tipo de vida eu vou ter? As pessoas vão me tratar como doente mental daqui em diante? Eu vou voltar a ser normal?”. Os familiares se fazem perguntas igualmente dolorosas, como: “Eu vou ter de cuidar dele para o resto da vida? Os meus sonhos e esperanças para ele acabaram?”. Cônjuges/parceiros podem se perguntar: “Devo deixá-lo?”. Quando se fazem essas perguntas, alguns pacientes respondem com *subidentificação* ou a negação da realidade do transtorno, ou reconhecendo a doença superficialmente, mas vivendo suas vidas como se não fossem reais.

Outros “superidentificam” e se limitam desnecessariamente (p. ex., uma mulher evitava relacionamentos amorosos, porque dizia: “Ninguém jamais vai conseguir se aproximar de mim por causa de minhas oscilações de humor”). Da mesma forma, os familiares podem negar a realidade do transtorno ou, ao contrário disso, vigiar demais a saúde do paciente e tentar limitar seu comportamento desnecessariamente. Os conflitos familiares atingem um máximo quando há uma falta de sintonia entre estilos de enfrentamento, como quando os pacientes subidentificam e os familiares superidentificam, ou o contrário.

Os profissionais que trabalham com FFT trabalham com sensibilidade às questões emocionais dolorosas subjacentes às reações à doença. Um método para se lidar com essas reações é prever que vai ocorrer negação e resignificá-la como sinal de saúde. Por exemplo, considere um jovem com hipomania que aceitou tomar medicação, mas nega estar doente, e cujos pais controlam e monitoram em demasia seu comportamento. Para esse jovem, o terapeuta pode dizer:

“Embora eu aprecie o fato de você estar tomando a medicação e seguindo o plano de tratamento, imagino que você não vá querer fazer isso sempre. Você provavelmente tem dúvidas sobre se esse diagnóstico é correto para você ou se vai ter mais sintomas. Posso entender por que você teria esse tipo de pergunta. O proces-

so de aceitar o fato de se ter transtorno bipolar – ou qualquer doença – é muito sofrido e pode ser difícil de aceitar. Essa é uma resistência normal e saudável. Então, à medida que vamos repassando nosso material, você pode se surpreender reagindo a ele e achando que pode não ser relevante para você. Mas eu gostaria que você aceitasse que, se tiver essas reações, vai dizer para que possamos discuti-las.”

Observe que essa intervenção tem um caráter paradoxal, mas que o terapeuta se detém antes de realmente estimular o paciente a permanecer ou a aumentar seu nível de discordância com o diagnóstico. Em vez disso, ele reformula essa negação como algo saudável e previsível e a reconecta com um luta emocional subjacente.

Uma segunda maneira de intervir é “difundir a aflição”. Ser rotulado como doente mental pode colocar uma pessoa em uma posição de inferioridade diante de outros familiares, incluindo irmãos com os quais o paciente pode já se sentir competitivo. Um efeito colateral possível da psicoeducação é o exagero desses problemas familiares estruturais. O terapeuta pode evitar essa armadilha recomendando que outros membros da família discutam suas próprias experiências a respeito da depressão, da ansiedade ou outros problemas. Esse processo pode ajudar a normalizar problemas de humor e tirar o paciente da situação difícil.

O exemplo a seguir envolve Josh, com 25 anos, e um episódio maníaco recente. Ele reagiu de forma intensa, pois achava que todos estavam lhe dizendo que estava maluco. Segundo Josh, ele só “fez festa demais”. Durante uma das sessões de psicoeducação, seu pai admitiu ter tido um episódio depressivo na faculdade.

TERAPEUTA: Josh, parece que você está reagindo a alguma coisa que eu acabo de dizer sobre o transtorno bipolar. Você se ofendeu?

JOSH: Não sei, não foi nada que você disse, é só que eu fico cansado de ser o único na família que tem problemas.

TERAPEUTA: Isso é verdade? Alguém mais na sua família já teve problemas com a depressão? Ou o que eu chamei de mania?

PAI: (Pausa.) Eu tive, e já contei ao Josh. Você se lembra do que eu lhe contei sobre a faculdade?

JOSH: (Com ar chateado.) Não sei, por que você não nos conta?

PAI: Eu tive aquele período longo em que não conseguia comer nem dormir e não conseguia estudar. Larguei a faculdade por um semestre.

A seguir, a sessão tratou do pai e de sua história de depressão. O pai revelou uma história de psicose que envolvia pensamentos delirantes. Embora tenha ficado incomodado inicialmente, o paciente se tornou mais cooperativo nas discussões que seguiram e mais disposto a falar sobre como o rótulo da doença fez com que ele se sentisse estigmatizado. Um terceiro método para se lidar com a resistência é fazer analogias com transtornos médicos. A doença é menos estigmatizante ao paciente e sua família se eles conseguirem vê-la dentro do espectro de outros tipos de doença física crônica. O diabetes e a hipertensão costumam ser boas comparações, especialmente porque a influência do estresse também pode ser usada:

“O transtorno bipolar envolve desequilíbrios biológicos, da mesma forma que a hipertensão, e é afetado pelo estresse de forma bem parecida. A maioria das pessoas têm mudanças na pressão sanguínea quando acontece alguma coisa estressante, mas as pessoas com hipertensão têm uma vulnerabilidade a essa mudança extrema na pressão. Da mesma maneira, a maioria das pessoas têm mudanças no humor quando alguma coisa importante acontece, mas as que têm transtorno bipolar funcionam em extremos maiores.”

Ao fazer essas analogias, o profissional valida os sentimentos do paciente em relação ao estigma:

“Embora haja algumas semelhanças com doenças como a hipertensão, pode ser mais difícil de conviver com o transtorno bipolar, por que as outras pessoas tendem a ter medo dele e não sabem o que significa. Elas podem achar que você está fazendo isso de propósito. Você tem de educar as outras pessoas com calma, especialmente as que são as mais importantes para você, e explicar isso de uma forma que elas não entrem em pânico.”

Treinamento para a melhoria da comunicação

O segundo módulo da FFT, a CET, começa mais ou menos na oitava sessão e dura cerca de sete ou oito sessões (cinco sessões semanais, seguidas por duas ou três sessões quinzenais). A CET tem como referência dois pressupostos. Em primeiro lugar, uma comunicação em família aversiva é uma seqüela comum para um episódio de doença psiquiátrica e, em grande medida, reflete o desconforto dentro da família ou do casal, nas tentativas de seus membros de lidar com o transtorno. Em segundo lugar, a frequência da comunicação aversiva pode ser reduzida com o treinamento de habilidades.

A CET usa um formato de dramatização para ensinar aos pacientes e familiares quatro habilidades de comunicação: expressão de sentimentos positivos, escuta ativa, solicitações positivas de mudanças no comportamento do outro e *feedback* negativo. Essas habilidades são centrais à abordagem de manejo do comportamento familiar para a esquizofrenia, de Falloon e colaboradores (1984) e Liberman, Wallace, Falloon e Vaughn (1981). O nível em que cada uma dessas habilidades domina os exercícios de dramatização varia segundo as avaliações familiares realizadas anteriormente. O tratamento de uma família com muito conflito e atitude de EE elevado pode se concentrar em formas adaptativas com que os participantes podem pedir mudanças no comportamento dos outros. O tratamento de um casal desconectado emocionalmente pode centrar-se em *feedback* positivo e habilidades de escuta, para induzir os parceiros a experimentar um relacionamento mais interdependente.

O módulo começa com uma explicação do método da CET para a família:

Uma pessoa pode correr riscos de outra recaída do transtorno bipolar se o ambiente em casa estiver tenso. [...] A comunicação e a solução de problemas de boa qualidade podem estar entre esses 'fatores de proteção' contra o estresse dos quais falamos antes. Para um familiar próximo, aprender habilidades de comunicação eficazes pode ser uma forma de reduzir a tensão e melhorar as relações familiares. [...] Queremos ajudá-los a se comunicarem da forma mais clara e menos estressante possível. [...] pediremos que coloquem as cadeiras de frente uns para os outros e pratiquem novas formas de falar entre si. (Miklowitz, 2008b, p. 208).

Observe que a CET está ligada a dois dos seis objetivos do programa de tratamento como um todo: ajudar os participantes a enfrentar fatores que desencadeiam o estresse e restaurar os relacionamentos familiares funcionais depois de um episódio da doença. As duas primeiras habilidades, o *feedback* positivo e a escuta ativa, geralmente estimulam uma sensação de colaboração entre o casal ou a família. Por outro lado, fazer solicitações positivas de mudança e dar *feedback* negativo estão mais voltadas ao conflito, e só são introduzidos quando os participantes estão acostumados ao formato de dramatização e ensaio comportamental.

Para cada habilidade, o profissional dá aos participantes um texto que lista suas habilidades (p. ex., para escuta ativa: olhar nos olhos, fazer sinal afirmativo com a cabeça, fazer perguntas de esclarecimento, parafrasear/ conferir o que acaba de escutar).

A seguir, o profissional modela o comportamento para a família. Por exemplo, ele poderá elogiar um membro da família por sua colaboração com o tratamento ou modelar a escuta eficaz enquanto outro fala de um problema. Após a habilidade ser apresentada e modelada, pede-se que os participantes a pratiquem uns com os outros, com o terapeuta orientando. Geralmente, o terapeuta orienta um participante de cada vez em relação a formas adequadas de usar uma determinada habilidade. O *feedback* de outros familiares é solicitado ativamente. A seguir, pede-se que quem fala ou escuta experimente, de novo, usar a habilidade, até que tenha se aproximado razoavelmente de seu uso. Um exercício de casa, no qual os participantes fazem um registro escrito de suas tentativas de usar a habilidade entre as sessões, facilita a generalização do processo de aprendizagem para os ambientes doméstico e profissional.

Muitas vezes, as habilidades são mais difíceis do que parecem. Examinemos o caso de Jessie, uma mulher de 38 anos com transtorno bipolar que teve vários episódios de mania psicótica e também tem um retardo mental fronteiro. Ela trabalhava em regime de meio expediente como empacotadora em uma loja de departamentos. Jessie estava tentando morar sozinha e precisava de ajuda para encontrar onde alugar um furgão de mudanças. Foi instruída a aprender a fazer solicitações positivas para seu pai, com quem ela e sua irmã moravam.

TERAPEUTA: Talvez esse seja um bom assunto para perguntar a seu pai. Você pode dar uma olhada neste texto sobre *Solicitações Positivas* e usar esses passos para pedir que seu pai a ajude na mudança?

PAI: Não vai adiantar. Não vai ter nada para que eles possam mudar, porque ela não encaixotou nada ainda! (Ri.)

JESSIE: Bom, então me arrume essas drogas dessas caixas, e eu encaixoto!

TERAPEUTA: (*Desviando essa interação.*) Você acha que conseguiria pedir ao seu pai alguma coisa específica, como ajudar você a encontrar uma empresa de mudanças?

JESSIE: (*Olha para o pai com um sorriso tolo.*) Pai, você me ajuda a encontrar uma empresa de mudança? (*Dá risadinhas.*)

PAI: (*Mais sério.*) Você não... você não está lendo isso (*indica o texto*). Você tem que dizer "Você me faria a gentileza de...?"

JESSIE: (*Dá de ombros.*) Está bem, faça-me a gentileza! Consiga-me um número de telefone, por favor.

TERAPEUTA: (*Depois de uma pausa.*) Bom, você fez parte do processo dessa vez, Jessie. Pai, o que você gostou no que ela acaba de lhe dizer?

PAI: (*Sarcasticamente.*) Ah, toda essa sinceridade.

JESSIE: (*Ri, nervosa.*)

TERAPEUTA: Bom, se isso não lhe agradou, como ela poderia lhe dizer?

PAI: Que tal alguma coisa como “Por favor, faça a gentileza de me conseguir esses telefones, isso tornaria a minha mudança muito mais fácil.”

TERAPEUTA: Muito bom, pai. Jessie, o que o seu pai fez que você gostou ou não gostou?

JESSIE: Ele seguiu o papel, ele fez tudo o que você disse.

TERAPEUTA: Certo, mas você não precisa dizer exatamente da maneira com que ele disse. Você pode falar as coisas do seu jeito. Você acha que conseguiria tentar mais uma vez?

JESSIE: (*Suspira e dá risadinhas.*)

TERAPEUTA: Sei que é difícil estar sentada aí, mas você está se saindo bem, continue tentando.

JESSIE: Pai, você poderia me dar os telefones das empresas de mudança? Eu ficaria muito agradecida. Assim eu poderia... eu não teria que me preocupar com a mudança, e, bom, eu agradeceria sua ajuda.

TERAPEUTA: Ótimo, Jessie. Pai, como lhe pareceu dessa vez?

PAI: (*Com cuidado.*) Foi melhor, fez muito mais sentido.

Esse tipo de habilidade é mais difícil de aprender se o paciente está com sintomas muitos intensos e/ou com prejuízo cognitivo, ou se o nível de conflito na família é tão grave que não pode haver conversas produtivas. Esta paciente estava moderadamente hipomaníaca e também tinha recursos intelectuais limitados. O treinamento de habilidades claramente a sobrecarregou e a deixou nervosa, mas, com paciência e prática, Jessie conseguiu adotar algumas das habilidades de comunicação e sua relação com seu pai foi melhorando aos poucos. O pai, que muitas vezes tinha uma postura bastante crítica, foi se convencendo cada vez mais de que seu funcionamento limitado era resultado de seu transtorno bipolar e não de falta de esforço, como ele pensava anteriormente.

O manual de FFT (Miklowitz, 2008b) descreve famílias de “pavio curto”, que começam com discussões aparentemente inócuas, que rapidamente crescem para agressões raivosas e atos recíprocos de crítica ou hostilidade. Nossa pesquisa indica que, geralmente, são famílias ou casais de elevado EE, mas nem sem-

pre (Simoneau et al., 1998). Temos nos surpreendido com familiares que, na superfície, parecem ser afáveis e apoiar o paciente, mas durante a EE/entrevista de família de Camberwell ficam bastante agressivos e confrontadores quando estão diante do paciente em uma interação individual. Não surpreendentemente, a probabilidade de que isso ocorra aumenta muito se o paciente está hipomaníaco e irritável. Famílias de pavio curto geralmente têm dificuldades com o treinamento de comunicação, porque as emoções dos participantes rapidamente saem de controle (ver o estudo apresentado mais adiante), mas se pode fazer muito modificando o treinamento de habilidades para os estilos naturais da família. Por exemplo, o terapeuta pode estimular os participantes a usar habilidades de escuta ativa durante suas discussões. Após uma interação negativa e recíproca de um casal, um terapeuta disse:

“Eu acho que essa discussão é importante. Vocês são um casal que realmente gosta de que as coisas sejam explicitadas, mas eu receio que vocês estejam deixando escapar o ponto de vista um do outro. Então vamos ver se conseguimos tornar isso mais produtivo. Eu quero que cada um de vocês parafraseie o que o outro tiver dito antes de apresentar o próximo argumento, como fizemos nos exercícios de escuta ativa. Além disso, por que vocês não viram as cadeiras de frente para que possam se olhar nos olhos com mais facilidade?”

Observe, mais uma vez, o uso da reformulação. É melhor colocar a dinâmica atual de uma família ou um casal (a menos que seja claramente abusiva ou ameaçadora) em termos de uma forma adaptativa de enfrentamento que demanda modificação do que rotulá-la como “ruim” ou “disfuncional”.

Uma família de pavio curto também pode fazer bom uso de exercícios de solicitações positivas para a mudança ou exercícios de *feedback* negativo, nos quais os parceiros fazem sugestões construtivas em relação a aspectos específicos do comportamento uns dos outros (p. ex., “Não gosto quando você fala mal de meus hábitos de higiene”) e oferece sugestões de como esses comportamentos podem ser melhorados (p. ex., “Você poderia observar mais seu tom de voz?”). Esses exercícios muitas vezes preparam o terreno para a solução de problemas, o módulo final da FFT.

Treinamento de habilidades para a solução de problemas

Os familiares de pacientes com transtorno bipolar costumam ter dificuldades com a solução de problemas, especialmente se o paciente tiver estado doente

recentemente (p. ex., Simoneau et al., 1998). Os problemas familiares para se ajustar às fases pós-episódio do transtorno bipolar parecem ser de quatro categorias diferentes: não adesão à medicação, dificuldade de retomar papéis profissionais e sociais anteriores, reparar os prejuízos financeiros e sociais gerados durante os episódios maníacos (“jogar fora a vida”) e conflitos em relações/situações de vida.

Na FFT, os propósitos da solução de problemas são três:

1. abrir um diálogo entre familiares em relação a tópicos conflituosos;
2. possibilitar-lhes um contexto para compartilhar as reações emocionais a esses problemas;
3. ajudá-los a desenvolver uma estrutura para definir, gerar, avaliar e implementar soluções eficazes para os problemas.

Esse módulo ocupa as quatro ou cinco últimas sessões de FFT e geralmente tem início lá pelo quarto ou quinto mês, quando as sessões passaram a ser quinzenais. A solução de problemas é situada no fim da FFT porque o paciente geralmente já está em remissão e em mais condições cognitivas e emocionais de experimentar novas formas de se comportar. Além disso, se a psicoeducação e a CET aconteceram a contento, os familiares têm mais condições de enxergar seu próprio papel na geração e na manutenção dos conflitos familiares e mais abertos a ouvir os pontos de vistas uns dos outros.

Na solução de problemas, as famílias são ensinadas a desmembrar problemas amplos em unidades menores, que sejam mais passíveis de solução. Os familiares recebem uma planilha de solução de problemas na qual se pede que deem os seguintes passos: definir o problema (com a contribuição de cada participante); levantar todas as soluções imagináveis (*brainstorm*) sem as avaliar; refletir sobre cada solução individualmente, pesando suas vantagens e desvantagens; escolher a melhor solução ou combinação de soluções e planejar e implementar as soluções escolhidas. Quando tiverem tido uma experiência, pelo menos moderada, de resolver um problema relativamente menor, os participantes recebem um exercício de casa na qual tentam resolver um problema novo e, desta vez, maior. Às vezes, os exercícios são bastante modestas, algumas famílias simplesmente têm que definir um ou mais problemas para trabalhar na sessão seguinte.

A fundamentação para a solução de problemas é a seguinte:

Até agora, temos falado principalmente sobre como vocês se comunicam uns com os outros. Agora, gostaríamos de lidar com alguns dos

problemas concretos que vocês têm mencionado. Mas, em lugar de simplesmente darmos sugestões de como fazer isso, o que, de qualquer forma, provavelmente não funcionaria, gostaríamos de lhes ensinar uma forma de resolver os problemas cooperativamente, como uma família. (Miklowitz, 2008b, p. 259)

Essa fundamentação é seguida de uma revisão dos passos para resolver problemas, familiarizando os membros da família ou o casal com a planilha de solução de problemas. O profissional também revisa alguns dos problemas que os familiares levantaram durante as fases anteriores do tratamento.

Vejamos este exemplo clínico sobre o método de solução de problemas. Karla, 35 anos, mudou-se com o novo namorado, Taki, logo depois de se divorciar. Ela estava em má situação financeira e tinha uma tendência a “gastar para melhorar a minha autoestima”. Na verdade, grande parte de seus gastos ocorria durante períodos hipomaníacos, e Karla havia ficado hipomaníaca pouco depois de conhecer Taki, que tinha uma situação financeira bastante boa. Talvez em sua avidez por fazer com que a relação funcionasse, ele deu à Karla acesso aos seus cartões de crédito. Em seus primeiros meses juntos, suas contas aumentaram enormemente. A própria situação de emprego de Karla era inconstante, e ela tinha tido problemas por anos em manter um orçamento e uma conta bancária. Eles haviam começado a brigar muito em relação a esse problema. Karla afirmava que o dinheiro era a forma que ele tinha de controlar as mulheres e Taki sugeria que ela estava se aproveitando dele e não tendo consideração.

Inicialmente, o terapeuta retornou aos exercícios de melhoria da comunicação, estimulando o casal a se aprofundar nessas questões amplas antes de visar o problema mais específico de gastar dinheiro. Karla expressou sua opinião sobre o que considerava ser o centro do problema enquanto Taki escutava. A seguir, ele descreveu sua visão dos problemas subjacentes, enquanto ela escutava e parafraseava. A estrutura imposta pela solução de problemas acabou ajudando-os a definir a questão mais especificamente: Karla gastava mais em roupas e em *supérfluos* do que ambos achavam que ela deveria, mas não seria realista que ela tentasse se sustentar dado o seu estado sintomático não resolvido. Foram examinadas várias opções: Taki fazer a maioria das compras, Karla ter sua própria conta com um limite máximo negociado a cada mês e os dois simplesmente separarem suas finanças. Cada uma dessas e de outras opções foram avaliadas em suas vantagens e desvantagens. Por fim, eles chegaram a um acordo sobre uma solução, um pouco complicada, mas inteligente: Karla deveria obter três car-

tões de débito bancário para três contas. Cada cartão foi rotulado com um item de gastos (p. ex., “contas de saúde”) e tinha um limite de gastos. Eles deveriam conversar semanalmente para ver se a solução estava funcionando e praticar habilidades de escuta entre si quando comesçassem a discordar.

Nesse exemplo, o problema foi, em certa medida, gerado pelos sintomas residuais da paciente. Havia também uma dinâmica subjacente ao relacionamento: Karla tendia a se tornar superdependente dos homens, e depois desvalorizá-los, e Taki tendia a resgatar mulheres e depois se irritar por estar no papel de resgatador. O terapeuta decidiu deixar que eles antes “ventilassem” essas questões mais amplas do relacionamento. Permitir uma certa quantidade de expressão emocional em relação a questões carregadas muitas vezes reduz a resistência de uma família ou casal a lidar com problemas mais específicos (nesse caso, discordâncias em relação a gastos).

Ao conduzir famílias ou casais em seus primeiros exercícios de solução de problemas, os profissionais da FFT monitoram as reações dos participantes ao método. As reações podem variar de “Era exatamente isso que precisávamos” a “Ih, que coisa mais superficial!”. Os pacientes com transtorno bipolar e os seus familiares parecem ter uma sede de espontaneidade e gostar de interações aceleradas e imprevisíveis. Eles se aborreciam com facilidade. Os exercícios de comunicação e solução de problemas impõem uma estrutura que, embora estimule a família a manter o direcionamento a objetivos, às vezes gera uma resistência. A resistência pode tomar a forma de mudar de assunto, queixar-se um do outro ou não estar disposto a colaborar com os exercícios de casa.

Ao abordar as resistências, o terapeuta reitera a fundamentação da solução de problemas (p. ex., “às vezes você tem que ganhar segurança resolvendo problemas menores antes de passar aos maiores”), mas muitas vezes tem de determinar se é realmente o método de solução de problemas que os familiares estão objetando ou se há alguns custos ou consequências dolorosos associados à tentativa de resolver um problema (p. ex., o medo que uma mãe tem de que seu filho com transtorno bipolar será incapaz de dar conta de tarefas estabelecidas, que demandam maior independência). Familiares que temem as consequências de resolver um problema muitas vezes se aproximam das soluções, depois rapidamente abandonam o processo de solução, afirmando que “a questão não é realmente esta”. O terapeuta tem várias opções à sua disposição. Uma delas é assumir as responsabilidades por um problema não resolvido. Por exemplo, ele pode dizer: “Talvez eu esteja errado em estimular que vocês resolvessem esse problema. Talvez vocês tenham

outras coisas com que queiram lidar antes. Você gostaria de adiar isso?”. Outra possibilidade é que o terapeuta proceda de forma mais paradoxal, atribuindo as dificuldades da família à *evitação saudável*:

“Resolver um problema como uma família envolve pensar um pouco em termos de custo-benefício. Certamente existem alguns benefícios em resolver esse problema, mas também há muitos custos não explícitos. Eu acho que, se os custos de resolver esse problema superarem os benefícios, certamente é compreensível que vocês queiram evitar dar-lhe uma solução. É isso que está acontecendo nesse caso?”

Essas duas intervenções dão “permissão” para que os familiares deixem o problema intocado. Mais tarde, quando a pressão for aliviada, pode ser que eles consigam voltar ao problema e ter mais êxito na segunda vez.

Encerrando a FFT

A FFT geralmente é encerrada depois de nove meses. À medida que se aproxima o fim do tratamento, o terapeuta repassa com os familiares os seis objetivos do tratamento (discutidos anteriormente) e até onde eles foram cumpridos. A situação do transtorno bipolar do paciente é avaliada em relação ao início do tratamento. Em alguns casos, recomendam-se sessões de FFT para manutenção ou para “calibrar”.

São discutidos encaminhamentos para tratamento subsequente, tanto para o paciente quanto para seus familiares. Por exemplo, alguns pacientes seguem a FFT com terapia individual ou grupos de apoio envolvendo outras pessoas com transtorno bipolar. Os familiares podem optar por participar de grupos de apoio da *Depressive and Bipolar Support Alliance* (www.dbsalliance.org) ou da *National Alliance on Mental Illness* (www.nami.org). Segundo nossa experiência, não é comum que as famílias solicitem mais terapia de família ou de casal depois da FFT, mas são feitos encaminhamentos quando solicitados.

Os profissionais reiteram a importância de manter a medicação e da incorporação de habilidades de comunicação e solução de problemas à vida cotidiana da família. Por fim, realiza-se uma revisão da recaída (ver a seção anterior sobre “Psicoeducação”): os sinais prodrômicos do paciente são analisados, e se reforçam os passos que ele e a família podem dar para evitar uma recaída.

ESTUDO DE CASO

Debra, uma euro-americana de 36 anos, morava com seu marido Barry, de 46, e sua filha Jill, de 8 anos. Debra havia feito dois anos de faculdade e trabalhava

meio expediente como balconista em uma loja de malas. Ela tinha sido casada antes. Debra fora encaminhada à FFT por uma terapeuta da universidade, onde foi diagnosticada com transtorno bipolar II. O SCID inicial confirmou esse diagnóstico. Sua depressão era marcada por perda de interesse e por ficar sem fazer nada por semanas a fio. Ela também reclamava de falta de apetite, de acordar várias vezes por noite, de fadiga, de culpa e de perda da concentração. Ela negava que tivesse pensamentos suicidas, e descrevia sua atual depressão como “uma das grandes”, que já durava um ano inteiro, indo e vindo. Debra também dizia: “Eu tive toneladas de outras pequenas”. Ela identificou o início de sua depressão cerca de oito anos antes, depois do divórcio de seu primeiro marido.

Debra também reconhecia ter tido um episódio hipomaníaco no mês anterior, incluindo ao redor de cinco dias de humor elevado e irritável. Ela explicava: “Meu nível de autoconfiança estava alto”. Ela admitia ter pensamentos acelerados, maior atividade e loquacidade, e se envolver em muitos projetos diferentes. Ela não conseguia datar o início e o fim desses períodos, e observava: “Eu sempre fui assim, a vida toda”. Admitia que Barry comentara essas fases de seu humor, reclamando: “Ele agora me diz que eu estou ficando maníaca cada vez que discutimos... É a mais nova arma contra mim”. Ela negava que tivesse delírios ou alucinações.

Debra já tinha sido tratada com sertralina e bupropiona. Seu psiquiatra tinha começado recentemente a medicá-la com valproato de sódio, 1.500 mg por dia – uma medicação que ela afirmava ter ajudado a estabilizar seu humor.

Barry, que era advogado, apresentava-se como o tipo de homem racional. Ele respondia aos profissionais da saúde como “homem de negócios” e insistia que não tinha problemas pessoais para discutir “com exceção dos que estão relacionados ao tratamento de Debra”. Ele negava ter qualquer antecedente psiquiátrico. Barry preferia falar da FFT como um curso educativo e se tornava defensivo se a esposa se referisse a isso como “terapia”. Os profissionais de FFT, uma equipe de coterapia formada por um homem e uma mulher, não o dissuadiram de dar esse nome ao tratamento, acreditando que precisariam trabalhar para estabelecer *rappor*t com ele antes de abordar seu estilo defensivo.

Avaliação da família

Com base na Entrevista Familiar de Camberwell, Barry cumpria os critérios para alto nível de EE. Ele expressou nove críticas durante sua hora de entrevista. Tendia a reclamar longamente da memória de Debra, de seus hábitos profissionais e sua desorganização

(p. ex., “Ela nunca se lembra das reuniões dos pais com os professores”, “Ela se esquece de entregar sua planilha de horas no trabalho – e isso me deixa louco”). Barry reconhecia que ainda a amava, mas a considerava muito frustrante e estava convencido de que ela tinha TDAH, bem como transtorno bipolar.

Debra e Barry chegaram para a avaliação de interação familiar bem vestidos e sorridentes. Os terapeutas os entrevistaram individualmente e chegaram a um tópico importante para que eles discutissem: a afirmação de Barry de que Debra mentia para ele. A resposta dela foi pedir desculpas por coisas erradas feitas no passado e afirmar: “Eu não estou mentindo nem ocultando... Geralmente são coisas que eu esqueci ou não acho que sejam importantes”. Discutindo essa questão, a dinâmica do casal ficou visível, com Barry falando em tom acusador e debochado e Debra se desculpendo e justificando seu comportamento. À medida que ele assumia uma postura mais acusatória, ela parecia mais e mais deprimida.

BARRY: Mentir é um estilo de vida para você. Você distorce a verdade e diz que não se lembra das coisas.

DEBRA: Mas eu realmente não lembro. Eu tenho tentado lhe contar tudo, às vezes eu simplesmente me esqueço. (*Começa a balançar a cadeira.*)

BARRY: (*Segurando a cadeira dela.*) Por que você acha que não tem problema de mentir para mim?

DEBRA: Eu não minto, eu estou sendo sincera com você. Talvez você queria acreditar que tem mais alguma coisa, mas não tem.

BARRY: Eu acho que você sempre faz isso, é o seu jeito. O que você acharia se eu mentisse para você? Como isso faria você se sentir? Você ia querer continuar casada comigo?

DEBRA: (*Tristonha.*) Não, provavelmente não, mas eu estou tentando ser aberta com os meus sentimentos, e é com você que eu pratico isso. (*Sorri, sem jeito.*)

BARRY: Você está com aquele sorrisinho de novo, aquele que você faz quando está tentando fazer com que alguma coisa cole.

DEBRA: (*Defensiva.*) Ah, dá um tempo!

BARRY: É por que estamos falando de forma tão direta? Eu não sei se é sua personalidade ou se é a coisa bipolar que está agindo, mas você não tem nenhuma tolerância com nada ultimamente, principalmente com as pessoas.

Os terapeutas que assistiam a essa avaliação ficaram impressionados com o nível de crítica de Barry,

bem como com a tendência de Debra de assumir uma posição inferior. Eles também ficaram sabendo, durante a avaliação, que Barry administrava a medicação de Debra e marcava as consultas médicas, e também costumava ir com ela a essas consultas. Foi marcada uma primeira consulta inicial de FFT com dois psicólogos clínicos, um dos quais em treinamento.

Psicoeducação (Sessões 1-7)

Durante a sessão inicial, os terapeutas (Terapeuta 1 e Terapeuta 2 nos diálogos a seguir) descreveram o programa de FFT a Barry e Debra, com ênfase especial no componente de psicoeducação. Eles apresentaram os módulos de melhoria da comunicação e de solução de problemas. O casal escutou educadamente, mas expressou ceticismo.

BARRY: Nós temos entrado e saído de terapias por anos. Eu não fiquei muito entusiasmado.

TERAPEUTA 1: Quando você diz “nós”, quer dizer como casal?

BARRY: Como casal, e ela teve sua própria terapia.

DEBRA: Eu achei que a Dra. Walker era boa.

BARRY: Sim, mas você ainda não tinha tido o diagnóstico de transtorno bipolar. Ela só estava tratando para depressão. E ela entrou naquela coisa de “Você provavelmente sofreu abuso quando era criança e esqueceu”.

TERAPEUTA 1: E como foi a terapia de casal?

BARRY: Foi muita escavação nas nossas infâncias e muito contato com nossos sentimentos.

TERAPEUTA 1: Debra?

DEBRA: Não foi tão ruim, eu achei bem útil.

TERAPEUTA 1: Bom, parece que vocês têm opiniões diferentes sobre o quanto essas coisas foram úteis. Deixem que eu explique como isto aqui vai ser diferente. Nosso tratamento será dirigido ao presente, e vamos trabalhar a maneira que vocês, como casal, estão enfrentando o transtorno bipolar. Barry, você vai ser afetado pela ciclagem do transtorno de humor de Debra, mas você, Debra, também vai ser afetada pela forma como Barry reage aos seus sintomas. Eu não estou dizendo que o passado de vocês vai ser irrelevante, mas simplesmente não será o nosso foco.

BARRY: Eu preciso de ajuda para lidar com tudo isso. Quanto mais informações eu receber, melhor.

TERAPEUTA 1: Tenho certeza disso, mas não vamos simplesmente jogar um monte de informações em você, queremos individualizá-las em relação à sua situação. Acho que vai ser muito mais fácil para vocês se chegarem a um entendimen-

to comum acerca do transtorno e aprenderem a se comunicar em relação a ele.

Nesse diálogo, o terapeuta fez uma distinção entre FFT e formas mais genéricas de terapia de casal. Nesse momento, os terapeutas já suspeitavam de que haveria resistência por parte de Barry, especialmente, em torno de tarefas nas quais ele deveria observar seu próprio comportamento e sua contribuição aos problemas de humor de Debra.

A psicoeducação, em si, começou na segunda sessão e continuou até a sétima. A primeira tarefa era estimular o casal a chegar a uma definição comum do *transtorno bipolar*. Durante as avaliações, ambos haviam mencionado o termo *ciclagem*, mas, aparentemente, sem concordar sobre o que ele significava.

TERAPEUTA 1: Quero ter certeza de que estamos todos dizendo a mesma coisa quando discutimos o sentido do termo *bipolar*. Debra, você acaba de explicar muito bem como é sentir depressão. Agora vamos falar do outro lado. (*Entrega um texto que descreve os sintomas de mania/hipomania.*) Barry, quais desses você já observou quando Debra fica hipomaníaca?

BARRY: (*Olhando o texto.*) Bom, todos, menos problemas de apetite... Acho que se pode dizer que ela tem grandiosidade – ela acha que um dia vai ficar rica. (*Ri.*)

TERAPEUTA 2: Quando foi a última vez que você acha que ela esteve assim?

BARRY: Na última vez que eu estive trabalhando em um caso. Ela sempre fica assim quando trabalho em um caso.

DEBRA: Concordo, mas acho que é porque eu tenho muito mais coisas para fazer quando ele está trabalhando todo o tempo.... Ele acha que é alguma coisa de “abandono”, mas eu acho que ele se esquece das realidades que eu enfrento quando ele não está. (*Olha a lista.*) Fico com mais energia, me sinto mais desconfortável com o meu corpo, eu saio do sério... provavelmente é um bom dia para fazer compras! (*Dá risadinhas.*) Eu provavelmente fico mais mal-humorada, não tenho muita tolerância com as pessoas em geral.

BARRY: Principalmente comigo. (*Sorri.*)

Esta era a primeira vez em que Debra se defendia, comentando como os problemas de relacionamento alimentavam suas oscilações de humor. Curiosamente, sua postura assertiva neutralizava um pouco a negatividade do marido. Os terapeutas não demoraram para ver que Barry e Debra careciam de

um consenso sobre o que realmente constituía um episódio bipolar. Este é um ponto fundamental na FFT: os membros de um casal ou de uma família precisam chegar a uma percepção comum de quando o paciente está ficando doente, para poder estabelecer procedimentos destinados a evitar que os episódios entrem em uma espiral de crescimento (p. ex., consultas médicas, redução da carga de trabalho do paciente, aprender a reverter aumentos nas interações verbais negativas), mas ainda não estava claro se Debra tinha episódios específicos.

TERAPEUTA 2: Você acha que alguma vez teve o que estamos chamando de “episódios”? Como alguns dias em que estava muito agitada?

DEBRA: Pode haver, tipo uns dois ou três dias em que eu faço muito coisa, a minha memória fica melhor, e depois dois ou três dias em que nada vai funcionar. Eu posso....

BARRY: (*Interrompe.*) É uma coisa com tarefas domésticas. Ela começa a refazer o quarto da Jill várias vezes. Ela pinta de roxo com esponja e depois limpa tudo no mesmo dia, e coloca armários novos.

DEBRA: Eu consigo direcionar toda a minha energia para a casa em vez de matar alguém. (*Ambos riem, contidos.*)

TERAPEUTA 1: Acho que eu estou meio devagar hoje, mas estou tentando entender se vocês concordam sobre quando são esses períodos de alta e de baixa. Debra, você já fez um gráfico de humor?

A seguir, o terapeuta redige uma tarefa em que Debra e Barry devem acompanhar, de forma independente e diária, as subidas e descidas dos estados de humor de Debra, para que se possam identificar as concordâncias e discordâncias sobre o que constitui os sintomas do transtorno (diferentemente de traços da personalidade).

A dinâmica do casal ficou mais visível da terceira à quinta sessão. Debra não fez seu gráfico de humor com regularidade, e Barry sentia que sua dedicação em fazer o gráfico de humor de Debra não era gratificada. “Ela não se responsabiliza pela sua doença”, afirmou ele. Não obstante, Debra tinha uma boa memória de suas oscilações de humor, mesmo que não tivesse anotado. Os terapeutas elogiaram muito o casal por sua tentativa um tanto parcial de realizar essa tarefa. Curiosamente, Barry observou pequenas mudanças de humor que ele chamou de “jeito maníaco”, que Debra afirmava serem apenas suas reações a incômodos do cotidiano.

BARRY: Você estava supermaníaca no sábado de manhã.

TERAPEUTA 2: O que você quer dizer com isso, Barry?

BARRY: Eu fui dizer a ela que a Jill tinha de ir ao futebol, e ela quase arrancou minha cabeça!

DEBRA: Porque você já tinha me dito oito vezes. Eu não estava maníaca, só estava ficando incomodada. Até a Jill comentou algo sobre o seu exagero.

Isso passou a ser um tema presente durante todo o tratamento: Barry tendia a exagerar na identificação das oscilações de humor de Debra, a ponto de muitas vezes chamá-la de *maníaca* quando a questão real parecia ser sua irritabilidade passageira. Ele também a chamava de *deprimida*, enquanto ela sentia estar simplesmente “relaxando... entediada... tentando me desprender e ficar na minha por um tempo”. Os terapeutas tomavam cuidado para não atribuir culpa ou dizer a um deles que estava certo. Um dos terapeutas disse:

“Eu acho que essa é uma distinção muito difícil de fazer. Bem que eu gostaria de dar a vocês uma regra simples para determinar quando Debra entra e sai de um episódio, mas, como vocês mesmos viram, não é tão simples assim. Eu geralmente sugiro que as pessoas voltem àquela lista de sintomas e perguntem: ‘Existe mais de um destes sintomas presente? A irritabilidade vem junto com mais perturbação do sono? Pensamentos acelerados?’. Estar incomodada não é suficiente para ser chamada de *maníaca*, a menos que seja contínuo, que atravesse diferentes situações ou venha junto com alguns desses outros sintomas e prejuízo para dar conta do dia”.

Os terapeutas estabeleceram um modelo de vulnerabilidade/estresse para entender os episódios de Debra. Ela descreveu uma história de depressão de sua mãe e abuso de álcool de seu pai: “Minha mãe provavelmente era bipolar, mas não chamávamos assim naquela época”. Eles também discutiram fatores desencadeantes relacionados ao estresse, que podem ter contribuído às depressões anteriores de Debra. Barry se estressava muito ao descrever os fatores de risco dela: ele observava que lugares lotados (p. ex., *shopping centers*) a deixavam hipomaníaca e que o álcool, mesmo em pequenas quantidades, contribuía para a perturbação de seu sono, o que, por sua vez, contribuía para suas hipomanias. Os terapeutas ofereceram um texto que falava de fatores de risco (p. ex., abuso de substâncias, irregularidade de sono, rotinas

diárias imprevisíveis, conflitos familiares) e fatores de proteção (p. ex., medicação regular, boa comunicação familiar). A seguir, os terapeutas ajudaram Barry e Debra a produzir um plano de prevenção de recaída.

TERAPEUTA 1: Nossos pacientes que melhor se saíram com esse problema conseguiram contar com seus cônjuges e outros familiares próximos em momentos de crise. Você tem de andar sobre uma linha tênue entre conseguir dizer “acho que eu estou ficando doente de novo” ao seu marido ou à sua mulher e aceitar alguns de seus conselhos sem renunciar completamente ao controle. Debra, quando seu humor tiver subidas ou recaídas, você vai querer mais controle. Barry, talvez você às vezes também ache que está pisando em uma linha tênue: você quer dizer: “É, você está ficando doente e eu queria lhe ajudar”, sem censura, conseguindo dar sugestões sem controlar.

BARRY: Isso é uma coisa que temos em comum, os dois somos controladores, acho que os semelhantes se atraem.

TERAPEUTA 1: Bom, talvez o fato de que vocês dois gostam de estar no controle de seus destinos foi parte do que os atraiu [*reformulando*]. Mas como muitas coisas que atraem as pessoas inicialmente, uma coisa como não querer abrir mão do controle pode se tornar, mais tarde, um problema na relação.

O casal chegou a um acordo sobre como eram os sinais prodromáticos da hipomania de Debra (p. ex., maior interesse em exercícios de casa, levantar exageradamente cedo, irritabilidade que ocorria em múltiplas situações) e alguns de seus fatores de risco (p. ex., álcool). Eles desenvolveram conjuntamente um plano de prevenção de recaída que era deixar à mão os números de telefone de emergência, evitar álcool e evitar situações interpessoais que provocassem alto nível de estresse (p. ex., conflitos entre Debra e a mãe dela). Barry e Debra também discutiram como deveriam se comunicar se os sintomas dela comesçassem a aumentar. Barry admitiu que tinha de “aprender a não falar de forma agressiva” nesses momentos, e a não simplesmente “jogar para fora tudo o que eu penso”. Curiosamente, ambos demonstraram resistência à sugestão de que ela mantivesse um ciclo regular de sono e vigília, mesmo nos fins de semana, quando ela tinha suas piores oscilações de humor. Barry debochou: “Quem sabe a gente não entra para o exército”, e os dois deixaram claro que não estavam dispostos a abrir mão de seu gosto pela diversão tarde da noite.

O módulo de psicoeducação terminou com uma discussão dos efeitos do rótulo *doença* na autoestima de Debra. Nas primeiras seis sessões, ela tinha mencionado seu desconforto com o diagnóstico de transtorno bipolar II.

TERAPEUTA 1: Às vezes, quando repassamos nossa lista de sintomas e falamos sobre as causas do transtorno bipolar, as pessoas podem se sentir rotuladas ou acusadas. Debra, você alguma vez se sentiu assim aqui?

DEBRA: Quando eu vim aqui pela primeira vez, me senti provocada. Parecia que era a “hora de culpar a Debbie” e agora havia uma razão biológica real para apontar nossos problemas.

TERAPEUTA 1: Espero que você não ache que estamos dizendo que todos os problemas que vocês têm como casal são consequência de seu transtorno bipolar.

DEBRA: Não, acho que vocês têm sido justos nisso. Foi difícil para mim falar disso, e, às vezes, acho que Barry está simplesmente se opondo a mim, como pessoa.

TERAPEUTA 1: Em outras palavras, os limites entre sua personalidade e seu transtorno ficam confusos.

DEBRA: É, e para mim, eles são muito diferentes.

TERAPEUTA 1: Que bom que você está mencionando isso. Acho que é muito importante ser bem claro sobre quando estamos simplesmente falando de você, seu estilo de se relacionar com as pessoas... Nem tudo o que você faz tem de ser reduzido a essa doença.

BARRY: E eu provavelmente menciono isso [a doença] demais.

DEBRA: (*Ativando-se.*) É, e você fala disso na frente de outras pessoas... Isso me incomoda muito. Nós tínhamos umas conversas tão boas! Fico cansada de falar com você sobre meu transtorno o tempo todo. Parece que é só disso que você quer falar.

BARRY: (*Surpreso.*) Por que você não me disse isso?

DEBRA: Provavelmente eu tenho que lhe dizer... eu só quero um agradável meio termo entre falar disso e não falar.

BARRY: O que você quer, então?

DEBRA: (*Com lágrimas nos olhos.*) Não tenho certeza.

TERAPEUTA 1: Acho que é compreensível que você não saiba... Você nem sempre sabe quanto precisa que Barry a ajude. Talvez esteja tentando encontrar um bom equilíbrio. Isso pode levar

algum tempo. Espero que você não ache que só *estamos* interessados em seu transtorno, e não em você como pessoa [examina o que parece ser resistência ao conteúdo psicoeducativo].

DEBRA: Geralmente, eu não me sinto assim, só quando eu tento fazer aquele gráfico de humor [reconhece a dor emocional por trás da resistência às tarefas terapêuticas]. Eu só quero ter conversas com Barry como tenho com minhas amigas. Quero falar de outras coisas que não sejam minha doença e meus médicos.

Treinamento para a melhoria da comunicação (Sessões 8-14)

Durante a oitava sessão, os terapeutas apresentaram a CET ao casal. Barry e Debra descreveram, ambos, um padrão de *cobrança-retraimento* em sua comunicação. Ele se tornava invasivo ao tentar entender o estado de humor de Debra, e ela se retraía e não cooperava. Debra admitia ter dificuldades de reconhecer estar deprimida e falar sobre isso, porque “simplesmente não se fazia isso na minha família”. Ela cresceu em uma família do Sul dos Estados Unidos, na qual “roupa suja se lavava em casa”. Barry, por sua vez, era de Los Angeles, onde “você pode expor suas vísceras a quem quer que esteja trancado no trânsito ao seu lado”.

Os terapeutas começaram a explorar o padrão de cobrança-retraimento.

TERAPEUTA 1: Essa é uma das dinâmicas que vimos em casais que enfrentam o transtorno bipolar. As pessoas que têm o transtorno podem ficar irritáveis em relação a seus cônjuges, estes reagem porque se sentem atacados e, quando reagem, as discussões podem realmente entrar em uma espiral. A pessoa com o transtorno acha que existe alguma coisa com a qual está legitimamente irritada, e o parceiro vê a irritação como uma evidência do transtorno bipolar.

BARRY: Bom, o meu problema é que a Debra não está ciente de seus sintomas.

DEBRA: Eu estou ciente deles, mas quero que me deixem em paz. Você termina as minhas frases...

BARRY: E aí você sai da sala. Você não quer nada com comunicação normal. É exatamente como era com os seus pais.

DEBRA: Quando eu estou assim [depressão], a última coisa que eu quero é ter uma conversa séria ou que alguém questione o que eu quero fazer ou por quê.

TERAPEUTA 2: Vamos falar sobre o que acontece entre vocês dois [traz o casal de volta ao foco na rela-

ção]. Quando vocês tentam falar de alguma coisa, o que acontece? Um de vocês simplesmente não fala? Vocês falam, mas não funciona?

BARRY: Ela deixa para depois, não enfrenta as coisas, então eu grito. Aí ela não fica perto de mim e se retrai e eu começo a pensar por quanto tempo consigo aguentar isso.

TERAPEUTA 2: Debra, como você descreveria isso?

DEBRA: Barry fica frustrado quando eu não lhe dou as respostas que ele está buscando, e aí eu me sinto mal por tê-lo frustrado, e ele se sente mal porque ficou chateado comigo; me sinto mal porque fiz ele se sentir mal por ficar chateado comigo.

TERAPEUTA 2: Vocês gostariam de trabalhar isso – a comunicação como casal?

BARRY: Sim, não há comunicação por causa do transtorno bipolar. Eu não sei se teríamos esses problemas se ela não fosse bipolar. Ela fica deprimida, não diz o que pensa, nem tenta... e isso me lembra do que eu ia perguntar: vocês acham que ela pode ter transtorno de déficit de atenção, além de ser bipolar?

DEBRA: Ah, não, lá vamos nós...

TERAPEUTA 1: Barry, ninguém pode saber com certeza, mas independente do que seja a causa, parece que vocês estão prontos para que comecemos a tratar mais da relação de vocês [redireciona a discussão, mas não questiona diretamente a definição de Barry do problema]. Pelo menos parte do que vocês estão descrevendo soa como os hábitos que vocês têm de se comunicar entre si como casal. Vamos ensinar umas habilidades bastante diretas para falar um com o outro, como elogiar coisas bem feitas, escutar e pedir mudanças no comportamento um do outro. Isso vai ajudá-los durante esses ciclos, sejam eles ciclos de humor verdadeiros sejam só períodos difíceis em sua relação [apresenta fundamentação para o modelo que virá, sobre comunicação].

DEBRA: É, eu tenho de aprender a discutir. Ele é advogado, sabe discutir muito melhor do que eu.

BARRY: (*Ainda irritado.*) Mas, você vê como ninguém jamais disse nada na sua família, ninguém estava presente de verdade. Então é claro que você vai reagir a mim porque eu sou intenso, e aí, quando eu fico incomodado de verdade, você finalmente reconhece e escuta. É a única maneira com que eu consigo chegar até você.

TERAPEUTA 1: Acho que temos muita coisa para trabalhar. Debra, eu queria tirar você desse “gancho

bipolar” por um tempo, vamos trabalhar em como vocês agem e reagem um com o outro. Não temos de trabalhar em sua comunicação usando só o transtorno bipolar, talvez também sobre como vocês falam sobre finanças, amigos...

BARRY: Mas isso é tudo o que fazemos aqui [...] Como vocês vão saber como nos comunicamos em casa?

TERAPEUTA 1: Vamos colocar microfones na casa de vocês (*ambos riem*). Vamos fazer uns exercícios aqui que envolvem dramatizar novas formas de conversar, mas vocês vão ter de praticar essas novas formas entre as sessões, em casa. Eu, pessoalmente, acho que isso vai ajudá-los muito se vocês tiverem tempo de fazer. [*Expressa otimismo.*]

Os terapeutas tinham agora uma compreensão melhor dos padrões de comunicação do casal. O padrão de cobrança-retraimento derivava, em parte, de suas diferentes histórias familiares, mas também era verdade que Barry era recompensado por ser crítico, havia resultados, mesmo que viessem acompanhados pelo ressentimento de Debra. Eles discordavam em relação a até onde esses padrões de comunicação eram movidos pelo transtorno bipolar. Barry pressupunha que a maioria dos problemas que eles tinham poderia ser atribuída ao transtorno, mas Debra considerava essa suposição simplesmente uma tentativa de culpá-la por tudo. O enfoque dos terapeutas era que a dinâmica conjugal existia independentemente das oscilações de humor de Debra, mas eram aumentados por seus episódios hipomaníacos e depressivos. Durante os episódios hipomaníacos, ficava mais suscetível e reativa, e quando estava deprimida, ficava mais inclinada a se retrair.

Na nona sessão, os terapeutas dão início ao treinamento de habilidades. A FFT começa com habilidades de comunicação positiva para aumentar a probabilidade de que membros de uma família ou casal venham a trabalhar conjuntamente com questões mais difíceis. O terapeuta começou entregando um texto chamado *Expressando sentimentos positivos*, no qual se orienta um dos parceiros simplesmente a elogiar o outro por algum comportamento que este tenha tido, e lhe dizer como esse comportamento o faz sentir. Inicialmente, os terapeutas modelaram a habilidade. Um deles elogiou Barry dizendo: “Agradeço que você tenha dirigido toda essa distância até aqui [à clínica] e adequado sua agenda para que isso fosse possível... me faz sentir que você valoriza o que estamos fazendo aqui”. Barry agradeceu o elogio. A seguir, o terapeuta pediu que Barry e Debra virassem suas cadeiras uma

de frente para a outra e que cada um escolhesse um comportamento para elogiar no outro. Curiosamente, nenhum deles teve dificuldade de escolher o tema; o problema foi se manter nas emoções positivas e não deixar que as negativas entrassem.

BARRY: Obrigado por levar a Jill ao futebol na quarta-feira, me faz sentir que você... que você se deu conta de que eu estava superatarefado naquele dia e, sabe como é, geralmente sou eu quem faço tudo com a nossa filha, enquanto você...

TERAPEUTA 2: (*Interrompendo.*) Barry, eu queria que você parasse antes de entrar nisso. Debra, você pode me dizer o que você gostou até aqui, no que Barry disse? Ele seguiu as instruções dessa folha?

DEBRA: Bom, como você disse, ele estava começando a entrar na coisa, mas eu gostei da primeira parte. Que bom que ele sente isso.

BARRY: Você acha que eu lhe expresse opiniões positivas suficientes?

DEBRA: (*Pausa.*) Você tem seus dias.

TERAPEUTA 2: Barry, acho que você se saiu muito bem. Você poderia experimentar sem o fim?

BARRY: (*Ri.*) Ih... você já está acabando com o meu barato. Está bem, Deb, obrigado, mais uma vez, por levar a Jill ao futebol. Faz com que eu sinta que você... que meus compromissos são importantes para você, e que você está pensando em mim.

TERAPEUTA 2: Ótimo. Debra, o que você pensa?

DEBRA: Muito melhor.

BARRY: Às vezes eu acho que fui colocado neste mundo para aprender a ter tato.

As sessões 10 e 11 de CET se concentraram nas habilidades de escuta ativa. Um membro do casal ouvia enquanto o outro falava, inicialmente sobre questões de fora do casamento (como relações profissionais) e depois sobre questões do casal. Barry e Debra precisavam que se reestruturassem suas habilidades de escuta. Especificamente, Debra tendia a “sair do ar” quando Barry falava e precisava de estímulos para se manter nos assuntos. Ela reconhecia sentir que, às vezes, achava que estava sendo testada por Barry quando ele falava com ela, para ver se ela conseguia dar respostas intuitivas e perspicazes. “Sair de sintonia” era uma maneira de dar conta da ansiedade que ela sentia quando o escutava.

Previsivelmente, a dificuldade de Barry na escuta estava concentrada em reprimir sua tendência natural a dar conselhos. Quando Debra começava a falar, ele ouvia de forma reflexiva por um ou dois minutos,

mas depois começavam a fazer perguntas como “Bom, então, quando é que você vai telefonar para essa pessoa?” ou “Na última vez que conversamos você disse que ia terminar esse currículo. Por que não fez isso?”. Práticas repetidas dentro das sessões – suplementadas por exercícios de casa para praticar essas habilidades – levaram Barry a estar mais ciente do que estava fazendo. Em um momento especialmente intenso, ele admitiu: “Eu não gosto da forma como reajo a ela... Eu não gosto da pessoa que estou me tornando”.

Quando a FFT passou dos três meses e a frequência mudou para quinzenal, os terapeutas introduziram formas potencialmente mais quentes de comunicação, como pedir mudanças no comportamento do outro e expressar sentimentos negativos (sessões 12-14). Nesse momento, Debra não estava tão deprimida quanto havia estado durante a fase de avaliação, embora Barry continuasse se queixando de seu funcionamento reduzido. Ele afirmava que ela tinha se tornado incapaz de dizer o que tinha e o que não tinha conseguido fazer durante o dia, e que muitas vezes fazia parecer que tinha feito coisas que, na verdade, não tinha. Ele chamava isso de problema de “falta de acompanhamento”. Em contraste, Debra assumia uma postura cada vez mais firme diante do *microgerenciamento* que ele fazia do comportamento dela.

TERAPEUTA 1: Uma das coisas em que gostaríamos de trabalhar com vocês é como pedem um ao outro que mude em algum aspecto. Qual é a forma adequada de pedir que uma pessoa ajude você? (*Dá a Barry e Debra o texto chamado “Fazendo uma Solicitação Positiva”*.) Tentem olhar diretamente um para o outro, digam o que gostariam que o outro fizesse e como isso faria com que se sentissem. Debra, faz um minuto que você estava falando de como o Barry microgerencia você. Você poderia transformar isso em algo positivo, ou seja, pedir que ele faça como você gostaria? Formular de um modo que possa ajudá-lo? Como ele pode pedir que você acompanhe sem resmungar?

DEBRA: Ah, Barry, eu ficaria realmente feliz se você... em situações em que há um dilema, que você me desse um pouco mais de liberdade.

BARRY: Por exemplo? Você quer dizer que gostaria que a gente fizesse as coisas no seu ritmo?

TERAPEUTA 1: Barry, deixe que venha dela.

DEBRA: Humm... por exemplo, se tiver que fazer compras, me ajudaria se eu pudesse simplesmente dizer: “Certo, está na minha lista e eu vou fazer... se você puder esperar que eu faça no meu tempo”. Isso ajudaria a relaxar a tensão.

TERAPEUTA 2: Barry, como você se sente em relação ao que Debra acaba de lhe pedir? Ela seguiu o papel?

BARRY: Acho que ela me pediu de forma tranquila, mas minha pergunta é: “Ela vai fazer as compras?”.

DEBRA: Acho que realmente me ajudaria ter um plano, como o de combinar que se eu faço uma parte das compras, você faz a outra. Talvez isso me impedisse de dizer “Ele vai ver só uma coisa, ele não vai dirigir a minha vida, eu não vou fazer do jeito dele”.

TERAPEUTA 1: Uma pessoa que se sente inferiorizada muitas vezes reage recusando-se a seguir o plano, mesmo que segui-lo possa ajudar a ambos pessoalmente. Debra, você entra nisso às vezes?

Os terapeutas estavam estimulando a assertividade de Debra e, ao mesmo tempo, confrontando suavemente o que Barry chamara antes de atitude “passivo-agressiva” de Debra. A seguir, eles pediram a Barry que fizesse uma solicitação positiva a Debra.

TERAPEUTA 2: Barry, tem alguma coisa que você poderia pedir a Debra, para que ela modificasse em seu comportamento?

BARRY: (*Olhando para os terapeutas.*) Certo, Deb, para mim é muito importante...

TERAPEUTA 2: Você poderia dizer isso a ela?

BARRY: (*Volta-se a Debra.*) Certo, para mim é muito importante que você simplesmente não se afaste quando a gente tem alguma discussão, que você não se feche. Especialmente quando falamos de Jill e de nossas diferenças em relação a ela. Isso me irrita muito.

Os terapeutas observam mais uma vez Debra se retraindo em reação ao comportamento “de alto EE” de Barry. Eles abordam esse aspecto comentando as reações dela.

TERAPEUTA 1: Debra, o que está acontecendo agora? Você parece estar saindo de sintonia.

DEBRA: (*Volta à cena, sorri.*) É, acho que estou. De que estávamos falando?

BARRY: Vê? Acho que isso é parte de seu transtorno de déficit de atenção. Você acha que ela precisa de Ritalina [medicação para esse problema]?

TERAPEUTA 1: Barry, nesse caso, acho que não. Acho que o que aconteceu, Debra, se posso falar por você por um instante, é que você se retraiu porque se sentiu atacada.

DEBRA: Provavelmente é isso, ele começou com o “você faz isso, você faz aquilo”.

BARRY: (*Frustrado.*) Bom, você acaba de me pedir para mudar alguma coisa! Eu vou ter que fazer tudo?

TERAPEUTA 1: Barry, vou pedir que você tente de novo. Só que desta vez, eu gostaria que você prestasse mais atenção à forma como diz as coisas. Observe que você disse o que não queria que ela fizesse – se retrair quando você está falando com ela. Isso é bem importante, mas o que você gostaria que ela fizesse em vez disso?

BARRY: Quero que ela interaja comigo! Que converse sobre o problema!

TERAPEUTA 1: Você poderia tentar mais uma vez, só que desta vez dizendo o que quer que ela faça?

BARRY: (*Suspira.*) Deb, quando falamos, eu realmente gostaria... eu gostaria muito que você ficasse e terminasse de conversar comigo, principalmente sobre a Jill. Isso faria com que eu sentisse, sei lá, que somos parceiros.

TERAPEUTA 2: Barry, agora foi muito melhor. E garanto que foi melhor de ouvir. Debra?

DEBRA: É, eu gostei... assim é mais fácil. Precisamos fazer mais isso.

No decorrer da CET, deu-se mais ênfase aos exercícios de casa entre sessões. O casal foi encorajado a fazer reuniões semanais e registrar seus esforços para usar as habilidades. Ambos relatavam uma redução da tensão no relacionamento quando se iniciou a solução de problemas.

Sessões de solução de problemas (Sessões 15-18)

As sessões de FFT eram realizadas com menos frequência (quinzenalmente) a partir do quarto, quinto e sexto meses. Na 15ª sessão, foi introduzida a solução de problemas. Depois de explicar a fundamentação, os terapeutas pediram que o casal identificasse vários problemas específicos para discussão e depois repasaram com eles a solução de problemas.

A primeira questão que o casal escolheu parecia ser superficial à primeira vista. Eles tinham dois gatos: um pertencia a Debra (e tinha vindo com ela de um casamento anterior), e outro, que Barry havia comprado. Eles discordavam em relação à quantidade de comida a ser dada aos gatos. Debra queria que “o meu fosse gordo” e o alimentava com frequência, ao passo que Barry queria que o dele fosse magro. Como consequência, o gato de Barry os acordava no meio da noite, porque precisava ser alimentado. As mudanças

resultantes no ciclo de sono e vigília de Debra faziam com que ela ficasse irritável, inquieta e, possivelmente, hipomaníaca. Apesar de uma busca cuidadosa na literatura, os terapeutas não conseguiram encontrar pesquisas sobre a influência da alimentação dos gatos no transtorno bipolar.

O casal examinou várias alternativas: dar a mesma quantidade de comida aos dois gatos, deixar o gato de Barry na garagem, dá-lo para alguém e dar comida aos dois gatos antes que o casal fosse dormir. Acabaram escolhendo a última. O próprio problema gerou humor e brincadeiras entre eles, e eles tiveram alguma satisfação ao conseguir lidar com ele em conjunto.

Uma segunda fonte de conflito, potencialmente mais grave, estava relacionada à vida noturna. Ambos gostavam de ir a festas, mas Barry gostava de ficar mais tempo do que Debra, cuja ciclagem do humor era aumentada pelas festas. Ela tendia a ser superestimulada pelas interações com muitas pessoas, sentindo-se, em seguida, fatigada. Eles examinaram as seguintes alternativas: ir às festas em carros separados; Barry concordar em ir embora mais cedo; Debra ir para o carro e dormir quando se sentisse cansada; Debra ir para casa de táxi. Eles acabaram decidindo conversar e combinar uma hora para ir embora antes de ir à festa.

O casal conseguiu aplicar o método de solução de problemas com êxito a outras questões, como pagar contas e ajudar Jill a ir as suas atividades extracurriculares. Eles continuavam tendo dificuldades de desmembrar os problemas em partes menores e tendiam a fazer reclamações *cruzadas* ou mencionar problemas maiores enquanto tentavam solucionar os menores. Barry muitas vezes reclamava: “Não estamos lidando com a fonte desses problemas, que é o transtorno bipolar dela. Não teríamos esses problemas se ela não fosse bipolar”. Mais uma vez, os terapeutas não questionaram a definição que ele fazia do problema, mas continuaram a oferecer a mensagem de que, independentemente de a fonte do problema ser Debra, o casal ainda precisaria trabalhar em conjunto para gerar compromissos aceitáveis.

Encerramento (Sessões 19-21)

Depois de sete meses, Debra, cuja depressão tinha entrado em remissão em grande parte, conseguiu um emprego novo de vendedora em uma loja de roupas. Os terapeutas deram início à fase de encerramento do tratamento, que se concentrou em revisar o que o casal havia obtido dos módulos de psicoeducação, CET e habilidades de solução de problemas. Ambos disseram que seu relacionamento tinha melhorado, e que eles *ocasionalmente* usavam as habilidades de comunicação em casa. Os terapeutas comentaram como

eles tinham ido longe e recomendaram que escolhessem uma hora na semana para continuar ensaiando uma ou mais das habilidades.

Entretanto, Barry não estava totalmente convencido da melhora clínica de Debra. Em uma das sessões finais, ele voltou à questão dos sintomas de Debra e a sua “falta de disposição” de assumir tarefas como cozinhar, depositar seu pagamento, lavar as roupas de Jill e fazer outras tarefas que eles tinham concordado que ela deveria realizar. Seguiu-se a interação:

BARRY: (*Ri nervosamente.*) Uma noite dessas eu sonhei que estava me casando, e eu sabia que estava me casando com Debra, mas não conseguia ver o rosto dela, não tinha certeza de que era mesmo ela. E não tinha certeza de que deveria estar ali.

TERAPEUTA 1: E você também estava de pijama na frente de todo mundo.

BARRY: (*Ri.*) É, e eu ia fazer a prova para a qual não tinha estudado. Mas, sério, às vezes me parece que ela não é a mesma pessoa, principalmente quando não cumpre coisas que nós combinamos.

TERAPEUTA 1: Deixe-me falar um pouco disso para você. Acho que o dilema que muitos cônjuges enfrentam é: “Devo ficar com meu marido ou minha mulher, ou devo ir embora e cuidar da minha vida?”. Tem gente que faz isso, que vai embora, e há muitas outras pessoas que ficam e esperam que as coisas melhorem, o que muitas vezes realmente acontece.

BARRY: E eu acho que as coisas melhoraram.

DEBRA: Acho que sim, não sei por que você está sendo tão negativo.

BARRY: Bom, se você...

TERAPEUTA 1: (*Interrompe.*) Deixe eu terminar essa ideia. Barry, acho que é fundamental que você faça uma distinção em sua cabeça entre o que Debra consegue controlar e o que ela não consegue. Isso às vezes fica um pouco vago entre vocês dois. Quando você diz que ela não quer cumprir, isso certamente soa como um comportamento intencional, algo que ela está fazendo para magoá-lo ou incomodá-lo. Debra, os problemas de cumprir o combinado parecem alguma vez ser uma questão de concentração? Sua atenção ou sua memória?

DEBRA: (*Sinalizando positivamente com a cabeça, de modo enfático.*) É claro que sim! Você poderia fazer com que ele entendesse isso, já seria um bom avanço.

BARRY: Esse negócio de memória, isso é o transtorno bipolar ou o transtorno de déficit de atenção dela?

TERAPEUTA 1: Eu não tenho certeza se esse é bem o problema. Essa é só uma distinção diagnóstica, e eu não sei se responder uma coisa ou outra vai ajudar. Talvez o que você realmente esteja se perguntando é se esses problemas são controláveis por parte dela ou não. Se eu estivesse no seu lugar, as coisas que realmente me irritariam seriam as que eu achasse que ela está fazendo intencionalmente.

BARRY: É, eu nem sempre penso nisso.

TERAPEUTA 1: Se eu achasse que o que ela está fazendo se deve a uma desregulação biológica, eu poderia ser mais paciente, mais solidário – da mesma forma com alguém que tivesse quebrado uma perna e não conseguisse subir uma escada, eu poderia ser mais solidário do que se achasse que a pessoa está deliberadamente tentando me reter.

Nesse segmento, o terapeuta estava tratando diretamente do que considerava como uma fonte importante das atitudes críticas de Barry em relação a Debra: a crença de que muitos dos comportamentos negativos dela eram controláveis e intencionais (Holley e Licht, 1997; Miklowitz et al., 1998). Em alguns casos, Barry pode ter tido razão em relação às motivações dela, mas o ato de questionar a controlabilidade de seus sintomas o forçou a considerar um conjunto diferente de explicações causais para o comportamento. A distinção entre comportamento controlável e incontrolável é um ponto fundamental no tratamento psicoeducativo das famílias de pacientes com transtorno bipolar.

Os progressos de Debra e Barry

Depois de completar a FFT, Debra continuou a ter períodos leves de depressão apesar da sua adesão à medicação. Suas depressões eram desagradáveis, mas não tão graves que ela não conseguisse manter seu emprego ou cumprir com suas obrigações de mãe. Seus breves períodos hipomaníacos às vezes geravam discussões entre ela e Barry, mas não chegavam a ser debilitantes. Barry e Debra estavam se comunicando melhor e ambos concordavam em que ele estava mais paciente e menos crítico em relação a ela. Mas ela frequentemente se via reagindo com a frase do já famoso filme: “E se melhor for impossível?”. Embora estivesse funcionando bem, ela se sentia decepcionada de não poder ter a vida que um dia sonhou – uma carreira de sucesso, um relacionamento mais íntimo com seu marido, mais amizades, uma relação mais fá-

cil com sua filha e mais sucesso financeiro. Ela tinha dificuldades de aceitar a realidade de seu transtorno e os efeitos psicossociais disso. Entretanto, Debra achava que a FFT tinha ajudado, assim como sua medicação, que ela não demonstrava estar inclinada a interromper. Os terapeutas ofereceram uma indicação para terapia individual ou de grupo, mas ela decidiu não fazer outros tratamentos psicossociais no futuro próximo. Foi dado a Barry o nome de um grupo local da DBSA (*Depression and Bipolar Support Alliance*) para cônjuges de pessoas com transtornos do humor.

CONCLUSÃO

O tratamento psicoeducativo em família parece ser um útil coadjuvante à farmacoterapia. Entretanto, nem todos os pacientes com transtorno bipolar têm famílias e abordagens individuais ou de grupo são alternativas importantes que devem ser levadas em conta. A descoberta de que a medicação estabilizadora do humor é mais poderosa no alívio dos sintomas maníacos do que nos depressivos, enquanto o contrário parece ser o caso da psicoterapia, é um argumento em favor da combinação de abordagens farmacológicas e psicossociais na manutenção do transtorno bipolar sem internação.

São limitadas as pesquisas sobre quais famílias são as melhores candidatas para FFT. Em vários de nossos ensaios, os pacientes em famílias de alta EE apresentaram reduções maiores nos escores de gravidade de humor ao longo de um a dois anos do que aqueles de famílias de baixa EE, mas foram observadas reduções na recaída em pacientes de famílias de baixa e alta EE tratados com FFT. Nossas observações clínicas sugerem que há subgrupos de pacientes que não respondem bem à FFT. Especificamente, pacientes que têm uma resistência incomum a aceitar o diagnóstico do transtorno bipolar muitas vezes não gostam do foco educativo da FFT. Esses pacientes geralmente veem origens externas para seus problemas (como ser maltratado por outros) e resistem a intervenções que demandam que eles assumam mais responsabilidade por seu comportamento. Esses pacientes também podem rejeitar a farmacoterapia. Infelizmente, temos visto muitas pessoas serem hospitalizadas várias vezes até que a realidade do transtorno fique clara.

Um tipo diferente de resistência se origina em considerar o transtorno como sendo de base biológica. Alguns pacientes preferem limitar seus contatos de saúde mental a consultas ao psiquiatra para medicação, e consideram a psicoterapia irrelevante. Não vemos problema nessa posição, já que há um grupo de pacientes que realmente funciona bem apenas com medicação. Futuras pesquisas deverão determinar se

esse grupo autosselecionado é realmente diferente dos pacientes que precisam de psicoterapia, em termos de variáveis sintomáticas, do curso da doença e familiares/genéticas. Igualmente importante, alguns pacientes com depressão bipolar II podem se recuperar com a mesma rapidez fazendo psicoterapia ou usando medicação (Swartz, Frank e Cheng, 2012).

Os familiares podem ser uma importante fonte de resistência. Entre as razões, pode estar um desejo de se distanciar do paciente (a quem talvez tenham tentado ajudar durante anos, sem resultado), limitações de tempo ou distância ou o desconforto de falar de problemas de família ou casal na frente de um estranho. Mais sutil é o medo de ser responsabilizado pelo transtorno (Hatfield, Spaniol e Zippel, 1987). O movimento da terapia de família já percorreu um longo caminho, mas ainda tem raízes em uma cultura que culpava os pais pelas doenças mentais. O modelo teórico que está na base da FFT não relaciona, de forma alguma, problemas de criação por parte dos pais ao início do transtorno bipolar. Não obstante, um profissional muitas vezes precisa deixar claro já no início do tratamento, que não adere a essa posição antiquada.

DIREÇÕES FUTURAS

Pesquisas importantes a ser realizadas no futuro que examinem o impacto clínico da psicoterapia da forma como é aplicada a pacientes em contextos do “mundo real” (geralmente em saúde mental comunitária), pelos profissionais que trabalham nesses contextos e nos limites de tempo em que trabalham. Como explicado anteriormente, a FFT foi considerada eficaz para estabilizar a depressão e manter o bem-estar no grande estudo STEP-BD de eficácia na comunidade, que incluiu terapeutas trabalhando em 15 centros de atendimento ambulatorial (Miklowitz et al., 2007b). Falta verificar se a FFT, com outros tratamentos cuja base de evidências inclui STEP-BD (terapia cognitivo-comportamental, terapia do ritmo social e interpessoal) vão ser assumidas por profissionais da saúde.

Um problema relacionado a isso é determinar a estrutura adequada da FFT. Em muitos contextos comunitários, os planos de saúde só pagam 6 a 8 consultas. A FFT é bastante intensiva em termos de tempo, e é necessário realizar pesquisas para determinar quais dos seus componentes indicam a maior proporção de variância no resultado dos participantes e a qualidade de vida dos familiares. Por exemplo, é possível que algumas famílias se beneficiem apenas do módulo de psicoeducação ou do de comunicação. Talvez esses módulos possam ser direcionados sem uma grande perda da magnitude de efeito no tratamento. Em ter-

mos ideais, as decisões para modificar os tratamentos da FFT serão baseadas em pesquisas sobre resultados clínicos em vez de somente no desejo de contenção de custos.

Uma orientação final de pesquisa é a aplicabilidade da FFT e outros tratamentos psicoterápicos a crianças e adolescentes com transtorno bipolar, ou mesmo a crianças geneticamente vulneráveis e que apresentam sinais prodrômicos precoces. O fato de que o transtorno bipolar sequer existe em crianças em idade escolar ou no início da adolescência está sendo reconhecido atualmente e fatores que predizem o surgimento do transtorno completo – como a presença de um histórico familiar de mania – estão sendo identificados (Axelson, Birmaher, Strober et al., 2011; Birmaher et al., 2009). Nossa pesquisa atual está examinando se a FFT nos estágios iniciais do transtorno reduz o risco de se desenvolver a síndrome completa (Miklowitz et al., 2013). Possivelmente os resultados negativos, tanto psicossociais quanto sintomáticos, do transtorno bipolar em adultos possam ser mitigados por meio da detecção precoce e de intervenções preventivas cuidadosamente planejadas.

AGRADECIMENTOS

A preparação deste capítulo contou com o apoio parcial das verbas do *National Institute of Mental Health* de números MH43931, MH55101, MH42556, MH62555, MH073871, MH077856, MH093676 e MH097007; recebendo o prêmio *Distinguished Investigator* da *National Association for Research on Schizophrenia and Depression* e uma *Faculty Fellowship* do *Council on Research and Creative Work* da University of Colorado.

REFERÊNCIAS

- Akiskal, H. S. (1996). The prevalent clinical spectrum of bipolar disorders: Beyond DSM-IV. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(Suppl. 1), 4-14.
- Alloy, L. B., Urošević, S., Abramson, L. Y., Jager-Hyman, S., Nusslock, R., Whitehouse, W. G., et al. (2012). Progression along the bipolar spectrum: A longitudinal study of predictors of conversion from bipolar spectrum conditions to bipolar I and II disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 16-27.
- Altshuler, L. L., Bearden, C., Green, M., van Gorp, W., & Mintz, J. (2008). A relationship between neurocognitive impairment and functional impairment: A pilot study. *Psychiatry Research*, 157, 289-293.
- Altshuler, L. L., Post, R. M., Black, D. O., Keck, P. E. J., Nolen, W. A., Frye, M. A., et al. (2006). Subsyndromal depressive symptoms are associated with functional impairment in patients with bipolar disorder: Results of a large, multisite study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(10), 1551-1560.
- Altshuler, L. L., Post, R. M., Leverich, G. S., Mikalaukas, K., Rosoff, A., & Ackerman, L. (1995). Antidepressant-induced mania and cycle acceleration: A controversy revisited. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1130-1138.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Axelson, D., Birmaher, B. J., Brent, D., Wassick, S., Hoover, C., Bridge, J., et al. (2003). A preliminary study of the Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children mania rating scale for children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 463-470.
- Axelson, D. A., Birmaher, B., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., et al. (2011). Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1257-1262.
- Axelson, D. A., Birmaher, B., Strober, M. A., Goldstein, B. I., Ha, W., Gill, M. K., et al. (2011). Course of subthreshold bipolar disorder in youth: Diagnostic progression from bipolar disorder not otherwise specified. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50(10), 1001-1016.
- Baldessarini, R. J., Tondo, L., & Hennen, J. (2003). Lithium treatment and suicide risk in major affective disorders: Update and new findings. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(Suppl. 5), 44-52.
- Bauer, M. S., McBride, L., Williford, W. O., Glick, H., Kinosian, B., Altshuler, L., et al. (2006). Collaborative care for bipolar disorder: Part II. Impact on clinical outcome, function, and costs. *Psychiatric Services*, 57, 937-945.
- Berrettini, W. (2003). Evidence for shared susceptibility in bipolar disorder and schizophrenia. *American Journal of Medical Genetics, Part C*, 123, 59-64.
- Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., Strober, M., Gill, M. K., Hunt, J., et al. (2009). Four-year longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: The Course and Outcome of Bipolar Youth (COBY) study. *American Journal of Psychiatry*, 166(7), 795-804.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 547-552.
- Calabrese, J. R., Fatemi, S. H., Kujawa, M., & Woyshtville, M. J. (1996). Predictors of response to mood stabilizers. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16(Suppl. 1), 24-31.
- Carlson, G. A., Findling, R. L., Post, R. M., Birmaher, B., Blumberg, H. P., Correll, C., et al. (2009). AACAP 2006 Research Forum—Advancing research in early-onset bipolar disorder: Barriers and suggestions. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 19(1), 3-12.
- Chambers, W. J., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A., et al. (1985). The assess-

- ment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview: Test-retest reliability. *Archives of General Psychiatry*, 42, 696-702.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, A., Benabarre, A., et al. (2009). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of bipolar disorder: A five year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 194(3), 260-265.
- Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., Martínez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., et al. (2005). Stabilizing the stabilizer: Group psychoeducation enhances the stability of serum lithium levels. *Bipolar Disorders*, 7(Suppl. 5), 32-36.
- Colom, F., Vieta, E., Tacchi, M. J., Sanchez-Moreno, J., & Scott, J. (2005). Identifying and improving non-adherence in bipolar disorders. *Bipolar Disorders*, 7(5), 24-31.
- Coryell, W., Endicott, J., & Keller, M. (1992). Rapidly cycling affective disorder: Demographics, diagnosis, family history, and course. *Archives of General Psychiatry*, 49, 126-131.
- Cuellar, A. K., Johnson, S. L., & Winters, R. (2005). Distinctions between bipolar and unipolar depression. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 307-339.
- Cutler, N. R., & Post, R. M. (1982). Life course of illness in untreated manic-depressive patients. *Comprehensive Psychiatry*, 23, 101-115.
- Dausch, B. M., Miklowitz, D. J., & Richards, J. A. (1996). A Scale for the Global Assessment of Relational Functioning, II: Reliability and validity in a sample of families of bipolar patients. *Family Process*, 35, 175-189.
- Deckersbach, T., Nierenberg, A. A., Kessler, R., Lund, H. G., Ametrano, R. M., Sachs, G., et al. (2010). Cognitive rehabilitation for bipolar disorder: An open trial for employed patients with residual depressive symptoms. *CNS Neuroscience and Therapeutics*, 16(5), 298-307.
- Ehlers, C. L., Kupfer, D. J., Frank, E., & Monk, T. H. (1993). Biological rhythms and depression: The role of *zeitgebers* and *zeitstorer*s. *Depression*, 1, 285-293.
- Falloon, I. R. H., Boyd, J. L., & McGill, C. W. (1984). *Family care of schizophrenia: A problem-solving approach to the treatment of mental illness*. New York: Guilford Press.
- Fiedorowicz, J. G., Endicott, J., Leon, A. C., Solomon, D. A., Keller, M. B., & Coryell, W. H. (2011). Subthreshold hypomanic symptoms in progression from unipolar major depression to bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 168(1), 40-48.
- First, M. B. (2010). DSM-5 proposals for mood disorders: A cost-benefit analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(1), 1-9.
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., & Williams, J. B. W. (1995). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I disorders*. New York: Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. New York: Guilford Press.
- Frank, E. (2011). Proposed revisions to the concept of mixed episodes in DSM-5: The path traveled (abstract). *Bipolar Disorders*, 13(1), 14.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., Mallinger, A. G., Swartz, H. A., Fagioli, A. M., et al. (2005). Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 62(9), 996-1004.
- Frank, E., Soreca, I., Swartz, H. A., Fagioli, A. M., Mallinger, A. G., Thase, M. E., et al. (2008). The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165(12), 1559-1565.
- Fristad, M. A., Verducci, J. S., Walters, K., & Young, M. E. (2009). Impact of multifamily psychoeducational psychotherapy in treating children aged 8 to 12 years with mood disorders. *Archives of General Psychiatry*, 66(9), 1013-1021.
- Geddes, J. R. & Miklowitz, D. J. (2013). Treatment of bipolar disorder. *Lancet*, 381, 1672-1682.
- George, E. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Taylor, D. O. (2003). The comorbidity of bipolar disorder and Axis II personality disorders: Prevalence and clinical correlates. *Bipolar Disorders*, 5, 115-122.
- Gitlin, M. J., Mintz, J., Sokolski, K., Hammen, C., & Altshuler, L. L. (2011). Subsyndromal depressive symptoms after symptomatic recovery from mania are associated with delayed functional recovery. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(5), 692-697.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L., & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152(11), 1635-1640.
- Goes, F. S., Hamshe, M. L., Seifuddin, F., Pirooznia, M., Belmonte-Mahon, P., Breuer, R., et al. (2012). Genomewide association of mood-incongruent psychotic bipolar disorder. *Translational Psychiatry*, 2, e180.
- Goldberg, J. F. (2004). The changing landscape of psychopharmacology. In S. L. Johnson & R. L. Leahy (Eds.), *Psychological treatment of bipolar disorder* (pp. 109-138). New York: Guilford Press.
- Goldberg, J. F., & Kocsis, J. H. (1999). Depression in the course of bipolar disorder. In J. F. Goldberg & M. Harrow (Eds.), *Bipolar disorders: Clinical course and outcome* (pp. 129-147). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Goldstein, B. I., Goldstein, T. R., & Miklowitz, D. J. (2008). *Integrating a substance use disorder (SUD) perspective into family-focused therapy of adolescents with bipolar disorder (FFT-A)*. Pittsburgh, PA: Western Psychiatric Institute and Clinic.
- Hahlweg, K., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Magana, A. B., Mintz, J., Doane, J. A., et al. (1989). Expressed emotion and patient-relative interaction in families of recent-onset schizophrenics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 11-18.

- Harrow, M., Grossman, L. S., Herbener, E. S., & Davies, E. W. (2000). Ten-year outcome: Patients with schizoaffective disorders, schizophrenia, affective disorders and mood-incongruent psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 177, 421-426.
- Hatfield, A. B., Spaniol, L., & Zippel, A. M. (1987). Expressed emotion: A family perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 221-226.
- Henin, A., Biederman, J., Mick, E., Sachs, G. S., Hirshfeld-Becker, D. R., Siegel, R. S., et al. (2005). Psychopathology in the offspring of parents with bipolar disorder: A controlled study. *Biological Psychiatry*, 58(7), 554-561.
- Honig, A., Hofman, A., Rozendaal, N., & Dingemans, P. (1997). Psychoeducation in bipolar disorder: Effect on expressed emotion. *Psychiatry Research*, 72, 17-22.
- Hooley, J. M., & Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 298-306.
- Hooley, J. M., & Teasdale, J. D. (1989). Predictors of relapse in unipolar depressives: Expressed emotion, marital distress, and pECReived criticism. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 229-235.
- Johnson, R. E., & McFarland, B. H. (1996). Lithium use and discontinuation in a health maintenance organization. *American Journal of Psychiatry*, 153, 993-1000.
- Johnson, S. L. (2005a). Life events in bipolar disorder: Towards more specific models. *Clinical Psychology Review*, 25(8), 1008-1027.
- Johnson, S. L. (2005b). Mania and dysregulation in goal pursuit. *Clinical Psychology Review*, 25, 241-262.
- Johnson, S. L., Cuellar, A., Ruggero, C., Perlman, C., Goodnick, P., White, R., et al. (2008). Life events as predictors of mania and depression in bipolar I disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 117, 268-277.
- Johnson, S. L., Edge, M. D., Holmes, M. K., & Carver, C. S. (2012). The behavioral activation system and mania. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 143-167.
- Johnson, S. L., Sandrow, D., Meyer, B., Winters, R., Miller, I., Solomon, D., et al. (2000). Increases in manic symptoms following life events involving goal-attainment. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 721-727.
- Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D. A., et al. (2002). The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry*, 59, 530-537.
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., et al. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children—Present and Lifetime version (K-SADS-PL): Initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 980-988.
- Keck, P. E., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., et al. (1998). 12-month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Kim, E. Y., & Miklowitz, D. J. (2002). Childhood mania, attention deficit hyperactivity disorder, and conduct disorder: A critical review of diagnostic dilemmas. *Bipolar Disorders*, 4, 215-225.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, R. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kraepelin, É. (1921). *Manic-depressive insanity and paranoia*. Edinburgh, UK: Livingstone.
- Kumari, V., Fannon, D., Peters, E. R., Ffytche, D. H., Sumich, A. L., Premkumar, P., et al. (2011). Neural changes following cognitive behaviour therapy for psychosis: A longitudinal study. *Brain*, 134(8), 2396-2407.
- Lam, D. H., Burbeck, R., Wright, K., & Pilling, S. (2009). Psychological therapies in bipolar disorder: The effect of illness history on relapse prevention – a systematic review. *Bipolar Disorders*, 11(5), 474-482.
- Lam, D. H., Hayward, P., Watkins, E. R., Wright, K., & Sham, P. (2005). Relapse prevention in patients with bipolar disorder: Cognitive therapy outcome after 2 years. *American Journal of Psychiatry*, 162, 324-329.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., et al. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy of relapse prevention for bipolar affective disorder: Outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60, 145-152.
- Leibenluft, E. (2011). Severe mood dysregulation, irritability, and the diagnostic boundaries of bipolar disorder in youths. *American Journal of Psychiatry*, 168(2), 129-142.
- Leibenluft, E., Charney, D. S., Towbin, K. E., Bhangoo, R. K., & Pine, D. S. (2003). Defining clinical phenotypes of juvenile mania. *American Journal of Psychiatry*, 160, 430-437.
- Leverich, G. S., & Post, R. M. (1998). Life charting of affective disorders. *CNS Spectrums*, 3, 21-37.
- Leverich, G. S., Post, R. M., Keck, P. E. J., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Kupka, R. W., et al. (2007). The poor prognosis of childhood-onset bipolar disorder. *Journal of Pediatrics*, 150(5), 485-490.
- Lieberman, R. P., Wallace, C. J., Falloon, I. R. H., & Vaughn, C. E. (1981). Interpersonal problem solving therapy for schizophrenics and their families. *Comprehensive Psychiatry*, 22, 627-629.
- Malhi, G. S., Adams, D., & Berk, M. (2009). Medicating mood with maintenance in mind: Bipolar depression pharmacotherapy. *Bipolar Disorders*, 11(Suppl. 2), 55-76.
- Malkoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B. P., Hlastala, S. A., Luther, J. F., Sherrill, J. T., et al. (2000). Social rhythm disruption and stressful life events in the onset of bipolar and unipolar episodes. *Psychological Medicine*, 30, 1005-1016.
- Malkoff-Schwartz, S., Frank, E., Anderson, B., Sherrill, J. T., Siegel, L., Patterson, D., et al. (1998). Stressful life events and social rhythm disruption in the onset of manic and depressive bipolar episodes: A preliminary investigation. *Archives of General Psychiatry*, 55, 702-707.
- Masi, G., Mucci, M., Pfanner, C., Berloff, S., Magazù, A., & Perugi, G. (2012). Developmental pathways for different subtypes of early-onset bipolarity in youths. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(10), 1355-1341.

- Merikangas, K. R., Akiskal, H. S., Angst, J., Greenberg, P. E., Hirschfeld, R. M. A., Petukhova, M., et al. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543-552.
- Merikangas, K. R., Cui, L., Kattan, G., Carlson, G. A., Youngstrom, E. A., & Angst, J. (2012). Mania with and without depression in a community sample of US adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 69(9), 943-951.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J. P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., et al. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68(3), 241-251.
- Meyer, B., Johnson, S. L., & Winters, R. (2001). Responsiveness to threat and incentive in bipolar disorder: Relations of the BIS/BAS scales with symptoms. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 133-143.
- Miklowitz, D. J. (2008a). Adjunctive psychotherapy for bipolar disorder: State of the evidence. *American Journal of Psychiatry*, 165(11), 1408-1419.
- Miklowitz, D. J. (2008b). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miklowitz, D. J. (2012). A family intervention approach to bipolar disorder and substance abuse in late adolescence. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 68(5), 502-513.
- Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., Birmaher, B., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., et al. (2008). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: Results of a 2-year randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 65(9), 1053-1061.
- Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., Sullivan, A. E., et al. (2009). Expressed emotion moderates the effects of family-focused treatment for bipolar adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 643-651.
- Miklowitz, D. J., Buickians, A., & Richards, J. A. (2006). Early-onset bipolar disorder: A family treatment perspective. *Development and Psychopathology*, 18, 1247-1265.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Axelson, D. A., Kim, E. Y., Birmaher, B., Schneck, C., et al. (2004). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(Suppl. 1), 113-128.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912.
- Miklowitz, D. J., & Goldstein, M. J. (1997). *Bipolar disorder: A family-focused treatment approach*. New York: Guilford Press.
- Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S., & Mintz, J. (1988). Family factors and the course of bipolar affective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 45, 225-231.
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., et al. (2007a). Is psychosocial management effective?: In reply to Saddichha and Kumar. *Archives of General Psychiatry*, 64, 1452-1453.
- Miklowitz, D. J., Otto, M. W., Frank, E., Reilly-Harrington, N. A., Wisniewski, S. R., Kogan, J. N., et al. (2007b). Psychosocial treatments for bipolar depression: A 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program. *Archives of General Psychiatry*, 64, 419-427.
- Miklowitz, D. J., Schneck, C. D., Singh, M. K., Taylor, D. O., George, E. L., Cosgrove, V. E., et al. (2013). Early intervention for symptomatic youth at risk for bipolar disorder: A randomized trial of family-focused therapy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(2), 121-131.
- Miklowitz, D. J., & Scott, J. (2009). Psychosocial treatments for bipolar disorder: Cost-effectiveness, mediating mechanisms, and future directions. *Bipolar Disorders*, 11, 110-122.
- Miklowitz, D. J., Wendel, J. S., & Simoneau, T. L. (1998). Targeting dysfunctional family interactions and high expressed emotion in the psychosocial treatment of bipolar disorder. *In Session: Psychotherapy in Practice*, 4, 25-38.
- Miklowitz, D. J., Wisniewski, S. R., Miyahara, S., Otto, M. W., & Sachs, G. S. (2005). PECReived criticism from family members as a predictor of the 1-year course of bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 136(2-3), 101-111.
- Monk, T. H., Kupfer, D. J., Frank, E., Ritenour, A. M. (1991). The Social Rhythm Metric (SRM): Measuring daily social rhythms over 12 weeks. *Psychiatry Research*, 36, 195-207.
- Murray, G., Suto, M., Hole, R., Hale, S., Amari, E., & Michalak, E. E. (2011). Self-management strategies used by "high functioning" individuals with bipolar disorder: From research to clinical practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18(2), 95-109.
- Napier, A. Y., & Whitaker, C. (1988). *The family crucible: The intense experience of family therapy*. New York: Harper & Row.
- O'Connell, R. A., Mayo, J. A., Flatow, L., Cuthbertson, B., & O'Brien, B. E. (1991). Outcome of bipolar disorder on long-term treatment with lithium. *British Journal of Psychiatry*, 159, 132-129.
- Priebe, S., Wildgrube, C., & Muller-Oerlinghausen, B. (1989). Lithium prophylaxis and expressed emotion. *British Journal of Psychiatry*, 154, 396-399.
- Rea, M. M., Tompson, M., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family focused treatment vs. individual treatment for bipolar disorder: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 482-492.
- Sachs, G. S., Nierenberg, A. A., Calabrese, J. R., Marangell, L. B., Wisniewski, S. R., Gyulai, L., et al. (2007). Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression. *New England Journal of Medicine*, 356(17), 1711-1722.
- Sato, T., Bottlender, R., Schröter, A., & Möller, H. J. (2003). Frequency of manic symptoms during a depressive episode

- de and unipolar "depressive mixed state" as bipolar spectrum. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(4), 268-274.
- Sala, R., Axelson, D. A., Castro-Fornieles, J., Goldstein, T. R., Ha, W., Liao, F., et al. (2010). Comorbid anxiety in children and adolescents with bipolar spectrum disorders: prevalence and clinical correlates. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71(10), 1344-1350.
- Salavert, J., Caseras, X., Torrubia, R., Furest, S., Arranz, B., Duenas, R., et al. (2007). The functioning of the Behavioral Activation and Inhibition Systems in bipolar I euthymic patients and its influence in subsequent episodes over an eighteen-month period. *Personality and Individual Differences*, 42(7), 1323-1331.
- Scherk, H., Pajonk, F. G., & Leucht, S. (2007). Second-generation antipsychotic agents in the treatment of acute mania: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of General Psychiatry*, 64(4), 442-455.
- Schlosser, D. A., Miklowitz, D. J., O'Brien, M. P., De Silva, S., Zinberg, J. L., & Cannon, T. D. (2012). A randomized trial of family-focused treatment for adolescents and young adults at risk for psychosis: Study rationale, design, and methods. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(3), 283-291.
- Scott, J., Paykel, E., Morriss, R., Bentall, R., Kinderman, P., Johnson, T., et al. (2006). Cognitive behaviour therapy for severe and recurrent bipolar disorders: A randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188, 313-320.
- Simon, G. E., Ludman, E. J., Bauer, M. S., Unutzer, J., & Operskalski, B. (2006). Long-term effectiveness and cost of a systematic care program for bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 500-508.
- Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., Saleem, R., & George, E. L. (1999). Bipolar disorder and family communication: Effects of a psychoeducational treatment program. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 588-597.
- Simoneau, T. L., Miklowitz, D. J., & Saleem, R. (1998). Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 497-507.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B., Gibbon, M., & First, M. B. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID): I. History, rationale, and description. *Archives of General Psychiatry*, 49(8), 624-629.
- Strakowski, S. M., Keck, P. E., McElroy, S. L., West, S. A., Sax, K. W., Hawkins, J. M., et al. (1998). Twelve-month outcome after a first hospitalization for affective psychosis. *Archives of General Psychiatry*, 55, 49-55.
- Suppes, T., Leverich, G. S., Keck, P. E., Nolen, W. A., Denicoff, K. D., Altshuler, L. L., et al. (2001). The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network: II. Demographics and illness characteristics of the first 261 patients. *Journal of Affective Disorders*, 67, 45-59.
- Suppes, T., Mintz, J., McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Kupka, R. W., Frye, M. A., et al. (2005). Mixed hypomania in 908 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation Bipolar Treatment Network: A sex-specific phenomenon. *Archives of General Psychiatry*, 62(10), 1089-1096.
- Swann, A. C., Dougherty, D. M., Pazzaglia, P. J., Pham, M., & Moeller, F. G. (2004). Impulsivity: A link between bipolar disorder and substance abuse. *Bipolar Disorders*, 6, 204-212.
- Swartz, H. A., Frank, E., & Cheng, Y. (2012). A randomized pilot study of psychotherapy and quetiapine for the acute treatment of bipolar II depression. *Bipolar Disorders*, 14(2), 211-216.
- Van Meter, A. R., Moreira, A. L., & Youngstrom, E. A. (2011). Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 72(9), 1250-1256.
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenia and depressed neurotic patients. *British Journal of Psychiatry*, 129, 125-137.
- Vitiello, B., & Swedo, S. (2004). Antidepressant medications in children. *New England Journal of Medicine*, 350, 1489-1491.
- Weinstock, L. M., & Miller, I. W. (2008). Functional impairment as a predictor of short-term symptom course in bipolar I disorder. *Bipolar Disorders*, 10(3), 437-442.
- Weinstock, L. M., Strong, D., Uebelacker, L. A., & Miller, I. W. (2009). Differential item functioning of DSM-IV depressive symptoms in individuals with a history of mania versus those without: An item response theory analysis. *Bipolar Disorders*, 11(3), 289-297.
- Weisman, A., Lopez, S. R., Karno, M., & Jenkins, J. (1993). An attributional analysis of expressed emotion in Mexican-American families with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 601-606.
- Wendel, J. S., Miklowitz, D. J., Richards, J. A., & George, E. L. (2000). Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: An analysis of problem-solving interactions. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 792-796.
- West, A. E., & Weinstein, S. M. (2012). A family-based psychosocial treatment model. *Israeli Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 49(2), 86-93.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Kwon, A., Ditterline, J., Finkner, P., Moore, H., et al. (2004). Risk of substance use disorders in adolescents with bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(11), 1380-1386.
- Yan, L. J., Hammen, C., Cohen, A. N., Daley, S. E., & Henry, R. M. (2004). Expressed emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 83, 199-206.

CAPÍTULO 12

ESQUIZOFRENIA E OUTROS TRANSTORNOS PSICÓTICOS

Nicholas Tarrier

Rumina Taylor

Entre os avanços mais destacados na última década está o tratamento direto dos sintomas “positivos” da esquizofrenia com tratamentos psicológicos. Muitos desses avanços vêm originalmente do Reino Unido, onde um grupo de pesquisadores experientes, trabalhando no âmbito do *National Health Service* (NHS), desenvolveu e avaliou essas abordagens. Nick Tarrier esteve à frente do grupo durante esse período. No contexto do manejo de caso (*case management*) e da medicação antipsicótica, essa mescla tão criativa de componentes de tratamento se mostrou eficaz para pacientes crônicos que não responderam integralmente à medicação, bem como para pacientes em uma etapa aguda do transtorno. Já há evidências suficientes de que as diretrizes de tratamento patrocinadas pelo governo, tanto no Reino Unido quanto nos Estados Unidos, incorporaram essas abordagens a recomendações abrangentes de tratamento. Mais recentemente, estão surgindo evidências claras da possibilidade de prever o início do transtorno para as pessoas em risco. Os avanços e as dificuldades dessas técnicas são ilustrados no caso de “Jim”, que desenvolvera uma rede intrincada de delírios, lembrando o personagem de Russell Crowe em *Uma mente brilhante*, relacionados a esquemas complexos por parte de outras pessoas, inclusive familiares e amigos, para se aproveitar dele e roubar seu dinheiro e sua namorada. A habilidade do terapeuta para levar a cabo essas novas abordagens nunca foi mais bem ilustrada do que neste capítulo. Esses novos tratamentos psicológicos, sustentados clinicamente, representam a linha de frente de nosso trabalho terapêutico com esses pacientes gravemente perturbados, e conseguem trazer um pouco de alívio à tragédia que é a esquizofrenia. — D. H. B.

A esquizofrenia é uma doença mental grave, caracterizada por sintomas positivos de alucinações, delírios e transtornos do pensamento. As alucinações costumam ser auditivas, na forma de vozes que se ouvem falando da pessoa e na terceira pessoa, embora essas alucinações possam acontecer em outros sentidos. Os delírios costumam ser bizarros, sentidos com uma forte convicção, muitas vezes envolvendo uma interpretação equivocada da percepção ou da vivência. O conteúdo dos delírios pode incluir uma série de temas, como ser controlado por outros, perseguição, ideias de referência, e ideias somáticas, religiosas ou grandiosas. Os transtornos do pensamento se inferem a partir do prejuízo e da desorganização da linguagem. As alucinações e os delírios, e, às vezes, os transtornos do pensamento, são chamados de *sintomas positivos* e refletem um excesso ou uma distor-

ção do funcionamento normal. Os *sintomas negativos* também costumam estar presentes e refletem uma redução ou perda do funcionamento normal, incluindo restrições na gama ou na intensidade das emoções, na fluência e na produtividade do pensamento e da linguagem e no desencadear do comportamento. As consequências desses sintomas podem ser a disfunção no funcionamento pessoal, social ocupacional e profissional. Os transtornos comórbidos, principalmente a depressão e a ansiedade, são frequentes e prejudicam ainda mais o funcionamento. O risco de suicídio é alto. Os aspectos de descrição, diagnóstico e classificação da esquizofrenia e dos transtornos psicóticos têm estimulado muito debate e controvérsia ao longo de décadas, podendo-se encontrar detalhes na maioria dos livros-texto de psiquiatria. Eles não nos interessam aqui, exceto para dizer que pode haver

variações consideráveis na apresentação clínica entre pacientes, e no mesmo paciente no decorrer do tempo. Além disso, a terapia cognitivo-comportamental para psicose (TCCp) nos últimos anos tem estado dirigida principalmente à redução dos sintomas positivos e da aflição associada, e essa é a principal preocupação da maior parte deste capítulo. Os tratamentos tradicionais para a esquizofrenia permanecem sendo a medicação antipsicótica e algum tipo de manejo de caso, e se supõe que a TCCp descrita aqui seja um acréscimo a isso. Na verdade, revisões feitas recentemente nas diretrizes do *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2009), do Reino Unido, e o *Schizophrenia Patient Outcomes Research Team* (Dixon et al., 2010), nos Estados Unidos, sugeriram que TCCp seja oferecida juntamente com medicação a todas as pessoas com esquizofrenia.

DESENVOLVIMENTO DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA ESQUIZOFRENIA

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) para esquizofrenia, embora siga um tema e um conjunto de princípios comuns, desenvolveu-se em vários centros, a maioria deles no Reino Unido, e foi baseada em uma série de perspectivas teóricas e conceituais diferentes. Nas décadas de 1980 e 1990, uma ampliação intensa do uso da TCC no tratamento de transtornos de ansiedade e transtornos afetivos influenciou os psicólogos clínicos trabalhando no campo da esquizofrenia, que estavam tentando entender e tratar a esquizofrenia a partir de uma perspectiva psicológica. Esse era o caso principalmente no Reino Unido, onde os psicólogos tratavam uma série de transtornos nos serviços de saúde mental de adultos e conseguiram transferir seu método de tratamento para outros grupos diagnósticos. A estrutura e o funcionamento de um sistema universal de saúde existente no Reino Unido, o *National Health Service* (NHS), facilitou essa transferência das habilidades e o trabalho multidisciplinar. Além disso, o financiamento da formação profissional dos trabalhadores de saúde, principalmente os psicólogos clínicos, contribuiu para o conhecimento e para a disseminação da TCC para pacientes em geral e para os psicóticos em particular. Entretanto, a disseminação dos tratamentos para o serviço de saúde e a disponibilidade universal da TCCp foram lentos e problemáticos (Brooker e Brabban, 2006; Tarrier, Barrowclough, Haddock e McGovern, 1999).

EVIDÊNCIAS DE PESQUISA

Aspectos profissionais, éticos e econômicos levaram a prática clínica a ser orientada por uma base de evidências gerada a partir da avaliação nos tratamentos. As

evidências partem de estudos e projetos não controlados em pequena escala para estudos controlados, e depois para estudos controlados randomizados (ECRs) em grande escala sobre eficácia e efetividade. Apesar de críticas recentes à adequação dos ECRs na saúde mental (Richardson, Baker, Burns, Lilford e Muijen, 2000; Slade e Priebe, 2001), eles permanecem sendo o *padrão-ouro* pelo qual todos os tratamentos são julgados (Doll, 1998; Pocock, 1996; Salkovskis, 2002; Tarrier e Wykes, 2004). Tendo-se estabelecido um banco de dados de estudos controlados, a metanálise pode proporcionar uma medida do nível médio de efeito terapêutico para o tratamento em questão. Para a esquizofrenia, uma série de metanálises publicadas indica que a TCCp é efetiva para tratar sintomas psicóticos positivos em pacientes psicóticos (p. ex., Gould, Mueser, Bolton, Mays e Goff, 2001; Pilling et al., 2002; Rector e Beck, 2001; Tarrier e Wykes, 2004; Zimmermann, Favrod, Trieu e Pomini, 2005), embora haja resultados contraditórios (p. ex., Lynch, Laws e McKenna, 2010). De 20 estudos controlados de TCC para esquizofrenia identificados por Tarrier e Wykes (2004), houve dados disponíveis de 19 estudos sobre seus efeitos sobre os sintomas positivos. Esses estudos têm uma média de tamanho de efeito de 0,37 ($DP = 0,39$, mediana = 0,32), com uma amplitude entre - 0,49 e 0,99. Usando a convenção de Cohen (1988) para classificar tamanho de efeito, 14 (74%) estudos obtiveram pelo menos um tamanho de efeito pequeno, 6 (32%) obtiveram ao menos um tamanho de efeito moderado e 3 (16%), atingiram um tamanho de efeito grande. Em termos gerais, esses estudos indicam um tamanho de efeito modesto na melhoria dos sintomas positivos em comparação com o tratamento psiquiátrico padrão (tratamento usual, ou TU), o que provavelmente não é surpresa, dada a natureza e a gravidade do transtorno. Uma metanálise e uma revisão atualizadas indicaram que os tamanho de efeito foram de 0,476 para TCCp para sintomas positivos em 30 estudos, 0,474 para sintomas negativos em 14 estudos, 0,477 para o funcionamento social em 11 estudos e 0,424 para depressão em 11 estudos (Wykes, Everitt, Steele e Tarrier, 2008). Uma metanálise mais recente ampliou os resultados, examinando a eficácia da TCCp no seguimento (de 3 a 15 meses após o tratamento), em comparação com TU e outros tratamentos psicológicos (psicoeducação e intervenção familiar). Sarin, Wallin e Widerlöv (2011) incluíram 22 estudos e 2.469 participantes. Quando a TCCp foi comparada a outras intervenções psicológicas no seguimento, o resultado foi estatisticamente significativo e em favor de um pequeno efeito da TCCp sobre o tratamento de sintomas positivos, negativos e gerais. Quando a

TCCp foi comparada com TU no seguimento e outros tratamentos psicológicos imediatamente após o término, houve uma tendência em favor da TCCp, mas não estatisticamente significativa. Assim, pareceu haver um atraso nos efeitos da TCCp.

Manejo de sintomas na esquizofrenia crônica

Apesar da medicação de manutenção, uma porcentagem considerável de pacientes com esquizofrenia continua a ter alucinações e delírios persistentes que não respondem à medicação. A maioria dos estudos sobre TCCp foi realizada com pacientes que têm doença crônica. Esses estudos, 16 dos quais têm dados disponíveis, têm uma média de tamanho de efeito de 0,4 ($DP = 0,32$, mediana = 0,33), com amplitude entre $-0,32$ e 0,99 (Tarrier e Wykes, 2004). Outra estratégia tem sido a de adotar uma abordagem menos genérica e usar a TCCp para atingir um grupo mais definido de participantes ou sintomas específicos. Fowler e colaboradores (2009), por exemplo, recrutaram jovens com psicose precoce, além de mau funcionamento social e desemprego, e ofereceram uma intervenção cognitivo-comportamental projetada para melhorar a recuperação social. Em comparação com o grupo que recebeu TU isolado, quem tinha psicose não afetiva e problemas de recuperação social e recebeu TCC demonstrou aumentos significativos no número de horas semanais de atividades construtivas e estruturadas. Além disso, esse objetivo foi alcançado em associação com reduções clinicamente significativas e importantes nos sintomas e na desesperança. Da mesma forma, Grant, Huh, Perivoliotis, Stolar e Beck (2012) avaliaram um pacote de terapia cognitiva de 18 meses, com foco na recuperação, voltado a melhorar o funcionamento e os sintomas negativos em pessoas com esquizofrenia que tinham prejuízos neurocognitivos. Aquelas que receberam o tratamento apresentaram melhorias significativas no funcionamento global e nos sintomas positivos e negativos (motivação). Em um estudo anterior, Trower e colaboradores (2004) trataram a obediência a comandos que trazem risco em pacientes com alucinações de comando usando a terapia cognitiva. Em 12 meses de seguimento, mantiveram-se reduções significativas em favor do grupo de terapia cognitiva, que foram constatadas em percepção de poder e onisciência de vozes, em comportamento de obediência associado, e na aflição e depressão. Esse estudo está sendo replicado em um grande ECR multicêntrico com seguimento mais longo, para permitir que os pesquisadores tirem conclusões mais definitivas sobre a eficácia e a durabilidade dessa intervenção (Birchwood et al., 2011). Recentemente, também houve abordagens mais bem-sucedidas, desenvolvidas para tratar cren-

ças delirantes abordando preocupação, insônia e vieses de raciocínio, as quais se supõem que mantenham a persistência de delírios e a aflição relacionada (ver Freeman, 2011, para uma revisão de estudos).

Recuperação dos sintomas na esquizofrenia aguda

Alguns estudos investigaram o uso da TCCp no tratamento de pacientes com enfermidade aguda, hospitalizados por causa de um episódio psicótico agudo. Como os participantes estão com enfermidade aguda e podem muito bem estar desconfiados, agitados e instáveis, a terapia costuma ser implementada como um *envelope terapêutico*, que consiste em uma faixa de duração da terapia que pode ser aplicada de maneira flexível. Dois estudos geraram tamanhos de efeito de $-0,49$ e $0,93$ (Drury, Birchwood, Cochrane e Macmillan, 1996; Haddock, Tarrier, et al., 1999), indicando uma variância considerável nesse pequeno grupo de estudos. O *Study of Cognitive Reality Alignment Therapy in Early Schizophrenia* (SoCRATES) (Lewis et al., 2002), que é, de longe, o mais amplo e metodologicamente mais rigoroso, recrutou 309 pacientes com esquizofrenia de início precoce e gerou um tamanho de efeito de 0,12. Em um seguimento de 18 meses desse ensaio, tanto a TCCp quanto o aconselhamento de apoio continuaram a proporcionar benefícios clínicos em relação ao TU isolado, embora tenha havido uma tendência à significância em uma melhor resposta de alucinações auditivas à TCCp (Tarrier, Lewis, et al., 2004). Um ECR mais recente incluiu participantes na fase aguda do seu primeiro episódio de psicose que receberam TCCp ou contato pessoal (*befriending*). A TCCp melhorou significativamente o funcionamento quando comparada com contato pessoal na metade e no final do tratamento, com um tamanho de efeito de 0,39, mas não melhorou os sintomas (Jackson et al., 2008). A TCCp pareceu promover a recuperação precoce, de forma similar ao estudo SoCRATES (Lewis et al., 2002). No entanto, quaisquer diferenças entre a TCCp e os grupos de contato pessoal se perderam em um ano de seguimento. Além disso, a falta de um grupo de TU impediu que se considerasse qualquer tratamento adicional que os participantes estivessem recebendo como resultado de sua fase aguda (Jackson et al., 2008).

Prevenção da recaída

Vários estudos investigaram a prevenção da recaída, ou a capacidade da TCCp de prevenir ou postergar futuros episódios agudos. A recaída é uma consequência importante por causa do prejuízo, da aflição e dos custos econômicos causados pela exacerbação de sintomas. Os estudos sobre intervenções de TCCp

nos quais a prevenção da recaída foi simplesmente um entre vários componentes obtiveram pouco sucesso com quatro estudos, mostrando uma redução média na recaída de apenas 1,4% comparada com tratamentos-controle. Por sua vez, a TCCp concentrada e dedicada à prevenção da recaída teve algum sucesso, com dois estudos mostrando uma redução média de recaída de 21% (Tarrier e Wykes, 2004). A mais recente metanálise de Sarin e colaboradores (2011), a qual incluiu alguns estudos que examinam taxas de recaída comparando TCCp com TU e outras intervenções psicológicas, não mostrou qualquer evidência forte de que a TCCp tenha tido efeitos de tratamento na prevenção de recaída. A terapia cognitiva na fase aguda também não foi considerada bem sucedida na redução do número de internações e do número total de dias no hospital em um ano de seguimento (Jackson et al., 2008). Um ECR grande, multicêntrico e metodologicamente robusto investigou a eficácia da TCCp e da intervenção familiar especificamente concebidas para prevenção de recaídas e redução de sintomas em pacientes com psicose que tinham tido recaídas recentes (Garety et al., 2008). Nenhuma das intervenções teve efeitos na remissão ou na recaída em 12 ou 24 meses de seguimento, embora a TCCp tenha reduzido a depressão e os sintomas, e melhorado o funcionamento social, e o trabalho familiar tenha melhorado o sofrimento associado a delírios. No entanto, um estudo posterior do mesmo grupo de pesquisa usou uma nova metodologia estatística para reexaminar os dados (Dunn et al., 2012). A TCCp foi eficaz no aumento dos meses de remissão e na redução dos sintomas, mas apenas quando a terapia foi realizada em sua totalidade e incluiu uma série de estratégias cognitivas e comportamentais que visavam a prevenção de recaída e sintomas.

Intervenção precoce

Além do efeito em indivíduos com psicoses mais estabelecidas, tem havido um interesse crescente em desviar o curso da esquizofrenia em uma etapa inicial. Morrison e colaboradores (2004) informaram um estudo usando técnicas de TCC nesse grupo precoce para tentar evitar ou adiar o primeiro episódio agudo do transtorno ao intervir durante um período prodromático. Sua técnica se concentrava não nos sintomas positivos francos, mas nas dificuldades de solução de problemas. Os resultados desse primeiro ECR parecem promissores. A TCCp se revelou mais benéfica do que o tratamento tradicional na prevenção da progressão para a psicose, evitando a prescrição da medicação antipsicótica e reduzindo sintomas. No entanto, em um ECR recente muito maior, multicêntrico, que comparou a terapia cognitiva oferecida a jovens em

risco de doença mental grave e TU, esses resultados não foram replicados. Não houve diferenças entre os grupos em termos de transição para psicose em 12 a 24 meses, embora os autores discutam a possibilidade de seu estudo não conseguir detectar a diferença devido a taxas de conversão inesperadamente baixas no grupo-controle, e questionem o estado mental “em risco” de sua amostra, bem como o impacto de sua condição de controle, que foi de monitoramento ativo (Morrison, French, et al., 2012). A terapia proporcionou benefícios clinicamente significativos na frequência e na intensidade dos sintomas. Esse mesmo grupo de pesquisa também avaliou a eficácia da terapia cognitiva para pessoas que recebiam atendimento de intervenção precoce que interromperam a medicação antipsicótica (Morrison, Hutton et al., 2012). Todos os participantes receberam terapia, que foi associada a melhorias em sintomas e funcionamento positivos e negativos no final do tratamento e no seguimento, e a aumentos na recuperação autoavaliada no seguimento. Uma recente metanálise de ERCs de atendimentos de intervenção precoce, TCC e intervenções familiares para pacientes com psicose precoce (3 a 5 anos após o início da doença) confirmou os efeitos positivos da intervenção nesse período crucial. Os atendimentos de intervenção precoce, que incluíram TCCp, trabalho familiar e medicamentos como parte do pacote de cuidados, permitiram um melhor acesso e mais envolvimento com o tratamento, bem como menores taxas de recaída, internações e sintomas. A TCCp isolada melhorou a gravidade dos sintomas em dois anos de seguimento, enquanto a terapia de família melhorou taxas de recaída e internações hospitalares no fim do tratamento (Bird et al., 2010). Portanto, um plano de tratamento holístico proporcionado por serviços de intervenção precoce parece vantajoso durante os estágios iniciais da doença.

Resumo das evidências

Há boas evidências de que a TCCp reduz os sintomas positivos em pacientes com esquizofrenia crônica, em remissão parcial; já as evidências de que ela acelera a recuperação em pacientes agudos, a ponto de atingir um benefício clínico significativo são mais duvidosas. As reduções nas taxas de recaída são atingidas quando a intervenção se concentra e se dedica à redução da recaída, mas são decepcionantes para a TCCp padrão. Há evidências de que a TCCp e a intervenção familiar podem beneficiar pacientes de serviços de intervenção precoce que estejam nos estágios iniciais da doença. A TCCp na fase prodromática parece proporcionar poucos benefícios adicionais em termos de prevenção da psicose em indivíduos vulneráveis, embora os sintomas possam ser melhorados.

AVANÇOS TEÓRICOS

Tem havido um debate considerável em relação ao entendimento teórico da esquizofrenia, com uma predominância das explicações biológicas. Entretanto, tem-se demonstrado repetidas vezes que os fatores psicológicos e sociais influenciam o curso da esquizofrenia, sendo incorporados a modelos de vulnerabilidade ao estresse que enfatizaram a importância desses fatores psicossociais na precipitação e na manutenção dos episódios psicóticos (Nuechterlein, 1987). Foram desenvolvidos modelos cognitivos segundo avanços na TCC (Garety, Kuipers, Fowler, Freeman e Bebbington, 2001). Espera-se que, à medida que esses modelos cognitivos se desenvolvam e sejam submetidos a estudos clínicos, surjam mais refinamentos do tratamento com TCCp. Por exemplo, a TCCp parece ter pouco efeito para reduzir o risco de suicídio (Tarrier, Haddock et al., 2006), mas com um entendimento conceitual maior dos mecanismos psicológicos subjacentes ao risco, surgirão intervenções mais focadas em sua redução (Bolton, Gooding, Kapur, Barrowclough e Tarrier, 2007; Johnson, Gooding e Tarrier, 2008).

PRINCÍPIOS CLÍNICOS BÁSICOS

Várias estratégias clínicas comuns estão por trás de todas as variantes de TCCp para esquizofrenia: vínculo e estabelecimento de um relacionamento terapêutico; avaliação baseada em formulação de caso individual que identifique a vivência psicótica (sintomas) e estabeleça associações entre as cognições, o comportamento e o afeto do paciente dentro de um contexto ambiental em resposta a essa vivência; e uma estratégia de intervenção baseada nessa formulação, que use métodos cognitivos e comportamentais para reduzir os sintomas psicóticos e a aflição emocional associada a eles. Os pacientes são ensinados a estar cientes de seus sintomas e a aprender métodos para controlá-los (p. ex., aprender a controlar alucinações auditivas desviando sua atenção delas ou pensando em explicações alternativas para as vivências).

Os pacientes podem adquirir estratégias de enfrentamento que são desmembradas em elementos, aprendidos individualmente e depois agregados em uma estratégia geral. Para garantir que todas essas estratégias de enfrentamento possam ser implementadas fora da terapia, os pacientes aprendem repetidamente na sessão de terapia. Aprender essas técnicas de controle possibilita que os pacientes questionem as crenças que possam ter tido em relação às vozes, como “as vozes são incontroláveis”, “as vozes são poderosas” e “eu tenho que obedecer às vozes”. Dessa forma, aprendendo a controlar processos psicológicos

básicos como a atenção, por meio da distração e do desvio da atenção, os pacientes também aprendem a questionar suas crenças em relação a suas vivências e sintomas. Também se podem usar experimentos comportamentais e testes de realidade para refutar crenças delirantes e inadequadas. Presta-se atenção especial à identificação de comportamentos de evitação e segurança que reforcem essas crenças inadequadas. A mudança desses comportamentos é um método poderoso para alterar crenças e delírios. Os pacientes podem ser ajudados em suas tentativas de mudança de comportamento por meio da autoinstrução e de estratégias de enfrentamento que reduzam a excitação (p. ex., exercícios de respiração, relaxamento rápido, exercícios guiados com imagens mentais e estímulo ao diálogo interno voltado a tarefas). Em alguns casos refratários, os pacientes estão convencidos e firmes em sua crença de que os delírios são verdadeiros e não estão dispostos a examinar a veracidade dessa vivência subjetiva. Nesses casos, o profissional deve negociar objetivos de tratamento voltados a reduzir o estresse em vez dos sintomas em si. Deixar de fazer isso provavelmente levará o paciente a perder o envolvimento e rejeitar o tratamento.

Muitas vezes, acontece de as crenças delirantes do paciente persistirem apesar das evidências que as contradizem, incluindo evidências que acontecem naturalmente e as que são produzidas pelo terapeuta por meio de experimentos comportamentais e teste de realidade. Para enfraquecer essas explicações delirantes, o terapeuta deve usar todas as oportunidades disponíveis, por meio da descoberta guiada e do questionamento socrático, para avaliar as evidências que sustentam a explicação que o paciente tem dos eventos, enfraquecendo assim os delírios. Recomenda-se apontar as evidências contraditórias com uma atitude interrogativa e curiosa, muitas vezes conhecida como a *técnica de Colombo*,* de forma que o paciente tenha que explicar as contradições e revisar sua explicação à luz dessa nova e contraditória evidência. Quando os delírios são fortemente mantidos, esse processo pode ser lento, mas pode ocorrer o enfraquecimento das crenças delirantes ou, como acontece em alguns casos, as interpretações delirantes permanecem ou retornam, mas sua importância e natureza afliativa são reduzidas em muito. Por exemplo, uma paciente adulta mais velha tratada por um dos autores (N. T.) tinha alucinações auditivas de natureza blasfema e obscena. Ela acreditava que seu cérebro atuava como transmissor e difundia seus pensamentos, de forma que outras

* N. de T.: uma referência à série de televisão norte-americana com esse nome.

peçoas na vizinhança poderiam ouvir seus pensamentos blasfemos e obscenos. Seu principal contato social era com sua igreja local e o clube social ligado a ela. Um domingo, durante o culto religioso, ela ouviu as vozes e ficou convencida de que seus pensamentos estavam sendo transmitidos em voz alta para a congregação. Ela se sentiu tão mortificada e embaraçada que saiu da igreja e não conseguiu voltar nem ter qualquer contato com seus amigos. Ela estava convencida de que tinha sido esquecida pela congregação da igreja. Ao ser questionada sobre as evidências disso, respondeu que desde então havia encontrado outros membros da congregação na cidade e eles a ignoraram totalmente, o que reforçou sua sensação de exclusão, vergonha e autorreprovação. Depois de mais questionamento, ela revelou que tinha caminhado pela rua e visto amigos que passaram de carro, à distância. Há uma grande possibilidade de que eles não a tenham visto. Dessa forma, suas evidências de ter sido esquecida foram questionadas. Chegamos a um acordo sobre um objetivo de tratamento que testasse sua interpretação da situação. Se fosse real o medo de que a congregação a rejeitasse caso ela voltasse, ela deveria esperar uma reação negativa ao retornar à igreja. Se o medo fosse irracional, não haveria reação negativa, e os outros até deveriam ficar contentes por ver seu retorno. Ela sentiu uma ansiedade considerável com a ideia de voltar à igreja, mas conseguiu retornar usando métodos que ela havia aprendido para enfrentar a vivência de alucinações auditivas e ansiedade. Para sua surpresa, longe de ser rejeitada ou esquecida, ela foi recebida com carinho e interesse. Essa vivência enfraqueceu consideravelmente suas crenças de que outras pessoas poderiam ouvir seus pensamentos, e seus delírios foram classificados como mínimos. Ao ser questionada sobre os eventos alguns meses mais tarde, no seguimento, ela disse acreditar que outras pessoas podiam escutar seus pensamentos, mas como isso não parecia incomodá-las, ela também não estava mais preocupada! Nesse caso, sua explicação delirante dos eventos passados tinha voltado, mas não lhe causava mais desconforto nem prejudicava seu funcionamento social.

Também se tem dado ênfase a aumentar a autoestima e os sentimentos de amor próprio dos pacientes. Essa adição mais recente ao tratamento foi considerada eficaz e foi bem recebida pelos pacientes (Hall e Tarrier, 2003). Neste capítulo, situamos esses métodos depois do tratamento dos sintomas, indicando um avanço, da redução de sintomas à maior autoestima. Entretanto, não há razão para que as melhorias em autoestima não possam ser iniciadas no começo do tratamento e, em alguns casos, isso pode ser desejável. O futuro pode reservar novas oportu-

nidades excitantes para usar novas tecnologias, como *smartphones*, para implementar avaliação e intervenções em tempo real e para individualizar os protocolos de tratamento (Kelly et al., 2012).

CONTEXTO DA DOENÇA E FATORES ASSOCIADOS

Fases do transtorno e sua relação com os objetivos do tratamento

A esquizofrenia, um transtorno complexo que pode durar a vida toda, passa por várias fases. Por exemplo, a fase prodrômica que ocorre antes de um episódio psicótico pleno é caracterizada por sintomas não específicos e sintomas de ansiedade, depressão, irritabilidade, insônia e vivências quase psicóticas (p. ex., pensamento mágico, sentimentos paranoides). A fase prodrômica evolui para um episódio psicótico durante o qual os sintomas psicóticos mais floridos estão presentes e prejudicam muito o funcionamento. Um episódio psicótico geralmente precisa ser controlado de forma aguda, muitas vezes incluindo hospitalização. A recuperação de um episódio psicótico agudo é seguida por um período de remissão ou remissão parcial, com doses de manutenção de medicação antipsicótica. Não é incomum que os sintomas residuais se mantenham durante a recuperação e a fase de remissão, e, em alguns casos, a recuperação é pequena. Os objetivos e estratégias de tratamento da TCCp variam de acordo com a fase em que o transtorno se encontra. Por exemplo, durante a fase prodrômica, o objetivo é impedir a transição a um episódio psicótico pleno. Na fase aguda, o objetivo é acelerar a recuperação. Durante a remissão parcial, é reduzir os sintomas residuais e impedir futuras recaídas. Na remissão total, o objetivo é manter o paciente bem. Os aspectos específicos da TCCp podem variar dependendo dos objetivos e da fase do transtorno em que são aplicados. Por exemplo, durante uma internação aguda por causa de um episódio psicótico, o paciente muitas vezes está perturbado, aflito e agitado, de forma que as sessões de terapia costumam ser breves e frequentes, ao passo que no caso de pacientes cronicamente enfermos que moram na comunidade, as sessões de terapia seguem o formato ambulatorial normal. Em todos os casos, a terapia é adaptada à tolerância do paciente. Exceto em casos muito excepcionais, a TCCp é usada como complemento à medicação antipsicótica adequada. As várias fases do transtorno e as estratégias de tratamento adequadas são descritas na Tabela 12.1.

Características e deficiências associadas

É importante que o profissional preste atenção às características associadas e aos fatores complicadores, bem como aos sintomas do transtorno. Eles variam

TABELA 12.1 Objetivos de tratamento e métodos nas diferentes fases da doença esquizofrênica

Fase	Objetivo	Método de tratamento
Pródromos da doença	Impedir a transição à psicose plena	TCC para sinais precoces e prevenção de aumento dos sintomas
Episódio agudo	Rápida recuperação	TCC e treinamento para enfrentamento
Sintomas residuais em remissão parcial	Redução de sintomas	TCC, treinamento para enfrentamento e melhoria da autoestima
Remissão	Prevenção da recaída	TCC para permanecer bem e intervenção na família
Pródromos da recaída	Interromper a recaída	Identificação de sinais precoces e prevenção da recaída

desde efeitos do transtorno sobre processos psicológicos básicos, como a atenção, até questões clínicas, como risco de suicídio, chegando a questões sociais, como isolamento social e escassas oportunidades de emprego. Essas características associadas são descritas na Tabela 12.2. O ponto crucial é que o terapeuta esteja ciente de que esses problemas podem surgir. Alguns deles podem ser tratados mantendo-se a

mensagem curta e breve, mas com muita repetição (ou seja, ensinando insistentemente as estratégias de enfrentamento). Pode ser útil anotar pontos simples para o paciente, como auxílio à memória, assim como criar um pequeno “caderno de trabalho”, para que ele possa ter um registro contínuo desses pontos. Isso geralmente é mais eficaz do que dar textos que raramente são lidos e muitas vezes se perdem.

TABELA 12.2 Aspectos associados à esquizofrenia: aspectos que devem ser avaliados e considerados como dificuldades potenciais no tratamento psicológico da esquizofrenia

Psicológicos

- Processos de pensamento prejudicados ou lentos
- Dificuldades de diferenciar sinal de ruído
- Atenção restrita
- Hipersensibilidade a interações sociais
- Dificuldades de processar sinais sociais
- Afeto plano e restrito
- Excitação elevada e regulação disfuncional da excitação
- Hipersensibilidade ao estresse e aos eventos da vida
- Alto risco de depressão e desesperança
- Efeitos do trauma
- Estigmatização
- Baixa autoestima e baixo valor pessoal
- Alto risco de abuso de álcool e drogas
- Alto risco de suicídio e de conduta autodestrutiva
- Interferência no desenvolvimento da adolescência normal e do início da vida adulta decorrente do início da doença

Psicossociais

- Hipersensibilidade ao ambiente familiar e interpessoal (incluindo o gerado pela equipe profissional)
- Risco de perpetrar ou ser vítima de violência

Sociais

- Condições de privação social
- Moradia de má qualidade
- Mudança social para pior
- Desemprego e dificuldade de competir no mercado de trabalho
- Rede social restrita
- Trajetória psiquiátrica prejudicando a utilização de recursos sociais

É importante equilibrar a natureza e a duração das sessões com relação ao nível de tolerância do paciente. Inicialmente, pode ser melhor manter as sessões breves e deixar que o paciente vá embora quando achar que já é suficiente. A natureza individual da terapia é altamente estressante, de forma que as primeiras sessões podem servir apenas para habituação ao estresse social de estar com o terapeuta. Ensinar ao paciente estratégias simples para lidar com a tensão e a ansiedade (p. ex., relaxamento breve) pode ajudar na habituação à situação terapêutica e também pode proporcionar uma tarefa concreta na qual concentrar a atenção. Tarefas simples de atenção concentrada, como se concentrar em algum item na sala por um breve período, podem ajudar na redução dos efeitos de estímulos irrelevantes na consciência do paciente. Também é importante reconhecer que alguém com esquizofrenia talvez não expresse os sinais verbais e não verbais que o terapeuta pode esperar que indiquem aflição grave, depressão ou suicidalidade. O afeto pode ser plano ou inapropriado, levando o terapeuta a não perceber sinais importantes de risco. Isso pode ser evitado, em parte, conhecendo a pessoa e como ela reage, nunca fazendo suposições sobre o estado mental e fazendo com que o paciente concorde desde o início que irá informar o terapeuta de mudanças importantes em sua vida ou humor.

Infelizmente, muitas vezes o terapeuta não tem como mudar algumas questões, como condições sociais, mas elas podem muito bem influenciar o processo do tratamento. Contudo, não há nada de errado em prestar assistência ou ajudar os pacientes a se fortalecer, contribuindo com suas tentativas de melhorar suas próprias circunstâncias. Por fim, é importante que os terapeutas adotem um enfoque não crítico e aprendam a acomodar suas próprias frustrações se a terapia estiver avançando mais lentamente do que eles esperavam. Aspectos da esquizofrenia podem tornar difícil lidar com alguns pacientes, e o terapeuta deve estar ciente disso e desenvolver uma postura tolerante. Já se demonstrou que a falta de um relacionamento positivo entre profissionais e pacientes está associada a um mau diagnóstico (Tattan e Tarrier, 2000).

O CONTEXTO DA TERAPIA

É muito provável que, quando se fizer uma indicação de TCC, o paciente esteja sob os cuidados de uma equipe de saúde multidisciplinar e recebendo medicação antipsicótica e algum tipo de manejo do caso. As pessoas que desenvolvem uma psicose geralmente são diagnosticadas por um clínico geral ou por uma equipe de atenção primária, ou em um serviço de emergência, e enviadas aos serviços de saúde

mental. Estes estão organizados de várias maneiras diferentes em diferentes países, dependendo das filosofias de saúde e das estruturas, mas o que se aplica em termos de conteúdo da terapia pode ser independente de como o serviço está organizado. Assim, os procedimentos terapêuticos descritos neste capítulo podem ser usados em vários tipos de estrutura e organização de serviços. Já fizemos TCCp com pacientes em serviços abertos e fechados, em hospitais e em centros de saúde ambulatoriais, em estruturas comunitárias e nas próprias casas dos pacientes. É provável que, quanto mais flexível for o sistema, maior chance terá o paciente de se envolver e participar. Com essa finalidade, muitas vezes utilizamos o atendimento domiciliar, que é um procedimento comum no Reino Unido.

Evidências de pesquisa indicam que os tratamentos cognitivo-comportamentais duram cerca de 20 sessões. Eles podem ser intensivos, de três meses, ou menos intensivos, de nove meses ou mais. As impressões clínicas indicam que alguns pacientes se beneficiam do tratamento contínuo, ainda que menos intensivo, ao passo que outros se beneficiam de sessões de reforço. O terapeuta deve se guiar, sempre, pela necessidade clínica do paciente e assumir uma postura colaborativa em vez de aderir a um protocolo rígido, de “tamanho único”. Deve ser lembrado que a TCC não “cura” a esquizofrenia, mas ajuda o paciente a enfrentar uma doença crônica.

A existência de possíveis fatores associados, como explicado anteriormente, significa que os pacientes podem apresentar uma série de dificuldades clínicas, além dos sintomas psicóticos. O profissional deve estar ciente de que pode ser esse o caso e estar preparado para lidar ou tratar esses problemas antes de passar a tratar os sintomas psicóticos. Pode ser necessário lidar com problemas clínicos, como alto nível de ansiedade, depressão, desesperança e comportamento que implique risco suicida não somente porque eles são prioridades clínicas, mas também porque pode haver interações relevantes entre esses outros transtornos e a psicose.

O tratamento descrito aqui é para a TCCp individual. É possível aplicar o tratamento em formato grupal. Os grupos são bem recebidos por alguns pacientes e oferecem vantagens, pois os pacientes aprendem uns com os outros. Os resultados sugerem benefícios clínicos em termos de melhor autoestima, mas as reduções dos sintomas são modestas em comparação com as dos tratamentos individuais (p. ex., Barrowclough et al., 2006) e quaisquer melhorias parecem se perder no seguimento (Lecomte, Leclerc e Wykes, 2012).

Outros tratamentos psicológicos também podem estar disponíveis, como intervenções na família. Existe uma literatura considerável sobre essas intervenções, que mostraram reduzir as taxas de recaída em indivíduos em risco, para quem está nos estágios iniciais e na psicose posterior (Bird et al., 2010; Onwumere, Bebbington e Kuipers, 2011; Onwumere e Kuipers, 2011). Os detalhes das intervenções em família estão além do escopo deste capítulo (sobre a aplicação clínica de intervenções em família, ver Barrowclough e Tarrier, 1992; Kuipers, Onwumere e Bebbington, 2010; Mueser e Glynn, 1995; ver, também, Miklowitz, Capítulo 11 deste volume). Combinamos a TCC individual e a intervenção em família, com certo êxito, e sugerimos que os terapeutas avaliem se essa estratégia seria clinicamente benéfica. Outros já proporcionaram terapia familiar aos participantes com diagnósticos do espectro da esquizofrenia e uso de substâncias concomitantes, com alguns benefícios em sintomas e funcionamento para pacientes e familiares (Mueser et al., 2013). A intervenção em família concomitante pode reduzir ambientes domésticos estressantes e ajudar a manter os avanços. Muitos pacientes vivem sozinhos ou estão afastados de seus familiares, de forma que a intervenção em família pode não ser uma alternativa possível.

Variáveis do paciente

Os pacientes com esquizofrenia representam um grupo heterogêneo, do qual 20% a 45% podem ser resistentes ao tratamento medicamentoso (Kane, 1999) e 5 a 10% não apresentam benefícios com a medicação antipsicótica (Pantelis e Barns, 1996). Embora haja confusão entre as expressões *resistente ao tratamento*, *recuperação incompleta* e *intolerância ao tratamento*, está claro que o tratamento convencional com medicação antipsicótica não tem efeito em uma quantidade significativa de pacientes, apesar dos bem conhecidos avanços nessa classe de medicação. Assim, ao se adaptarem e refinarem os tratamentos é importante entender quais fatores predizem boa resposta ao tratamento psicológico e, talvez, o contrário, quais pacientes não terão benefícios. Infelizmente, conhecem-se poucos detalhes a respeito de quais pacientes irão ou não se beneficiar dos tratamentos cognitivo-comportamentais (Tarrier e Wykes, 2004). Os fatores que foram associados a resultados insuficientes incluem sintomas negativos de embotamento afetivo e aloia (empobrecimento cognitivo) (Tarrier, 1996). Os fatores associados a melhores resultados compreendem uma duração mais curta da doença, idade mais jovem (Morrison, Turkington et al., 2012), maior capacidade de enfrentamento pré-terapia (Premkumar et al., 2011) e melhor visão clínica e cog-

nitiva (Emmerson, Granholm, Link, McQuaid e Jeste, 2009; Perivoliotis et al., 2010), sintomas menos graves no pré-tratamento (Tarrier, Yúsopoff, Kinney et al., 1998) e receptividade à contradição hipotética (Brabban, Tai e Turkington, 2009; Garety et al., 1997). Esses resultados sugerem que os pacientes mais jovens, com doença menos grave, menos déficits cognitivos graves e melhor funcionamento podem responder melhor, mas atualmente não há princípios rígidos sustentados por evidências. O abandono do tratamento é mais uma questão importante. Existem algumas evidências de que os pacientes que abandonam o tratamento tendem a ser homens, desempregados e sem habilidades, solteiros, com baixo nível de instrução e baixo QI pré-mórbido. Eles têm longa duração da doença, mas no momento da interrupção não estão necessariamente enfermos com gravidade e podem funcionar em nível razoável. Já se constatou que menos sintomas negativos, uso de maconha e outras drogas, e fatores como não ter um membro da família envolvido no tratamento predizem falta de envolvimento (Stowkowy, Addington, Liu, Hollowell e Addington, 2012). Os que abandonam apresentam alucinações e delírios, estão paranoides, embora não necessariamente desconfiem do profissional que conduz o tratamento, além de deprimidos e moderadamente desesperançados. A maioria não consegue ver qual a razão de tratamento psicológico ou acha que não vai se beneficiar dele (Tarrier, Yúsopoff, McCarthy, Kinney e Wittkowski, 1998).

Variáveis do terapeuta

As variáveis relacionadas ao terapeuta incluem uma série de fatores, como formação, experiência, competência, supervisão e estilo pessoal. Os planejadores dos serviços de saúde têm uma tendência a esperar, principalmente por razões econômicas, que essas terapias complexas sejam aplicadas por profissionais com qualificações mínimas. Isso pode ser um erro (Tarrier et al., 1999). O tratamento psicológico de uma pessoa com psicose é complexo, e, além de ter as habilidades e experiência para tratar o transtorno psicótico em si, como descrito neste capítulo, o profissional pode muito bem precisar ser capaz de tratar uma série de transtornos comórbidos, incluindo ansiedade, estresse pós-traumático, depressão e transtornos aditivos. Parece razoável que, para tratar com sucesso alguém com uma doença mental grave e, muito possivelmente, uma gama de transtornos comórbidos, o terapeuta deva ter experiência e formação suficiente em TCC para conseguir reagir a várias demandas clínicas e níveis de complexidade. Um estudo recente mostrou melhores resultados de TCCp associados a terapeutas que passam a maior parte de

seu tempo clínico aplicando esta intervenção específica, e que recebem supervisão frequente (Steel, Tarrier, Stahl e Wykes, 2012). Em nossa opinião, o tratamento dos transtornos psicóticos não se adapta a um mero seguimento de um manual extremamente prescritivo. Como indicado na seção anterior sobre as características e deficiências associadas, o terapeuta precisa ser competente para reconhecer e priorizar uma série de problemas clínicos que se apresentam no tratamento. Ele também deve ter qualidades pessoais que facilitem o envolvimento do paciente (que pode ser de difícil manejo ou perturbado) e precisa ajustar o tratamento a esse indivíduo. Pesquisas anteriores sugerem que a ausência de uma relação positiva está associada a um resultado inferior (Tat-tan e Tarrier, 2000), de forma que o terapeuta necessita de experiência e paciência para desenvolver a relação e manter o envolvimento. Um estudo recente usou o método Delphi para examinar o que especialistas na área consideravam ingredientes importantes na TCCp. Elementos como uma avaliação detalhada, uso de modelo e formulação cognitivos, implementação de estratégias de mudança, e as atitudes que devem ser mantidas pelos terapeutas (p. ex., normalizar a fundamentação) foram considerados essenciais (Morrison e Barratt, 2010).

O PROCEDIMENTO DA TCC: O MODELO DE MANCHESTER

Um modelo clínico: o modelo enfrentamento-recuperação

O modelo desenvolvido e descrito por Tarrier guarda várias semelhanças com outros, e se beneficiou muito de contatos e discussões com outros pesquisadores nessa área. O princípio básico é o modelo de recuperação, no qual os pacientes estão enfrentando uma doença potencialmente persistente que pode mudar muitos aspectos de suas vidas, afetar suas esperanças e aspirações e estar associada a transtornos comórbidos como depressão e transtornos de ansiedade. O terapeuta ajuda o paciente ao facilitar, o máximo possível, o processo de recuperação. O modelo de enfrentamento se parece muito e usa muitos métodos de outras abordagens da TCC, mas enfatiza o enfrentamento dos sintomas em vez de sua cura, e intervém para modificar os processos cognitivos (p. ex., a atenção), bem como o conteúdo cognitivo e o comportamento.

O modelo clínico que orienta o tratamento é apresentado na Figura 12.1 e pressupõe que a vivência dos sintomas psicóticos, alucinações e delírios é uma interação dinâmica entre fatores internos e externos. Os fatores internos podem ser biológicos ou

psicológicos e podem ser herdados ou adquiridos. Por exemplo, os fatores genéticos podem influenciar o funcionamento bioquímico do cérebro e a capacidade cognitiva. Por outro lado, a disfunção biológica e psicológica pode ser adquirida, por exemplo, em déficits de flexibilidade cognitiva e no desenvolvimento de atitudes mal-adaptativas. Esses fatores internos aumentam a vulnerabilidade dos indivíduos à psicose, e seu risco é aumentado ainda mais por meio da exposição ao estresse ambiental, como certos contextos interpessoais ou ambientes excessivamente exigentes. A interação entre fatores internos e externos é importante tanto nas origens do transtorno quanto na manutenção dos sintomas. Uma disfunção no processamento da informação, como o monitoramento da origem das alucinações (ou seja, uma crença sobre de onde vem a voz) e o raciocínio probabilístico nos delírios, combinados com disfunções no sistema de excitação e sua regulação, resultam em perturbações da percepção e do pensamento que são características da psicose.

O indivíduo é reativo a essas vivências, e há um processo de avaliação primária e secundária no qual ele tenta interpretar essas vivências e dar sentido a elas, e depois reage às suas consequências. Muitas vezes, as avaliações dos pacientes acerca da vivência resultam em sentimentos de ameaça à sua integridade física ou situação social e em reações emocionais concomitantes, além de comportamento evitativo e de segurança. A reação imediata à vivência psicótica é multidimensional, incluindo elementos emocionais, comportamentais e cognitivos. Os efeitos secundários, como humor deprimido, ansiedade em situações sociais e o efeito do trauma podem complicar a situação.

O aspecto importante do modelo é que a avaliação (incluindo as crenças sobre a vivência) e a reação à vivência psicótica fazem *feedback* por uma série de rotas possíveis e aumentam a probabilidade da manutenção ou da recorrência da vivência psicótica. Por exemplo, a reação emocional a escutar vozes ameaçadoras ou a ter fortes sentimentos paranoides pode ser ansiedade ou raiva. Essas emoções incluem níveis elevados de excitação autônoma que agem diretamente, por meio de níveis permanentemente aumentados de excitação ou indiretamente, por meio de mais prejuízo ao processamento da informação, para aumentar a probabilidade de sintomas psicóticos. Da mesma forma, as respostas comportamentais aos sintomas psicóticos podem aumentar a exposição ao estresse ambiental ou aumentar o risco de trauma (p. ex., de se envolver em violência ou favorecer o comportamento perigoso) que man-

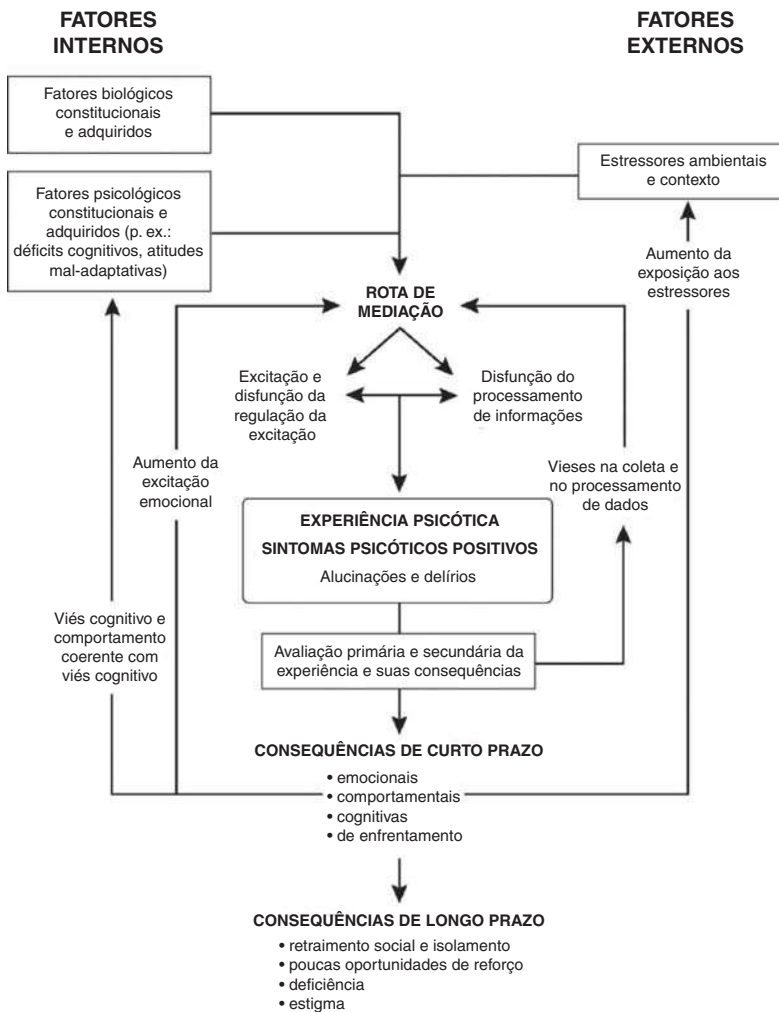


FIGURA 12.1 Modelo clínico das origens e da manutenção dos sintomas psicóticos.

tém ou agrava os sintomas psicóticos. Por exemplo, pensamentos paranoides podem resultar em conflitos interpessoais ou ainda em evitação e retraimento social. As duas situações podem aumentar a probabilidade de ocorrerem sintomas. O conflito interpessoal provavelmente será interpretado como evidência de perseguição, enquanto o retraimento e o isolamento provavelmente resultarão em ruminação confirmatória e ressentimento, com escassez de oportunidades para refutar essas crenças paranoides. A avaliação do conteúdo das vozes ou dos pensamentos delirantes como válido e verdadeiro pode resultar em comportamentos coerentes com essas crenças e em um viés que confirma a coleta e avaliação das evidências so-

bre as quais serão embasados os futuros julgamentos da realidade. As vivências psicóticas podem levar a crenças disfuncionais a partir das quais se age de forma que leva a sua confirmação ou ao fracasso em refutá-las. A isso se pode chamar de ciclo de vivência-crença-ação-confirmação, ou VCAC. Sugere-se que esses ciclos mantêm a vivência psicótica do paciente por meio do reforço de crenças ou comportamentos maladaptativos. O modelo genérico indicado na Figura 12.1 fornece um quadro abrangente de como os problemas do paciente surgem e são mantidos. Estão incluídos nesse modelo os microelementos de eventos específicos com conexão temporal, como o ciclo VCAC (ver Fig. 12.2).

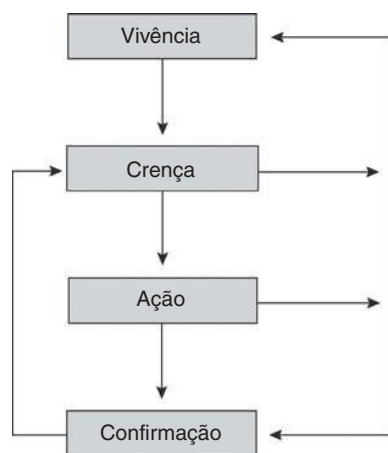


FIGURA 12.2 O ciclo de vivência-crença-ação-confirmação (VCAC).

Avaliação

O terapeuta precisa ser capaz de avaliar e desenvolver uma formulação dos determinantes dos sintomas psicóticos do paciente. Os terapeutas podem considerar útil o uso de instrumentos de avaliação padronizados (há muitos, e eles avaliam várias funções; ver Barnes e Nelson, 1994, para uma revisão e descrição detalhadas das avaliações).

Recomendamos a *Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS; Haddock, McCarron, Tarrier e Faragher, 1999) como método eficaz de avaliar a natureza multidimensional dos sintomas psicóticos positivos. O terapeuta precisa entender a variação individual dos sintomas psicóticos, o que se pode conseguir usando uma entrevista semiestruturada (*Antecedent and Coping Interview* [ACI]; para mais detalhes, ver Tarrier, 2002, 2006) que cobre a natureza e a variação dos sintomas psicóticos positivos vivenciados pelo paciente, incluindo as crenças relacionadas a sintomas psicóticos, reações emocionais que acompanham cada sintoma, estímulos antecedentes e contexto em que cada sintoma ocorre, consequências dos sintomas e como o comportamento e as crenças do paciente são afetados, bem como os métodos que ele usa para enfrentar e administrar suas vivências. Isso permite que o terapeuta construa um quadro abrangente de como o paciente vivencia a psicose diariamente e como isso altera seu afeto, seu comportamento e suas crenças. O profissional deve ter cuidado para identificar comportamentos de evitação e segurança que ocorram em função dos sintomas psicóticos e exemplos em que o paciente não consegue refutar crenças irracionais ou delirantes. O terapeuta deve usar como guia os modelos clínicos mostrados nas Figuras 12.1 e 12.2.

Intervenção

Estratégias de enfrentamento

Quando o terapeuta tiver construído um quadro abrangente da vivência psicótica do paciente, ele pode discuti-lo com ele e apresentar a fundamentação para a TCCp. Pode haver pacientes que estejam completamente convencidos de seus pensamentos delirantes e não aceitem qualquer visão alternativa, caso em que se deve colocar o enfrentamento dessa vivência aflitiva como objetivo.

As características da TCCp e do treinamento para enfrentamento são as seguintes:

- são baseadas em avaliação e formulação individualizadas;
- enfatizam um processo normal e geral de lidar com a adversidade;
- enfatizam que isso faz parte do processo de recuperação;
- são realizadas sistematicamente, por meio de instrução intensiva, simulação e dramatização;
- são aditivas, no sentido de que diferentes estratégias podem ser adicionadas em uma sequência que avança até a implementação *in vivo*;
- são baseadas em oferecer um novo conjunto de respostas que será um método de enfrentamento de um problema permanente, em vez de ser curativo;
- a aprendizagem das habilidades de enfrentamento cognitivo se dá por meio de um processo de verbalização externa que vai diminuindo lentamente até que o procedimento requerido seja internalizado como pensamento, sob controle interno;
- potencializam a função executiva;
- desenvolvem o aprendizado de habilidades cognitivas e comportamentais por meio de um processo de prática e ensaio graduais;
- proporcionam oportunidades para reavaliação e reatribuições.

Esses métodos de enfrentamento incluem mudanças nos processos cognitivos, no conteúdo cognitivo e em comportamentos como os que são apresentados a seguir.

Redirecionamento da atenção

É um processo em que os pacientes mudam ativamente o foco de sua atenção de um tema ou vivência para outro. Isso envolve inibir uma resposta em andamento e dar início a uma resposta alternativa. Os pacientes são treinados dentro da sessão para redirecionar a atenção a estímulos externos (p. ex., um aspecto de seu ambiente, como descrever um quadro ou estar ciente do ruído do tráfego ao fundo) ou a estímulos internos, muitas vezes, um conjunto de imagens posi-

tivas. Por exemplo, um paciente a quem se pediu que apontasse uma cena positiva de que participou apontou um restaurante no balneário inglês de Blackpool, onde ele tinha feito uma refeição agradável. Ele foi treinado para conseguir evocar uma imagem visual do restaurante descrevendo a cena, os móveis, a decoração, e tudo muito detalhadamente. A seguir, pediu-se que se lembrasse da vivência da refeição com todos os seus sentidos: a memória visual da comida, seu cheiro e seu sabor, a sensação de segurar o garfo e a faca com as mãos, a vivência de comer e assim por diante. Ele repetiu continuamente a memória da refeição no restaurante até conseguir evocá-la quando quisesse. A seguir, redirecionou repetidamente sua atenção dos pensamentos delirantes para imagens dessa refeição. Ele foi ensinado a usar o início de um delírio como sinal para redirecionar a atenção (ver “Treinamento para a consciência”).

Estreitamento da atenção

No *estreitamento da atenção*, um processo em que os pacientes restringem a amplitude e o conteúdo de sua atenção, muitos deles falam em “limpar” a mente e concentrar a atenção como método de enfrentamento. As evidências sugerem que um problema com que se deparam os pacientes de esquizofrenia é a incapacidade de filtrar adequadamente as informações que recebem, de distinguir sinais de ruídos. Treinar os pacientes para que concentrem sua atenção e melhorem o controle sobre ela pode ajudá-los a superar essa dificuldade ao estreitar e regular a atenção.

Autodeclarações modificadas e diálogo interno

Há alguns anos se sabe que o uso que os pacientes fazem das declarações que formulam sobre si próprios pode ser incorporado com sucesso às intervenções. O uso dessas autodeclarações e do diálogo interno pode cumprir uma série de funções no controle das emoções, como ensinar os pacientes a superar emoções negativas associadas às suas vozes e sinalizar o comportamento voltado a objetivos e sinalizar e direcionar o teste de realidade. Em cada caso, são ensinadas ao paciente declarações que orientam a resposta adequada, como “eu não preciso ter medo”, “preciso seguir adiante e entrar no ônibus” ou “por que eu acho que aquele homem está me olhando se eu nunca o vi antes?” Na sessão, inicialmente se pede ao paciente que repita o conjunto de declarações ou perguntas em voz alta quando receber o sinal correspondente. As declarações vão sendo reduzidas em volume até ser internalizadas. A seguir, o paciente pratica essas situações simuladas dentro da sessão. Aprender essas declarações questionadoras é uma etapa útil para gerar e avaliar explicações alternativas para a vivência psicótica.

Reatribuição

Os pacientes devem gerar uma explicação alternativa para uma vivência e praticar declarações de reatribuição quando essa vivência ocorrer. Inicialmente, quando começamos o treinamento de enfrentamento, usamos reatribuições relacionadas à doença, como “não é uma voz real, é a minha doença”. Desde então, abandonamos esse tipo de declaração por não ajudar, e hoje usamos outras explicações: “Pode parecer uma voz real, mas são só os meus próprios pensamentos” e “Pode parecer que as pessoas estão me olhando, mas elas têm que olhar para algum lugar”. Se os pacientes fizerem as mudanças que aumentam seu controle sobre os sintomas ou as circunstâncias, ou questionarem a onipotência ou a infalibilidade das vozes que escutam, essas mudanças podem servir de evidência para reatribuição com relação à natureza de seus sintomas ou à capacidade dos sintomas de exercer controle – por exemplo: “Como a voz pode ser poderosa se só diz bobagem?”, “Eu não tenho de acreditar se não for verdade”.

Treinamento para a consciência

Os pacientes são ensinados a ter consciência de seus sintomas positivos e os monitorar, principalmente seu início. Eles não apenas se conscientizam de suas vivências, como também tentam aceitar essas vivências sem reagir a elas. Os pacientes têm consciência das vozes, mas não reagem a elas nem se deixam capturar por seu conteúdo. Uma função do treinamento para a consciência é que os pacientes estejam cientes da forma e das características de seus pensamentos e percepções, em vez de seu conteúdo. Por exemplo, monitorar o início físico de uma voz e depois usar o redirecionamento da atenção reduz o impacto emocional do conteúdo. O objetivo é duplo: ajudar os pacientes a se *desvincilhar mentalmente* de seus sintomas, especialmente o conteúdo, e usar os sintomas como sinal para ação alternativa.

Técnicas de redução da excitação

Como altos níveis de excitação estão implicados na psicopatologia da esquizofrenia e ocorrem com frequência como antecedente e como resposta à vivência psicótica, é importante ensinar os pacientes a enfrentá-los. Essas estratégias de enfrentamento podem ser simples comportamentos passivos para evitar agitação, como sentar-se tranquilamente em lugar de andar pra lá e para cá, ou podem ser métodos mais ativos de controle de excitação, como exercícios respiratórios ou relaxamento rápido. Não temos usado muito treinamentos longos de relaxamento, como os exercícios de relaxamento progressivo tradicionais, porque são demorados e não atingem os objetivos neste momen-

to. O que funciona bem, nesse caso, é uma habilidade rápida e utilizável.

Maiores níveis de atividade

Muitos pacientes com esquizofrenia são vulneráveis ao pensamento delirante ou a alucinações durante períodos de inatividade, o que parece ser uma tendência especial dos pacientes esquizofrênicos. Muitos pacientes informam que encontrar alguma coisa para fazer ajuda. Dessa forma, simplesmente agendar atividades pode ser uma estratégia de enfrentamento poderosa, principalmente se implementada no início do sintoma, criando assim uma tarefa dupla que compete pelos recursos de atenção. Além de aumentar a atividade intencional, isso reduz a exposição a condições que agravam os sintomas.

Engajamento e desengajamento sociais

Embora muitos pacientes tolerem mal as interações sociais, surpreendentemente, muitos também consideram o engajamento social como um método útil de enfrentamento. Isso possivelmente ocorre porque a interação social serve como dupla tarefa e como fonte de distração, além de ajudar os pacientes a racionalizar pensamentos mal-adaptativos. É benéfico dosar a quantidade de estímulo social envolvida em qualquer interação com o nível de tolerância de cada paciente e ensiná-lo que os níveis de desengajamento social podem ser usados para ajudar a desenvolver tolerância ao estímulo social. O retraimento e a evitação sociais são respostas comuns à vivência de superestimulação como resultado de interação social, mas os pacientes podem aprender métodos menos drásticos de desengajamento, como sair da sala por um tempo e depois voltar, afastar-se do grupo social temporariamente e praticar o desengajamento *funcional* ao não conversar por curtos períodos de tempo ou baixar o olhar. Usando esses métodos, os pacientes conseguem controlar e tolerar os estímulos sociais. Eles também podem iniciar a interação social de forma mais confiante como método para reduzir o impacto de seus sintomas, se acharem que têm um pouco de controle sobre a intensidade dessas interações. O simples treinamento em habilidades específicas para interação e as dramatizações podem facilitar isso.

Modificação de crenças

Os pacientes podem aprender a examinar suas crenças e as questionar se elas forem inadequadas, examinando as evidências e gerando explicações alternativas. Muitos pacientes já fazem isso em algum grau, mas o nível de excitação vivenciado ou o nível de isolamento e evitação, podem fazer com que essas tentativas não tenham êxito. Esses métodos são muito semelhantes aos usados na terapia cognitiva tradicional,

exceto pelo fato de que o paciente pode precisar de mais estímulo e o objetivo é incorporar a habilidade de modificação de crenças em um processo de autorregulação. Os pacientes podem ser estimulados a questionar suas crenças à medida que elas ocorrem: “Por que alguém estaria me espionando, que esforço e que custo isso demandaria, que recursos e que organização seriam usados e qual o ganho que se obteria?”. Da mesma forma, os pacientes podem ser encorajados a procurar incoerências e a utilizá-las para desafiar suas crenças. Por exemplo, ao paciente que esteve envolvido em uma briga 15 anos atrás e ainda evita jovens porque acha que o mesmo grupo anda por aí buscando vingança, pode-se pedir que reflita sobre o fato de que, como os membros da gangue estão agora com 30 e poucos anos, ele tem estado preocupado com o grupo etário equivocado. Isso pode ser usado para questionar a ideia de que ele tem de estar vigilante para estar seguro. Na verdade, seus comportamentos de segurança não o protegeram da fonte de perigo. Os pacientes também podem aprender a examinar as evidências e questionar suas crenças em relação às vozes que ouvem. Quando os pacientes percebem essas vozes como onipotentes e verdadeiras, os profissionais podem investigar para ver se eles estavam equivocados. Por exemplo, o paciente cujas vozes lhe disseram que seria assassinado porque era espião concluiu que elas devem ser verdadeiras e que ele merece seu destino. Entretanto, as vozes também lhe disseram que ele se casaria em breve, e como ele não conseguiu encontrar qualquer evidência que sustentasse isso, decidiu que não era verdade, mas nunca pensou em questionar a veracidade das vozes com relação à ameaça de assassinato. Entender que era pouco provável que ele se casasse em um futuro próximo como tinham afirmado as vozes o ajudou a desafiar a ideia de que seria assassinado, duvidando da autenticidade das vozes e procurando evidências objetivas da trama de espionagem, o que não havia.

Teste de realidade e experimentos comportamentais

Provavelmente, a forma mais consistente de testar crenças é submetê-las à realidade com algum tipo de ação. A mudança comportamental é, provavelmente, a melhor forma de produzir mudança cognitiva. Os pacientes às vezes fazem isso naturalmente, embora uma tendência à interpretação tendenciosa e à proteção de hipóteses possa levá-los a conclusões errôneas. Os pacientes podem aprender a identificar crenças específicas e a gerar previsões contraditórias que possam ser testadas. Não fazê-lo na vida real geralmente leva a padrões de evitação, que podem ser revertidos para questionar as crenças que embasam.

Melhorando as estratégias de enfrentamento

Os métodos de enfrentamento se desenvolvem com o tempo e variam em sua complexidade, passando de tentativas simples e diretas de controlar processos cognitivos – como a atenção, a métodos mais complexos, autodirigidos, que modificam o conteúdo cognitivo e a inferência. Com frequência, constroem-se combinações de diferentes estratégias de enfrentamento, por exemplo, o uso de técnicas de redirecionamento da atenção e redução da excitação ajuda a reduzir a força de um delírio, para que o teste de realidade possa ser implementado. Sem esses métodos iniciais de enfrentamento, o paciente não conseguiria passar pelo teste de realidade. Além disso, as estratégias iniciais de enfrentamento podem ser usadas para questionar a força do delírio de onipotência das vozes e proporcionar ou aumentar a autoeficácia. O terapeuta pode fazer perguntas como: “Você usou esses métodos de redirecionar a atenção para enfrentar suas vozes com eficácia. O que isso lhe diz sobre elas estarem totalmente no controle e você estar indefeso?”. O paciente pode fazer declarações que indiquem que se demonstrou que as vozes são falíveis e que ele tem algum controle da situação, que podem então ser usados como autodeclarações ou um diálogo interno modificado para melhorar a autoeficácia e o enfrentamento.

Modificação de comportamento ou cognição

As mudanças no comportamento ou na cognição se complementam, e uma não é necessariamente melhor do que a outra. As mudanças no comportamento deveriam ser sempre usadas para examinar e potencialmente questionar pensamentos e crenças mal-adaptativas ou como experiências de aprendizagem. As mudanças de cognição também devem ser usadas como oportunidades de mudar e estabelecer novos comportamentos. O terapeuta deve sempre buscar oportunidades de estimular os pacientes a reavaliar suas crenças, o que pode ser feito como parte de experimentos comportamentais formais, mudanças que ocorrem naturalmente e reflexões frequentes sobre o que se atingiu no tratamento. Na avaliação e durante a formulação, o terapeuta deve sempre estar alerta a comportamentos de evitação ou de segurança por parte dos pacientes, ou quando não se comportam de forma que possa refutar seus medos, delírios ou cognições mal-adaptativas. Eles podem ser usados bem no início do tratamento, como experimentos comportamentais para testar as crenças dos pacientes ou para dar oportunidades para melhorias rápidas que questionem crenças desanimadoras ou de desesperança, como “Nada vale a pena se eu não conseguir mudar” ou “Eu não tenho controle da minha vida ou

de minhas circunstâncias”. A crença sobre “não ter controle” costuma estar presente e pode ser refutada por meio de muitas mudanças comportamentais pequenas que podem ser repetidas e mencionadas com frequência. Por fim, muitas vezes é útil, no início do tratamento, obter algumas mudanças, de comportamento, ainda que pequenas, e aumentar a atividade que pode ter uma série de benefícios associados e dar oportunidade de reavaliação.

Modificação do conteúdo cognitivo ou do processo cognitivo

Os terapeutas muitas vezes têm de optar entre tentar modificar o conteúdo das alucinações ou delírios ou mudar os processos de atenção que esses fenômenos capturaram. Tradicionalmente, o conteúdo da cognição é o foco principal na terapia cognitiva. Na intervenção do modelo de enfrentamento, isso se amplia para modificação dos processos cognitivos, porque modificar os processos cognitivos dá mais flexibilidade clínica e porque os déficits da regulação da atenção e da função executiva costumam estar presentes nos transtornos psicóticos. Na prática, essas táticas podem funcionar juntas. A modificação inicial dos processos de atenção por meio do redirecionamento da atenção, por exemplo, pode reduzir o impacto emocional da vivência psicótica. Um efeito semelhante pode se produzir tendo como referência as características físicas de uma alucinação em vez de o que a voz está dizendo realmente. Isso pode proporcionar não apenas uma abertura para questionar a veracidade do conteúdo das vozes ou de pensamentos delirantes, mas também uma sensação de controle sobre essas vivências. Por exemplo, um jovem ouvindo vozes que lhe acusam de ter cometido um assassinato, e que também dizem que ele é russo. Inicialmente, ele pode ser ensinado a afastar sua atenção das vozes de forma sistemática para reduzir o impacto emocional. Essa técnica pode ser usada para diminuir a força emocional da vivência, para evocar uma sensação de controle e para questionar a crença de que as vozes são poderosas. Com mais autoeficácia e uma sensação maior de poder, o paciente pode questionar, mais tarde, o conteúdo das vozes que o acusam de assassinato investigando a evidência objetiva de que um assassinato foi cometido. Além disso, a falsidade das vozes ao dizer que ele é russo pode ser usada para colocar em questão a veracidade da acusação de assassinato, ou seja, se as vozes estavam equivocadas em relação a uma questão, poderiam também estar erradas em relação à outra. A modificação dos processos e conteúdos cognitivos dá ao terapeuta duas rotas básicas para a intervenção e a flexibilidade de avançar de uma tática à outra.

ESTUDO DE CASO

O caso a seguir dá algumas indicações de como funciona a TCCp.

História

Jim, de 28 anos, desenvolveu um quadro psicótico quando tinha 22 anos. Durante o primeiro episódio, ele ficou cada vez mais paranoide e acusava as pessoas, inclusive seus amigos, de roubar seu dinheiro. Ele dizia que sentia as pessoas tirando o dinheiro de sua carteira em seu bolso quando estava em um bar local e também quando viajava de ônibus. A sensação de que “alguma coisa estava errada” o tinha acompanhado desde uns meses, e então ele começou a ouvir vozes que o alertavam que as pessoas estavam contra ele e tramando para “me derrubar”. Essas vozes falavam com Jim, alertando-o contra “os esquemas” e lhe dizendo quem estava envolvido, e que ele estivesse alerta. As vozes insistiam principalmente em que as pessoas mais próximas dele eram as que mais estavam contra ele, e eram as que tramavam os “piores esquemas”. As vozes também diziam a Jim que sua namorada era infiel, e ele tinha “visões”, enviadas pelas vozes, da namorada fazendo sexo com outros homens. Ele não acreditava realmente que sua namorada o traísse, mas ficava muito irritado com o fato de as vozes fazerem essas acusações. Em algumas ocasiões, ele chegou a perder o controle e acusou amigos de ter casos com sua namorada. Geralmente, aceitava as negativas dos amigos.

Jim também ouvia vozes falando dele. Essas vozes diferentes geralmente estavam “tramando” e fazendo comentários insultuosos e acusatórios. Às vezes, as vozes riam dele porque sua namorada o estaria traindo, e falavam de como ele era ruim sexualmente, e a isso atribuíam a infidelidade dela.

Os amigos e familiares de Jim observaram que ele começou a se retrair e foi ficando cada vez mais descuidado. Era visto com frequência murmurando sozinho ou fazendo comentários sarcásticos aos familiares, sobre como eles estariam “enriquecendo com o meu trabalho duro”. As vozes também lhe diziam que “procurasse sinais de que a trama estava chegando ao seu ápice”. Jim começou a escrever uma descrição de eventos cotidianos, como a hora que determinados ônibus chegavam perto de sua casa e o tipo de propaganda que havia neles. Os pais, que encontravam essas anotações pela casa com várias passagens sublinhadas com intensidade, preocupavam-se cada vez mais com ele e com o fato de que ele bebia cada vez mais. Seus amigos começaram a evitá-lo e ele ficou cada vez mais isolado; rompeu com a namorada, que não conseguia mais lidar com as acusações de infidelidade.

A situação se deteriorou rapidamente durante os meses de verão, até que, uma noite, Jim foi hospitalizado e detido com base na lei de saúde mental, o *Mental Health Act*. Ele tinha saído cedo e ido até o bar. Alguns de seus amigos estavam lá, mas Jim ficou longe deles, bebendo sozinho em um canto. De repente, ele se levantou de sua cadeira e começou a gritar com seus amigos, acusando-os de roubar seu dinheiro, prejudicar sua autoconfiança e espalhar boatos a seu respeito. Jim pegou umas moedas do bolso e jogou nos amigos, que tentaram ignorá-lo, mas ele ficou cada vez mais agitado e agressivo, e acabou agredindo fisicamente um deles. Várias pessoas se envolveram e a situação ficou confusa quando se iniciou uma briga. Chamaram a polícia e Jim foi preso. Ele sofreu lesões físicas leves e foi levado ao serviço de emergência do hospital local e, dali, foi internado na ala psiquiátrica, passando cerca de cinco semanas no hospital, recebendo medicação antipsicótica. Seu plano de saúde incluía aconselhamento profissional e sua família recebeu psicoeducação sobre seu diagnóstico de esquizofrenia e orientações gerais sobre como lidar com ele em casa. Os sintomas entraram em remissão durante sua estada no hospital e Jim teve alta, mantendo atendimento ambulatorial frequente com seu psiquiatra e tratamento em casa com a equipe de acompanhamento.

Nos anos seguintes, Jim teve mais cinco recaídas com padrão semelhante. Ele ficava paranoide, ouvia vozes e se isolava, tendo mais dificuldades de se cuidar. Cada recaída era seguida de um curto período de hospitalização com aumento da medicação. Entretanto, os sintomas residuais se tornaram comuns depois de cada episódio e, apesar de mais medicação e da mudança para antipsicóticos atípicos, ele continuava a ter alucinações auditivas, delírios paranoides e ideias de referência. Evitava sair ou entrar em contato com as pessoas em função de seus pensamentos paranoides. Ele conseguia iniciar e manter uma relação embora as vozes continuassem enviando “visões” e questionando a fidelidade de suas namoradas.

Jim foi encaminhado a TCC para tratar os sintomas psicóticos positivos persistentes, como parte de uma abordagem multidisciplinar do tratamento e para promover a recuperação.

Situação atual

Jim mora sozinho atualmente, em seu próprio apartamento, e tem boas relações com seus pais, que moram perto e a quem ele vê em intervalos de algumas semanas. Ele está desempregado e recebe pensão por invalidez. Jim frequenta um centro de atendimento diurno para pessoas com problemas mentais, duas a três vezes por semana. Ele estudava informática em uma

faculdade local, mas abandonou recentemente porque considerava o contato social demasiado estressante. Jim tem uma namorada fixa, Sue, a quem vê regularmente. Ele perdeu o contato com os amigos que tinha antes de ficar doente e, embora os veja ocasionalmente, ele os evita, assim como os lugares que eles costumam frequentar. Toma medicação antipsicótica, tem consultas mensais ambulatoriais com um psiquiatra e recebe visitas domiciliares, uma vez por semana, de um enfermeiro psiquiátrico comunitário que oferece orientação e apoio, e monitora seu estado mental.

Estado mental no encaminhamento

Jim tinha alucinações auditivas na forma de várias vozes que falavam a ele e sobre ele, e as quais ele descrevia como “úteis” e “más”. As “úteis” o alertavam sobre as “tramas” de outras pessoas e contavam sobre as situações perigosas em que ele estava ameaçado. Elas lhe diziam para evitar “pessoas traiçoeiras” que poderiam atacá-lo ou agredi-lo. Jim achava que os avisos eram muito úteis e estava convencido que agir a partir desses avisos o protegia de danos. As vozes “más” geralmente falavam dele, dizendo que ele era “burro, inútil e imprestável”, “não dava conta na cama” e outras declarações pessoalmente difamatórias.

Havia vozes que diziam a Jim que sua namorada Sue era infiel e o traía. Ele não tinha certeza se essas vozes eram “úteis” ou “más”. As vozes também enviavam imagens de Sue sendo infiel e ao mesmo tempo diziam que ele era burro e imprestável por aguentar. Ele descrevia essas imagens como “visões” que incomodavam muito. Embora Jim dissesse que não acreditava que Sue fosse infiel, as vozes ficaram cada vez mais intensas e contundentes, e ele não conseguia resistir gritar com elas. Sue conseguiu convencê-lo de que seus receios não tinham sentido.

Vínculo

Em princípio, Jim tinha resistência ao contato com o terapeuta (nesse caso, ele havia sido encaminhado a um psicólogo para TCC). Na época em que nos foi encaminhado, ele estava bastante paranoide, e quando recebeu a visita em casa para a primeira consulta, recusou-se a abrir a porta (é comum que os profissionais de saúde mental no Reino Unido façam visitas em casa). Seguiu-se uma rápida conversa pela abertura para correspondência na porta, que terminou com o terapeuta dizendo que voltaria em um momento mais conveniente. Outras duas visitas também terminaram com a recusa de Jim de abrir a porta. Nesse caso, a estratégia era simplesmente estabelecer contato para reassigurá-lo de que suas ideias eram perfeitamente válidas e que seria feita outra visita em um momen-

to posterior, para ver como ele se sentia em relação às coisas. Em situações nas quais o vínculo inicial é problemático, a melhor estratégia é ir “levando com a resistência” e tentar neutralizar a situação, reduzindo qualquer agitação, manter contato e voltar em outra hora.

Na ocasião seguinte, Jim estava mais relaxado e permitiu que o terapeuta entrasse em seu apartamento. Devido ao seu quadro paranoide, era importante que o profissional simplesmente estabelecesse uma interação e uma relação positiva nesse momento, sem introduzir o tópico dos sintomas ou do tratamento psicológico até que Jim estivesse completamente à vontade com ele. Assim, no caso de Jim, as primeiras duas sessões foram mantidas curtas e trataram de seu bem-estar geral e de tópicos de seu interesse. O foco principal do terapeuta era manter Jim vinculado e começar a desenvolver uma relação terapêutica. Nem sempre é possível fazer a avaliação e iniciar o tratamento, mas manter o vínculo é essencial.

A quarta sessão foi mais longa e o terapeuta introduziu a possibilidade de tratamento psicológico, o que demandou uma discussão dos sintomas de Jim, com as seguintes frases:

“Eu fiquei sabendo que você tem ouvido vozes quando não tem ninguém presente. O que você acha disso? Você tem alguma ideia sobre o que são essas vozes? Elas representam uma dificuldade para você? Você gostaria de tentar fazer alguma coisa a respeito?”

Essas perguntas não apenas levantam o tema da vivência psicótica e sugerem o tratamento, mas também tentam obter uma ideia a respeito das crenças do paciente sobre as vozes e se ele as percebe como reais ou não.

Da mesma forma, o terapeuta pode fazer perguntas sobre os delírios paranoides:

“É verdade que você tem tido dificuldades com as pessoas?”

“Você está achando que algumas pessoas estão contra você? O que você acha desses pensamentos e sentimentos? O que você acha que está acontecendo?”

“Essas vozes representam uma dificuldade para você?”

“Você gostaria de tentar fazer alguma coisa a respeito?”

Mais uma vez, o terapeuta tenta avaliar rapidamente o quanto esses delírios são fortes para Jim e se ele cogitaria iniciar o tratamento.

Ele não se mostrava entusiasmado com o tratamento. Achava que seus medos eram reais, assim como eram as vozes, e que não era o caso de tratamento psicológico. Essa reação é comum nos pacientes com sintomas psicóticos residuais ou persistentes. Alguns pontos importantes devem ser considerados.

- O que deve ser feito para se manter o vínculo?
- Como um problema clinicamente relevante pode ser identificado de comum acordo?
- Como se pode enquadrar o tratamento de maneira que o paciente considere que ele traz algo positivo e desejado?

Em primeiro lugar, é importante validar a vivência, mas não é necessário concordar com a causa. Por exemplo, nesse caso, era importante concordar com *Jim em que ele realmente ouvia vozes e que acreditava que algumas pessoas estivessem contra ele*. Isso pode ser feito sem concordar que as vozes viessem de uma entidade real ou que as pessoas realmente estivessem contra ele. Essa postura ajuda a separar a *crença de Jim* sobre o que está acontecendo da vivência, ou seja, o fato de ele ter a crença não significa que sua crença seja verdadeira. Da mesma forma, o fato de ele ouvir vozes não quer dizer que essas vozes existam como entidade independente e real. Pode não ser necessariamente possível concordar nesses aspectos nesse momento, mas o terapeuta pode voltar a essas questões. Nessa hora, o vínculo é mais importante.

A seguir, é útil investigar as consequências da vivência. Algumas das vozes causam aflição a Jim, e suas ideias paranoides o fazem ficar com medo. Então, a aflição e o medo têm mais probabilidade de ser problemas que Jim esteja disposto a tratar. Isso pode ser introduzido da seguinte forma:

“Você me disse que as vozes, às vezes, fazem você ficar muito chateado. Talvez isso seja algo em que eu possa ajudá-lo, e que você queira trabalhar?”

“Os pensamentos de que algumas pessoas estão contra você e querem lhe causar danos deixam você muito assustado. Talvez possamos trabalhar juntos nesse medo, para que você se sinta menos assustado? Talvez se estivesse menos assustado, você conseguisse se relacionar melhor com as pessoas. Isso ajudaria?”

Nos casos em que os pacientes estiverem muito delirantes ou carecerem de compreensão de seus sintomas, tentar convencê-los de eliminar esses sintomas, ou seja, as vivências que eles acreditam ser reais, pode ser contraproducente e prejudicar o vínculo. Entretanto, tentar reduzir o sofrimento pode ser uma

alternativa viável para um objetivo conjunto. Também há um pressuposto, no modelo, de que reduzir as reações emocionais aos sintomas pode fragilizar os próprios sintomas.

Contudo, Jim continuava pouco entusiasmado com seu objetivo de tratamento. Sua visão era de que ter medo das pessoas era uma reação razoável dado que elas queriam prejudicá-lo, e essa emoção o mantinha “no limite”, de forma que ele estava mais vigilante em relação a ameaças e perigos. Sua crença era que essa postura vigilante o protegia, então havia pouca motivação para mudar e se expor ao risco.

Para proteger o vínculo, é importante não disputar nem discutir com o paciente, e mais ainda nessa etapa inicial, quando ele não está convencido de que há algum benefício no tratamento. A seguinte estratégia que o terapeuta usou para envolver Jim foi lhe perguntar sobre seus objetivos na vida.

TERAPEUTA: Jim, que tipo de objetivos você tem? Tem alguma coisa que gostaria de realizar pessoalmente? Tem alguma coisa que gostaria de fazer e não conseguiu, por qualquer razão?

JIM: Sim, tem muita coisa. Eu gostaria de encontrar um emprego bem pago. Eu gostaria de voltar para a faculdade. Isso me ajudaria a conseguir um bom emprego.

TERAPEUTA: Ir à faculdade ajudaria a conseguir um bom emprego. Essa é uma ideia muito boa. Você gostaria de voltar à faculdade?

JIM: Eu gostaria, mas quando voltei, tive problemas.

TERAPEUTA: Que tipo de problemas?

JIM: Bom, eu ficava com medo das pessoas. Eu achava algumas delas assustadoras, traícoeriras, interessadas em dinheiro. As vozes me diziam para não ir. Eu tenho que fazer o que as vozes me dizem.

TERAPEUTA: Então um de seus objetivos importantes é voltar para a faculdade, para que isso o ajude a conseguir um bom emprego, mas você tem medo das pessoas e as vozes estão impedindo que você vá e atinja seus objetivos. É mais ou menos isso?

JIM: É, acho que você tem razão.

Dessa forma, Jim se deu conta de que seus objetivos importantes estavam sendo impedidos pela psicose, e ele e o terapeuta conseguem chegar a um acordo sobre um problema que precisa ser tratado. Assim, Jim consegue ver um benefício em receber tratamento.

Além de manter o vínculo, o terapeuta aprendeu muito sobre Jim e seus problemas. As vozes aler-

tam Jim em relação a determinadas situações e ele as escuta e toma atitudes evitativas, tendo desenvolvido uma série de comportamentos de segurança que o protegem do dano que ele percebe. As oportunidades para testar ou refutar essas cognições relacionadas à ameaça, abandonando os comportamentos de segurança, não são aproveitadas, mas há situações que se prestam para o teste de realidade. Jim tem alucinações de comando (vozes que lhe dão uma ordem direta) às quais ele responde. A probabilidade de que ele ache que as vozes são poderosas e que tem pouco ou nenhum controle sobre elas dão futuras oportunidades para refutar essas atribuições. Jim tem sentimentos de dissonância, no sentido de que agora está ciente de que os objetivos que valoriza estão bloqueados.

Formulação do caso

O tratamento segue naturalmente a partir de uma avaliação precisa dos problemas do paciente e é importante estabelecer detalhes dos antecedentes e das consequências dos sintomas psicóticos (ver Tarrier e Calam, 2002, para uma discussão da formulação de casos em geral). Nesse caso, Jim tem muitos sintomas psicóticos e é provável que seja melhor lidar com eles em etapas.

Delírios paranoides

Jim tem delírios paranoides que acontecem em várias situações. Quando está sozinho em seu apartamento, fica preocupado com que seus antigos amigos e que seus familiares tenham roubado todo o seu dinheiro e estejam tramando contra ele, o que é reforçado pelas vozes que dizem que ele precisa estar alerta. Ele também fica muito paranoide quando sai. Por exemplo, na rua, fica observando as pessoas, em busca de seus antigos amigos, para poder escapar se enxergar um deles ou as “pessoas assustadoras” que podem agredi-lo. Ele também se sente paranoide no centro de atendimento diurno que frequenta, assim como na faculdade. As vozes dizem que a situação é perigosa, que tem gente perigosa perto e que ele tem que tomar cuidado. Jim sabe que as vozes vão alertar sobre o perigo, então ele fica escutando para ver o que dizem e presta atenção quando elas surgem. No centro de atendimento, ele fica mais agitado à medida que passa mais tempo lá, e geralmente volta para casa depois de pouco tempo. Ao fazer isso, ele reassegura-se de que as vozes o ajudaram e o protegeram. Jim também se pergunta por que as vozes o ajudam e conclui que deve ser porque ele é especial de alguma forma. Isso o confunde, já que as vozes “más” são sórdidas e ruins com ele. Ele conclui que, por ser especial, está sendo testado pelas vozes “más” para ver se ele mere-

ce ajuda. Só as pessoas especiais seriam ajudadas e testadas. Pensando assim, Jim resolveu a dissonância representada pelo fato de ouvir vozes “úteis” e “más”.

O terapeuta e Jim decidem conjuntamente concentrar-se na difícil situação no centro de atendimento diurno:

TERAPEUTA: Certo, Jim, eu gostaria de conversar sobre o que acontece no centro diurno. A razão para eu perguntar sobre isso é porque você se lembra que ir à faculdade era um objetivo importante que você queria atingir, mas não conseguiu porque desconfiava das pessoas de lá. Bom, a situação no centro é muito parecida com a da faculdade, então é possível aprender como você pode enfrentar a volta à faculdade se examinarmos a situação no centro diurno. Isso parece bem para você?

JIM: Uma das coisas que acontece é que sei que as vozes sabem que sou vulnerável, porque elas sabem quando eu estou assim, que é quando elas me atacam, mas elas também querem me ajudar, então elas me alertam sobre as pessoas assustadoras de lá.

TERAPEUTA: Como as vozes sabem que você está vulnerável?

JIM: Elas sabem, porque sabem como me sinto.

TERAPEUTA: E como você se sente quando está vulnerável?

JIM: Fico tremendo, e no limite.

TERAPEUTA: É como uma sensação de estar ansioso ou estressado?

JIM: É, um pouco assim.

Parece que Jim fica ansioso com a expectativa da ida ao centro diurno. Pode haver várias razões para isso, como a ansiedade antecipatória ou situacional, ansiedade social, medo de ser atacado, ou níveis de excitação geral elevados. Uma hipótese é que Jim parta dessa sensação de ansiedade e o atribua erroneamente a estar “vulnerável” às vozes, isso porque sua maior ansiedade está associada com uma probabilidade maior de vivenciar alucinações auditivas, mas ele atribui um sentido a essa associação. As vozes estão imbuídas de atributos de poder e intenção.

TERAPEUTA: Certo, Jim, então você está se sentindo ansioso e vulnerável, o que acontece depois?

JIM: Geralmente começam as vozes. Elas podem dizer muitas coisas, mas me alertam sobre o perigo. Sei que elas vão me atacar, mas quero ficar em segurança e elas vão me avisar, então fico alerta para escutá-las.

Aqui, Jim está indicando que não apenas as vozes ocorrem nessa situação, mas também a atenção dele está direcionada para escutá-las, o que pode indicar que o limiar para sua detecção está sendo reduzido. Isso sugere que um redirecionamento da atenção pode ser um método útil de enfrentar essa situação. O terapeuta não sugere esse método nesta etapa, mas pode recorrer a ele mais tarde.

TERAPEUTA: Quando elas o avisam, o que acontece?

JIM: As vozes veem alguém perigoso e dizem: “Vê aquela pessoa? Ele vai te pegar, vai te atacar. É melhor você sair daqui”. Quando elas dizem isso, eu consigo ver que esse cara parece ruim e que vai me atacar, então saio de lá o mais rápido possível.

TERAPEUTA: E aí, o que acontece?

JIM: Eu saio de lá, e me sinto muito aliviado de ter escapado. Me sinto muito sortudo de ter as vozes para me manter em segurança. Se não, eu estaria exposto a isso, estaria com problemas enormes. Quanto mais penso nisso, mais sortudo e especial me sinto. Elas me mantêm seguro.

Parece que Jim atribui significados pessoais às vozes, bem como o poder de mantê-lo seguro. Na verdade, ele desenvolveu um tipo de comportamento de segurança que reduz sua ansiedade e o ajuda a escapar de uma consequência temida. Seu comportamento evitativo também reforça sua sensação de que é especial.

Isso estabelece um ciclo comportamental útil que o terapeuta pode usar para ajudar Jim a abandonar seus comportamentos de segurança e refutar suas previsões catastróficas de que vai ser atacado. Antes, é útil estabelecer um pouco mais de detalhamento.

TERAPEUTA: Você diz que as vozes alertam você dos perigos no centro diurno na maior parte do tempo. Isso acontece sempre?

JIM: Não, nem sempre. Eu sempre presto atenção com muito cuidado para escutar as vozes, mas às vezes elas não aparecem.

TERAPEUTA: Então, quando as vozes não aparecem, o que acontece?

JIM: Às vezes me sinto vulnerável igual, mas simplesmente vou em frente.

TERAPEUTA: Você quer dizer que não vai embora, que fica lá?

JIM: É, às vezes me entedio e vou para casa, mas geralmente fico e converso com alguém, ou tomo um chá.

TERAPEUTA: Diga-me, Jim, são mais ou menos as mesmas pessoas que estão lá quando você ouve as vozes e quando não ouve?

JIM: É, isso mesmo, mais ou menos as mesmas pessoas todo o tempo.

TERAPEUTA: Então, às vezes as vozes lhe dizem que alguém é perigoso e você sai ligeiro e se sente aliviado de não ter sido atacado, e outras vezes, as vozes não estão lá, mas você fica com as mesmas pessoas, aquelas que você achava que eram perigosas antes, e não acontece nada. Isso não quer dizer que às vezes elas são perigosas e às vezes elas não são? Isso não é estranho?

JIM: É, acho que é. Eu não tinha pensado nisso.

Aqui, o terapeuta está buscando incoerências nas situações, que possam ser usadas para refutar as crenças de Jim. O terapeuta destaca a inconsistência na presença lógica de ameaça e devolve essa ideia ao paciente, que então deve dizer o que acha disso. O terapeuta insiste na questão das incoerências na ocorrência das vozes.

TERAPEUTA: Às vezes as vozes não aparecem, por quê?

JIM: Também não sei. Talvez tenham que cuidar de outras pessoas nesse dia. É, deve ser isso. Deve haver outras pessoas especiais das quais elas têm de cuidar e ajudar. Isso só mostra como as vozes são importantes, se elas têm muita gente especial para cuidar. Quer dizer que eu também sou muito especial, uma das pessoas muito especiais.

Nesse momento, Jim parece estar confabulando e absorvendo essas novas informações em sua rede de pensamento delirante. Essa informação é processada de forma a proteger o sistema delirante, em vez de questioná-lo. Isso é útil, porque uma explicação alternativa – a de que as vozes veem quando ele presta atenção nelas e se sente estressado, e têm menos probabilidade de surgir se ele estiver mais relaxado e envolvido – pode ser proposta e testada como uma crença alternativa.

O terapeuta, agora, precisa motivar Jim para testar algumas dessas crenças. Ele compara a situação do centro diurno com a faculdade e com atingir um objetivo importante para motivá-lo a tentar lidar melhor com o centro. Além disso, fica estabelecido que, em termos gerais, Jim gosta de ir, embora se mantenha uma ambivalência em função de seu medo de ataques. Aprender a manejar seu medo e estar mais relaxado na situação também é um fator de motivação.

Jim precisa ter um conjunto plausível de explicações alternativas sobre o que está acontecendo, para que possa processar novas informações de maneira diferente e não reforçar seus delírios. No passado, já disseram que ele é paranoide porque tem uma doença mental que envolve um desequilíbrio bioquímico no cérebro. Essa não é uma explicação particularmente atrativa para ele, pois não reflete sua vivência real e é estigmatizante. Jim precisa que apresentem um modelo alternativo de suas vivências que permita trabalhar conjuntamente em seu tratamento psicológico.

O terapeuta pode sugerir que estar paranoide é resultado de uma má compreensão ou uma má interpretação das situações, e que, caso se sinta estressado e ansioso, como acontece no centro diurno, ele pode atribuir equivocadamente esse estado físico a uma *vulnerabilidade*. É mais provável que ele ouça as vozes quando está ansioso, mas isso não quer dizer que elas saibam que ele está vulnerável. O terapeuta pode sugerir que Jim ignore as vozes quando elas dizem que ele está por ser atacado, e simplesmente continue com o que estiver fazendo no centro diurno. Como as mesmas pessoas estão lá, e elas não o atacam quando as vozes estão ausentes, é improvável que ele venha a ser atacado quando elas estão presentes. Assim, um experimento comportamental pode ser estabelecido para testar se as vozes o mantêm seguro, o que pode ajudá-lo a questionar sua crença de que elas são verdadeiras e úteis, e que são poderosas e tudo sabem.

Ao entrar nessas situações, Jim estava muito ciente de que as vozes poderiam surgir, a ponto de ter desenvolvido um foco interno para monitorar quando se sentisse *vulnerável* e um radar externo para escutar as vozes. O primeiro fazia com que ele estivesse mais propenso a amplificar sensações internas, enquanto o segundo o tornava mais inclinado a verbalizar o que as vozes dissessem como uma correspondência a isso, e também, paradoxalmente, a concentrar mais atenção internamente. Esse processo de foco interno e de varredura da atenção tinha mais probabilidade de desencadear as vozes. A intervenção, nesse caso, era fazer com que Jim usasse outras estratégias de atenção quando entrasse nessas situações. Essas estratégias foram ensaiadas nas sessões e estimuladas com diálogos internos adequados.

Jim também fazia uma série de atribuições internas sobre as vozes. Ele acreditava que elas o avisavam das ameaças porque ele “poderia ser especial”, e achava que talvez elas conseguissem fazer isso por telepatia e que ele tinha pouco controle desse processo. Ele estava incomodado porque, às vezes, as vozes podiam ser muito desagradáveis e ele não entendia o porquê disso se elas estavam ten-

tando ajudá-lo a se proteger de perigos, mas concluía que, por ser especial, ele tinha de “ser testado” por elas, o que confirmava sua ideia de que ele era especial. É claro que grande parte dessa explicação havia sido construída sobre a premissa incorreta de que as vozes estavam realmente alertando-o contra perigos reais, o que poderia ser questionado. Uma explicação alternativa de sua vivência poderia ser baseada na normalização dessa vivência. Todas as pessoas têm pensamentos autorreferentes ou grotescos, às vezes, e no caso de Jim, eles eram percebidos como vozes externas em vez de ser identificados como parte dele próprio e como sendo simplesmente pensamentos. Ele considerava essa explicação plausível, embora não a estivesse aceitando totalmente. Isso não é incomum, mas semeou dúvidas em sua mente e se poderia recorrer constantemente a isso, enfraquecendo ainda mais suas explicações delirantes.

Duas dificuldades surgiram no caso de Jim. Ele não tinha uma explicação alternativa para as vozes, além de que elas representassem alguma entidade ou ser poderoso embora vago e mal definido (delirante) ou que elas fossem manifestação de um desequilíbrio bioquímico em seu cérebro (doença). O terapeuta sugeriu que as vozes podiam ser seus próprios pensamentos ou um vazamento da memória para sua consciência, que não estava sendo identificada como parte de seu *self*. Era por isso que elas muitas vezes refletiam seus medos e suas preocupações, ou aspectos de seu passado.

As vozes alertavam Jim de quando ele estava em perigo. Ele acreditava que elas o ajudavam e o protegiam nessas situações. Por exemplo, em uma ocasião em que ele estava caminhando em uma rua, as vozes lhe disseram que um homem que vinha na direção oposta iria atacá-lo. Ele atravessou a rua para evitar o homem e acreditava que, fazendo isso, tinha evitado o ataque. Ele também observou que o homem parecia *suspeito*, o que lhe confirmou que as vozes o salvaram do perigo. Esse é um exemplo do ciclo VCAC ao qual me referi no início do capítulo.

- Vivência – as vozes lhe falam de uma pessoa suspeita se aproximando.
- Crença – ele está em perigo iminente.
- Ação – ele atravessa a rua.
- Confirmação – ele evitou ser atacado.

Isso pode ser usado como outro exemplo terapêutico:

TERAPEUTA: Você me disse que quando o homem se aproximou de você na rua, ele estava olhando para você e as vozes disseram que você estava em perigo. O que aconteceu depois?

JIM: Bem, eu sabia que ele vinha me pegar, então atravessasse a rua e escapei.

TERAPEUTA: Quando você atravessou a rua, esse homem olhou para você, seguiu você ou lhe disse alguma coisa?

JIM: Acho que não.

TERAPEUTA: Isso não é estranho, se ele estava lá para atacar você?

JIM: É, eu acho, não tinha pensando nisso, fiquei muito feliz de escapar.

TERAPEUTA: Diga, Jim, quando você caminha pela rua, para onde você olha?

JIM: Bom, para onde estou indo, é claro, essa pergunta não tem sentido!

TERAPEUTA: Pode parecer, mas pense em onde o homem estava indo quando você achou que ele estava olhando para você para atacá-lo.

JIM: Bom, ele estava caminhando na minha direção, e ele olhava nessa mesma direção.

O terapeuta continua seu questionamento, para que Jim continue voltando à conclusão de que o homem estava olhando para ele porque ele estava em sua linha de visão, só isso. Não havia evidências de uma intenção de atacar, e assim que Jim saiu de sua linha de visão, o homem não prestou mais atenção nele. Podem-se construir experimentos para enfatizar mais essa questão. Às vezes, Jim pode estar chamando atenção a si por suas próprias ações, o que faz com que as pessoas olhem para ele (a profecia autorrealizada). Mais uma vez, isso pode ser demonstrado e testado por meio de uma linha de questionamento semelhante. Pode-se assumir uma postura semelhante com outros exemplos dos comportamentos paranoides de Jim, e seu comportamento com amigos e familiares. O terapeuta sempre volta a esses exemplos passados de mudança bem-sucedida de crença e comportamento, e pergunta a Jim como ele se sente em relação a esses exemplos e se ele consegue identificar quaisquer fatores comuns entre esses eventos passados e os problemas atuais.

“Visões” enviadas pelas vozes

Jim estava muito incomodado com as “visões” que tinha de sua namorada fazendo sexo com outras pessoas. Ele achava que essas visões eram enviadas pelas vozes, também por um processo de telepatia. Jim não acreditava que a namorada fosse infiel, mas ficou muito incomodado e irritado quando as vozes disseram isso. Ele tentou tirar as imagens da sua cabeça, mas quando essa estratégia falhou, ele se convenceu mais ainda de que as imagens eram enviadas por telepatia. Quanto mais irritado e incomodado ele

ficava, mais difícil era resistir à crença e considerar a vivência das visões como uma evidência colateral. Uma explicação alternativa era de que as visões eram imagens mentais que tinham se tornado muito vívidas e ocorriam em resposta a seus pensamentos catastróficos em relação à infidelidade de sua namorada, e persistiam porque ele tentava eliminá-los. As vozes eram seus próprios pensamentos, os quais, mais uma vez, colocavam questionamentos sobre a fidelidade de sua namorada, já que suas ruminações constantes sobre o tópico fizeram com que ele se sentisse inseguro acerca da relação com ela. Essa explicação alternativa, em conjunto com uma revisão das evidências objetivas sobre a segurança de seu relacionamento, enfraqueceram significativamente as crenças delirantes de Jim com relação à infidelidade, à telepatia e à realidade das vozes. O terapeuta introduziu exercícios de supressão de pensamentos para demonstrar o efeito rebote que tinha o fato de Jim pressionar para que as imagens saíssem de sua cabeça. A exposição às “visões” também ajudava nesse caso (embora possa não ajudar em todos), demonstrando que as imagens que se mantêm em atenção desaparecem com o tempo, bem como o sofrimento que causam, o que era outra evidência de fenômenos internos e não de telepatia. Jim também foi ensinado a identificar o início das vozes e redirecionar sua atenção a estímulos alternativos como forma de reduzir seu impacto e demonstrar que essas vivências tinham mais probabilidade de ser geradas internamente do que de vir de uma entidade externa. O terapeuta as comparou com os transtornos de ansiedade nos quais as crenças e as imagens catastróficas servem para estimular ainda mais as crenças irracionais e ameaçadoras, apontando que as imagens mentais vívidas de “o que pode acontecer” ou uma “catástrofe” imaginada produziriam uma cascata repentina de intensas emoções. A seguir, essas vivências podem ser renomeadas como situações desagradáveis, mas muito improváveis, em vez de realidade.

Qualquer pequena redução na força de uma crença delirante também foi usada para questionar as crenças gerais de Jim em relação a controle, ameaça e veracidade.

BAIXA AUTOESTIMA: UM PROBLEMA COMUM

Os pacientes esquizofrênicos muitas vezes têm uma pobre percepção de si mesmos e uma baixa autoestima. Pode-se trabalhar com a hipótese de que esses conceitos globais se manifestem em termos de um autoesquema negativo. Postula-se isso como uma consequência de doença mental grave e de tudo o que a acompanha, como sofrer o estigma de uma doença mental e mesmo hostilidade e exclusão, os efeitos da

rejeição social e dos ambientes interpessoais negativos e a sensação projetada de não ter valor e não ser valorizado. Pacientes com depressão e ideação suicida podem apresentar uma autoestima mais reduzida em função de seu humor deprimido. Além disso, um processo de atribuição pode fazê-lo achar que, se quiserem se matar, não devem valer nada e merecem morrer.

Os fatores que potencialmente influenciam e mantêm os esquemas negativos sobre si mesmo estão representados na Figura 12.3. Como se pode ver, os fatores que influenciam e mantêm esses esquemas são fortes, múltiplos e inflexíveis. A consequência de se ter uma doença mental grave é a formação desse tipo de autoesquemas negativos, que depois condicionam a forma como a informação é assimilada de modo que esses esquemas negativos sejam mantidos e fortalecidos em vez de questionados e modificados.

A sensação de amor próprio reduzido inibe o uso eficaz de estratégias de enfrentamento e aumenta o risco de depressão e autoagressão.

Melhorando a autoestima do paciente

O objetivo desse conjunto de técnicas é produzir generalizações de atributos positivos, questionar os autoesquemas negativos, melhorar a autoestima geral e gerar reações emocionais positivas. Esse método pode

se aplicado em duas etapas. A primeira gera cognições positivas sobre o *self* e a segunda, uma resposta emocional positiva. Outra possibilidade é as duas etapas serem combinadas, de forma que os processos de resposta cognitiva e emocional aconteçam juntos. O procedimento para o processo em duas etapas é descrito da seguinte forma:

Estágio 1: Resposta cognitiva

- Peça que o paciente apresente até 10 qualidades positivas (o número pode variar dependendo da capacidade do paciente; é importante que ele não deixe de conseguir gerar o número pedido).
- Quando o paciente tiver produzido uma lista dessas qualidades, peça que classifique cada uma delas segundo o quanto acredita que seja verdadeira, em uma escala de 0 a 100 (0 = *Nem um pouco* e 100 = *Totalmente*).
- Peça que o paciente apresente exemplos específicos de evidências de cada qualidade; estimule especificamente ações que tenham ocorrido recentemente e possam ser identificadas no tempo, como “semana passada”; use também seu conhecimento do paciente para evocar exemplos. Estimule e liste o maior número possível.

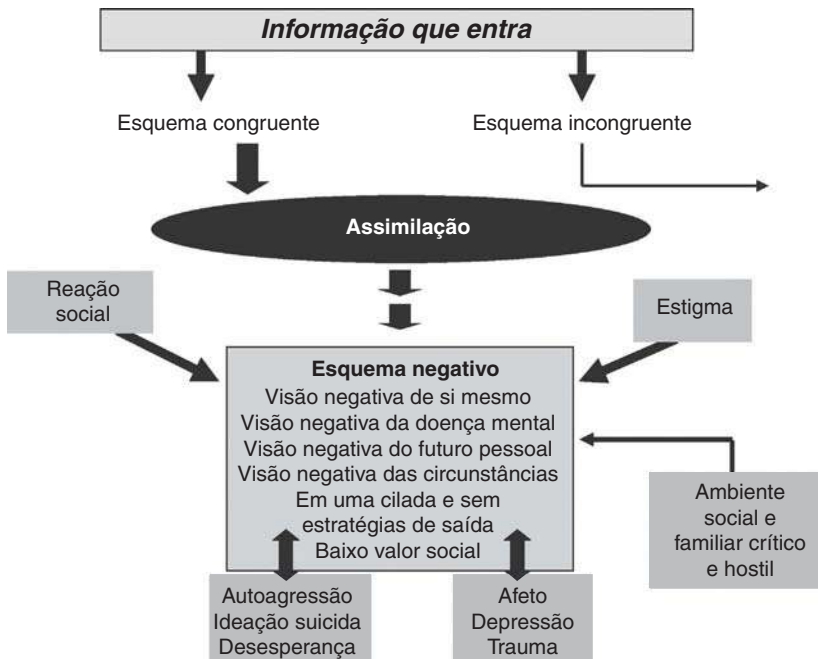


FIGURA 12.3 Manutenção dos esquemas negativos.

- Peça que o paciente ensaie a lista de exemplos de cada qualidade, o que pode ser feito por meio de uma descrição verbal e de imagens mentais do evento, e que depois reclassifique sua crença de que tem essa qualidade. (Geralmente, a classificação muda para mais; deve-se enfatizar ao paciente que sua crença pode mudar, dependendo das evidências nas quais ele concentra atenção.)
- O paciente terá uma tarefa de casa, onde ele vai monitorar seu comportamento na semana seguinte e registrar evidências específicas para sustentar a afirmação de que tem essas qualidades. O objetivo é produzir generalização e aprendizagem experimental de uma série de atributos positivos.
- Na sessão seguinte, dê sua opinião sobre os exemplos e estimule outros. Mais uma vez, peça que o paciente reclassifique sua crença de que realmente tem essas qualidades, e volte a apontar quaisquer mudanças nas crenças.
- Peça ao paciente que reflita sobre os efeitos de evocar e se concentrar em comportamentos e evidências específicos sobre suas crenças e qualidades, e como isso poderia afetar a opinião geral a seu respeito. Reforce todos os atributos positivos e os processos em que o paciente chega a uma visão mais positiva de si.
- Continue a repetir esse procedimento. Enfatize continuamente que as crenças do paciente em relação a si mesmo variam dependendo de qual é o foco de atenção, e que a autoestima pode ser afetada em muito pela crença, e que, portanto, é suscetível à mudança.

O caso de “Dave” ilustra a implementação desse procedimento. Dave havia aprendido com bastante êxito a como lidar com seus sintomas, que haviam reduzido muito, e melhorou significativamente seu nível de funcionamento. Ele citou uma série de atributos que achava que poderia ter: *prestativo*, ao qual ele deu uma classificação de 60 em 100, *amigo*, que ele classificou em 50, e um *bom pai*, em 30. A seguir, foi pedido que ele sugerisse evidências concretas e específicas para sustentar todos esses atributos. Para *prestativo*, ele mencionou que havia emprestado dinheiro a um amigo alguns meses antes, aberto uma porta para uma pessoa na semana anterior e ajudado seu pai no jardim naquela mesma semana. Ele reclassificou essa crença como 90.

Para *amigo*, Dave citou que tinha muitas amizades de 10 ou 20 anos, que estavam em contato com ele regularmente e gostavam da sua companhia. Ele conseguia conversar com as pessoas confortavelmente

em bares ou ônibus e se relacionava bem com os amigos de seus pais. Ele achava que tinha uma boa relação com seu terapeuta e gostava de falar com ele, e que conseguia conversar com diferentes tipos de pessoas de origens distintas, sem dificuldades ou reservas. Ele reclassificou essa crença em 100.

Para ser um *bom pai*, Dave disse que gostava de levar seu filho e sua filha para passear todas as semanas (ele estava divorciado da mãe deles, que tinha a guarda), e ficava chateado quando não os via. Gostava de comprar presentes para eles e ficava feliz quando eles decidiam sobre atividades em vez de fazer coisas só por conveniência, e isso, em si, dava prazer a ele. Dave reclassificou essa crença em 60. Contudo, nesse momento, ele introduziu algumas avaliações negativas. Ele achava que não poderia ser um bom pai porque não morava com seus filhos, pois não se entendia bem com a mãe deles. Ele disse que as coisas sempre eram mais fáceis para pais ausentes, que viam seus filhos por pouco tempo e tendiam a mimá-los. Em sua visão, isso não era boa paternidade. Nesse momento, era importante que o terapeuta repassasse o modelo de como se mantêm visões negativas como essa (ver Fig. 12.3), discutir esses pensamentos como algo congruente com o esquema negativo e indicar que os esquemas eram *supergeneralizações*, um processo pelo qual os aspectos negativos são maximizados e os positivos, minimizados. Além disso, esses pensamentos e crenças tinham um efeito depressivo sobre o humor e sustentavam as crenças negativas de Dave em relação a si mesmo, mas não refletiam com precisão as circunstâncias. Para desafiar as visões que Dave tinha de si como sendo mau pai, foram realizados vários exercícios: ele deveria definir um *mau pai* em termos explícitos, e depois comparar objetivamente seu comportamento com essa definição. Pediu-se que comparasse seu comportamento com o de outras pessoas em circunstâncias semelhantes. Por fim, ele deveria apresentar uma avaliação realista e objetiva de seu desempenho e de suas circunstâncias. Enquanto desenvolvia esses exercícios, o terapeuta enfatizou o potencial para autoavaliações negativas, junto com estratégias para enfrentar isso no futuro.

Estágio 2: Resposta afetiva

Dave também deveria explicar por que essas qualidades eram importantes e os benefícios potenciais de possuí-las. O terapeuta usou a descoberta guiada e imagens mentais durante esse processo para garantir que as qualidades escolhidas fossem importantes para Dave, e pediu que ele desse exemplos práticos de cada uma delas. Foi enfatizada a descrição de comportamentos específicos associados com a qualidade e o contexto em que eles eram realizados. Foi dada aten-

ção às vivências emocionais de Dave quando apresentava essas qualidades, gerando assim o afeto positivo associado àquela vivência. Dave deveria imaginar a reação emocional positiva que outras pessoas teriam em interação com ele quando ele apresentasse uma qualidade positiva, e imaginar vividamente a vivência da outra pessoa, descrevendo como ela se sentiria e tentando imitar essa vivência. A seguir, pediu-se que descrevesse como ele próprio se sentira ao evocar a emoção positiva na outra pessoa.

Por exemplo, ao mostrar generosidade ajudando o amigo, Dave deveria imaginar, por meio de imagens mentais guiadas, como esse amigo se sentiu ao ser ajudado por ele. Pediu-se que intensificasse e mantivesse essa emoção positiva. Então, por meio de um processo semelhante, Dave deveria imaginar e descrever sua sensação ao ver como seu amigo havia se sentido bem quando foi ajudado. Mais uma vez, pediu-se que intensificasse e mantivesse essa emoção. Deveria se realizar um processo semelhante para todas as emoções e cenários positivos.

PREVENÇÃO DA RECAÍDA

As recaídas raramente ocorrem sem aviso prévio, geralmente, são precedidas por um período de sintomas prodrômicos que podem durar dias, ou, mais comumente, semanas e em alguns casos, meses, mas a média é de quatro semanas (Birchwood, MacMillan e Smith, 1994). Os sinais e sintomas prodrômicos comuns incluem sintomas não psicóticos, como depressão leve e disforia, ansiedade, insônia, irritabilidade, flutuações de humor e sensibilidade interpessoal, e sintomas psicóticos de nível reduzido, como desconfiança, pensamento mágico, ideias de referência, sentimentos de que “alguma coisa está estranha ou errada” e que a pessoa não “é adequada” aos outros à sua volta. Durante a fase prodrômica, os pacientes apresentam mudanças de comportamento, como tornar-se mais retraídos, evitar contato social, abandonar atividades de lazer e interesses, parecer mais preocupados e ser incapazes de continuar com trabalho ou outras rotinas ou atividades. À medida que o período prodrômico avança, esses sinais e sintomas se intensificam e os pacientes podem exibir comportamento estranho ou bizarro, como não conseguir se cuidar, tornar-se social ou sexualmente inadequados, fazer acusações contra outras pessoas, murmurar para si próprios e desconectar a televisão ou o telefone.

Pode-se pedir que os pacientes relembrem de sinais ou sintomas prodrômicos que precederam episódios e recaídas anteriores. Isso pode ser baseado no início do episódio ou na internação hospitalar, identificando-se quais mudanças foram observadas

inicialmente, quais ocorreram, e como e em qual sequência elas avançaram. Cada sinal ou sintoma pode ser anotado em um cartão e o paciente pode ser solicitado a organizar esses cartões em um padrão temporal de ocorrência. Dessa forma, a *assinatura da recaída* do paciente, ou seja, o conjunto de sinais e sintomas individuais que caracterizaram o período prodrômico do paciente e seu tempo de desenvolvimento que levou à recaída, pode ser identificada. Os familiares ou profissionais da saúde mental, se houver, podem ajudar a identificar as mudanças prodrômicas e sua sequência. Os profissionais podem achar útil usar avaliações padronizadas de sintomas prodrômicos, como a *Early Signs Scale* (Birchwood et al., 1989). Esses instrumentos também podem ajudar o profissional a sinalizar ou investigar possíveis sinais prodrômicos que não tenham sido lembrados espontaneamente pelo paciente. O paciente deve ser capaz de diferenciar um período prodrômico da recaída real das flutuações de humor normais, que não indicam recaída. Isso se faz por meio de um processo de treinamento para diferenciação, em que os pacientes acompanham o humor e as vivências ao longo de algumas semanas, com o objetivo de aprender a distinguir um pródromo real de um *falso alarme* de uma flutuação normal do afeto.

A etapa seguinte é formular um “plano de jogo” para lidar com um pródromo caso ele ocorra. As estratégias de enfrentamento podem ser formuladas e ensaiadas, pode-se evocar a ajuda de outras pessoas e solicitar a assistência de serviços psiquiátricos, o que pode incluir um aumento ou mudança de medicação. Entendendo o tempo de desenvolvimento do período prodrômico do paciente, o terapeuta pode identificar diferentes ações para fases distintas desse período e a “janela de oportunidade” para intervir. Uma parte importante dessa abordagem de tratamento é planejar o futuro, principalmente em relação a eventos estressantes que possam ocorrer e como estar ciente de sintomas que surjam e da recaída. Os pacientes podem ser monitorados enviando ao terapeuta um cartão que indica que estão bem ou que o período prodrômico pode ter começado. Tecnologias, como os telefones celulares e o correio eletrônico, pode representar métodos novos e inovadores para que os profissionais monitorem os pacientes e mantenham contato, identifiquem sinais precoces da recaída e intervenham no momento ideal. Esses avanços tecnológicos também podem resultar em avaliação e intervenção em tempo real, bem como no desenvolvimento de sistemas inteligentes para identificar períodos críticos e aplicar intervenções individualizadas (Kelly et al., 2012)

DIFICULDADES E PROBLEMAS CLÍNICOS

Transtorno do pensamento

O transtorno do pensamento, caracterizado por prejuízos à linguagem, dificulta entender o sentido que o paciente está transmitindo. Contudo, com experiência e paciência, muitas vezes é possível seguir alguma lógica interna na fala do paciente. Isso pode ser alcançado pedindo ao paciente que explique o significado ou expondo o que foi entendido pelo terapeuta, que é então reformulado em uma linguagem mais coerente. Avançando nesses passos organizados, de forma calma, pode-se impedir que o paciente se sinta sobrecarregado com o conteúdo emocional da discussão, o que pode acontecer, especialmente quando o material em discussão é emocionalmente significativo.

Sintomas psicóticos intratáveis

Infelizmente, há casos em que os melhores esforços do terapeuta e uma medicação bem aplicada produzem poucas melhorias nos sintomas do paciente. Há várias opções disponíveis para esses casos intratáveis. Em primeiro lugar, é necessário se certificar de que haja serviços de apoio adequados, para que a qualidade de vida do paciente seja a melhor possível. Em segundo, deve haver revisões regulares do tratamento, principalmente da medicação e das circunstâncias ambientais, para que se evitem estresses excessivos. Por fim, sempre vale a pena continuar com algumas estratégias cognitivo-comportamentais simples e diretas, porque, em um período longo de tempo, elas podem começar a ter efeito.

Risco de suicídio e de autoagressão

O risco de suicídio em pacientes com esquizofrenia é significativo. Os fatores de risco incluem ser jovem e do sexo masculino e ter uma enfermidade crônica com várias exacerbações, sintomatologia exacerbada e prejuízo funcional, sentimentos de desesperança associados à depressão, medo de maior deterioração mental e dependência excessiva ou perda da esperança no tratamento. Um estudo também identificou dois caminhos para o risco de suicídio, ambos mediados pela desesperança: (1) aumento do isolamento social, ao qual contribuíram maior duração da doença, mais sintomas positivos, mais idade e estar desempregado, e (2) visões mais negativas de si, alta frequência de crítica por parte de familiares e mais sintomas negativos, aos quais contribuíram ser homem, solteiro e desempregado (Tarrier, Barrowclough, Andrews e Gregg, 2004). Um estudo de coorte e uma revisão sistemática mais recentes confirmaram e ampliaram conclusões anteriores. Ser jovem e do sexo masculino, com um histórico de delitos violentos, foi identificado como preditor de suicídio, embora esta última

conclusão tenha ficado restrita àqueles com QI mais baixo (Webb, Långström, Runeson, Lichtenstein e Fazel, 2011). Uma revisão sistemática de 51 estudos também identificou importantes preditores relacionados à doença, como sintomas depressivos, alucinações e delírios, e doenças físicas e uso de substâncias em comorbidade (Hor e Taylor, 2010).

É importante que os terapeutas estejam cientes de que as tentativas de suicídio são uma possibilidade muito real quando se trata alguém com esquizofrenia. Infelizmente, os pacientes com esse diagnóstico muitas vezes cometem suicídio impulsivamente, usando métodos letais, como pular de lugares altos, imolação ou armas de fogo. A presença de ideação suicida deve ser avaliada. O paciente deve responder se já fez planos específicos ou tomou alguma atitude, ou se barreiras normais à autoagressão e ao suicídio foram desfeitas. É necessário estar ciente dos fatores que podem elevar o risco, incluindo o desgaste da autoestima, maior sensação de desesperança, especialmente relacionados à percepção do paciente sobre a doença e a recuperação, relacionamentos familiares ou sociais de má qualidade e quaisquer mudanças nas circunstâncias sociais ou perda de relações de apoio (p. ex., mudanças, férias ou licenças dos profissionais da saúde). Além disso, a ocorrência de importantes eventos na vida, perdas ou vivências constrangedoras podem levar à desesperança.

Alguns fatores que podem aumentar o risco de suicídio são bastante exclusivos dos transtornos psicóticos, como alucinações de comando que dizem aos pacientes que se machuquem. Outros exemplos são mais idiossincráticos. Um dos autores (N. T.) teve um paciente que tinha sensações físicas estranhas que ele interpretava como sendo a rainha da Inglaterra entrando em seu corpo. Como súdito leal, ele achava que abandonaria seu corpo e daria a ela a posse única, e tentou se matar cortando os punhos. Isso não era resultado de vontade de morrer, sendo causado mais por um certo sentido de protocolo social em relação à realeza. Felizmente, a tentativa não teve êxito.

Muitos profissionais levantam a hipótese de que os sintomas psicóticos têm um aspecto protetor ao mascarar as duras realidades do fardo da doença mental grave. Uma maior compreensão e a melhoria nos sintomas podem trazer consigo um aumento da exposição a esse fardo, aumentando assim a probabilidade de uma fuga potencial pelo suicídio. O terapeuta deve estar ciente de todos esses fatores, conhecer bem seus pacientes e monitorar as mudanças em suas circunstâncias ou seu humor que possam ser problemáticas. É importante ter ciência de mudanças previsíveis e planejá-las, estabelecer boa comunicação com outros profissionais da saúde mental e tratar de

maneira franca o humor deprimido e a desesperança. Avaliar o risco agudo de suicídio é mais complicado pelo afeto vazio ou incongruente dos pacientes, de forma que os sinais que um profissional procuraria em um paciente deprimido podem não ser apresentados por um paciente com esquizofrenia. Quando o risco é alto, os serviços psiquiátricos de emergência devem ser acionados.

Diagnóstico duplo: comorbidade do uso de álcool e substâncias

Os transtornos comórbidos relacionados ao uso de substâncias são um problema crescente para os pacientes esquizofrênicos. Os pacientes com diagnóstico duplo tendem a ter pior desempenho em uma série de resultados do que os que só têm esquizofrenia. Eles tendem a ter sintomas mais persistentes, recaída ou reinternações mais frequentes e mais precoces, mais probabilidade de se apresentar aos serviços de emergência, níveis mais elevados de agressão e violência, e maior risco de suicídio e autoagressão.

A entrevista motivacional tem sido usada com eficácia para melhorar a motivação com vistas a mudar o comportamento de uso de substâncias em pacientes esquizofrênicos (Barrowclough et al., 2001; Haddock et al., 2003). A entrevista motivacional foi chamada de um *estilo* em vez de uma intervenção específica, e pode ser incorporada a uma abordagem de TCC para aumentar a motivação do paciente com vistas a mudar o comportamento do uso de álcool e substâncias, ao mesmo tempo em que trata a psicose. Postula-se que uma importante interação entre o uso dessas substâncias e os sintomas psicóticos requer essa abordagem dupla de tratamento. Muitos pacientes não consideram seu uso de álcool ou outras substâncias como um problema e percebem os benefícios positivos, como a automedicação, a identificação com pessoas semelhantes ou o uso recreativo, como algo que supera as consequências negativas. O objetivo durante as sessões iniciais é evocar do paciente declarações de mudança ou motivação. O terapeuta usa as habilidades da entrevista motivacional como a escuta reflexiva, a aceitação e o reforço seletivo para evocar essas declarações. Quando o paciente tiver identificado o uso do álcool ou outras substâncias como um problema e expressar um desejo de mudança, a terapia pode avançar para formas práticas de atingir esse objetivo. O maior ECR feito até hoje comparou uma condição combinada de TU, entrevista motivacional, e TCC com TU isolado, em pessoas com psicose e uso concomitante de substâncias. Os resultados mostraram que o tratamento melhora a motivação para alterar o uso de substâncias, e reduz significativamente a quantidade de substância consumida por dia, com esta

última constatação sendo mantida em um seguimento de 24 meses. No entanto, não houve efeitos sobre os resultados clínicos, como taxas de recaída, sintomas e funcionamento (Barrowclough et al., 2010).

CONCLUSÃO

A TCCp tem benefícios significativos para os pacientes com esquizofrenia e outras psicoses. Ela deve ser realizada como parte de um plano de tratamento amplo. É improvável que “cure” os pacientes, mas pode ajudá-los a enfrentar sua doença e dela se recuperar. A intervenção se baseia em uma avaliação e formulação detalhadas, demandando habilidades e uma experiência considerável, conhecimento de TCC e psicose, e não se presta facilmente a um formato de protocolo simples. É importante que se façam mais pesquisas sobre os aspectos teóricos do entendimento da psicose de uma perspectiva psicológica, para embasar e desenvolver ainda mais os procedimentos de TCC. Também são necessárias pesquisas sobre disseminação e como os novos tratamentos psicológicos são aceitos nos serviços de saúde mental e se tornam acessíveis aos pacientes.

REFERÊNCIAS

- Allot, K., Alvarez-Jimenez, M., Killackey, E. J., Bendall, S., McGorry, P. D., & Jackson, H. J. (2011). Patient predictors of symptom and functional outcome following cognitive behaviour therapy or befriending in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 132, 125-130.
- Barnes, T. R. E., & Nelson, H. E. (1994) *The assessment of psychoses: A practical handbook*. London: Chapman & Hall.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., Jones, S., Siddelle, R., Roberts, C., et al. (2006). Group cognitive behavior therapy for schizophrenia: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 189, 527-532.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N., Lewis, S., Moring, J., O'Brian, R., et al. (2001). Randomised controlled trial of motivational interviewing and cognitive behavioural intervention for schizophrenia patients with associated drug or alcohol misuse. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1706-1713.
- Barrowclough, C., Haddock, G., Wykes, T., Beardmore, R., Conrod, P., Craig, T., et al. (2010). Integrated motivational interviewing and cognitive behavioural therapy for people with psychosis and comorbid substance misuse: Randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 341, c6325.
- Barrowclough, C., & Tarrier, N. (1992). *Families of schizophrenic patients: A cognitive-behavioural intervention*. London: Chapman & Hall.
- Birchwood, M., Macmillan, F., & Smith, J. (1994). Early intervention. In M. Birchwood & N. Tarrier (Eds.), *Psychological management of schizophrenia* (pp. 77-108). Chichester, UK: Wiley.
- Birchwood, M., Peters, E., Tarrier, N., Dunn, G., Lewis, S., Wykes, T., et al. (2011). A multi-centre randomised con-

- trolled trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations. *BioMed Central Psychiatry*, 11, 155-160.
- Birchwood, M., Smith, J., MacMillan, F., Hogg, B., Prasad, R., Harvey, C., et al. (1989). Predicting relapse in schizophrenia: The development and implementation of an early signs monitoring system using patients and families as observers. *Psychological Medicine*, 19, 649-656.
- Bird, V., Premkumar, P., Kendall, T., Whittington, C., Mitchell, J., & Kuipers, E. (2010). Early intervention services, cognitive-behavioural therapy and family intervention in early psychosis: Systematic review. *British Journal of Psychiatry*, 197, 350-356.
- Bolton, C., Gooding, P., Kapur, N., Barrowclough, C., & Tarrier, N. (2007). Developing psychological perspectives of suicidal behaviour and risk in people with a diagnosis of schizophrenia: We know they kill themselves but do we understand why? *Clinical Psychology Review*, 27, 511-536.
- Brabban, A., Tai, S., & Turkington, D. (2009). Predictors of outcome in brief cognitive behavior therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 859-864.
- Brooker, C., & Brabban, A. (2006). *Measured success: A scoping review of evaluated psychosocial interventions training for work with people with serious mental health problems*. London: National Health Service, National Institute for Mental Health in England.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., et al. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 48-70.
- Doll, R. (1998). Controlled trials: The 1948 watershed. *British Medical Journal*, 317, 1217-1220.
- Drury, V., Birchwood, M., Cochrane, R., & Macmillan, F. (1996). Cognitive therapy and recovery from acute psychosis: A controlled trial: I. Impact on psychotic symptoms. *British Journal of Psychiatry*, 169, 593-601.
- Dunn, G., Fowler, D., Rollinson, R., Freeman, D., Kuipers, E., Smith, B., et al. (2012). Effective elements of cognitive behaviour therapy for psychosis: Results of a novel type of subgroup analysis based on principal stratification. *Psychological Medicine*, 42, 1057-1068.
- Emmerson, L. C., Granholm, E., Link, P. C., McQuaid, J. R., & Jeste, D. V. (2009). Insight and treatment outcome with cognitive-behavioral social skills training for older people with schizophrenia. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 46, 1053-1058.
- Fowler, D., Hodgekins, J., Painter, M., Reilly, T., Crane, C., Macmillan, I., et al. (2009). Cognitive behaviour therapy for improving social recovery in psychosis: A report from the ISREP MRC trial platform study (improving social recovery in early psychosis). *Psychological Medicine*, 39, 1627-1636.
- Freeman, D. (2011). Improving cognitive treatments for delusions. *Schizophrenia Research*, 132, 135-139.
- Garety, P. A., Fowler, D. G., Freeman, D., Bebbington, P., Dunn, G., & Kuipers, E. (2008). Cognitive-behavioural therapy and family intervention for relapse prevention and symptom reduction in psychosis: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 192, 412-423.
- Garety, P. A., Fowler, D., Kuipers, E., Freeman, D., Dunn, G., Bebbington, P., et al. (1997). London-East Anglia randomized controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis: II. Predictors of outcome. *British Journal of Psychiatry*, 171, 420-426.
- Garety, P., Kuipers, E., Fowler, D., Freeman, D., & Bebbington, P. E. (2001). A cognitive model of the positive symptoms of psychosis. *Psychological Medicine*, 31, 189-195.
- Gould, R. A., Mueser, K. T., Bolton, E., Mays, V., & Goff, D. (2001). Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia: An effect size analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335-342.
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Stolar, N. M., & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69, 121-127.
- Haddock, G., Barrowclough, C., Tarrier, N., Moring, J., O'Brien, R., Schofield, N., et al. (2003). Randomised controlled trial of cognitive-behavior therapy and motivational intervention for schizophrenia and substance use: 18 month, career and economic outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 183, 418-426.
- Haddock, G., McCarron, J., Tarrier, N., & Faragher, B. (1999). Scales to measure dimensions of hallucinations and delusions: The Psychotic Symptom Rating Scales (PSYRATS). *Psychological Medicine*, 29, 879-890.
- Haddock, G., Tarrier, N., Morrison, A. P., Hopkins, R., Drake, R., & Lewis, S. (1999). A pilot study evaluating the effectiveness of individual inpatient cognitive behavioural therapy in early psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 254-258.
- Hall, P. H., & Tarrier, N. (2003). The cognitive-behavioural treatment of low self-esteem in psychotic patients: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 317-332.
- Hor, K., & Taylor, M. (2010). Review: suicide and schizophrenia: A systematic review of rates and risk factors. *Journal of Psychopharmacology*, 24, 81-90.
- Jackson, H. J., McGorry, P. D., Killackey, E., Bendall, S., Allott, K., Dudgeon, P., et al. (2008). Acute-phase and 1-year follow-up results of a randomized controlled trial of CBT versus befriending for first-episode psychosis: The ACE project. *Psychological Medicine*, 38, 725-735.
- Johnson, J., Gooding, P., & Tarrier, N. (2008). Suicide risk in schizophrenia: Explanatory models and clinical implications, the schematic appraisal model of suicide (SAMS). *Psychology and Psychotherapy*, 81, 55-71.
- Kane, J. M. (1999). Management strategies for the treatment of schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(Suppl. 12), 13-17.
- Kelly, J. A., Gooding, P., Pratt, D., Ainsworth, J., Welford, M., & Tarrier, N. (2012). Intelligent real time therapy (iRTT): Harnessing the power of machine learning to optimize the delivery of momentary cognitive-behavioural interventions. *Journal of Mental Health*, 21(4), 404-414.

- Kuipers, E., Onumwure, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 196, 259-265.
- Lecomte, T., Leclerc, C., & Wykes, T. (2012). Group CBT for early psychosis – Are there still benefits one year later? *International Journal of Group Psychotherapy*, 62, 09-321.
- Lewis, S. W., Tarrier, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., et al. (2002). Randomised controlled trial of cognitive-behaviour therapy in early schizophrenia: Acute phase outcomes. *British Journal of Psychiatry*, 181(Suppl. 43), 91-97.
- Lynch, D., Laws, K. R., & McKenna, P. J. (2010). Cognitive behavioural therapy for major psychiatric disorder: Does it really work?: A meta-analytical review of well-controlled trials. *Psychological Medicine*, 40, 9-24.
- Morrison, A. P., & Barratt, S. (2010). What are the components of CBT for psychosis?: A Delphi study. *Schizophrenia Bulletin*, 36, 136-142.
- Morrison, A. P., French, P., Stewart, S. L. K., Birchwood, M., Fowler, D., Gumley, A. I., et al. (2012). Early detection and intervention evaluation for people at risk of psychosis: Multisite randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 344, e2233.
- Morrison, A. P., French, P., Walford, L., Lewis, S., Kilcommons, A., Green, J., et al. (2004). A randomised controlled trial of cognitive therapy for the prevention of psychosis in people at ultra-high risk. *British Journal of Psychiatry*, 185, 291-297.
- Morrison, A. P., Hutton, P., Wardle, M., Spencer, H., Barratt, S., Brabban, A., et al. (2012). Cognitive therapy for people with a schizophrenia spectrum diagnosis not taking antipsychotic medication: An exploratory trial. *Psychological Medicine*, 42, 1049-1056.
- Morrison, A. P., Turkington, D., Wardle, M., Spencer, H., Barratt, S., Dudley, R., et al. (2012). A preliminary exploration of predictors of outcome and cognitive mechanisms of change in cognitive behaviour therapy for psychosis in people not taking antipsychotic medication. *Behaviour Research and Therapy*, 50, 163-167.
- Mueser, K., & Glynn, S. M. (1995). *Behavioral family therapy for psychiatric disorders*. Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Fox Smith, L., et al. (2013). A randomized controlled trial of family intervention of co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 39(3), 658-672.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2009). *Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care, updated guideline*. London: Author.
- Nuechterlein, K. H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: State of the art. In H. Hafner, W. F. Gattaz, & W. Janzarik (Eds.), *Search for the cause of schizophrenia* (pp. 297-316). Heidelberg, Germany: Springer-Verlag.
- Onumwure, J., Bebbington, P., & Kuipers, E. (2011). Family interventions in early psychosis: specificity and effectiveness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 20(13), 113-119.
- Onumwure, J., & Kuipers, E. (2011). Cognitive-behavioral family intervention in psychosis. In M. Rimondini (Ed.), *Communication in cognitive behavioral therapy* (pp. 185-201). New York: Springer.
- Pantelis, C., & Barnes, T. R. E. (1996). Drug strategies in treatment resistant schizophrenia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, 20-37.
- Perivoliotis, D., Grant, P. M., Peters, E. M., Ison, R., Kuipers, E., & Beck, A. T. (2010). Cognitive insight predicts favorable outcome in cognitive behavioral therapy for psychosis. *Psychosis*, 2, 23-33.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et al. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family interventions and cognitive behaviour therapy. *Psychological Medicine*, 32, 763-782.
- Pocock, S. J. (1996). *Clinical trials: A practical approach*. Chichester, UK: Wiley.
- Premkumar, P., Peters, E. R., Fannon, D., Anilkumar, A. P., Kuipers, E., & Kumari, V. (2011). Coping styles predict responsiveness to cognitive behaviour therapy in psychosis. *Psychiatry Research*, 187, 354-362.
- Rector, N. A., & Beck, A. T. (2001). Cognitive behavioral therapy for schizophrenia: An empirical review. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189, 278-287.
- Richardson, A., Baker, M., Burns, T., Lilford, R. J., & Muijen, M. (2000). Reflections on methodological issues in mental health research. *Journal of Mental Health*, 9, 463-470.
- Salkovskis, P. M. (2002). Empirically grounded clinical interventions: Cognitive behaviour therapy progresses through a multidimensional approach to clinical science. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 3-10.
- Sarin, F., Wallin, L., & Widerlöv, B. (2011). Cognitive behavior therapy for schizophrenia: A meta-analytical review of randomized controlled trials. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 162-174.
- Slade, M., & Priebe, S. (2001). Are randomised controlled trials the only gold that glitters? *British Journal of Psychiatry*, 179, 286-287.
- Steel, C., Tarrier, N., Stahl, D., & Wykes, T. (2012). Cognitive behaviour therapy for psychosis: The impact of therapist training and supervision. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(3), 194-195.
- Stowkowy, J., Addington, D., Liu, L., Hollowell, B., & Addington, J. (2012). Predictors of disengagement from treatment in an early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 136, 7-12.
- Tarrier, N. (1996). A psychological approach to the management of schizophrenia. In M. Moscarelli & N. Sartorius (Eds.), *The economics of schizophrenia* (pp. 271-286). Chichester, UK: Wiley.
- Tarrier, N. (2002). The use of coping strategies and self-regulation in the treatment of psychosis. In A. Morrison (Ed.), *A casebook of cognitive therapy for psychosis* (pp. 79-107). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tarrier, N. (2006). A cognitive-behavioural case formulation approach to the treatment of schizophrenia. In N. Tarrier

- (Ed.), *Case formulation in cognitive behaviour therapy: The treatment of challenging and complex clinical cases* (pp. 167-187). London: Routledge.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Andrews, B., & Gregg, L. (2004). Suicide risk in recent onset schizophrenia: The influence of clinical, social, self-esteem and demographic factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 927-937.
- Tarrier, N., Barrowclough, C., Haddock, G., & McGovern, J. (1999). The dissemination of innovative cognitive-behavioural treatments for schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 8, 569-582.
- Tarrier, N., & Calam, R. (2002). New developments in cognitive-behavioural case formulation: Epidemiological, systemic and social context: An integrative approach. *Cognitive and Behavioural Psychotherapy*, 30, 311-328.
- Tarrier, N., Haddock, G., Lewis, S., Drake, R., Gregg, L., & the Socrates Trial Group. (2006). Suicide behaviour over 18 months in recent onset schizophrenic patients: The effects of CBT. *Schizophrenia Research*, 83, 15-27.
- Tarrier, N., Lewis, S., Haddock, G., Bentall, R., Drake, R., Kinderman, P., et al. (2004). Cognitive-behavioural therapy in first-episode and early schizophrenia 18-month follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 231-239.
- Tarrier, N., & Wykes, T. (2004). Is there evidence that cognitive behaviour therapy is an effective treatment for schizophrenia: A cautious or cautionary tale? (Invited essay). *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1377-1401.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., Kinney, C., McCarthy, E., Gledhill, A., Haddock, G., et al. (1998). A randomised controlled trial of intensive cognitive behaviour therapy for chronic schizophrenia. *British Medical Journal*, 317, 303-307.
- Tarrier, N., Yusupoff, L., McCarthy, E., Kinney, C., & Witkowski, A. (1998). Some reason why patients suffering from chronic schizophrenia fail to continue in psychological treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 26, 177-181.
- Tattan, T., & Tarrier, N. (2000). The expressed emotion of case managers of the seriously mentally ill: The influence of EE and the quality of the relationship on clinical outcomes. *Psychological Medicine*, 30, 195-204.
- Trower, P., Birchwood, M., Meaden, A., Byrne, S., Nelson, A., & Ross, K. (2004). Cognitive therapy for command hallucinations: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 184, 312-320.
- Webb, R. T., Långström, N., Runeson, B., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2011). Violent offending and IQ level as predictors of suicide in schizophrenia: National cohort study. *Schizophrenia Research*, 130, 143-147.
- Wykes, T., Everitt, B., Steele, C., & Tarrier, N. (2008). Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: Effect sizes, clinical models and methodological rigor. *Schizophrenia Bulletin*, 34, 523-537.
- Zimmermann, G., Favrod, J., Trieu, V. H., & Pomini, V. (2005). The effect of cognitive behavioural treatment on the positive symptoms of schizophrenia spectrum disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 77, 1-9.

CAPÍTULO 13

TRANSTORNOS POR USO DE ÁLCOOL

Barbara S. McCrady

Os profissionais que trabalham com pessoas que têm problemas com uso de álcool, assim como os profissionais que estão em formação, consideraram este capítulo um recurso extremamente útil para orientar suas abordagens de tratamento. Em sua revisão minuciosamente atualizada e editada, a autora começa descrevendo como as recentes tendências manifestadas na sociedade e as iniciativas legislativas alteraram a natureza dos pacientes que buscam o tratamento por problemas com a bebida. Depois de uma breve revisão das evidências disponíveis sobre as abordagens de tratamento que vão desde Alcoólicos Anônimos ao tratamento hospitalar breve intensivo, a autora descreve o leque de fatores que todos os profissionais devem considerar na escolha e na execução de intervenções adequadas para indivíduos com problemas com a bebida. Usando uma série de estudos de caso esclarecedores, Barbara McCrady ilustra estratégias terapêuticas importantes, incluindo métodos para motivar esses pacientes a começar o tratamento. De uma maneira que enfatiza o lado humano do caso e faz com que suas vidas adquiram um novo ânimo, o longo estudo de caso deste capítulo ilustra as consequências trágicas tão frequentes do consumo excessivo de bebidas alcoólicas. No contexto dessa descrição de caso, a autora descreve muito detalhadamente o que os profissionais não encontrarão em livros que simplesmente descrevem procedimentos terapêuticos, ou seja, os avanços e as dificuldades de uma excelente e experiente terapeuta para superar os obstáculos que inevitavelmente surgem durante o tratamento. — D. H. B.

Os transtornos por uso de álcool são um grupo heterogêneo de problemas que varia, em sua gravidade, desde o estudante universitário bebedor pesado que ocasionalmente falta à aula até a pessoa com alcoolismo grave e crônico, que vivencia as sérias consequências que a bebida tem em termos sociais e de saúde. Embora a prevalência dos transtornos por uso de álcool seja maior em homens do que em mulheres e em adultos mais jovens do que nos mais velhos, esses problemas afetam indivíduos de qualquer grupo sociodemográfico, racial/étnico ou ocupacional. Nos ambientes de saúde mental e ambientes clínicos, pelo menos 25% dos pacientes têm probabilidade de ter um transtorno relacionado ao uso do álcool como parte dos problemas com que se apresentam (p. ex., Zimmerman, Lubman e Cox, 2012), de forma que os profissionais da saúde e de saúde mental precisam saber identificar, avaliar e planejar um tratamento eficaz para esses pacientes. Este capítulo descreve o contexto social da bebida e dos problemas relacionados a ela, proporciona um modelo integrado para conceituar e tratar os problemas com o uso de álcool

e apresenta uma série de vinhetas clínicas e um longo estudo de caso para ilustrar o modelo clínico.

O profissional que trabalha no século XXI deve oferecer tratamento dentro de uma rede de tratamento complexa e contraditória, ter educação formal e sistemática no tratamento dos transtornos relacionados ao uso de álcool e outras drogas, dispor de ferramentas para trabalhar com pacientes voluntários e involuntários, os que aderem integralmente a uma perspectiva tradicional de recuperação e os que se sentem ofendidos por ela, e deve trabalhar para promover mudanças amplas e duradouras no uso de álcool ou para reduzir o dano que indivíduos ou grupos possam vivenciar com seu uso. A necessidade de profissionais competentes no tratamento de transtornos por uso de álcool (TUAs) e outras substâncias (TUSs) aumentará por causa de duas leis federais aprovadas nos últimos anos. A Lei de Proteção ao Paciente e Cuidados Acessíveis (*Patient Protection and Affordable Care Act*), aprovada em 2010 nos Estados Unidos, exige que a triagem para álcool e drogas e a intervenção breve em contextos de cuidados primários tenham cobertura,

e a Lei de Paridade de Saúde Mental e dependência Wellstone-Domenici (*Wellstone-Domenici Mental Health Parity and Addiction Equity Act*), de 2008, estabelece cobertura de saúde comparável para o tratamento de saúde física, saúde mental e problemas de adições. Se essas leis forem bem implementadas, mais indivíduos com TUAs serão identificados e encaminhados para tratamento.

Embora a necessidade de que os profissionais competentes tratem TUAs deva aumentar, muitos deles podem se afastar dessa população em função da notória reputação de que o tratamento de pessoas com TUAs é difícil e frustrante. Este capítulo, contudo parte do pressuposto de que um profissional que tenha ferramentas úteis e eficazes para lidar com indivíduos com problemas com a bebida e algum sucesso no uso dessas ferramentas encontrará razões positivas para atender a esses pacientes. Os indivíduos com problemas com a bebida *são* tratáveis, tratá-los é desafiador e gratificante, e, quando eles conseguem mudar, o profissional tem a rara oportunidade de fazer parte do processo de ajudar pessoas a fazer mudanças importantes e satisfatórias em suas vidas.

DIAGNÓSTICO E DEFINIÇÕES DOS PROBLEMAS COM ÁLCOOL

Diagnóstico

O diagnóstico de problemas com álcool no *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*, quinta edição (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), trata os TUAs como um transtorno único, que varia ao longo de um espectro de gravidade. As edições anteriores do DSM diferenciavam abuso e dependência do álcool, mas esta distinção já não se aplica. Para ser diagnosticado com um TUA, o indivíduo tem de cumprir, pelo menos, dois dos 11 critérios, e o transtorno é classificado como leve (dois a três sintomas), moderado (quatro a cinco sintomas) ou grave (seis a 11 sintomas). Os 11 critérios diagnósticos combinam os critérios do DSM-IV para abuso de álcool e dependência de álcool, eliminando “consequências legais repetidas relacionadas ao álcool”, e acrescentando “fissura”. Assim, os critérios de diagnóstico incluem (1) deixar de cumprir obrigações importantes relativas ao papel social, tais como as relacionadas a trabalho, casa ou escola; (2) beber várias vezes de maneira que tenham o potencial de gerar danos físicos (p. ex., beber e dirigir); (3) continuar a beber apesar de o consumo estar causando problemas sociais ou interpessoais; (4) ter o desejo ou tentar reduzir ou parar, sem sucesso; (5) beber quantidades maiores de álcool ou beber durante períodos mais longos do que o planejado, (6) apresentar sinais de tolerância

física; (7) mostrar sinais de abstinência física; (8) negligenciar outras atividades; (9) passar um tempo considerável obtendo álcool, bebendo e se recuperando de seus efeitos; (10) continuar a usar álcool apesar de saber que está causando problemas físicos ou psicológicos recorrentes; e (11) sentir fissura persistente pelo álcool. A dependência do álcool também pode ser classificada como estando em “remissão parcial” ou em “remissão completa”; a remissão pode ser “precoce” (pelo menos três meses) ou “sustentada” (um ano ou mais).

Definições alternativas

Em contraste com o diagnóstico psiquiátrico formal de TUA, os pesquisadores e terapeutas comportamentais sugeriram que os problemas com álcool representam uma parte de um *continuum* de uso de álcool que vai desde a abstinência, passando por uso não problemático, até diferentes tipos e graus de uso problemático. O DSM-5 está mais alinhado a essa perspectiva, mas ainda considera um ponto de corte indicativo do transtorno. Da perspectiva do *continuum* de problemas com álcool, os problemas podem ser apresentados de várias formas, algumas coerentes com um diagnóstico formal e outras mais leves ou mais intermitentes. Ao usar uma perspectiva de problemas com álcool, o profissional pode se concentrar mais claramente no padrão de beber, nas consequências negativas que o indivíduo acumulou, nos seus excessos e déficits comportamentais em várias áreas de funcionamento e nos pontos fortes específicos do paciente. Uma diminuição da ênfase do diagnóstico força o profissional a considerar os pacientes a partir de uma perspectiva mais individual. Portanto, embora o diagnóstico formal seja útil para identificar e definir a gravidade dos problemas de um paciente e é necessário para a manutenção de registros formais, a abordagem à avaliação clínica enfatizada neste capítulo dá menos atenção aos aspectos diagnósticos e mais à identificação do problema.

Este capítulo considera os problemas relacionados ao uso de álcool como um conjunto diversificado, tendo o consumo dessa substância como uma característica definidora comum. Esses problemas variam em termos de gravidade, desde a dependência grave até problemas leves e circunscritos. Para algumas pessoas, o próprio consumo de álcool é um problema importante, ao passo que, para outras, as consequências do uso de álcool – como romper uma relação, problemas profissionais ou de saúde – são a principal razão para buscar tratamento. Ao considerar os problemas do álcool como diversificados, este capítulo também pressupõe a existência de múltiplas etiologias para esses problemas, com determinantes

genéticos, psicológicos e ambientais contribuindo em graus distintos para pacientes diferentes.

Problemas complicadores

Os problemas com a bebida são complicados por uma série de outros, concomitantes. Um dos importantes é a comorbidade dos TUAs com outros diagnósticos psiquiátricos. Uma alta porcentagem das pessoas diagnosticadas com TUA também tem outros problemas psicológicos, que podem ser anteriores, concorrentes ou consequentes à bebida (Rosenthal, 2013). Os transtornos de Eixo I mais comuns são outros TUSs, transtornos de depressão e ansiedade, ocorrendo em até 60% dos homens em tratamento. O transtorno de Eixo II mais comum em comorbidade com TUA em homens é o transtorno da personalidade antisocial, com taxas entre 15 e 50%. As mulheres apresentam transtornos depressivos com mais frequência; 25 a 33% das pacientes com TUA têm depressão antes do início de seu TUA.

Os problemas com álcool também são complicados por problemas de cognição, saúde física, relações interpessoais, problemas legais, ambiente de trabalho e ambiente como um todo. Muitas pessoas com alcoolismo têm déficits cognitivos sutis, particularmente nas áreas de raciocínio abstrato, memória, flexibilidade cognitiva, solução de problemas e dificuldades de diferenciação emocional (para uma revisão dessa literatura, ver Oscar-Berman e Marinkovi, 2007). Como o funcionamento verbal geralmente não é prejudicado, esses problemas cognitivos não são visíveis imediatamente. O beber pesado também causa uma série de problemas médicos e pode afetar qualquer sistema orgânico, podendo causar problemas como cardiomiopatia, doença hepática, gastrite, úlceras, pancreatite e neuropatias periféricas. Mesmo quando não há problemas de saúde evidentes, os efeitos do beber pesado podem ser insidiosos e debilitantes. Muitas pessoas comem mal quando bebem, o que resulta em déficits nutricionais, pouca energia e desconforto físico vago e difuso. As taxas de mortalidade entre pessoas de todas as idades são elevadas com a dependência do álcool, e são mais altas entre mulheres do que entre homens.

As relações interpessoais também podem ser prejudicadas. As taxas de separação e divórcio estão próximas de sete vezes às da população geral (Paolino, McCrady e Diamond, 1978); a violência conjugal é mais alta tanto em homens quanto em mulheres com TUAs (Smith, Homish, Leonard e Cornelius, 2012) e os problemas emocionais e comportamentais são mais comuns entre seus cônjuges/parceiros e seus filhos (Moos e Billings, 1982; Moos, Finney e Gam-

ble, 1982). O uso de serviços de saúde é elevado entre cônjuges e filhos de indivíduos que bebem ativamente e têm TUAs (Spear e Mason, 1991).

As pessoas que se apresentam para tratamento de um problema com a bebida podem estar envolvidas com a justiça em função de acusações por dirigir bêbadas e outras infrações relacionadas ao álcool, como agressão ou envolvimento com o sistema de proteção a menores. As acusações relacionadas às drogas também podem levar um paciente a tratamento. Os pacientes variam no grau em que reconhecem que a bebida está causando problemas e no grau de motivação para mudar seu padrão de beber.

Como conclusão, o paciente que se apresenta para tratamento pode estar bebendo de forma que gere preocupação, ser formalmente diagnosticado com TUA e, também, cumprir os critérios para um ou mais transtornos de Eixo I ou II. A pessoa também pode ter outros problemas importantes, como prejuízos cognitivos, problemas de saúde física, problemas interpessoais ou profissionais e/ou problemas legais. O reconhecimento dos problemas e a motivação para mudar podem estar baixos. Como pode o profissional desenvolver uma abordagem racional para conceituar e tratar esse quadro clínico tão complicado?

MODELO TEÓRICO

O modelo apresentado neste capítulo parte da premissa de que o planejamento do tratamento deve ser multidimensional e de que existe mais de um tratamento eficaz para problemas com álcool. Diferentemente de certos transtornos para os quais determinada abordagem de tratamento apresenta uma superioridade demonstrável sobre as demais, em se tratando do álcool há uma variedade de abordagens de tratamento com apoio legítimo e de pesquisa (para uma revisão, ver Hallgren, Greenfield, Ladd, Glynn e Mc-Crady, 2012). Esses tratamentos são baseados em diferentes conceituações etiológicas, do curso da doença, de objetivos e duração do tratamento para problemas com o álcool. Entre os que têm melhor sustentação, estão as intervenções breves e baseadas na motivação, o tratamento cognitivo-comportamental, o tratamento de facilitação em 12 passos, a terapia comportamental de casal, o tratamento por exposição a gatilhos e a abordagem de reforço comunitário. Alguns fatores parecem comuns aos tratamentos eficazes e são resumidos na Tabela 13.1. Uma responsabilidade central do terapeuta é ajudar o paciente a encontrar o enfoque e o *setting* de tratamento que lhe sejam mais eficazes, em vez de aderir necessariamente a um determinado modelo ou *setting*. Uma segunda e igualmente impor-

TABELA 13.1 Princípios para o tratamento de transtornos relacionado ao uso de substâncias

1. *Estrutura e organização do setting de tratamento*
 - Deve ser claro e bem organizado.
 - Envolver ativamente os pacientes no programa.
 - Oferecer um ambiente que dê apoio e seja emocionalmente expressivo.
 - Enfatizar o autodirecionamento, o trabalho e o desenvolvimento de habilidades sociais.
 - Esperar que os pacientes assumam responsabilidade por seu tratamento e o sigam.
2. *Tipo de provedor do tratamento e o que ele faz*
 - Tratamento por especialistas em adições ou profissionais de saúde mental.
 - No desenvolvimento de uma aliança terapêutica eficaz é crucial:
 - demonstrar empatia;
 - respeitar a vivência que os pacientes têm na terapia;
 - evitar confrontação;
 - Ofereça orientações em termos de objetivos aos pacientes.
 - Ofereça um nível moderado de estrutura para a terapia.
 - Lide com a ambivalência em relação a mudar ou estar em tratamento:
 - dose o nível de confrontação ao nível de reatância do paciente;
 - evite discutir com pacientes irritados;
 - evite pressionar muito os pacientes para que aceitem seu diagnóstico ou a necessidade de mudar.
3. *Nível de cuidado, continuidade de cuidado e elementos do tratamento*
 - Preste atenção à adesão dos pacientes ao tratamento.
 - Determine a intensidade e a duração do tratamento, em parte considerando a gravidade do transtorno por uso de substâncias.
 - Para bebedores pesados com baixa dependência de álcool, os tratamentos menos intensos e mais breves são adequados, e a terapia intensiva com internação tem resultados inferiores.
 - Os pacientes com dependência grave de álcool têm melhores resultados com tratamento inicial mais intenso e respondem de forma mais positiva ao tratamento que se concentra em orientação baseada em 12 passos e no envolvimento com grupos de 12 passos.
 - Avalie e providencie para que os pacientes recebam outros serviços sociais e médicos.
4. *Fatores contextuais*
 - Envolver alguém significativo para o paciente.
 - Ajude os pacientes a reestruturar seus ambientes sociais para incluir pessoas que deem apoio à mudança e à abstinência.
 - Com pacientes que tenham pouco comprometimento com permanecer em tratamento ou alterar o uso de substâncias, envolva a família ou outros membros do sistema de apoio social no tratamento, para estimular a adesão ao tratamento.
 - No tratamento de adolescentes com transtornos por uso de substâncias, utilize enfoques que envolvam múltiplos sistemas, incluindo familiares, colegas e outros.
5. *Características do paciente*
 - A maior prontidão para mudança do paciente está associada a maior sucesso no tratamento.
 - A maior gravidade do transtorno por uso de substâncias está associada a uma resposta inferior ao tratamento.
6. *Elementos terapêuticos específicos*
 - Concentrar-se na motivação do paciente.
 - Ajudar o paciente a desenvolver consciência de padrões repetitivos de pensamentos e comportamento que perpetuam o uso de álcool ou drogas.
 - Preste atenção às experiências afetivas do paciente.
 - Leve em conta o papel do condicionamento no desenvolvimento e na manutenção dos transtornos de uso de substâncias. Os profissionais devem avaliar criteriosamente a existência de indicadores de respostas condicionadas específicas ao álcool ou às drogas, e desenvolver formas de mudar essas respostas condicionadas.
 - Potencialize expectativas de resultados positivos.
7. *Adequação entre paciente e tratamento*
 - Avalie a existência de transtornos comórbidos e use tratamentos que tenham sustentação empírica para outros problemas que se apresentem.
 - Use tratamentos específicos para pacientes do sexo feminino.

tante responsabilidade do terapeuta é potencializar a motivação do paciente para continuar tentando, mesmo que o *setting* inicial de tratamento não seja eficaz. Esse modelo de tratamento considera sete fatores principais:

1. gravidade do problema;
2. problemas concomitantes na vida;
3. expectativas do paciente;
4. motivação e relação terapêutica;
5. variáveis que mantêm o atual padrão de bebida;
6. sistemas de apoio social;
7. manutenção da mudança.

Gravidade dos problemas

A gravidade do problema é relativamente atórica e resulta mais relevante ao se tomarem decisões sobre os tipos de tratamento a oferecer sobre a intensidade do tratamento e sobre o *setting* inicial de tratamento. A dependência grave de álcool pode ser mais bem conceituada como um transtorno crônico e que tem recaídas (McLellan, Lewis, O'Brien e Kleber, 2000), mesmo após longos períodos de abstinência. Assim como acontece com outros transtornos crônicos, como o diabetes, a doença cardiovascular ou a artrite reumatoide, o profissional assume necessariamente uma perspectiva de longo prazo e os objetivos fundamentais devem ser a maximização dos períodos de funcionamento positivo e a minimização dos períodos de uso problemático. Em contraste, outras pessoas têm problemas relacionados ao álcool que podem ser circunscritos e não progressivos (Finney, Moos e Timko, 2013). Dados epidemiológicos sugerem que, para a maioria das pessoas com problemas de álcool, esses problemas vão se resolver ou entrar em remissão sem qualquer necessidade de tratamento ou intervenção formal. O profissional que se depara com pessoas situadas no extremo leve do espectro de gravidade deve planejar uma intervenção breve, que potencialize a motivação, para complementar o processo de mudança natural e inspirar essas pessoas a fazer mudanças em seus hábitos de beber.

Problemas concomitantes na vida

Os pacientes com TUAs costumam ter problemas em várias áreas de funcionamento na vida – física, psicológica/psiquiátrica, familiar, social/interpessoal, ocupacional, legal, no cuidado dos filhos, de moradia, de transporte. A avaliação de múltiplas áreas de funcionamento é crucial para planejar e aplicar um tratamento eficaz. As pesquisas sugerem que visar às áreas problemáticas do paciente pode resultar em mudanças importantes nesses problemas, mesmo com pacientes que sejam gravemente dependentes do álcool e não

tenham uma moradia (Cox et al., 1998). O tratamento dirigido a áreas problemáticas também potencializa resultados em termos de uso de álcool e drogas (McLellan et al., 1997; Morgenstern et al., 2006; Rynes, McCrady, Morgan, Violette e Pandina, 2012).

Expectativas do paciente

Os profissionais devem oferecer aos pacientes expectativas adequadas em relação à intensidade de seu tratamento e ao provável desenvolvimento de seus problemas. Até hoje, poucas pesquisas examinaram as formas de afetar as expectativas dos pacientes, embora o desenvolvimento recente do *Psychosocial Treatment Expectations Questionnaire* sugira que os pacientes têm expectativas sobre a finalidade e a atmosfera de tratamento, bem como sobre a probabilidade de que o tratamento tenha impacto sobre suas vidas cotidianas (Leite, Seminotti, Freitas e Drachler, 2011). Como as pesquisas são limitadas, as recomendações apresentadas aqui derivam apenas parcialmente de conclusões empíricas em relação ao curso e ao tratamento dos TUAs e ainda precisam ser testadas.

O profissional pode informar os pacientes que tenham problemas circunscritos e menos graves de que o tratamento terá curta duração, que é provável que eles consigam reduzir sua bebida e que os prognósticos de longo prazo são bons. Também se pode dizer a esses pacientes que agora, ou em algum momento no futuro, eles podem decidir deixar de beber completamente (Miller, Leckman, Delaney e Tinkcom, 1992) ou que podem continuar a beber de foram moderada.

Os pacientes que tenham TUAs mais graves e crônicos, contudo, devem receber um conjunto diferenciado de expectativas em relação ao tratamento e ao provável curso de seus problemas. É justo dizer a eles que cerca de 25% dos pacientes mantêm uma abstinência sustentada por pelo menos um ano após o tratamento, que outros 10% vão usar álcool com moderação e sem problemas, que, em média, os pacientes vão reduzir o montante que bebem em cerca de 87%, e que os problemas relacionados ao álcool vão diminuir em cerca de 60% (Miller, Walters e Bennett, 2001). O desafio para esses pacientes é aprender habilidades para que possam manejar o seu padrão de bebida de forma que ela seja minimamente prejudicial em suas vidas. As metáforas relacionadas às doenças crônicas podem ser úteis. Por exemplo, assim como um paciente com diabetes, o paciente com TUA grave precisa fazer e manter mudanças de estilo de vida significativas para sustentar um funcionamento saudável. Como o diabético, ele precisa conhecer os sinais de alerta de que pode estar se me-

tendo em problemas e saber o que fazer, e nenhum dos dois pode se dar ao luxo de esquecer ou ignorar seu problema crônico.

Motivação e relação terapêutica

Os pacientes variam no grau em que reconhecem que seu hábito de beber é problemático e na sua prontidão para mudança. Os modelos motivacionais sugerem que os indivíduos dão início à mudança quando os custos percebidos do comportamento superam os benefícios percebidos, e quando conseguem ver algum benefício na mudança de comportamento (Cunningham, Sobell, Sobell, e Gaskin, 1994). Prochaska e DiClemente (2005) propuseram um *continuum* de estágios de prontidão para a mudança. Esse *continuum* inclui os estágios de *pré-contemplação*, na qual a pessoa não reconhece o comportamento como problemático; *contemplação*, em que o indivíduo considera que o padrão de comportamento pode ser problemático; *determinação*, ou *preparação*, quando o indivíduo decide mudar; *ação*, na qual a pessoa inicia ativamente comportamentos para lidar com o problema. Depois da *ação* vem a *manutenção* se a mudança de comportamento for bem-sucedida, ou *recaída*, caso a pessoa volte ao comportamento problemático. Miller e Rollnick (2002) sugeriram que vários fatores influenciam a prontidão para mudança de um indivíduo, incluindo sua consciência da gravidade do problema, seu conhecimento das consequências positivas de mudar o comportamento e a percepção de que pode escolher fazer mudanças. O estágio de mudança aparente em que os pacientes se encontram e sua autopercepção dos problemas devem orientar o profissional quanto ao enfoque inicial e ao planejamento do tratamento.

Os modelos contemporâneos consideram a motivação como um estado que pode ser influenciado por comportamentos terapêuticos e pelas experiências de vida dos pacientes. As abordagens terapêuticas para aumentar a motivação levam os pacientes a falar mais sobre mudar seu consumo de álcool do que continuar a beber e, por sua vez, essa “conversa sobre mudança” é preditora de melhores resultados (Moyers, Martin, Houck, Christopher e Tonigan, 2009). As abordagens que promovem a motivação parecem ser especialmente eficazes com pacientes que chegam ao tratamento demonstrando muita raiva e hostilidade (*Project MATCH Research Group*, 1997b). Miller e Rollnick (1991) descreveram seis elementos comuns para aumentar a motivação, resumidos na sigla FRAMES: fornecer uma avaliação personalizada (F, de *feedback*) ao paciente em relação a sua situação; ênfase na responsabilidade (R, de *responsibility*) pessoal do paciente em relação à mudança; fornecimento de orientação clara (A, de *advice*) em relação à necessidade

de mudar, dada de maneira apoiadora; proporcionar ao paciente um *menu* (M) de opções sobre como mudar, em vez de insistir em um tratamento ou objetivo de tratamento; realizar o tratamento de forma cordial e empática (E, de *emphatic*) e de apoio; e aumentar a autoeficácia (S, de *self-efficacy*) do paciente para mudar.

Fatores mantenedores do atual padrão de consumo de bebidas alcoólicas

A conceituação do caso para o planejamento do tratamento se concentra em fatores que mantêm o padrão problemático do consumo de bebida. Diferentes modelos de tratamento usam estruturas distintas para conceituar fatores atuais que mantenham o ato de beber. Aqui, apresenta-se uma abordagem cognitivo-comportamental à conceituação do caso (ver Epstein e Mc-Crady, 2009). A formulação cognitivo-comportamental do caso pressupõe que o problema com a bebida possa ser mais bem tratado examinando-se fatores atuais que mantenham o hábito em vez de fatores históricos. Os fatores que mantêm o hábito de beber podem ser individuais ou podem estar relacionados a circunstâncias ambientais ou a relações interpessoais. O modelo pressupõe antecedentes externos à bebida que tenham um relacionamento lícito com o hábito por meio de associações repetidas com reforços positivos ou negativos ou por meio da expectativa do reforço. O modelo tem como pressupostos que as cognições e os estados afetivos fazem a mediação entre antecedentes externos e a bebida, e que as expectativas sobre o valor de reforço do álcool cumprem um papel importante na determinação de comportamentos posteriores relacionados a beber. Por fim, o modelo se baseia na ideia de que a bebida é mantida por suas consequências e que as fontes dessas consequências podem ser fisiológicas, psicológicas ou interpessoais.

Para integrar essas premissas sobre a bebida, meus colegas e eu usamos uma estrutura analítica funcional, na qual a resposta (R) da bebida é evocada por estímulos ambientais (S, de *stimuli*) que ocorrem antes da bebida; a relação entre estímulo e resposta é mediada por fatores cognitivos, afetivos e fisiológicos, ou orgânicos (O); e que a resposta é mantida por consequências (C) positivas ou por evitar as consequências negativas como resultado de beber. Vários fatores individuais, familiares e outros fatores interpessoais estão associados à bebida. Em nível individual, os antecedentes ambientais podem estar associados a situações específicas relacionadas ao hábito de beber, a horas do dia ou simplesmente à visão ou odor de álcool. As variáveis do organismo podem incluir fissura pelo álcool; sintomas de abstinência; afetos negativos como raiva, ansiedade ou depres-

são; autoavaliações negativas ou crenças irracionais; ou expectativas positivas em relação aos efeitos do álcool em determinadas situações. Os reforçadores individuais podem incluir redução da fissura ou dos sintomas de abstinência, redução dos afetos negativos ou aumento dos afetos positivos, redução de autoavaliações negativas ou redução do foco em problemas e preocupações.

No nível familiar, ocorrem vários antecedentes ao consumo de bebidas alcoólicas. O álcool pode ser um elemento comum em celebrações familiares ou em rituais diários. Os familiares tentam influenciar o comportamento problemático da bebida pressionando para que a pessoa pare ou tentando controlá-lo ao limitar as finanças ou a oferta de álcool. Essas ações podem se tornar antecedentes ao ulterior consumo de bebidas. As famílias em que um membro é bebedor pesado podem desenvolver má comunicação e poucas habilidades para a solução de problemas, bem como fomentar problemas conjugais, sexuais, financeiros e relacionados com a educação dos filhos, que acabam por servir de gatilho para beber mais. O bebedor pode ter diversas reações a esses antecedentes familiares, vivenciando afeto negativo, autoeficácia baixa para lidar com os problemas e/ou pensamentos retaliatórios. Os comportamentos familiares podem servir para reforçar o consumo. A família pode isolar a pessoa das consequências negativas do consumo, cuidando do bebedor quando este está intoxicado ou assumindo suas responsabilidades. Vários investigadores observaram mudanças positivas nas interações de casal associadas à bebida, como aumento nas interações íntimas ou aumento da assertividade do bebedor, sugerindo que os comportamentos positivos podem reforçar o consumo de bebida (p. ex., Frankenstein, Hay e Nathan, 1985).

Há também outros antecedentes interpessoais à bebida. Eles podem gerar em torno de pressões sociais para beber; situações de consumo relacionadas ao trabalho; amizades em que o consumo de álcool cumpre um papel importante; ou conflitos interpessoais com colegas de trabalho, amigos ou conhecidos. A pessoa pode reagir aos antecedentes interpessoais à bebida com fissura, expectativas positivas quanto ao uso de álcool, desconforto social ou autoavaliações negativas por não beber. As consequências interpessoais positivas do beber podem incluir redução da fissura ou da ansiedade social, maior sensação de conexão social ou divertimento, bem como maior alívio ou assertividade.

Apoio social

Os comportamentos da família e de outros membros da rede social do paciente fazem parte da con-

ceituação do caso. A disponibilidade de apoio social geral, bem como apoio social para a abstinência ou para o beber moderado, é crucial para o tratamento bem-sucedido. O apoio da rede social do paciente à abstinência está associado a melhores resultados em termos da bebida, e o apoio à continuação da bebida está associado a piores resultados (Longabaugh, Wirtz, Zywiak e O'Malley, 2010). Os pacientes em uma rede social que sustente muito o ato de beber podem ter que dar passos deliberados para se desligar dessa rede social e acessar outras, que sustentem a abstinência ou o beber moderado. Alguns dados sugerem que a participação nos Alcoólicos Anônimos (AA) pode exercer tal função (Longabaugh, Wirtz, Zweben e Stout, 1998) e dados sobre recuperação natural de problemas com álcool sugerem que encontrar um novo relacionamento amoroso ou o envolvimento em atividades religiosas também podem ser caminhos viáveis para a mudança (Vaillant e Milofsky, 1982).

Manutenção da mudança

Há um ponto de vista implícito em grande parte da discussão anterior, segundo a qual pessoas com TUAs graves têm alta probabilidade de recaída, o que é um dado a ser sempre considerado, porque os hábitos arraigados há muito tempo são difíceis de mudar e devido às permanentes mudanças fisiológicas e metabólicas estimuladas pelo beber pesado (Woodward, 2013). Vários modelos já foram propostos para conceituar o processo de manutenção ou recaída, com tratamentos associados. Os mais destacados são o modelo de Prevenção da Recaída (PR; Marlatt e Gordon, 1985; Witkiewitz e Marlatt, 2004) e o modelo da doença, melhor exemplificado pelas práticas comuns ao AA. O modelo de PR é uma extensão do modelo funcional-analítico descrito anteriormente e se concentra na interação entre ambiente, habilidades de enfrentamento e respostas afetivas e cognitivas para manter uma mudança bem-sucedida. No modelo da PR, a recaída ocorre em resposta a uma situação de alto risco para a qual o paciente carece de habilidades de enfrentamento eficazes ou não as aplica. A baixa autoeficácia para enfrentar a situação pode contribuir com as dificuldades. Se o paciente não consegue enfrentar, é provável que use álcool. Marlatt e Gordon (1985) sugeriram que, após o início da bebida, um fator cognitivo, o *efeito de violação da abstinência*, ou EVA, é ativado. O EVA representa o pensamento do tipo tudo-ou-nada; depois de beber, o paciente faz uma mudança cognitiva, passando a se considerar “bebendo”; então, continua a beber. O tratamento da PR se concentra em vários pontos de intervenção comuns ao tratamento cognitivo-comportamental, como a identificação de situações de alto risco e a aquisição

de habilidades de enfrentamento, bem como a reestruturação cognitiva para ajudar o paciente a considerar o episódio como um *lapso* do qual ele pode aprender e voltar à abstinência, em vez de uma *recaída* com retorno a padrões anteriores de beber. A PR também visa a mudanças no estilo de vida para reduzir a presença de situações de alto risco e estimula o desenvolvimento de um equilíbrio entre prazeres e desejos *versus* obrigações e responsabilidades (um equilíbrio *quero-devo*) na vida do paciente. Em seu trabalho mais recente, Marlatt (Marlatt e Donovan, 2005; Witkiewitz e Marlatt, 2004) descreveu a recaída como *multidimensional e dinâmica* (Marlatt e Donovan, 2005, p. 21), e examinou a influência de fatores de risco de longo prazo, como história familiar e apoios sociais, bem como influências mais específicas sobre a recaída. O autor também sugere que há interações recíprocas entre cognições, habilidades de enfrentamento, afeto e a bebida.

As perspectivas do modelo de doença consideram o alcoolismo como uma enfermidade crônica e progressiva que pode ser detida, mas não curada. A seguir, o tratamento se concentra em ajudar o paciente a reconhecer que tem a doença, que a abstinência é um programa de recuperação que durará a vida toda são os únicos meios de deter a doença, e que o envolvimento no AA ou outros grupos de 12 passos é essencial para manter a mudança (p. ex., Slaymaker e Sheehan, 2013).

O modelo apresentado neste capítulo está aliado mais de perto ao modelo de PR, mas os profissionais devem ter conhecimento do modelo da doença que está na base do AA e reconhecer que alguns pacientes são atraídos a ele porque o consideram relevante e útil em seus casos.

APLICAÇÃO CLÍNICA DO MODELO TEÓRICO

Panorama geral

Os principais elementos do modelo de tratamento têm implicações diretas para facilitar o reconhecimento do problema e a entrada no tratamento, e para seu planejamento e aplicação. Se um indivíduo não iniciou o tratamento, há técnicas para ajudá-lo a reconhecer que seu hábito de beber é problemático e demanda mudança. Para uma pessoa que busca tratamento para esse problema, o terapeuta deve tomar decisões sobre o *setting* mais apropriado no qual realizar o tratamento e escolher as modalidades terapêuticas mais adequadas ao paciente. As técnicas terapêuticas devem ser adaptadas às necessidades do paciente com relação à bebida e a outros problemas de sua vida. O terapeuta também deve considerar o contexto social no qual o problema ocorre, assim como o contexto social da mudança. O terapeuta deve conhecer os aspectos

sutis e não específicos de se realizar o tratamento para pacientes com problemas com a bebida e usar uma postura terapêutica que melhore a motivação do paciente para continuar a se engajar no processo de mudança. O terapeuta deve prestar atenção ao ponto de vista do paciente em relação ao tratamento e à mudança, e oferecer expectativas realistas de longo prazo em relação às consequências da bebida. Os componentes centrais do modelo de tratamento são listados na Tabela 13.2.

Identificação do caso e início do tratamento

Antes de discutir as aplicações do modelo ao tratamento ativo, é importante examinar como ajudar os pacientes a entrar no sistema de tratamento.

Identificação e triagem do caso

Muitos indivíduos que bebem não acham que têm problemas relacionados à bebida. Eles podem não estar cientes da natureza de alto risco de seu padrão de consumo, nem das consequências negativas que estão ocorrendo. Sentindo-se envergonhados ou culpados, podem relutar em contar seus problemas a outras pessoas ou podem considerar os profissionais da saúde desinteressados ou não preocupados com o problema da bebida.

Perguntas regulares em relação à bebida e suas consequências nos ambientes médicos e de saúde mental podem resolver algumas dessas dificuldades. Dada a elevada prevalência dos problemas de bebida entre as pessoas que buscam os serviços de saúde e saúde mental, as perguntas sobre bebida deveriam fazer parte da entrevista de admissão de todos os profissionais. O *Affordable Care Act* (Lei do Tratamento Acessível) exigirá a triagem para problemas de álcool e drogas de todos os pacientes atendidos em contextos de cuidados primários. Dada a crescente integração dos serviços psicológicos aos cuidados primários, os

TABELA 13.2 Passos do tratamento

1. Identificação do caso e motivação para iniciar o tratamento
2. Avaliação
3. Escolha do *setting* de tratamento
4. Escolha das modalidades de tratamento
5. Potencializar e manter a motivação para a mudança
6. Escolha de objetivos em relação à bebida
7. Iniciação da abstinência
8. Desenvolvimento de uma análise funcional
9. Primeiras estratégias de sobriedade
10. Estratégias de enfrentamento
11. Envolvimento de parceiro/família
12. Manutenção de longo prazo
13. Administração das condições complicadoras
14. Grupos de autoajuda

profissionais de saúde mental podem assumir a liderança na introdução de ferramentas de triagem adequadas para esses contextos de saúde.

Muitas entrevistas e questionários de triagem foram desenvolvidos para identificar os pacientes com problemas relacionados ao álcool. No mínimo, todos os pacientes devem responder se bebem, e aos que respondem *sim* se devem fazer mais perguntas relacionadas à quantidade e à frequência de seu consumo. O consumo de bebida deve ser considerado pesado ou de alto risco quando forem mais de 28 doses-padrão em uma semana para homens e 21 para mulheres.¹ Também deve haver mais preocupação se um paciente informar um beber pesado (cinco doses para um homem, quatro para uma mulher) duas ou mais vezes por mês. As perguntas de seguimento podem ser usadas para se indagar sobre as consequências subjetivas e objetivas da bebida. O *Cut down/Annoyed/Guilty/Eye-opener Questionnaire* (CAGE; Mayfield, McLeod e Hall, 1974; ver Tab. 13.3) e o *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente e Grant, 1993) são duas medidas triagem úteis. Duas respostas afirmativas ao CAGE sugerem uma alta probabilidade de um TUA, mas uma resposta positiva já justifica mais investigação. O AUDIT inclui abordagens diretas e sutis à triagem para o álcool, de forma que pode ser útil com pacientes que estejam relutantes a identificar eles próprios os problemas de bebida. As questões do CAGE e do AUDIT são reproduzidas na Tabela 13.3.

Motivando um bebedor a iniciar o tratamento

O primeiro desafio para um terapeuta é estimular o paciente a dar início a alguma mudança. Os métodos para motivar os pacientes a iniciar o tratamento variam. O terapeuta pode se valer das técnicas da Entrevista Motivacional (Miller e Rollnick, 2002), pode envolver a família e outras pessoas interessadas nos trabalhos colaborativos e centrados no paciente (Miller, Meyers e Tonigan, 1999; Smith e Meyers, 2004) ou usar abordagens de confronto, como uma *intervenção* (Liepman, 1993). A implementação de princípios e técnicas motivacionais na prática clínica cotidiana, contudo, representa desafios criativos ao profissional. Três exemplos ilustram a aplicação de diferentes abordagens para motivar pacientes a iniciar o tratamento.

“Bill” era químico aposentado e tinha uma longa história de beber pesado, múltiplas fobias e transtorno bipolar. Quem fez o primeiro contato comigo foi sua mulher, Diana, que me disse que seu marido tinha uma história de consumo de 20 anos, que o problema tinha piorado depois que ele se aposentou, e

que ela não sabia o que fazer. Os filhos estavam irritados e ameaçavam cortar o contato com ele; sua esposa e ele brigavam com frequência; e ela própria estava começando a se sentir cada vez mais ansiosa e deprimida. Diana tinha consultado um terapeuta especializado em adições, que havia dito que eles tinham que estabelecer uma *intervenção*, isto é, uma reunião em que ela e os filhos confrontariam Bill em relação ao seu beber, insistiriam em que ele se tratasse e depois o levariam diretamente a uma clínica de tratamento para ser internado. Diante da hesitação dela, o terapeuta disse que ela estava codependente e viabilizando o comportamento dele. Ela saiu de seu consultório desanimada, certa de que não queria começar uma intervenção, mas também certa de que algo tinha de ser feito. Eu experimentei a menor intervenção possível, inicialmente. Pelo telefone, sugeri que Diana falasse com Bill em uma manhã (antes que ele começasse a beber) e dissesse: “Bill, estou preocupada com seu consumo de álcool. Eu falei com uma psicóloga especializada em tratamento para o álcool e ela disse que teria prazer em fazer uma avaliação com você. No fim da avaliação, ela vai nos dar sua opinião sobre o que devemos fazer”. Eu disse que ela não falasse muito, mas que simplesmente respondesse às perguntas de Bill. Se ele se recusasse, ela deveria entrar em contato comigo.

Voltei a ter notícias de Diana um mês depois. Bill havia recusado seu pedido e ela se perguntava que mais poderia fazer. Eu sugeri uma consulta individual comigo para discutir como mudar as ações dela mesma para motivar Bill a mudar. Diana veio, e depois de uma avaliação da história de Bill e do atual funcionamento dela, eu sugeri três estratégias comportamentais básicas, que tirei da terapia de família unilateral de Thomas (Thomas, Yoshioka e Ager, 1996) e o modelo de reforço comunitário e treinamento familiar (*community reinforcement and family training*, CRAFT; Smith e Meyers, 2004). Inicialmente, instruí Diana a deixar Bill com sua bebida o máximo possível, para que as consequências negativas ocorressem naturalmente.

Em segundo, recomendei que ela lhe falasse em termos factuais sobre comportamentos negativos relacionados ao seu beber, mas somente quando ele estivesse sóbrio. A estrutura do *feedback* era a seguinte: “Bill, estou preocupada porque X aconteceu ontem à noite quando você estava bebendo”. Em terceiro, recomendei que ela passasse algum tempo com ele em atividades positivas quando ele não estivesse bebendo. Como eles iam passar o inverno na Flórida, sugeri que, um pouco antes de eles voltarem, ela repetisse o pedido de que ele viesse me ver para uma avaliação.

TABELA 13.3 Perguntas para triagem de uso e problemas com álcool**CAGE^a**

1. Você já achou que deveria reduzir (C; <i>cut down</i>) sua bebida? 2. As pessoas já o irritaram (A; <i>annoyed</i>) comentando sobre sua bebida?	3. Você já se sentiu mal ou culpado (G; <i>guilty</i>) com relação à bebida? 4. Você já bebeu de manhã, antes de fazer qualquer outra coisa (E; <i>eye-opener</i>)?

Teste para Transtorno por Uso de Álcool (Alcohol Use Disorder Test; AUDIT)^b

Dez perguntas sobre o seu uso de álcool durante os últimos 12 meses.

1. Com que frequência você bebe algo que contenha álcool? 0) Nunca (Vá para as perguntas 9-10) 1) Mensalmente ou menos 2) De 2 a 4 vezes por mês 3) De 2 a 3 vezes por semana 4) Quatro ou mais vezes por semana 2. Quantas unidades de álcool você ingere em um dia típico, quando está bebendo? 0) 1 ou 2 1) 3 ou 4 2) 5 ou 6 3) 7, 8, ou 9 4) 10 ou mais 3. Com que frequência você bebe sete ou mais unidades em uma só ocasião? 0) Nunca 1) Menos que mensalmente 2) Mensalmente 3) Semanalmente 4) Diariamente ou quase diariamente 4. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu parar de beber depois de começar? 0) Nunca 1) Menos que mensalmente 2) Mensalmente 3) Semanalmente 4) Diariamente ou quase diariamente 5. Com que frequência, durante o último ano você não conseguiu fazer o que se esperava de você por causa da bebida? 0) Nunca 1) Menos que mensalmente 2) Mensalmente 3) Semanalmente 4) Diariamente ou quase diariamente	6. Com que frequência, durante o último ano, você precisou de uma primeira bebida de manhã para se sentir melhor depois de um episódio de beber pesado? 0) Nunca 1) Menos que mensalmente 2) Mensalmente 3) Semanalmente 4) Diariamente ou quase diariamente 7. Com que frequência, durante o último ano, você teve um sentimento de culpa ou remorso depois de beber? 0) Nunca 1) Menos que mensalmente 2) Mensalmente 3) Semanalmente 4) Diariamente ou quase diariamente 8. Com que frequência, durante o último ano, você não conseguiu se lembrar do que aconteceu na noite anterior porque tinha bebido? 0) Nunca 1) Menos que mensalmente 2) Mensalmente 3) Semanalmente 4) Diariamente ou quase diariamente 9. Você ou outra pessoa se machucou como resultado de sua bebida? 0) Não 2) Sim, mas não no último ano 4) Sim, durante o último ano 10. Algum familiar, amigo, médico ou outro profissional de saúde já se preocupou com sua bebida ou sugeriu que você diminuísse? 0) Não 2) Sim, mas não no último ano 4) Sim, durante o último ano

^a Com base em de Mayfield, McLeod e Hall (1974).

^b Com base em http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf. Direitos autorais da World Health Association. Reproduzida com permissão. A pontuação completa está disponível nessa fonte.

Falei com Diana novamente na primavera, quando ela me telefonou para marcar uma consulta para os dois, que viriam para uma avaliação. Ambos compareceram. O que segue é nossa primeira discussão² (neste e nos outros diálogos deste capítulo eu sou a terapeuta).

TERAPEUTA: Prazer em conhecer você. Como você sabe, Diana falou comigo pela primeira vez há alguns meses, então parece que eu já o conheço um pouco. Sei que no início você estava relutante e fico feliz que tenha decidido vir. Como foi isso?

BILL: Bom, a Diana me pediu, e eu sei que ela anda preocupada, então aceitei, mas só concordei em vir hoje, não estou assumindo nenhum compromisso.

TERAPEUTA: Eu entendo isso, e certamente não vou tentar pressioná-lo para fazer nada que você não se sinta confortável. O que eu gostaria de fazer hoje é entender melhor o seu hábito de beber e os tipos de problemas que isso pode estar causando. No fim de nosso trabalho, vou dar minha avaliação e podemos discutir algumas opções para você, se você decidir que quer fazer mudanças. Se eu fizer alguma pergunta com a qual você não se sinta confortável de responder, me diga, certo?

Bill estava visivelmente desconfortável e colocou a cadeira o mais distante que conseguiu, no canto do consultório. Ele se sentou com o corpo afastado de Diana e, muitas vezes, olhava para o teto ou suspirava quando ela estava falando. Apesar de seu visível desconforto, descreveu seu hábito com clareza. Ele bebia muito há 25 anos, e em determinado momento, bebia aproximadamente meio litro de uísque todas as noites. Ele foi diagnosticado com câncer de cólon quando tinha 60 e poucos anos, recebendo tratamento cirúrgico. Desde então, ele ficou preocupado com sua saúde e tentava reduzir a bebida. Seu padrão atual era beber quase diariamente, no fim do dia, entre duas e quatro garrafas de cerveja e, ocasionalmente, meio litro de uísque (cerca de duas vezes por mês). Ele dizia não ter sintomas de abstinência nos dias em que não bebia nem sequelas médicas aparentes pela bebida. Contou que não sentia que tinha controle do quanto bebia e expressou tristeza por Diana estar tão chateada. Seu amor por ela, aparente em sua fala e em seu comportamento, era claramente a razão básica pela qual ele tinha vindo me ver.

Em função do desconforto de Bill, não tentei usar nenhum instrumento de avaliação padroniza-

do nem estruturar a entrevista inicial, como poderia ter feito com outros pacientes. Em vez disso, segui o rumo dele, fiz comentários frequentes com escuta reflexiva das emoções que ele estava expressando e, às vezes, pedi que Diana não interrompesse, de forma que ele pudesse se expressar. Nos últimos 15 minutos da entrevista de uma hora, passamos ao meu *feedback* e à discussão:

TERAPEUTA: Eu gostaria de parar de fazer tantas perguntas agora e ver se podemos falar de opções possíveis. Fico feliz que você tenha vindo e entendendo que fazer isso não foi fácil. A partir do que você e Diana me disseram, parece que faz sentido, sim, se preocupar com o seu consumo. Você está bebendo mais do que os níveis recomendados para a segurança e a saúde. Você está preocupado com suas próprias sensações de perda de controle e seus hábitos estão incomodando sua família, o que o faz sofrer. O que você acha?

BILL: Acho que falar de tudo isso de uma vez deixa claro que eu estou bebendo demais. Mas eu não quero parar, gosto de uma boa cerveja e tenho vontade de tomar uma garrafa ou duas à noite. Eu só não quero tomar demais, a ponto de magoar a Diana.

TERAPEUTA: Então você está preocupado e acha que algum tipo de mudança tem sentido, mas não sabe exatamente qual seria?

BILL: Exatamente.

TERAPEUTA: Acho que você tem algumas opções. Tem sentido fazer algumas mudanças em função dos problemas que discutimos. Provavelmente, sua opção mais segura é parar de beber. Você não terá futuros problemas de saúde com a bebida se não beber, e de certa forma pode ser mais fácil, já que você tem uma rotina diária de bebida atualmente. Mas se você não quiser parar, também podemos trabalhar no sentido de você reduzir a bebida a um nível que seja mais seguro e mais saudável, e com o qual Diana e seus filhos se sintam confortáveis. Eu estou disposta a trabalhar com você para tentar atingir esse objetivo. Não acho que você precisa de tratamento intensivo em um programa de hospital agora, mas provavelmente alguma ajuda seria benéfica para você fazer mudanças. O que você acha?

BILL: Fico surpreso de você achar que posso reduzir a bebida. Vou pensar nisso, e a Diana volta a falar com você.

A discussão continuou com contribuições de Diana, e a sessão terminou com um compromisso de simplesmente pensar sobre nossa conversa. Vários dias mais tarde, Diana telefonou para dizer que Bill queria começar a se tratar comigo, e marcamos uma consulta.

“Dorothy”, de 78 anos, viúva, professora aposentada, foi hospitalizada em um centro médico local depois de uma queda em seu apartamento. Seu nível de álcool no sangue (*Blood Alcohol Level* – BAL) no momento da internação era de 185 mg%, e ela tinha muitas evidências de hematomas antigos, assim como um ombro deslocado e um punho quebrado da queda. Ela começou imediatamente a tomar medicação para a abstinência de álcool, e nossa equipe de consultores para adições foi chamada para vê-la no segundo dia de internação. O filho dela, John, estava no quarto quando entrei para vê-la. Com a ajuda dele, consegui obter uma longa história de consumo de álcool que datava de quando ela tinha cerca de 40 anos. Embora tivesse querido parar de beber, Dorothy nunca tinha conseguido por mais de alguns dias de cada vez, e nunca tinha recebido qualquer forma de tratamento para o problema. Desde a morte do marido, dois anos antes, ela vinha consumindo meio litro de conhaque todos os dias. Tinha parado totalmente com suas atividades sociais anteriores com amigos, sua higiene havia se deteriorado, e ela tinha tido vários acidentes em casa. Dorothy dava essas informações com lágrimas nos olhos, expressando muita vergonha por seu comportamento. John descreveu sua casa como uma *bagunça* e disse que estava irritado e chateado com ela. A história familiar dela revelava muitos familiares com dependência de álcool, incluindo o pai, dois irmãos e um tio materno. Apesar da medicação, ela mostrava sinais visíveis de abstinência de álcool durante a entrevista. Dorothy estava em lágrimas e dizia repetidamente que era uma pessoa “pecadora, ruim”. Meu estilo para entrevistá-la foi empático e usei escuta reflexiva sobre suas preocupações, como ela se sentia e comentei sua visível aflição com sua situação atual. Eu disse que havia tratamentos disponíveis para ajudar pessoas com problemas como o dela. Sua reação imediata e intensa foi de dizer que ela era ruim demais, e que sua bebida era um pecado. Embora eu não seja uma forte defensora de rotular a dependência de álcool como uma doença, decidi que essa estrutura poderia acabar sendo aceitável para ela e dar apoio. Em função de sua longa história de dependência de álcool com dependência fisiológica, e sua história familiar de pesada dependência do álcool, essa estrutura parecia plausível e adequada.

“Dorothy, está claro para mim que você está muito, muito chateada por beber e por todos os problemas que isso causou a você e a sua família. Entendo que você se culpa e parece achar que seu hábito de beber mostra que você é uma má pessoa. Há outra forma de pensar em sua bebida, da qual eu gostaria de falar. Você pode concordar comigo ou não, mas eu espero que você pense no que eu disser. Algumas pessoas dizem que o alcoolismo é uma doença. No seu caso, eu acho que isso é verdade. Você provavelmente tem genes que a tornam muito vulnerável ao álcool, seu pai, seu tio, seus irmãos, todos parecem ter tido a mesma doença. Sabemos que a vulnerabilidade ao alcoolismo pode ser herdada, e acho que você a herdou. Com o tempo, seu corpo se adaptou à bebida, ficando mais confortável com o álcool do que sem ele. Se você tentar parar, seu corpo reage mal. O tremor e as náuseas que você está sentindo agora são sinais de que seu corpo está viciado no álcool.

O que tudo isso significa? Isso quer dizer que o seu corpo reage de forma diferente ao álcool do que o de outras pessoas, e provavelmente foi assim desde que você começou a beber. Sua culpa por ter um problema de bebida não é maior do que a de um diabético por seu corpo não produzir insulina. As pessoas não são responsáveis pelas doenças que desenvolvem. Mas elas *são* responsáveis por tomar a decisão de cuidar da doença, por buscar ajuda e por seguir as orientações das pessoas que dão essa ajuda. Exceto pelos problemas que a bebida causou, você é saudável, e obviamente tem pessoas que se preocupam com você. Se você receber ajuda, tem uma boa chance de melhorar.”

Em princípio, Dorothy estava cética em relação a esse outro olhar sobre seus problemas. Sem que eu sugerisse, quando seu filho saiu do hospital naquele dia, ele pegou uns folhetos que falavam sobre o alcoolismo como doença e trouxe para que sua mãe lesse. Quando fui vê-la novamente no dia seguinte, ela tinha muitas perguntas em relação a essa noção de doença e sobre o tratamento, as quais eu respondi da forma mais factual possível, ainda mantendo uma postura de Entrevista Motivacional, ou seja, não tentando forçá-la a se tratar, mas refletindo seu interesse e suas preocupações. Em minha terceira visita, ela concordou em entrar em um programa de tratamento. Entrou em um programa de reabilitação de curto prazo, em regime interno, seguido de terapia de grupo ambulatorial de longo prazo. Dorothy começou a trabalhar de vo-

luntária no hospital em que eu a vi pela primeira vez, mantendo-se sóbria e ativa no voluntariado por muitos anos, até que a idade exigiu que ela se aposentasse.

“Dennis” era um dentista de 41 anos com uma história de abuso do álcool, de opióides sob prescrição e benzodiazepínicos. O caso de Dennis ilustra a necessidade de se ter um arsenal completo de técnicas para motivar indivíduos a iniciar tratamento. Na época em que eu o conheci, nosso centro tinha um contrato com a associação estadual de odontologia para prestar serviços de avaliação, motivação, encaminhamento e monitoramento para dentistas com problemas de álcool e de drogas. Recebi uma ligação sobre Dennis em uma tarde de sexta-feira, de um médico de um serviço de emergência. Dennis havia tomado uma overdose de medicamentos e fora levado às pressas para o serviço de emergência pelos funcionários de seu consultório. Sua condição tinha sido estabilizada e agora ele insistia em sair do hospital. O médico queria que nosso programa “fizesse alguma coisa”. Em uma sequência rápida, recebi ligações dos funcionários do consultório, da mulher dele e de outro dentista que era seu padrinho no AA. Por telefone, eles me descreveram uma história terrível de abuso de múltiplas substâncias, violência doméstica, tardes de consultas canceladas com pacientes, extração do dente errado de um paciente e fracassos repetidos em tratamento no AA e em regime ambulatorial. Cada pessoa descreveu Dennis como intratável e todos estavam desesperadamente preocupados com que ele se matasse. Eu pedi que todas elas me encontrassem no hospital e saíssem de meu consultório para encontrá-las lá. Informei ao médico da emergência que iria ao hospital e pedi que ele mantivesse Dennis lá até eu chegar.

Quando cheguei, a primeira coisa que fiz foi falar com Dennis individualmente. Ele estava alerta, orientado, beligerante e irritado, e nem um pouco disposto a falar comigo, nem a concordar com qualquer plano de tratamento. Minhas melhores habilidades de Entrevista Motivacional fracassaram completamente com ele. Dado o caráter de crise da situação e seu TUA extremamente grave, decidi usar uma técnica mais confrontacional – a intervenção (Liepman, 1993). As intervenções são projetadas para confrontar a resistência do paciente e criar um plano forçado de ação. As pesquisas sugerem que dois terços das famílias não seguem a intervenção (como foi o caso de Diana e Bill), mas que, implementando um plano de intervenção, a probabilidade de que o paciente inicie o tratamento é muito alta (Miller et al., 1999). Eu reuni os funcionários do consultório, a esposa e o padrinho no AA e perguntei se eles estariam dispostos a se sentar com Dennis e falar sobre os problemas dele.

Eles ficaram aliviados e ávidos por fazê-lo. Passamos uma meia hora juntos, na qual eu descrevi os requisitos básicos para a intervenção:

1. o *feedback* de cada pessoa deveria começar com uma expressão de afeto ou preocupação;
2. cada uma deveria falar de forma concreta e comportamental sobre o problema de Dennis com o uso de álcool e drogas (p. ex., mencionar que cancelou consultas em vez de dizer que ele era irresponsável);
3. no fim da fala de cada pessoa, ela deveria repetir a expressão de preocupação e pedir que Dennis aceitasse ajuda.

A seguir, sentamos com ele e cada pessoa falou. Dennis começou a chorar e depois de um longo período de tempo, concordou que precisava de ajuda e seguiria minhas recomendações de tratamento.

Avaliação

Uma vez que o paciente tenha iniciado o tratamento, o terapeuta deve começar com uma avaliação inicial do consumo de álcool, uso de outras drogas e problemas em outras áreas de funcionamento da vida (Donovan, 2013, apresenta uma descrição ampla da avaliação de TUAs; Green, Worden, Menges e McCrady, 2008, apresenta uma avaliação das propriedades psicométricas de vários instrumentos de avaliação de TUAs). É importante avaliar a motivação, bem como os recursos que o paciente traz ao tratamento. Se o terapeuta proporciona tratamento cognitivo-comportamental, é necessária uma análise funcional da bebida. Se o cônjuge/parceiro do paciente ou outros familiares estiverem envolvidos no tratamento, deve-se avaliar seu papel no uso do álcool assim como o funcionamento geral nos relacionamentos.

Avaliação do consumo de álcool

A entrevista clínica é usada para avaliar a história do consumo de álcool e as percepções que o paciente tem do seu consumo atual. Os principais tópicos a cobrir na entrevista clínica estão descritos na Tabela 13.4. Geralmente, usamos um etilômetro manual no início de cada sessão para avaliar o atual nível de álcool no sangue. Além da entrevista clínica, duas entrevistas estruturadas – a Entrevista Retrospectiva da Linha de Tempo (*Timeline Follow-Back Interview*, TLFB; Sobell e Sobell, 1995), voltada a avaliar comportamento relacionado ao uso de álcool e drogas a cada dia em uma determinada janela de tempo antes do tratamento, e as seções sobre álcool e drogas da Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV (SCID; Spitzer, Williams, Gibbon e First, 1996) dão informações padronizadas sobre quantidade, frequência, padrão de

TABELA 13.4 Tópicos a incluir na entrevista clínica inicial (ambos os parceiros presentes)

-
1. Orientação inicial
 - a. Introduções
 - b. Leitura do etilômetro
 - c. Questionários breves
 2. Avaliação inicial
 - a. Problemas presentes
 - b. Papel da bebida/drogas nos problemas presentes
 - c. Outras preocupações
 - d. Como a bebida afetou o parceiro
 - e. Como a bebida afetou o relacionamento
 3. Avaliação do uso de bebida/drogas
 - a. Paciente identificado
 - i. Quantidade, frequência, padrão de consumo
 - ii. Último uso de bebida/drogas
 - iii. Duração do problema da bebida/drogas
 - iv. Consequências negativas do uso de bebida/drogas
 - v. Sintomas do DSM-5
 - vi. Avaliação da necessidade de desintoxicação
 - b. Parceiro
 - i. Quantidade, frequência, padrão de consumo
 - ii. Último uso de bebida/drogas
 - iii. Duração do problema da bebida/drogas
 - iv. Consequências negativas do uso de bebida/drogas
 - v. Sintomas do DSM-5
 - vi. Avaliação da necessidade de desintoxicação
 4. Avaliação de outros problemas
 - a. Sintomas psicóticos
 - b. Depressão
 - c. Ansiedade
 - d. Prejuízo cognitivo
 - e. Condição da saúde
 5. Avaliação de violência doméstica
 - a. Essa avaliação é feita individualmente, com cada parceiro individualmente
 - b. Revisão da Escala Tática de Conflitos
 - i. Identificação de episódios de agressão física
 - ii. Determinação do nível de lesão/injúria da agressão
 - iii. Avaliação da sensação individual de segurança na terapia de casal
-

consumo e outras informações que são necessárias para estabelecer um diagnóstico formal.

Entrevistas estruturadas alternativas, como a FORM-90 (Tonigan, Miller e Brown, 1997), podem ser usadas para obter informações sobre a história, padrões de consumo e consequências do uso. As escalas autorespondidas podem ser usadas para avaliar a gra-

vidade da dependência do álcool (Escala de Dependência do Álcool [*Alcohol Dependence Scale*, ADS]; Skinner e Allen, 1982) e as consequências negativas de beber (Inventário de Consequências do Bebedor [*Drinker Inventory of Consequences*, DrInC] ou o Inventário Breve de Problemas [*Short Inventory of Problems*]; Miller, Tonigan, e Longabaugh, 1995).

Avaliação de outras áreas problemáticas

O profissional pode usar uma série de instrumentos para avaliar outros problemas na vida. A avaliação pode ir de entrevistas não estruturadas ao uso de simples listas de problemas até técnicas formais de entrevista. A Escala de Gravidade de Dependência (*Addiction Severity Index*, ASI; McLellan et al., 1992) é uma medida muito usada do funcionamento dos pacientes em várias áreas-problema. Suas subescalas incluem a Médica, a Psicológica, a Sociofamiliar, a Legal, a Ocupacional, o Álcool e outras Drogas. O ASI é de domínio público e o instrumento, as instruções e os programas de cálculo de escore pode ser acessados em <http://triweb.tresearch.org/index.php/tools/download-asi-instruments-manuals>.^{*} O ASI pode ser administrado como entrevista em cerca de 45 minutos e há versões da entrevista para computador. Mas o ASI não dá informações diagnósticas para nenhum transtorno psicológico, e o profissional cauteloso deve usar perguntas formais de triagem de diagnóstico para avaliar a possível presença de outros transtornos psicológicos.

Avaliação da motivação

A avaliação da motivação deve levar em consideração:

1. as razões pelas quais o paciente está buscando o tratamento, com muita atenção aos fatores externos envolvidos nessa busca;
2. os objetivos de tratamento do paciente;
3. o estágio de prontidão para a mudança do paciente;
4. o grau em que ele identifica as consequências negativas de seu atual padrão de consumo e vê as consequências positivas da mudança.

A entrevista clínica dá informações sobre razões para se buscar o tratamento e os objetivos em relação à bebida podem ser avaliados perguntando diretamente ao paciente ou usando um simples formulário de escolha de objetivos (ver Fig. 13.1). A Régua de Prontidão (Hesse, 2006) é uma escala simples, de 10 pontos, na qual os pacientes podem indicar sua dispo-

^{*} N. de R.T.: versão em português do Brasil em <http://www.cpad.org.br/site2/downloads-e-escalas/category/1-arquivos-para-download>

Gostaríamos de saber qual é o **OBJETIVO** que você escolheu em relação à bebida neste momento. Leia os objetivos listados abaixo e escolha **UM** que melhor represente o seu objetivo no momento, marcando a caixa ao lado do objetivo e preenchendo os espaços indicados.

- ☐ Decidi não alterar meu padrão de consumo de bebida.
- ☐ Decidi reduzir meu consumo de bebida, bebendo de forma mais controlada – assumir o controle da frequência e da quantidade. Gostaria de me limitar a não mais do que _____ doses (quantidade máxima) por _____ (período de tempo).
- ☐ Decidi parar de beber completamente por um período, depois do qual decidirei novamente se volto a beber.
- ☐ Para mim, o período pelo qual quero parar de beber é _____ (tempo).
- ☐ Decidi parar de beber regularmente, mas gostaria de tomar uma bebida ocasional quando tiver muito desejo.
- ☐ Decidi deixar de beber de uma vez por todas, embora reconheça que posso escorregar e beber de vez em quando.
- ☐ Decidi deixar de beber de uma vez por todas, ficar totalmente abstinente e nunca mais beber álcool pelo resto da vida.
- ☐ Nenhum desses se aplica exatamente a mim. Meu objetivo pessoal é _____.

FIGURA 13.1 Formulário de Escolha de Objetivos.

sição para a mudança. Ela também pode ser usada para avaliar o desejo de mudança do paciente e a confiança em sua capacidade para mudar. A *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA; McConaughy, Prochaska e Velicer, 1983), o *Readiness to Change Questionnaire* (Rollnick, Heather, Gold e Hall, 1992) e o *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES; Miller e Tonigan, 1996), todas elas medem os estágios de mudança. A percepção das consequências negativas do consumo de bebida e das consequências positivas da mudança também é avaliada pela entrevista clínica ou desenvolvendo a Planilha de Balança Decisional (Marlatt e Gordon, 1985) com o paciente (ver Fig. 13.2).

Análise funcional

Duas técnicas de avaliação podem ser usadas para identificar os antecedentes do consumo de bebida. Um questionário autorrespondido, o Questionário sobre Hábitos de Bebida (*Drinking Patterns Questionnaire*, DPQ; Menges, McCrady, Epstein e Beem, 2008), lista

potenciais antecedentes ambientais, cognitivos, afetivos, interpessoais e intrapessoais de beber e da premência para beber. O Inventário das Situações de Beber (*Inventory of Drinking Situations*, Annis, Graham e Davis, 1987), uma medida mais resumida que avalia as situações nas quais o paciente bebe pesado, também está disponível. Durante o tratamento, usam-se Cartões de Autorregistro Diário (Fig.13.3) para registrar bebidas e premências para beber. Discutir eventos associados à bebida e às premências para beber pode ajudar o paciente e o terapeuta a desenvolver um quadro mais claro dos antecedentes e das consequências da bebida. Os cartões de autorregistro também possibilitam que o terapeuta acompanhe o progresso em termos de quantidade e frequência do consumo, bem como frequência e intensidade das premências para beber.

Avaliação por parte do parceiro

Os questionários e os cartões de autorregistro podem ser usados para avaliar como o parceiro do paciente

	Não beber	Beber
Prós		
Contras		

FIGURA 13.2 Planilha de Balança Decisional.

Premências			Bebidas/drogas				
Hora	Força (1–7)	Gatilho?	Hora	Tipo	Quantidade	% álcool	Gatilho?

Satisfação no relacionamento:

1 2 3 4 5 6 7

Pior do Melhor do
que nunca que nunca

FIGURA 13.3. Exemplo de cartão autorrespondido do paciente.

tem enfrentado o consumo de bebida. Todos os dias, o parceiro que está envolvido com o tratamento registra suas percepções dos hábitos de bebida e a premência do bebedor em uma escala Likert (*Nenhum, Leve, Moderado ou Pesado*; Fig. 13.4). Além disso, o parceiro pode preencher o Questionário de Enfrentamento (*Coping Questionnaire*, Orford, Templeton, Velleman e Copello, 2005) para descrever uma série de formas em que tentou enfrentar o problema da bebida. Isso inclui o enfrentamento engajado, tolerante-inativo e o retraimento. Também é importante avaliar outros aspectos da relação conjugal, caso ambos forem se envolver no tratamento. O Questionário das Áreas de Mudança (*Areas of Change Questionnaire*, ACQ; Margolin, Talovic e Weinstein, 1983) e a Escala Diádica de Ajustamento (*Dyadic Adjustment Scale*, DAS; Spanier, 1976) são excelentes medidas autorrespondidas para problemas e satisfação no relacionamento. A Escala Tática de Conflitos Revisada (*Revised Conflict Tactics Scale*, Strauss, Hamby,

Boney-McCoy e Sugarman, 1996) proporciona uma medida sucinta de conflito no relacionamento, incluindo violência física.

Escolha do *setting* de tratamento

As informações da avaliação do consumo de bebida, áreas problemáticas concomitantes e motivação são usadas para determinar o *setting* adequado no qual iniciar o tratamento. Assim como em outras áreas da saúde e da saúde mental, o princípio da menor restrição possível deve se aplicar aos tratamentos para problemas com álcool e drogas. A reabilitação em regime interno, de duração fixa (geralmente, 28-30 dias), historicamente tem sido considerada como o tratamento mais adequado.

Entretanto, os estudos comparando a eficácia de diferentes níveis de cuidado (p. ex., ver Fink et al., 1985; Longabaugh et al., 1983; McCrady et al., 1986) concluíram que a maioria dos pacientes pode ser tratada com sucesso em *setting* ambulatorial.

Dia	Data	Bebida	Uso de drogas	Intensidade da premência	Satisfação no relacionamento
		Nada B M A	Nada B M A	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
		Nada B M A	Nada B M A	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
		Nada B M A	Nada B M A	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
		Nada B M A	Nada B M A	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
		Nada B M A	Nada B M A	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7
		Nada B M A	Nada B M A	0 1 2 3 4 5 6 7	0 1 2 3 4 5 6 7

Nota: Use o verso do cartão para acompanhar comportamentos que você esteja aprendendo a mudar.

FIGURA 13.4. Exemplo de cartão de autorregistro do cônjuge.

O tratamento ambulatorial é a forma predominante, e a proporção de pacientes atendidos nesse sistema em comparação com tratamento hospitalar é de cerca de 10: 1 (Roman, 2013).

Tanto o *Institute of Medicine* (1990) quanto Sobell e Sobell (2000) propuseram modelos escalonados para tomar decisões em relação ao nível de cuidado. Esses modelos propõem intervenções breves como abordagem modal inicial ao tratamento, que depois é escalonada para tratamento mais intensivo ou extensivo, baseado na resposta do paciente ao tratamento inicial. Esses modelos são economicamente conservadores e mantêm os princípios do nível menos restritivo possível de tratamento. Entretanto, alguns pacientes com problemas mais graves podem não ser bem atendidos pelos tratamentos breves (p. ex., Rychtarik et al., 2000), e estudos que usaram os critérios da *American Society of Addiction Medicine* (ASAM) sugerem que os pacientes têm resultados inferiores se receberem tratamento menos intensivo do que o sugerido por esses critérios (Magura et al., 2003).

Os modelos propostos para a tomada de decisões com relação ao nível de cuidado foram implementados em muitos estados norte-americanos. A ASAM (2001) propôs um modelo de tomada de decisões multidimensional para selecionar o nível inicial de cuidado. Para recomendar o nível inicial, os critérios da ASAM levam em consideração a necessidade de abstinência supervisionada, problemas de saúde que possam exigir acompanhamento, condições psiquiátricas comórbidas, motivação para a mudança e o grau de aceitação ou resistência ao tratamento, potencial para recaída e natureza do ambiente social da pessoa. Esses critérios correspondem a cinco grandes níveis de cuidado: intervenção precoce, atendimento ambulatorial, atendimento ambulatorial intensivo/hospitalização parcial, residencial/internação e tratamento intensivo em internação com manejo médico. A Tabela 13.5 resume a forma como se aplicam os critérios gerais às determinações dos níveis de cuidado. Os estudos dos critérios do ASAM sugerem uma série de barreiras ao seu uso na prática clínica. Por exem-

TABELA 13.5 Diretrizes gerais da *American Society of Addiction Medicine* para escolha dos *settings* de tratamento

Nível de cuidado	Crítérios
Nível 0,5. Intervenção precoce	• Em risco de desenvolver um TUA • Informações insuficientes para estabelecer um diagnóstico de TUA
Nível I. Tratamento ambulatorial	• Ausência de risco grave de abstinência importante ou de convulsão por abstinência • Ausência de problemas médicos ou psiquiátricos agudos ou crônicos que possam interferir no tratamento • Alguma abertura à mudança • Alguma capacidade de manter a mudança • Razoável apoio ambiental à mudança
Nível II. Tratamento ambulatorial intensivo	• Ausência de risco grave de abstinência importante ou de convulsão por abstinência • Ausência de problemas médicos ou psiquiátricos agudos ou crônicos que poderiam ser manejados com supervisão intensiva e • Alguma relutância à mudança ou • Capacidade limitada de manter a mudança ou • Limitado apoio ambiental à mudança
Nível III. Tratamento intensivo em internação com manejo médico	• Pelo menos dois: • Risco de abstinência • Algum nível de problemas médicos ou psiquiátricos agudos ou crônicos que poderiam ser manejados com supervisão intensiva • Relutância à mudança • Capacidade limitada de manter a mudança • Limitado apoio ambiental à mudança
Nível IV. Tratamento intensivo em internação com manejo médico	• Risco grave de abstinência importante ou de convulsão por abstinência ou • Problemas médicos ou psiquiátricos agudos ou crônicos que poderiam interferir com o tratamento

plo, entre indivíduos sem teto, os locais de tratamento podem ser inacessíveis por causa da falta de plano de saúde ou dinheiro para pagar. Esses indivíduos também são colocados em listas de espera porque os programas estão lotados. Alguns programas podem não dispor dos serviços auxiliares necessários para uma população sem teto, como assistência com questões práticas (vale-refeição, moradia, desemprego, serviços médicos, serviços de saúde mental ou tratamento para a família) (O'Toole et al., 2004). Entre outros pacientes que buscam tratamento para problemas com o álcool, alguns poderão receber tratamento mais intensivo do que o sugerido pelos critérios do ASAM, já que seu plano de saúde ou *Medicaid* só cobre o tratamento hospitalar, pode ter havido pressão por parte da família para esse tipo de tratamento ou foi estabelecido um nível específico por uma agência externa (p. ex., um programa de assistência a funcionários). Os pacientes também podem receber tratamento menos intensivo do que o sugerido pelos critérios do ASAM em função de seu horário de trabalho ou de sua relutância em se comprometer mais (Kosanke, Magura, Staines, Foote e DeLuca, 2002). Outras considerações sobre a determinação do nível inicial de cuidado serão discutidas.

Necessidade de desintoxicação

Se tiver dependência física de álcool, o paciente sentirá sintomas de abstinência quando a bebida for reduzida ou retirada. Vários sinais sugerem que o paciente pode ser fisicamente dependente de álcool, incluindo beber diariamente, de modo regular ou intermitente durante o dia, e beber pela manhã. Despertar à noite com medos, tremores ou náusea, ou ter esses sintomas imediatamente depois de acordar, também sugere dependência. A suspensão ou uma redução substancial da bebida resultará no surgimento de sintomas de abstinência menores, como tremores, náusea, vômitos, dificuldade de dormir, irritabilidade, ansiedade e elevações nos batimentos cardíacos, pressão sanguínea e temperatura. Esses sintomas geralmente começam dentro de 5 a 12 horas. Sintomas mais graves (p. ex., convulsões, *delirium* ou alucinações) também podem ocorrer, geralmente dentro de 24 a 72 horas depois da cessação da bebida. Se o paciente não consumiu álcool por vários dias antes do primeiro contato clínico, as preocupações com a abstinência não são relevantes. Se parou de beber nos últimos três dias, o profissional deve perguntar sobre e observar sinais de abstinência. O *Clinical Institute Withdrawal Assessment* (CIWA, Sullivan, Sykora, Schneiderman, Naranjo e Sellers, 1989) é uma medida objetiva dos sintomas de abstinência atuais do paciente. Se o paciente estiver bebendo, o profissio-

nal deve confiar na história, no padrão de consumo e nos resultados das tentativas anteriores de parar para determinar se é necessária desintoxicação.

Se o paciente precisa de desintoxicação, há cinco alternativas disponíveis: desintoxicação médica com internação total ou parcial, desintoxicação não médica com internação ou desintoxicação ambulatorial médica ou não médica. A desintoxicação com internação e assistência médica é essencial se o paciente tiver história de desorientação, *delirium*, alucinações ou convulsões durante a abstinência de álcool ou se estiver apresentando sinais atuais de desorientação, *delirium* ou alucinações. Se o paciente não acreditar que pode parar de beber sem ser fisicamente afastado do álcool, mas não apresenta maiores sinais de problemas com a abstinência, estiver gozando de boa saúde e não abusar de outras drogas, pode ser apropriado uma desintoxicação em ambiente social. Se ele tiver algum apoio social, a desintoxicação pode ser iniciada com uma hospitalização parcial ou de forma ambulatorial. A escolha entre esses dois últimos *settings* é determinada pela quantidade de apoio que a pessoa precisará durante a abstinência e pela necessidade de um programa estruturado após a desintoxicação. Se o paciente precisar de um programa bastante estruturado, o sistema hospitalar parcial é preferível. Se o paciente tiver um TUA leve a moderado, também se pode instituir um programa para reduzir o consumo de álcool gradualmente, ao longo de várias semanas (Cohn et al., 2010).

Problemas médicos

O profissional que estiver ponderando sobre o melhor *setting* para a desintoxicação deve levar em conta a presença de outros problemas médicos. Uma abordagem cautelosa aconselharia cada paciente a passar por um exame físico minucioso e por exames laboratoriais de sangue e urina no início do tratamento. O profissional deve rotineiramente incluir perguntas sobre a saúde física do paciente em seu primeiro contato e, se houver queixas físicas importantes, o paciente deve receber atenção médica imediata. Alguns pacientes têm problemas clínicos que demandam hospitalização: nesse caso, isso deve acontecer no início do tratamento.

História de tratamento

Depois de examinadas as questões de saúde física, o profissional deve examinar a história de tratamentos anteriores do paciente. Os aspectos que devem ser considerados incluem:

1. O paciente já experimentou tratamento ambulatorial no passado e conseguiu parar ou reduzir a bebida? Caso tenha feito isso, pode ser indicada outra tentativa ambulatorial.

2. O paciente já abandonou um tratamento ambulatorial no passado? Se abandonou e não há indicativos de que qualquer variável tenha mudado nesse ínterim, deve-se considerar um programa hospitalar parcial mais intensivo ou internação.
3. O paciente já abandonou um programa hospitalar parcial ou bebeu repetidas vezes durante sua realização? Se isso aconteceu, pode ser o caso de internação.
4. O paciente teve recaída imediatamente após a alta de um programa com internação? Nesse caso, pode ser recomendado um sistema hospitalar parcial ou ambulatorial, já que a recaída pode estar associada a problemas de generalização do ambiente da internação para o ambiente natural. Outra possibilidade é uma casa de passagem para proporcionar um ambiente estruturado de longo prazo.

Tentativas anteriores de parar de beber

Muitos pacientes conseguiram reduzir ou parar de beber por conta própria durante algum tempo. O tratamento ambulatorial tem mais probabilidade de ter sucesso para um paciente que já tenha parado por conta própria do que para um paciente sem qualquer tentativa bem-sucedida anterior.

Sistemas de apoio social

Os sistemas de apoio social são uma variável fundamental a ser levada em conta ao se determinar o *setting* adequado para o tratamento inicial. Se um paciente tem apoio de outra pessoa, e essa pessoa é percebida como uma importante fonte de apoio e reforço e está disposta a dar apoio e reforço, então o paciente é um bom candidato a tratamento ambulatorial. Se o paciente carece de apoio social ou está inserido em um ambiente que sustenta o beber pesado, o tratamento com internação hospitalar parcial ou total pode ser recomendável. Outra possibilidade é uma casa de passagem, que pode ser um bom ambiente para o tratamento de pessoas que não tenham apoio social no momento e não conseguiram desenvolvê-los no passado, mesmo durante períodos de abstinência.

Recursos pessoais

A próxima área a ser levada em consideração engloba os recursos psicológicos pessoais do paciente. Ele conseguiu ter êxito em outras áreas da vida, ao estabelecer objetivos, mudar o comportamento e realizar tarefas? Caso tenha conseguido, o tratamento ambulatorial é mais viável. Outro aspecto dos recursos pessoais é o funcionamento cognitivo. Se o paciente apresenta déficits cognitivos importantes em termos de memória, atenção, abstração ou solução de problemas, um

nível mais alto de cuidado deve ser considerado. Caso contrário, o paciente poderá ter dificuldade de reter informações apresentadas no tratamento ou de gerar formas bem-sucedidas de evitar a bebida.

Outros problemas psicológicos

Como se observou anteriormente neste capítulo, bebedores-problema muitas vezes têm outros problemas psicológicos importantes. O terapeuta deve não apenas avaliar esses problemas, como também determinar o nível de cuidado com base no *setting* adequado para o respectivo tratamento. Um paciente que se apresente com depressão grave deve ter avaliada sua suicidalidade e precauções adequadas devem ser tomadas.

Atitudes em relação ao tratamento

Embora sejam áreas difíceis de avaliar, o compromisso do paciente com o tratamento e o desejo de mudar são fatores importantes ao se escolher o nível de cuidado. O paciente ambivalente, mas disposto a tratar-se pode responder melhor a um tratamento mais intensivo que dá reforço mais consistente para comparecer ao tratamento e fazer mudanças. Contudo, às vezes a ambivalência torna impossível proporcionar tratamento em um *setting* mais intensivo, porque o paciente não está disposto a desorganizar sua vida no grau em que esse tipo de programa exige.

Preocupações práticas

Há uma série de preocupações práticas que o terapeuta deve levar em consideração. Embora, em determinadas abordagens terapêuticas, essas questões possam ser consideradas como evidências de “negação”, eu considero as questões práticas como barreiras reais ao tratamento e trabalhamos com o paciente para superá-las. Algumas barreiras práticas giram em torno do emprego, como se o paciente consegue ou não ter licença do trabalho, se o trabalho está em risco, se o empregador está disposto a apoiar o tratamento ou alguma outra falta ao trabalho resultaria na perda do emprego.

Uma segunda questão é a situação financeira do paciente. Ele pode ficar sem trabalhar por um tempo e ter uma redução em sua renda durante o tempo em que recebe da previdência social (se não tem como tirar licença-saúde)? Caso contrário, seria apropriado o tratamento ambulatorial ou um programa hospitalar parcial que possibilite que a pessoa trabalhe. Outra preocupação financeira é a capacidade do paciente de pagar pelo tratamento.

Outras preocupações práticas estão relacionadas a transporte e cuidado dos filhos. O paciente consegue chegar às consultas ambulatoriais? Tem habilitação para dirigir e, caso não tenha, há outro meio de transporte disponível? Há quem cuide dos filhos se a

pessoa tiver de ser hospitalizada? Se não houver, pode ser preferível um regime de hospital-dia. O terapeuta tem de levar em consideração uma série de barreiras práticas ao tratamento.

Preferências pessoais

Por fim, as preferências do próprio paciente em relação ao tratamento devem ser cuidadosamente levadas em consideração. Se ele desejar veementemente estar em um programa de tratamento hospitalar ou residencial, o terapeuta deve ouvir com cuidado essa solicitação, mesmo se a avaliação inicial sugerir que o tratamento ambulatorial pode ser viável. Da mesma forma, se o paciente quer ser tratado ambulatorialmente, talvez o terapeuta deva tentar, mesmo que acredite ser preferível um tratamento mais intensivo.

Considerações gerais

Em geral, a escolha do *setting* inicial de tratamento deve ser considerada uma decisão experimental. Muitas vezes, deve-se estabelecer um contrato inicial que inclua o ambiente preferido do paciente, mas especifique as circunstâncias que levarão a um nível diferente de cuidado. Por exemplo, se o terapeuta acredita que o paciente terá dificuldades extremas de parar de beber em tratamento ambulatorial, mas é isso que o paciente quer, o contrato inicial pode prever um plano de redução ou cessação do consumo, o ensino de habilidades para sustentar esse plano e um limite de tempo. Se o paciente não tiver sucesso dentro do tempo especificado, o contrato é revisado e se cogitam *settings* alternativos. Assim, embora a decisão inicial sobre o *setting* seja importante, continuar a considerar e discutir outros *settings* terapêuticos é um passo inicial importante no processo de tratamento.

Escolha das modalidades de tratamento

Se um paciente é indicado a um tratamento com internação, residencial ou ambulatorial intensivo, uma mescla de modalidades terapêuticas é incluída no tratamento. Seis principais modalidades terapêuticas estão disponíveis para o tratamento do alcoolismo: grupos de autoajuda, terapia individual, terapia de grupo, terapia de casal, terapia de família e programas de tratamento intensivo. No *setting* ambulatorial, o terapeuta tem mais flexibilidade para escolher entre essas modalidades terapêuticas.

Grupos de autoajuda

O AA é o grupo de autoajuda mais utilizado. Com grupos em todos os 50 estados norte-americanos, assim como em mais de 150 países em todo o mundo, é amplamente disponível. O AA oferece uma abordagem específica à recuperação, enraizada na concepção de que o alcoolismo é uma doença física,

emocional e espiritual, que pode ser contida, mas não curada. A recuperação é vista como um processo de toda a vida, que demanda trabalhar os 12 passos do AA e se abster do uso do álcool (para uma descrição detalhada do AA, ver McCrady, Horvath e Delaney, 2003). O único requisito para participar do AA é um desejo de parar de beber, e os membros não têm de pagar nem entrar para a organização. As pessoas que se envolvem com o AA geralmente participam de diferentes encontros, têm uma relação com um padrinho que as ajuda em sua recuperação e se envolvem com outras atividades do grupo, desde fazer café antes das reuniões a ir aos “compromissos”, onde os membros de um grupo falam a outro grupo. O envolvimento mais ativo está correlacionado a uma mudança mais eficaz (revisado em McCrady e Tonigan, no prelo).

As pesquisas sugerem que as pessoas com mais probabilidade de se filiar ao AA têm uma história de uso de apoios sociais como forma de enfrentar os problemas, perdem o controle da bebida, bebem mais em cada ocasião do que as que não se filiam, sentem mais ansiedade em relação a sua bebida, acreditam que o álcool intensifica seu funcionamento mental e são mais religiosas ou espirituais (McCrady e Tonigan, no prelo). O tratamento ambulatorial para facilitar o envolvimento com o AA (facilitação de 12 passos) foi considerado tão eficaz quanto outras formas de terapia ambulatorial em estudos controlados, e algumas evidências sugerem que os pacientes que recebem facilitação de 12 passos têm mais probabilidade de manter abstinência total do álcool do que os que recebem tratamento de orientação mais comportamental (*Project MATCH Research Group*, 1997a). O tratamento pela facilitação de 12 passos parece ser especialmente eficaz para indivíduos com sistemas sociais que os apoiem no beber pesado (Longabaugh et al., 1998).

Outros grupos de autoajuda se desenvolveram nos últimos anos. O *Self-Management and Recovery Training* (SMART) é uma abordagem de autoajuda que se baseia principalmente em princípios cognitivo-comportamentais. O SMART oferece vários passos para a recuperação, enfatizando a consciência de crenças, autopercepções e expectativas irracionais como sendo centrais ao sucesso na mudança. O SMART sugere a abstinência como um objetivo preferencial em relação à bebida, mas enfatiza a escolha pessoal. A *Secular Organizations for Sobriety/Save Ourselves* (SOS) foi desenvolvida em grande parte como reação aos aspectos espirituais do AA e não evoca uma Força Superior como parte do processo de mudança. *Women for Sobriety*, uma abordagem de autoajuda para mulheres, enfatiza questões femininas, como assertividade, autoconfiança e autonomia como parte do

processo de mudança. A *Moderation Management* (2006) se baseia em princípios comportamentais para atingir resultados moderados com relação à bebida. Todas essas abordagens alternativas são mais compatíveis com os enfoques comportamentais do que o AA, mas nenhuma delas é tão amplamente acessível aos pacientes.

Tratamento individual

A terapia individual é amplamente oferecida em base ambulatorial. Há poucos dados disponíveis para orientar a escolha da terapia individual *versus* terapia de grupo. A literatura sobre mulheres alcoolistas está repleta de sugestões de que as mulheres respondem melhor à terapia individual do que à de grupo, mas falta sustentação empírica a essa afirmação. Afirmações semelhantes se aplicam ao tratamento de idosos alcoolistas, com semelhante falta de sustentação empírica.

Terapia de grupo

Na área do álcool, há uma forte crença de que a terapia de grupo é preferível à terapia individual (entretanto, ver os comentários anteriores com relação às mulheres e aos idosos). A terapia de grupo é claramente mais econômica e a interação entre os membros do grupo proporciona oportunidades de modelagem, *feedback* e ensaio comportamental, que estão menos disponíveis no contexto individual. Os modelos comportamentais para aplicar a terapia de grupo (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney e Abrams, 2002; Sobell e Sobell, 2011) estão bem documentados. Os pacientes que conseguem funcionar em um contexto de grupo e não requerem atenção individual intensiva em função de outros problemas psicológicos podem ser encaminhados à terapia de grupo.

Terapia de casal

Alguns estudos sugeriram que envolver o cônjuge/parceiro no tratamento do alcoolismo aumenta a probabilidade de um resultado terapêutico positivo no tratamento (McCrary, Epstein, Cook, Jensen e Hilderbrand, 2009; McCrary, Owens e Brovko, 2013). Apesar das evidências empíricas, os conselheiros tradicionais em alcoolismo preferem a terapia individual ou de grupo à terapia de casal, destacando a importância de um foco na mudança pessoal antes da mudança no relacionamento. Modelos terapêuticos que integram o tratamento individual e do relacionamento estão disponíveis (McCrary e Epstein, 2009). A terapia de casal é mais adequada para pacientes que tenham um relacionamento estável, na qual o parceiro esteja disposto a se envolver no tratamento e possa funcionar como apoio nas fases iniciais. Casais que tenham vivenciado violência doméstica grave ou nos quais o compromisso de um dos parceiros com o re-

lacionamento é muito ambivalente são menos adequados para terapia de casal.

Também se desenvolveram técnicas para tratar os parceiros das pessoas com TUAs quando quem bebe não irá procurar ajuda. Os grupos comportamentais que enfatizam a tomada de decisões pessoal, a comunicação e a definição de limites em relação à bebida são eficazes para motivar indivíduos a buscar tratamento ou para reduzir o consumo (Miller et al., 1999; Sisson e Azrin, 1986; Smith e Meyers, 2004; Thomas, Santa, Bronson e Oyserman, 1987). O Al-Anon oferece uma abordagem de autoajuda aos parceiros e outros familiares afetados pelo alcoolismo.

Terapia de família

Apesar de um forte interesse em TUAs na área da terapia de família, são escassos os modelos para trabalhar com todos os membros da família. Dentro da área da autoajuda, o Alateen está disponível para adolescentes afetados pelo alcoolismo de um familiar, e o Alatot, para os membros mais jovens.

Programas de tratamento intensivo

Embora sejam, tecnicamente, *settings* de tratamento e não modalidades, os programas de tratamento intensivo cumprem um papel tão específico e definido no tratamento do alcoolismo que podem ser considerados como uma modalidade. O *modelo de Minnesota* (Slaymaker e Sheehan, 2013) é uma abordagem de tratamento intensivo que inclui terapia de grupo, instrução, envolvimento em grupos de autoajuda e um pouco de aconselhamento individual. Os programas baseados no modelo de Minnesota destacam a confrontação da negação, a aceitação de que se é um alcoolista impotente diante do álcool, o desenvolvimento de relacionamentos afetivos e interdependentes e o comprometimento de se envolver com o AA. Com o tempo, os programas do modelo de Minnesota incorporaram muitas estratégias e técnicas comportamentais, incluindo habilidades sociais e treinamento para relaxamento, bem como técnicas de PR. Os programas do modelo de Minnesota têm sido apresentados como os mais eficazes para o tratamento do alcoolismo, mas faltam dados para sustentar essas afirmações. A maior parte das pesquisas sobre esses programas envolveu a avaliação de um único programa de tratamento, e todas as avaliações foram feitas por centros terapêuticos privados. As avaliações sugerem níveis substanciais de abstinência entre as pessoas que recebem tratamento (ver, p. ex., Filstead, 1991; Stinchfield e Owen, 1998), mas os sujeitos desses estudos tendem a ser pacientes com bom prognóstico e, sem os controles adequados, não se podem extrair conclusões sobre a eficácia relativa desses tratamentos em comparação a

outras abordagens. Slaymaker e Sheehan (2013) revisaram estudos experimentais e quase experimentais mais recentes de tratamentos intensivos com base no modelo de doença, que eram semelhantes aos programas de modelo Minnesota, e concluíram que esses estudos sustentavam a eficácia do modelo de tratamento. A ampla visibilidade fez deles os preferidos de muitos indivíduos com alcoolismo e suas famílias.

Aumentando e mantendo a motivação para a mudança

Uma vez que se tenha tomado uma decisão sobre o nível de cuidado, e o paciente o tenha iniciado, o terapeuta precisa continuar com foco na motivação para estar em tratamento e para mudar. As técnicas para aumentar a motivação incluem o *feedback*, o uso de técnicas da Entrevista Motivacional, o estabelecimento de objetivos mútuos e a tomada de decisão, o estabelecimento de um contrato de tratamento e a disseminação da esperança. Três exemplos clínicos ilustram algumas dessas técnicas.

Bill (descrito anteriormente neste capítulo) começou o tratamento de maneira bastante experimental, disposto a realizar uma avaliação de seu hábito de beber, de forma que fizemos um TLFB de um mês (Sobell e Sobell, 1995), o DrInC (Miller et al., 1995), e uma Planilha de Balança Decisional (Marlatt e Gordon, 1985; ver a Fig. 13.2). Com base nessa informação, eu dei a ele uma planilha de *feedback* padronizada (Fig. 13.5) em relação à sua bebida. A planilha oferece informações sobre seu consumo de álcool comparado às normas nacionais (Epstein e McCrady, 2009), bem como informações sobre seu pico de alcoolemia (BAL) usual e consequências negativas de seu consumo. Bill considerou a avaliação interessante e fez perguntas sobre o metabolismo do álcool, pesquisas epidemiológicas e sobre o álcool e seus efeitos sobre a saúde. Embora sua esposa Diana estivesse um pouco impaciente com essas conversas, vi um sinal positivo no interesse de Bill de aprender mais sobre o álcool e seus efeitos.

Discutimos os objetivos em relação à bebida e sugeri as diretrizes *manejo da moderação* (Moderation Management, 2000) de bebida para homens, de não mais de 14 doses por semana, beber não mais do que quatro dias na semana e não mais de quatro doses por ocasião. Bill indicou que queria continuar bebendo diariamente, mas com um limite de três doses por dia. Diana estava de acordo, dizendo que, se ele se mantivesse nesse limite, ela ficaria “entusiasmada”. Embora esse objetivo estivesse acima do que eu gostaria, concordei para envolvê-lo mais no tratamento. A seguir, dei seu primeiro *exercício de casa*: começar a registrar o que bebia (ver Fig. 13.3). Os exercícios

de casa servem como uma sondagem comportamental útil para verificar o nível de motivação, e fiquei contente porque Bill voltou na semana seguinte com cartões de autorregistro preenchidos.

“Suzanne” era programadora de computadores, tinha 39 anos, e eu a havia tratado em terapia ambulatorial como parte de um projeto de pesquisa. Ela bebia todos os dias, geralmente consumindo três taças de vinho ao dia. Ela tinha feito várias tentativas fracassadas de parar de beber e achava que tinha perdido completamente o controle sobre seu consumo de bebida, embora a quantidade que bebia não fosse muito alta. Suzanne estava preocupada com sua capacidade de estar alerta e disponível a seus filhos nas noites nas quais bebia, principalmente levando-se em conta que seu marido viajava muito por questões de trabalho. Ela buscava tratamento voluntariamente e queria abstenção completa da bebida. Apesar de buscar tratamento por conta própria e de ela mesma definir que precisava se abster, Suzanne reagiu ao mesmo *feedback* estruturado de forma bastante diferente da de Bill. Ela deu informações para a TLFB e completou o RCU, mas quando eu disse que ela estava bebendo uma média de 21,4 doses por semana, ela me disse que esse número era alto demais e que nossa aferição não era precisa. Ela também indicou que estava participando de uma pesquisa, não de terapia, e que esse era o motivo pelo qual ela julgava importante que tivéssemos dados corretos. Eu não argumentei com ela a esse respeito, concordando que ela participava de uma pesquisa, mas disse que esperava que o estudo fosse útil para ela. Ela continuou com o tratamento e, várias semanas depois, comentou espontaneamente: “Sabe de uma coisa, eu sei que estou em tratamento, realmente preciso disso. Acho que visando tanto no início a parte da pesquisa, eu só estava protegendo o meu ego”.

“Anne”, 32 anos, com curso superior e trabalhando de garçomete, tinha uma filha de 20 meses, Breanne. Seu marido, Charlie, trabalhava em tempo integral e estava matriculado em um doutorado em engenharia mecânica. Ela iniciou o tratamento como parte do nosso programa de pesquisa sobre o tratamento para mulheres. Ela era uma bebedora diária com um padrão de consumo variável. À noite, quando o marido estava na aula, ela bebia uma ou duas garrafas de vinho. Quando ele estava em casa, seu consumo típico era de um copo de vinho no jantar. Ela também bebia depois do horário de trabalho, consumindo quatro a seis cervejas nessas noites. Quando eu apresentei minha avaliação em relação ao seu consumo de álcool, indicando que seu nível de consumo a colocava no 99º percentil para mulheres, seus olhos se encheram de lágrimas e ela ficou visivelmente perturbada, dicen-

Para quem bebe:

1. Com base nas informações que obtive durante a avaliação, calculei o número de “doses-padrão” que você consumiu em uma semana normal, durante o último mês:

Número total de doses-padrão por semana _____

Número médio de doses- padrão por dia _____

2. Quando observamos todas as pessoas que bebem nos Estados Unidos, você tem bebido mais do que cerca de _____ por cento na população de homens/mulheres do país.

3. Também estimei seu nível médio e o mais alto de álcool no sangue (BAL) no último mês. Seu BAL se baseia em quantas doses-padrão de bebida você consome, em quanto tempo você bebe essa quantidade, se você é homem ou mulher e quanto você pesa. Sendo assim:

Seu pico de BAL estimado em uma semana média é de _____

Seu BAL médio estimado em uma semana média é de _____

Essa é uma medida do quanto você geralmente se intoxica. Em termos legais, em Nova Jersey o limite para intoxicação é de 80 mg% ou mais alto.

4. Você já vivenciou muitas consequências negativas da bebida. Aqui estão algumas das mais importantes:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Para o parceiro

1. Você tem tentado muitas formas de lidar com os hábitos de beber de seu marido/mulher. Entre as coisas que você mais tentou estão:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Para o casal:

1. Vocês têm várias áreas de seu relacionamento com a qual estão preocupados. Algumas dessas preocupações de ambos são:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

2. Algumas preocupações dizem mais respeito ao marido:

_____	_____
_____	_____

3. Algumas preocupações dizem mais respeito à mulher:

_____	_____
_____	_____

FIGURA 13.5 Planilha de *feedback* do consumo de álcool para um casal.

do repetidamente: “Eu sabia que estava mal, mas não que estava tão mal assim”. À medida que o tratamento avançava, Anne fez algumas mudanças em seu hábito de beber. Cancelava ou mudava algumas consultas e disse várias vezes: “Se eu não gostasse de você, acho que simplesmente abandonaria a coisa toda”. Ela continuou:

ANNE: Eu realmente gosto de beber. Quando o Charlie está na aula, preparo uma boa janta para mim – uma carne de ovelha, uma salada e tomo uma ótima garrafa de vinho. Ninguém me incomoda e tenho prazer. Mas eu sei que deveria parar por causa da Breanne.

TERAPEUTA: [Como parte do protocolo de tratamento, havíamos completado uma balança decisional e eu sugeri que retornássemos àquele formulário.] Anne, vamos dar outra olhada na sua balança decisional. Fizemos isso algumas semanas atrás. Olhando para ela agora, o que lhe chama atenção?

ANNE: Tudo o que tem nela ainda é verdade. Eu não estou sendo uma boa mãe bebendo tanto. Fico fora de sintonia à noite e não tenho energia durante o dia. Eu só sento na frente da televisão, e ela simplesmente assiste *Dora, a aventureira*. Eu fico pensando o que vai acontecer quando ela ficar mais velha, “Será que eu quero que ela tenha uma mãe bêbada?”

TERAPEUTA: Parece que esses sentimentos estão muito fortes neste momento, mas você tem dificuldades de não perdê-los de vista todos os dias. Fico pensando se você poderia repassar essa planilha todos os dias em algum momento. Será que isso ajudaria?

ANNE: Acho que sim. Posso ler enquanto Breanne está tomando seu café da manhã, que aí a minha motivação estaria sentada bem na minha frente. Vou tentar.

Anne começou a repassar sua balança decisional todos os dias. A tarefa pareceu ajudar por mais ou menos um mês, e ela começou a beber menos, entrou para uma academia de ginástica e comparecia regularmente ao tratamento. Mas essas mudanças duraram pouco: em pouco tempo ela retomou seu padrão, comparando ao tratamento de forma errática e bebendo pesado.

Seleção de objetivos em relação à bebida

A última grande área a ser considerada no planejamento do tratamento é a escolha dos objetivos em relação à bebida. As abordagens tradicionais ao tratamento do alcoolismo consideram a abstinência como

o único objetivo apropriado, porque essas abordagens consideram o alcoolismo uma doença progressiva que só pode ser interrompida com a abstinência. Os terapeutas comportamentais examinaram alternativas à abstinência e desenvolveram algumas estratégias a ser ensinadas aos pacientes sobre como beber moderadamente. Embora seja mais bem aceito como objetivo para indivíduos que são bebedores de risco ou tenha um TUA leve, o treinamento para a moderação continua controverso, e os terapeutas que escolhem esse tratamento podem estar vulneráveis às críticas da comunidade predominante de tratamento tradicional do alcoolismo. Alguns estudos sugerem que os resultados de longo prazo do alcoolismo incluem reduzir o consumo (p. ex., Helzer et al., 1985; Vaillant, 1983), mas os dados em relação ao sucesso do treinamento para moderação são mais variados. Dois estudos europeus concluíram que dar aos pacientes a oportunidade de escolher os objetivos aumenta o cumprimento do tratamento e pode melhorar seus resultados (Ojehegan e Berglund, 1989; Orford e Keddie, 1986). Dois estudos recentes que testaram o treinamento para beber moderadamente usando uma intervenção na internet (Hester, Delaney, Campbell e Handmaker, 2009) ou uma terapia em grupo para mulheres (Walitzer e Connors, 2007) encontraram resultados positivos para o treinamento em moderação com bebedores de baixa dependência, com os resultados para o grupo de mulheres sendo sustentados ao longo de 30 meses de seguimento. Eu tenho defendido a abstinência como objetivo preferencial de tratamento (ver, p. ex., McCrady, 1992; Nathan e McCrady, 1987) e continuo a considerá-la como objetivo preferencial de tratamento para indivíduos com TUAs de moderados a graves. A abstinência é definida com clareza e está de acordo com a prática clínica comum nos Estados Unidos. Além disso, concordar prontamente com um objetivo de beber moderadamente pode reforçar a visão do paciente de que o álcool é importante e necessário para seu funcionamento diário.

Em determinadas circunstâncias, o uso de um objetivo de redução da bebida é adequado. A moderação pode ser usada como objetivo provisório para engajar um paciente no tratamento, ou quando o paciente não concorda com a abstinência, mas quer ajuda para mudar (como no caso de Bill). O objetivo de beber moderadamente também é adequado se o paciente apresenta poucos sinais de dependência ou sintomas decorrentes da abstinência, tem uma história que mostra que consegue beber com moderação, não tem problemas médicos ou psicológicos que seriam exacerbados por continuar a beber, é mais jovem e não tem história de alcoolismo na família (Rosenberg,

1993). Se o terapeuta e o paciente escolhem um objetivo de moderação, um período de abstinência inicial geralmente facilita ao paciente beber moderadamente. Ao optar pelo objetivo do beber moderado, o terapeuta deve tomar cuidado para ajudar o paciente a reconhecer as consequências negativas atuais e potenciais do beber excessivo e fazer uma escolha informada e refletida de objetivo de tratamento. O terapeuta deve considerar qualquer objetivo inicial de tratamento (abstinência ou moderação) como experimental, a ser reavaliado à medida que a terapia avança.

Abstinência inicial

No caso do paciente cujo objetivo é a abstinência, os terapeutas têm um leque de alternativas para ajudar a iniciá-la. Com um paciente cujo objetivo seja a moderação, a abordagem mais conservadora é iniciar um período de abstinência e depois reintroduzir gradualmente o álcool. Como observado anteriormente, há várias alternativas de estratégias de desintoxicação, inclusive desintoxicação com internação, desintoxicação ambulatorial, desintoxicação abrupta (*“cold turkey”*), na qual o paciente simplesmente para de beber, subitamente) ou um programa gradual de redução da bebida em um período de semanas, até chegar à abstinência. Um exemplo de caso ilustra um programa gradual de redução de consumo.

“Steve”, desempregado, morador de rua, 48 anos, com uma longa história de dependência de heroína, cocaína e álcool, iniciou tratamento após desintoxicação de heroína, mas ainda tomava uma média de seis doses de bebida alcoólica por dia (geralmente, um quarto de litro de bebida destilada, mais uma ou duas cervejas). Ele estava saudável e não tinha história de sintomas de abstinência do álcool. Não havia instituição onde ele pudesse se internar para desintoxicação, em função de sua condição de morador de rua e de economicamente destituído. O tratamento inicial concentrou-se em ajudar a obter moradia estável e ajuda temporária da previdência social. Após essas intervenções sociais, o terapeuta (um de nossos alunos de aulas práticas) começou a trabalhar com seu hábito de beber. Steve manifestou uma forte preferência por um programa de redução gradual. Ele foi avaliado por um médico no posto de saúde local e desintoxicado das drogas medicamente. Fizemos com que ele registrasse o que bebia por uma semana, para estabelecer um nível basal claro. A seguir, definimos um programa para reduzir sua bebida em 15% por semana, ou oito doses por semana. Discutimos estratégias específicas para atingir esses objetivos a cada semana, e Steve continuava a monitorar o que bebia. Durante o período de redução do álcool, ele restabeleceu con-

tato com uma ex-namorada com quem teve um longo namoro e que tinha terminado a relação quando ele voltou a usar álcool e heroína. Ela ouvira dizer que ele estava fora da heroína e expressou seu interesse em retomar a relação. Sua presença foi um forte incentivo para que ele seguisse o programa de redução do álcool, porque ela não sabia que ele tinha andado bebendo. O programa avançou bem, e ele parou de beber depois de sete semanas.

Desenvolvendo uma análise funcional

Como descrevemos anteriormente, uma avaliação comportamental completa dos fatores associados ao hábito de beber de um paciente inclui uma dimensão estruturada e uma dimensão qualitativa e incorpora entrevista clínica, questionários e autorregistros do hábito e da premência em beber. Suzanne, descrita de forma breve anteriormente, é uma ilustração excelente da complexidade e dos resultados do processo de avaliação comportamental.

Suzanne vinha de uma família judia numerosa, e muitos de seus familiares faziam cobranças em relação a ela. Ela tinha três filhas, de 10, 8 e 4 anos. Seu consumo de bebida começou a aumentar cinco anos antes do tratamento, após um acidente de carro que tirou a vida de seu irmão gêmeo. Eles tinham ido juntos a um *show* de Bruce Springsteen e o irmão tinha bebido bastante. Uma autópsia feita após o acidente revelou que ele também tinha usado cocaína, mas Suzanne não tinha ideia de que ele usasse drogas. Ela se culpava por haver permitido que ele dirigisse e por não insistir que parasse quando ele começou a dirigir perigosamente. Ela começou a beber imediatamente após o acidente e em seguida estabeleceu um padrão de consumo diário de meia garrafa de vinho por dia.

Embora a quantidade não fosse tão alta, ela informou que o álcool era muito importante, porque ajudava a evitar a tristeza avassaladora que sentia em relação à morte de seu irmão, principalmente no fim do dia. Os resultados da avaliação comportamental revelaram um padrão mais complexo de antecedentes em relação à bebida. No DPQ, Suzanne classificou os antecedentes emocionais como os mais importantes, indicando sentimentos de tristeza, mágoa e frustração. Ela também indicou que alguns ambientes eram gatilhos para a bebida, como alguns restaurantes, horas do dia (início da noite) e atividades (especialmente assistir à televisão). Outros gatilhos importantes surgiram dos cartões de autorregistro, ou seja, de suas interações com membros de sua família ampliada, com amigos e situações relacionadas às filhas. Seus pais criticavam muito a forma como

ela estava criando as filhas. Suzanne e seu marido, Josh, frequentavam um templo conservador, comiam comida *kosher* em casa, não permitiam *videogames* violentos e esperavam que cada filha participasse de uma atividade de artes (música, dança ou pintura). Seus pais acreditavam que a criação de seus netos e os padrões de Suzanne e Josh eram rígidos e conser-

vadores demais, e expressavam suas críticas. Outros fatores de estresse na família eram as interações dela com uma irmã que estava se divorciando e com uma prima em dificuldades financeiras. Cada um deles fazia contato com Suzanne regularmente, querendo atenção ou dinheiro. A análise funcional de Suzanne aparece na Figura 13.6.

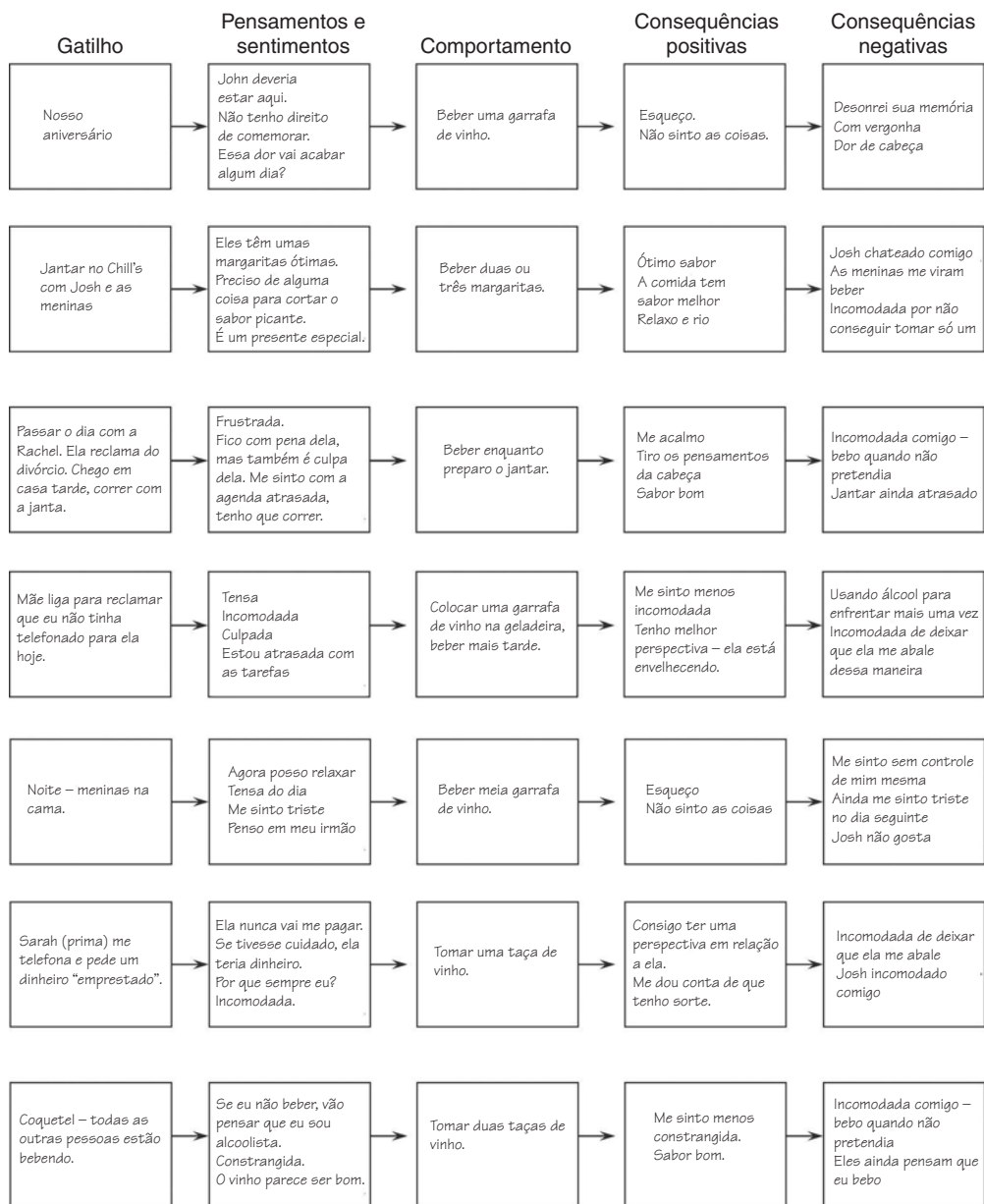


FIGURA 13.6 Análise funcional de Suzanne.

Estratégias iniciais de sobriedade

As estratégias iniciais de sobriedade ajudam os pacientes a se manter abstinentes do álcool. As técnicas cognitivo-comportamentais variam de uma pessoa para a outra, mas podem incluir estratégias de controle de estímulos para evitar ou reorganizar situações de alto risco, desenvolver habilidades para lidar com a premência de beber, aprender a pensar de forma diferente em relação a beber ou não beber, identificar comportamentos alternativos em relação à bebida em situações de alto risco, desenvolver formas alternativas para obter os reforços que antes vinham do álcool e aprender a recusar a bebida.

Controle de estímulos

As estratégias de controle de estímulos buscam alterar sinais ambientais para beber ao se evitar o sinal, ressituar-lo ou implementar respostas diferentes no mesmo ambiente. As estratégias de controle de estímulos são compatíveis com a sugestão do AA para se prestar atenção às “pessoas, lugares e coisas”. O trabalho com Suzanne ilustra essas estratégias de controle de estímulos.

Com Suzanne, as estratégias de controle de estímulos cumpriam um papel importante no início do tratamento. Ela desenvolveu estratégias específicas para lidar com uma série de situações ambientais de alto risco identificadas em sua análise funcional. Sua primeira postura foi evitar essas situações sempre que possível. Ela sugeriu a Josh que eles só comessem em lugares que não vendessem álcool e pediu que eles declinassem vários convites sociais para lugares onde o álcool seria o foco central da noite (como festas com coquetéis). A única situação que ela não tinha como evitar era o fim do dia, depois que as filhas iam dormir. Sua rotina normal tinha sido lavar a louça do jantar enquanto Josh ajudava as meninas a se aprontar para ir dormir e depois se sentar na sala com seu vinho e a televisão, depois de ler uma história para as filhas. Ela decidiu que tinha de romper com esse padrão e pensou que se ela própria se aprontasse para ir dormir, deitando-se no sofá com um livro e uma xícara de chá de ervas, sentiria menos necessidade de beber. Suzanne levou três semanas para ir a uma livraria e comprar alguns romances leves, mas, depois de ter os livros, ela conseguiu implementar esse plano com sucesso, exceto quando estava incomodada.

Lidando com premências

À medida que vão reduzindo a bebida e iniciam a abstinência, os indivíduos podem vivenciar premências ou fissuras relacionadas ao uso de álcool. É importante dar ao paciente uma estrutura para entender que premências são respostas aprendidas a situações de

bebida e que se reduzem se não forem atendidas. Marlatt e Gordon (1985) sugerem o uso de imagens mentais para ajudar a enfrentar as premências e descrevem as imagens orientadas para a aceitação (p. ex., “surf” com a premência) ou orientadas à ação (p. ex., atacar a premência com uma espada de samurai).

Suzanne lutava com as premências de beber, principalmente quando alguma coisa fazia ela se lembrar da morte de seu irmão gêmeo. Durante a terapia, nós nos concentrávamos em uma série de aspectos de seus sentimentos em relação à morte do irmão e também tratávamos mais diretamente das premências. Suzanne teve uma reação inicial negativa às técnicas de imagem mental, dizendo que ela não era uma pessoa que imaginasse muito as coisas. Ela claramente precisava de alguma maneira para enfrentar essas fortes premências, então eu a pressionei um pouco para que tentasse:

TERAPEUTA: Sei que você não se considera imaginativa, mas talvez eu possa ajudá-la. Simplesmente me dê um momento, veremos, então, se conseguimos uma imagem que agarre você. Não importa qual imagem, você pode se imaginar subindo uma montanha e descendo pelo outro lado, ou apagando a premência com um extintor de incêndio.

SUZANNE: (*Sorrindo.*) Eu sei o que eu posso imaginar, posso ver você pulando para fora da garrafa e dizendo que não com a cabeça.

TERAPEUTA: Certo. Tenho que fazer cara de má?

SUZANNE: Não, só o fato de você estar ali já me ajudaria a lidar com isso.

TERAPEUTA: Certo, eu consigo aguentar isso.

SUZANNE: Na verdade, eu poderia visualizar uma fila de garrafas de vinho, com você saindo da primeira, e me mostrando todas as coisas nojentas que me acontecem.

TERAPEUTA: Então, o que seria nojento? Carrapatos?

SUZANNE: Carrapatos serviria, talvez baratas, também.

TERAPEUTA: Vamos experimentar isso.

Nesse momento, a fiz praticar usando as imagens mentais em uma situação imaginada de premência. Ela usou essa imagem com bastante frequência e a considerou útil.

Uma segunda técnica para enfrentar a premência é obter a ajuda de um familiar ou amigo. As pessoas envolvidas com o AA são orientadas a telefonar para alguém do programa quando sentirem premência de beber e geralmente recebem os números dos telefones de vários membros. Os pacientes que não estejam envolvidos com o AA podem buscar outras fontes de

apoio. Suzanne, por exemplo, pediu que o marido a ajudasse quando ela tivesse premência de beber. Ela pediu que Josh a lembrasse das razões por que ela parou de beber e disse: “Ah, claro, tem que ser uma decisão sua”.

Tratando das distorções cognitivas sobre o álcool

Os bebedores pesados têm expectativas positivas mais intensas sobre os efeitos do álcool do que os que bebem menos (Pabst, Baumeister e Kraus, 2010). Os pacientes podem acreditar que beber facilita as interações sociais, melhora a capacidade de resposta sexual, permite esquecer eventos ou sentimentos dolorosos ou os torna mais capazes. Essas crenças, muitas vezes, estão profundamente enraizadas e são difíceis de desafiar, especialmente se o paciente continua a beber. Várias estratégias cognitivas podem ajudar. Em primeiro lugar, um período de abstinência permite que o paciente vivencie muitas situações sem álcool, o que é uma vivência que muitas vezes leva à reavaliação, com pouca contribuição do terapeuta. Em algum momento, muitos pacientes ficam impressionados com a natureza vazia da conversa de pessoas embriagadas, sua aparência física indesejável, os comportamentos e os odores que acompanham um BAL elevado, bem como a natureza pouco consistente dos relacionamentos baseados na bebida. O terapeuta perspicaz observa cuidadosamente em busca dessas observações e destaca sua importância e relevância. Se o paciente não tem essas vivências espontaneamente, o terapeuta facilita novas considerações sobre uma conduta embriagada ao desenvolver uma forma relativamente segura para o paciente observar seu comportamento enquanto está intoxicado – seja por meio de filmes ou gravações em vídeo, seja por meio de visitas a um bar local (acompanhado por alguém que tenha conhecimento e apoie a abstinência do paciente).

Uma segunda estratégia informada na literatura da automudança (Ludwig, 1985) é a capacidade de pensar além dos benefícios positivos esperados de beber até acabar e chegar até as consequências negativas, ainda que muitas vezes retardadas. O terapeuta e o paciente podem gerar uma lista de consequências negativas do beber e usar ensaio com imagens na sessão para ajudar o paciente a parear os pensamentos positivos com os da lista de pensamentos negativos. A seguir, é importante continuar o ensaio no ambiente natural. Em terceiro lugar, alguns pacientes desenvolvem um conjunto de crenças errôneas em relação à sua bebida, que os predispõem a beber. Entre essas crenças, estão “eu tenho me saído tão bem que posso beber só esta noite”, ou “vou tomar só uma”. Embora alguns pacientes consigam beber moderadamente, outros têm história de consumo até perder o controle, o

que está em oposição direta a uma crença no controle, e precisam aprender a se contrapor a essas crenças.

O trabalho com Steve oferece uma ilustração simples das estratégias cognitivas para trabalhar as expectativas positivas em relação à bebida. Ele tinha uma longa história de consumo fora de controle. Após um período de abstinência, ele começou a pensar: “Eu posso tomar só uma cerveja, não vai ter problema”. Sua terapeuta questionou se essa crença estava correta. Steve reconheceu prontamente que nunca tinha conseguido controlar sua bebida no passado, que se sua namorada descobrisse, ficaria muito incomodada e provavelmente o deixaria, e que as recaídas a beber pesado geralmente o levavam a usar heroína. Steve e a terapeuta desenvolveram uma fórmula cognitiva simples para usar quando ele pensasse em beber: “1 = 1000 = 10” que queria dizer que, para ele, uma dose levaria a um litro (1000 ml) de bebida, o que levaria a usar heroína (10 papéletes por dia).

Comportamentos alternativos/distrativos

Beber é uma atividade que ocupa tempo, e os pacientes podem enxergar poucas alternativas que os ajudem em momentos em que anteriormente bebiam. As discussões de alternativas comportamentais específicas à bebida que ocupem o tempo e absorvam mental ou fisicamente é outra estratégia útil no início do tratamento.

As experiências de Steve proporcionam um exemplo particularmente poderoso das alternativas que os pacientes muito motivados poderão encontrar. Depois de encontrar um quarto em uma pensão e começar o processo de desintoxicação, ele se deparou com a perspectiva assustadora de preencher seus dias completamente desestruturados. Alguns de seus dias eram ocupados com o trabalho de ser pobre, que consome muito tempo – ir e voltar da sopa distribuída aos pobres, esperar no posto de saúde gratuito para receber serviços, obter uma carteira de identidade para poder receber outros serviços de caridade, como distribuição de roupas. Mas mesmo com essas atividades necessárias, Steve tinha muitas horas de tempo livre e começou a enfrentar esse desafio criando suas próprias atividades. Ele conseguiu uma carteira de frequentador da biblioteca e passou a frequentá-la. Em vez de ler aleatoriamente ou recreacionalmente, ele decidiu ler sobre as Cruzadas, o que desencadeou nele um interesse no cristianismo medieval. Católico não praticante, decidiu voltar a ir à missa, e começou a frequentá-la diariamente. Sua participação diária levou ao envolvimento em um grupo de leitura da Bíblia e ele se tornou um participante atento e veemente. Por ser criativo, Steve começou a escrever contos com temas religiosos.

Identificando formas alternativas de obter reforçadores

Entre os aspectos mais contundentes do uso de álcool e drogas estão as propriedades psicoativas das substâncias. No curto prazo, grandes quantidades de álcool são eficazes para amortecer o afeto negativo, reduzir os pensamentos obsessivos e diminuir a tensão muscular, embora esses efeitos não se mantenham no longo prazo. As bebidas alcoólicas também têm sabores específicos e desejáveis, que são difíceis de substituir por outras bebidas. Um aspecto importante da análise funcional é formular a percepção do paciente sobre as consequências positivas do beber. O terapeuta pode tratar do poder desses reforçadores percebidos de várias maneiras: ajudando o paciente a desenvolver formas alternativas de obter os mesmos tipos de experiências positivas, questionando sua crença de que as consequências desejáveis vão ocorrer (p. ex., questionando se ele está, na verdade, mais apto e atrativo socialmente depois de consumir 1 litro de vodka), ajudar o paciente a reavaliar a importância desses reforçadores e/ou a identificar outros tipos de reforçadores que possam ser mais valorizados no longo prazo (p. ex., valorizar a espiritualidade mais do que o hedonismo).

Habilidades para recusar bebida

Alguns bebedores têm dificuldades com os aspectos interpessoais da abstinência. Para eles, a identificação das situações interpessoais como de alto risco para beber, o desenvolvimento de respostas eficazes e o ensaio dessas respostas formam todos um importante componente do tratamento. Pesquisas iniciais (Chaney, O’Leary e Marlatt, 1978) sugeriram que uma resposta rápida está fortemente associada à mudança eficaz. Pesquisas mais recentes descobriram que o treinamento para recusar bebida dá uma contribuição positiva única para o resultado do tratamento (Witkiewitz, Donovan e Hartzler, 2012). Entre os componentes sugeridos para uma forma eficaz de recusar bebidas estão indicar claramente que não se quer bebida alcoólica, pedir outra bebida, transmitir autoconfiança e estar à vontade com a solicitação e ser persistente diante da pressão social (Foy, Miller, Eisler e O’Toole, 1976). Além disso, os pacientes que enfrentam muita pressão social podem ser aconselhados a evitar certas situações sociais ou pessoas.

Embora as diretrizes para recusar bebida pareçam simples, as crenças dos pacientes e suas expectativas muitas vezes tornam difícil o processo. Entre as cognições comuns estão “Todo mundo vai pensar que eu sou alcoolista”, “Meu anfitrião vai se ofender se eu não beber” ou “As pessoas vão pensar que sou

bom demais para elas se eu não beber”. Assim como acontece com outras crenças distorcidas, o terapeuta pode proporcionar estruturas alternativas para se pensar sobre situações de recusa de bebida, sugerindo que a maioria das pessoas realmente não está interessada em se os outros bebem ou não, e que os anfitriões estão mais preocupados com que os convidados se divirtam. Muitos pacientes também se sentem ambivalentes em relação a não beber e consideram que a parte mais difícil do processo de recusa da bebida é interno em vez de interpessoal. Outro aspecto complicado de recusar bebida é quanta informação pessoal o paciente deseja tornar pública. A maior parte das pessoas compartilha níveis diferentes de informação pessoal, dependendo da proximidade do relacionamento e de seu conhecimento das atitudes e do comportamento da outra pessoa. Para pessoas às quais um paciente não quer expor seu problema com a bebida, recomendamos um simples, “Não, obrigado” ou, se houver pressão, uma resposta simples que desestimularia a insistência, sem ser reveladora, como “Estou cuidando do peso e não posso ingerir essas calorias”, “Estou tomando medicação que não permite beber” ou “Não tenho andado bem do estômago, é melhor não”. Nenhuma dessas respostas vai proteger o paciente contra futuras ofertas, mas todas são eficazes no momento. Para relacionamentos mais íntimos, o paciente decide quando, onde e quanto revelar. Dois exemplos clínicos ilustram essa questão.

Steve estava morando em uma pensão e tinha vizinhos simpáticos e sociáveis que gostavam de beber no alpendre da frente. Esses vizinhos eram das Ilhas portuguesas dos Açores e praticamente não falavam inglês. Depois de aceitar uma cerveja deles um dia, ele insistiu com sua terapeuta que não poderia recusar porque não falava português. A terapeuta sugeriu que talvez a palavra *No* dita com um sorriso e com um gesto, pudesse ser entendida até em português. Steve reconheceu que sua dificuldade de recusar a bebida vinha do seu desejo de beber e que um *No* simpático certamente funcionaria.

Suzanne não queria que ninguém soubesse que ela tinha problemas com a bebida nem que estava abstinente, o que lhe criava problemas para ir a um coquetel que haveria em breve. Estrategicamente, Suzanne decidiu que deveria beber água mineral durante a festa e que deveria tentar impedir ofertas de bebidas alcoólicas, mantendo um copo de água mineral na mão o tempo todo. Se oferecessem uma bebida, ela decidira dizer às pessoas que tinha tido problemas de saúde que poderiam piorar com a bebida, então tomaria somente água. Embora estivesse preocupada com que um de seus amigos (assistente social) pudesse

concluir que ela tivesse problemas com álcool, a festa aconteceu sem problemas.

Estratégias de enfrentamento

Os pacientes enfrentam desafios que vão além daqueles que estão diretamente relacionados ao seu hábito de beber. Assim como acontece com os pacientes que não têm problemas com a bebida, os que os têm enfrentam dificuldades comuns na vida, que surgem de pensamentos disfuncionais, de afeto negativo e de conflitos interpessoais. À medida que os pacientes desenvolvem uma capacidade maior de manter a abstinência ou de beber moderadamente, o terapeuta poderá dedicar maior atenção a outros problemas que os pacientes estejam enfrentando. As técnicas para lidar com pensamentos disfuncionais ou deficiência nas habilidades sociais podem ser usadas prontamente com pacientes com problemas de bebida.

Lidando com afeto negativo

Há muitas fontes de afeto negativo nas pessoas com problemas de abuso ou dependência de álcool. Como se observou inicialmente no capítulo, a comorbidade com outros transtornos psiquiátricos é alta (p. ex., os transtornos de humor e ansiedade são bastante comuns). As taxas de abuso físico e sexual também são elevadas entre as pessoas com TUAs (Cisler et al., 2011) e as sequelas desses problemas muitas vezes incluem um forte componente de afeto negativo. Além disso, as pessoas que já usaram álcool para enfrentar o afeto negativo por um longo tempo podem simplesmente ter poucas experiências e habilidades para lidar com a dor que faz parte da vida cotidiana.

Quando nos concentramos no afeto negativo, é essencial uma avaliação cuidadosa das causas. O afeto negativo intenso associado a outro transtorno deve ser tratado segundo a abordagem adequada a esse transtorno. Lidar com o afeto negativo que não seja necessariamente devido a um transtorno representa desafios diferentes. Já foram desenvolvidos programas completos de manejo comportamental do humor (p. ex., Monti et al., 1990), embora descrevê-los esteja além do alcance deste capítulo. Entretanto, há alguns princípios comuns válidos. Quando os pacientes começam a reduzir ou param de beber pela primeira vez, eles podem vivenciar todas as emoções como desconhecidas e intensas. A reestruturação cognitiva para ajudar os pacientes a considerar essas intensas emoções como parte natural do processo de mudança pode ser útil. Para os pacientes cujo objetivo é a moderação, evitar beber em momentos de afeto negativo intenso dá a oportunidade de aprender estratégias de enfrentamento alternativas, que podem variar segundo o tipo de emoção negativa e podem incluir relaxamen-

to, oração ou meditação, aumentar os eventos prazerosos que se vivenciam para reduzir a depressão ou o uso de administração da raiva e assertividade para enfrentar os sentimentos de raiva.

O trabalho com Suzanne ilustra vários desses princípios. O mais difícil para ela foram as situações que a faziam lembrar da morte de seu irmão gêmeo. O aniversário deles, o da morte dele, o dia das mães ou dos pais, os feriados religiosos e os eventos especiais para as filhas dela, nos quais o envolvimento dele teria sido importante (como um *bat mitzvah*) causavam nela um afeto negativo intenso e um forte desejo de beber. Como tinha começado a beber pesado logo após a morte do irmão, ela passou pouco tempo vivenciando o luto ou mesmo discutindo a morte dele ou os sentimentos que tinha a esse respeito. Minha abordagem inicial na terapia era dar a ela a oportunidade de se expor a esses sentimentos negativos ao simplesmente falar sobre ele na sessão. O segundo enfoque foi identificar e discutir formas de abordar eventos que a fizessem lembrar dele. Eu a atendi por um período de seis meses, nos quais várias dessas situações surgiram naturalmente. Por exemplo, na semana anterior ao aniversário de sua morte, discutimos formas para que ela se concentrasse em sua morte e em suas recordações. Suzanne levou uma de suas filhas ao túmulo do irmão e elas limparam e plantaram flores juntas. No sábado em que era o aniversário da morte, ela foi ao templo com a família e preparou o prato favorito do irmão para o jantar. O dia foi triste e ela chorou várias vezes, mas foi o primeiro aniversário de morte em que ela achou que o havia homenageado em vez de envergonhar sua memória embebedando-se. Também discutimos os pensamentos repetitivos em que ela se culpava por sua morte, usando técnicas e reestruturação cognitiva. Ela tinha dificuldade de não se culpar pela morte dele, e poucas estratégias cognitivas tinham resultado sobre a autorrecriminação. Suzanne finalmente conseguiu começar a pensar: “Não posso me torturar para sempre com essa culpa. Se eu não abandonar esse sentimento, não vou ser uma boa mãe. Ele ficaria desapontado comigo se eu decepcionasse as minhas filhas”.

Equilíbrio de estilo de vida e atividades agradáveis
Marlatt e Donovan (2005) sugerem que o sucesso de longo prazo é sustentado por mudanças no estilo de vida que potencializam experiências positivas e possibilitam um equilíbrio entre as responsabilidades e o prazer. Embora alguns estudos com pessoas que conseguiram fazer mudanças em suas vidas (p. ex., Vaillant e Milofsky, 1982) tenham revelado que o desenvolvimento de uma “dependência alternativa” (p. ex., envolvimento obsessivo com o trabalho ou

com os exercícios físicos) está associado ao êxito com a abstinência de longo prazo, geralmente trabalhamos em busca de uma postura mais equilibrada. Quando começam a mudar, alguns de nossos pacientes acham que devem compensar sua falta de responsabilidade anterior, com um nível de responsabilidade muito elevado em relação à família, emprego e casa. É comum iniciar grandes projetos de redecoração ou reforma, tentar passar todos os momentos livres com os filhos ou organizar 10 anos de bagunça em gavetas e armários. Esse zelo pela responsabilidade pode ser uma faca de dois gumes para o paciente e para sua família. A atenção incansável às responsabilidades pode ser, ao mesmo tempo, satisfatória e exaustiva, não gratificante, podendo levar o paciente a colocar em questão o valor de não beber. Os familiares podem ficar entusiasmados porque o paciente está assumindo responsabilidades, mas desconfiados em relação à estabilidade da mudança, e não estar dispostos a abrir mão de responsabilidades que assumiram pelo paciente. Eles também podem vivenciar o entusiasmo do paciente como uma intrusão em suas próprias vidas independentes e suas agendas. Os pacientes devem ser preparados para essas reações, e o terapeuta pode ajudá-los a ver a reação da família como algo compreensível. Com a maioria dos pacientes, o terapeuta deve sugerir a importância do tempo de lazer, das atividades prazerosas e o autorreforço para as mudanças positivas que são feitas.

Ajudar Suzanne a identificar meia hora por dia na qual ela conseguisse relaxar, ler ou fazer exercícios foi um desafio. Ela achava que deveria se dedicar a suas filhas – uma crença que implicou que ela estivesse com as filhas praticamente todo o tempo em que elas estavam em casa. Quando elas estavam na escola, Suzanne se concentrava em limpar a casa, cozinhar, realizar tarefas na rua, pagar contas e outras tarefas domésticas. No fim do dia, exausta e tensa, comentava que o álcool teria sido uma boa maneira de “relaxar”. Finalmente, acertamos um período de meia hora antes do almoço, durante o qual ela usaria sua bicicleta ergométrica, leria um livro de meditações diárias ou caminharia. Ela só conseguiu fazer isso parcialmente, muitas vezes mencionando outras responsabilidades que tinham sido prioritárias.

Envolvimento do parceiro/familiares e o contexto social do tratamento

A literatura sobre o tratamento de transtornos por uso do álcool sugere que o envolvimento de algum sistema social importante está associado a resultados positivos no tratamento (revisado em McCrady et al., 2013). Em função dessas conclusões, a primeira tendência dos terapeutas deveria ser de envolver no

tratamento o cônjuge/parceiro do paciente ou alguma outra pessoa significativa. Há várias maneiras de envolver pessoas significativas: usando-as como fontes de informações, fazendo com que elas proporcionem reforço diferenciado para beber e se abster, ajudando-as a proporcionar apoio emocional e prático, envolvendo-as em tratamento centrado no relacionamento, oferecendo atendimento para elas sem a pessoa que bebe, e/ou as ajudando a acessar novos sistemas sociais.

Informação

A crença popular sugere que os alcoolistas minimizam ou mentem a respeito do seu consumo de álcool e suas consequências. A literatura empírica sugere que essas pessoas fornecem dados relativamente precisos quando estão sóbrias e quando não há consequências negativas fortes por dizer a verdade (p. ex., Sobell e Sobell, 2003). Apesar desses resultados, várias considerações clínicas sugerem que obter informações de um familiar pode ser útil na fase de avaliação do tratamento.

Os pacientes que são encaminhados ou coagidos ao tratamento podem relutar em dar informações completas sobre seu hábito de beber. A coleta de dados com quem encaminhou o paciente ajuda tanto o paciente quanto o terapeuta a entender as razões para o encaminhamento. Mesmo com os pacientes que vieram espontaneamente, as pessoas significativas podem dar informações que não estariam disponíveis aos pacientes por problemas de memória ou de recordação. Além disso, uma pessoa íntima do paciente geralmente terá observado o bebedor durante um longo período e em vários ambientes e pode ter informações valiosas para contribuir com a conceituação dos antecedentes do beber.

Respostas ao beber e à abstinência

Um tipo diferente de envolvimento do sistema social é o desenvolvimento de uma rede que dê reforço diferenciado à abstinência e aplique consequências negativas ao ato de beber. Esse reforço pode ser relativamente simples, como comentários positivos e estímulos de amigos e familiares, ou pode envolver a negociação de contratos detalhados que especifiquem as consequências do ato de beber e da abstinência. A *abordagem de reforço da comunidade* (CRA; Meyers e Smith, 1995) ajuda os pacientes a terem acesso a reforçadores potenciais (empregos, famílias, clubes sociais), ensina habilidades de enfrentamento comportamental aos pacientes e a seus parceiros e pode envolver o desenvolvimento de contratos de contingência para condicionar o acesso aos reforçadores à sobriedade. Além disso, os pacientes podem tomar dissulfiram ou naltrexona sob prescrição, e a adesão

pode ser monitorada por alguma pessoa significativa para o paciente. As avaliações da CRA sugerem que os pacientes têm muito mais sucesso do que os controles em manter a abstinência e o emprego, evitar hospitalizações ou prisão e ter endereço fixo. Além de tratamentos formais que se concentram no manejo de contingências ambientais, o terapeuta também pode ensinar os cônjuges/parceiros e outros familiares a possibilitar que o paciente vivencie as consequências negativas naturais do ato de beber. Muitos cônjuges/parceiros protegem o bebedor das consequências substituindo a pessoa no trabalho, cumprindo suas tarefas em casa ou mentindo a amigos e familiares em relação à bebida (p. ex., Orford et al., 2005). Vivenciar essas consequências negativas pode aumentar a percepção do paciente sobre a extensão e gravidade do seu problema com o uso de bebidas alcoólicas e dar motivação adicional à mudança.

Reduzindo os sinais para beber

As pessoas significativas na vida do paciente também podem ter comportamentos que sinalizam a bebida. Uma esposa que quer que seu marido pare de beber pode censurá-lo repetidamente com relação aos problemas que a bebida está causando, esperando que as preocupações dela o motivem para mudar. Ou um marido pode tentar fazer sua mulher parar de beber limitando seu acesso ao álcool ou controlando rigidamente o dinheiro dela. Entretanto, esses comportamentos podem ter um efeito involuntário e negativo, gerando raiva ou uma postura defensiva na pessoa que tem o problema com a bebida, resultando no posterior consumo de bebidas alcoólicas. Pode ser importante fazer com que os cônjuges/parceiros identifiquem esses comportamentos, reconheçam os resultados dessas ações e encontrem formas alternativas de discutir as preocupações com a bebida.

Apoio à abstinência

As pessoas significativas podem proporcionar muitos tipos de apoio aos pacientes. O apoio pode envolver ajudar o paciente a implementar uma mudança de comportamento, discutir a premência de beber, apoiar o plano do paciente de evitar situações de alto risco para beber ou (por solicitação do paciente) ajudar na implementação de outras habilidades de enfrentamento que sustentem a sobriedade.

Mudança no relacionamento

Para muitos pacientes, as interações com seus cônjuges/parceiros, filhos, pais ou amigos íntimos são sinais para beber, de forma que o tratamento que se concentre em mudar essas relações interpessoais é outra forma dessas pessoas se envolverem. Essas intervenções podem ser a terapia de casal ou de família, ou

treinamento de habilidades parentais. Alguns dados (McCrary et al., 2009; McCrary, Stout, Noel, Abrams e Nelson, 1991) sugerem que um foco na mudança no relacionamento conjugal durante o tratamento conjunto para alcoolismo resulta em mais estabilidade das consequências do ato de beber, menos separações e maior satisfação conjugal.

Ingresso em novos sistemas sociais

Alguns pacientes não dispõem de um sistema de apoio social, ou têm um sistema que sustenta o beber pesado. Para essas pessoas, é importante acessar novos sistemas que ou reforcem a abstinência ou sejam incompatíveis com o beber pesado. Os grupos de autoajuda são uma fonte potencial desse tipo de apoio. Como muitos grupos religiosos se opõem ao uso de álcool, o envolvimento sério nesse tipo de grupo também pode dar apoio à abstinência. Muitas atividades coletivas são incompatíveis com a bebida: grupos de corrida, montanhismo ou ciclismo são exemplos disso. Infelizmente, o álcool pode estar envolvido em quase qualquer atividade, e o terapeuta e o paciente precisam examinar cuidadosamente os grupos de atividades para determinar se a norma dos grupos inclui beber.

Em suma, as decisões sobre o contexto social do tratamento para o alcoolismo são complicadas. A avaliação inicial deve envolver pelo menos uma pessoa significativa na vida do paciente. Os resultados da avaliação devem revelar quem está mais disponível para o tratamento e quais são as fontes potenciais de apoio e reforço. Para alguns pacientes que não tenham qualquer apoio prontamente acessível, novos sistemas devem ser desenvolvidos.

Manutenção de longo prazo

Prevenção da recaída

O modelo de PR de Marlatt e Gordon (1985) e o modelo de PR revisado de Witkiewitz e Marlatt (2004) são modelos de tratamento abrangentes; o manual de terapia cognitivo-comportamental (TCC) de Epstein e McCrary (2009) apresenta exercícios de PR específicos nas últimas sessões de tratamento. Muitos elementos do tratamento de PR já foram descritos – identificar situações de alto risco para a bebida, desenvolver estratégias alternativas para enfrentar situações de alto risco, melhorar a autoeficácia para o enfrentamento, lidar com as expectativas positivas em relação ao uso do álcool e facilitar o desenvolvimento de um estilo de vida equilibrado. Uma parte adicional e importante do modelo de PR é trabalhar com a possibilidade da recaída e desenvolver as estratégias de prevenção e resposta à recaída.

Os pacientes são informados de que não é incomum o uso de álcool depois do tratamento, e ele

aborda essa possibilidade. Duas estratégias básicas são utilizadas. Em primeiro lugar, ajudar o paciente a desenvolver uma lista de sinais de recaída iminente, incluindo os sinais comportamentais, cognitivos, interpessoais e afetivos. Se também houver um cônjuge/parceiro envolvido no tratamento, ele irá contribuir para a lista. Depois de elaborada essa lista, desenvolvemos um conjunto de respostas possíveis em caso de surgimento desses sinais. O mais importante é que o paciente reconheça que esses sinais de alerta devem desencadear a ação, e não a inação e as cognições fatalistas em relação à inevitabilidade da recaída. Um segundo conjunto de estratégias envolve a resposta à bebida ou ao beber pesado. O terapeuta tenta tratar da probabilidade do EVA chamando a atenção para a possibilidade de que o paciente tenha pensamentos catastróficos se beber e ajuda a ensaiar pensamentos alternativos. Marlatt e Gordon (1985) também sugerem uma série de passos comportamentais: introduzir um retardo comportamental (1-2 horas) entre uma primeira dose e qualquer dose subsequente, sair da situação imediata relacionada à bebida, realizar uma análise funcional da situação naquele momento, refletir sobre possíveis consequências negativas do beber e chamar alguém que possa ajudar. Algumas evidências de pesquisa sustentam o uso de abordagens de PR. Por exemplo, concluímos em nossa própria pesquisa (McCrary, Epstein e Hirsch, 1999) que a inclusão dos procedimentos de PR como parte de um tratamento conjunto para o alcoolismo foi bem-sucedida na redução dos episódios de recaída em comparação com TCC conjunta sem PR. O'Farrell, Choquette e Cutter (1998), que incorporaram técnicas de PR a sua terapia de casal oferecendo sessões extras ao longo de 12 meses após o tratamento inicial, relataram que os casais que receberam a terapia adicional beberam com menos frequência.

Mantendo contato com os pacientes

O tratamento por tempo limitado é adequado e eficaz para muitos pacientes, e há boas evidências de melhorias sustentadas no longo prazo depois de um tratamento ambulatorial (*Project MATCH Research Group*, 1998). Entretanto, os períodos de recaída são comuns. As estratégias clínicas que descrevi para PR visam minimizar os períodos de uso problemático e maximizar os resultados positivos. Para alguns pacientes, contudo, a dependência do álcool deve ser considerada como um transtorno crônico e sujeito a recaída (McLellan et al., 2000). Assim como acontece com outros problemas crônicos de saúde, como o diabetes ou a artrite reumatoide, os modelos de tratamento agudo que tratam as pessoas e as mandam cuidar de suas vidas podem ser inadequados e ineficazes. Uma

estratégia alternativa proporciona contato de longo prazo e de baixa intensidade em um período mais longo (McKay et al., 2011).

Durante o tratamento inicial de um paciente que tenha uma história de dependência grave de álcool, vários episódios de tratamento e dificuldade de manter uma mudança sustentada, o terapeuta pode optar por definir uma expectativa diferente com essa pessoa, em que haverá algum tipo de contato contínuo no longo prazo.

Lee, um homem casado de 54 anos, veio para tratamento por problemas de dependência do álcool e agorafobia. O tratamento visou os dois transtornos, e ele conseguiu se abster do álcool e aumentar gradualmente as distâncias que conseguia dirigir sozinho. A casa dele ficava a 1 hora de carro do meu consultório, e o tratamento já tinha quase 12 semanas quando ele conseguiu vir de carro sem a companhia de sua mulher. No fim do ano, estávamos nos encontrando de duas a três vezes por semana. Como ele estava abstinente há um ano e funcionava bem, discutimos a possibilidade de encerrar o tratamento. Sua resposta foi instrutiva:

LEE: Doutora, já faz muito tempo que eu bebo. Um ano é uma gota no oceano em comparação com isso. Eu acho que preciso continuar com as consultas com você.

TERAPEUTA: Lee, eu entendo as suas preocupações, mas você tem se saído muito bem por um bom tempo. Talvez devêssemos simplesmente reduzir ainda mais a frequência de nossos encontros. O que você acha de uma consulta por mês, e mais curta, meia hora, em vez de uma?

LEE: Acho uma boa ideia, vamos experimentar.

Aos poucos, fui diminuindo a frequência e a duração de minhas sessões com Lee, e o atendi duas vezes por ano, 15 minutos por sessão, pelos menos durante três anos e meio de seu tratamento de cinco anos. Ele descreveu a importância das sessões: “Eu simplesmente tenho presente que tenho que ver você e contar o que tenho feito. Isso me mantém honesto”.

Administrando condições complicadas

Como descrevi antes no capítulo, os pacientes com TUAs podem apresentar uma série de outros problemas complicadores. O terapeuta deve avaliar e desenvolver um plano de tratamento para as múltiplas necessidades desses pacientes. No mínimo, os terapeutas devem considerar possíveis problemas relacionados à moradia, transporte, renda, ocupação/emprego, o sistema jurídico, a família, cuidado dos filhos, condições médicas e transtornos psicológicos

comórbidos. Conhecer os serviços e os órgãos na comunidade local e desenvolver relações de trabalho com vários desses órgãos são condições essenciais para o tratamento de pacientes complicados. Rose, Zweben, Ockert e Baier (2013) apresentam uma estrutura abrangente para estabelecer a interface com outros sistemas sociais e de saúde.

O papel dos grupos de autoajuda

Os tipos de grupos de autoajuda foram descritos em uma parte anterior deste capítulo. Várias estratégias terapêuticas podem facilitar o envolvimento em um grupo de autoajuda, quando for o caso. O terapeuta deve avaliar inicialmente se o paciente é um bom candidato para participar de um grupo de autoajuda. Os pacientes com ansiedade social ou fobia social muito alta, os que acreditam que a pessoa deve cuidar de seus problemas por conta própria e os que tiveram vivências anteriores negativas com esses grupos podem ser maus candidatos. Por outro lado, os pacientes com tendência associativa, os que estão acostumados a resolver problemas com a ajuda de outros, os que são particularmente ansiosos e preocupados com o seu beber, aqueles cujos sistemas de apoio social os apoiam para que continuem bebendo pesado e os que têm dependência mais grave do álcool são particularmente bons candidatos para o AA. As pessoas interessadas nos aspectos de apoio social da autoajuda, mas que rejeitam explicitamente alguns dos construtos associados ao AA (p. ex., impotência ou espiritualidade) podem ser melhor atendidas em um outro grupo de autoajuda.

Assim como em todos os aspectos da terapia, o terapeuta deve usar uma abordagem centrada no paciente para a introdução do AA ou de outros grupos de autoajuda. Esse tipo de enfoque sugere um diálogo entre o paciente e o terapeuta, reconhecimento e discussão das percepções e preocupações do paciente e desenvolvimento de um plano de consenso. Como muitos pacientes têm ideias equivocadas sobre o AA e não conhecem algumas das organizações alternativas, o terapeuta deve estar preparado para descrever as organizações e responder a perguntas. Também é útil que ele tenha publicações básicas de cada grupo no consultório. Às vezes, posso recomendar que um paciente relutante experimente algumas reuniões para ter uma amostra em primeira mão do que realmente acontece. Negociamos um acordo de prazo muito curto para um número específico de reuniões em um período limitado (como seis reuniões em três semanas), concordamos em que se o paciente continuar com uma ideia negativa ou relutante depois de experimentar os grupos, abandonaremos a ideia, e discutimos as experiências e percepções que o paciente teve da reu-

nião do grupo de autoajuda em cada sessão. Também uso amostragem comportamental com outros aspectos da terapia. Muitas vezes, os pacientes não conseguem visualizar como uma estratégia pode funcionar sem experimentá-la, seja uma técnica de relaxamento, uma reunião do AA ou uma resposta assertiva, e recomendo que estejam abertos a novas estratégias. No AA, os recém-chegados podem ouvir: “Seus melhores pensamentos trouxeram você até aqui”, sugerindo que suas próprias estratégias de enfrentamento foram ineficazes. A amostragem comportamental se baseia nesse mesmo construto.

Variáveis do terapeuta

Assim como acontece com qualquer forma de terapia, a relação do terapeuta com o paciente e a atitude terapêutica assumidas pelo terapeuta são importantes. Empatia, escuta ativa, semear esperança, aplicar de forma flexível técnicas e princípios terapêuticos e estabelecer uma sensação de que o terapeuta e o paciente estão trabalhando em função de objetivos de consenso são essenciais. As pesquisas sugerem que, em contraste com um estilo de confrontação, o estilo empático e motivacional está associado a melhores resultados no tratamento e os comportamentos de confronto por parte do terapeuta tendem a evocar comportamentos defensivos e contra-agressivos no paciente (Miller, Benefield e Tonigan, 1993; Miller e Rollnick, 2002). Essas respostas raramente levam a uma aliança terapêutica construtiva.

Trabalhar com um paciente com TUA costuma ser difícil, tanto devido ao comportamento dele durante o tratamento quanto à história de comportamentos relacionados com o uso de bebidas alcoólicas que o terapeuta pode considerar repugnantes ou desconcertantes. O paciente também pode mentir sobre a bebida ou minimizá-la durante o tratamento. Se o cônjuge/parceiro também estiver envolvido no tratamento, a relação terapêutica torna-se ainda mais complicada.

Ao tratar o paciente com um problema de álcool junto de um cônjuge/parceiro que queira que ele pare de beber ou diminua, o terapeuta está aliado, na prática, com esse cônjuge/parceiro. Esse indivíduo pode tentar fortalecer sua aliança com o terapeuta fazendo eco aos seus comentários, expressando sua raiva em relação à conduta do paciente, entrando em confrontos ou, ainda, sendo submisso e permitindo que o paciente seja verbalmente agressivo ou dominador.

Certas atitudes e comportamentos do terapeuta parecem conduzir ao tratamento bem-sucedido. Em primeiro lugar, está uma sensação de empatia com o paciente. O terapeuta deve desenvolver alguma compreensão da experiência subjetiva do paciente em relação a iniciar a terapia e à dificuldade de admitir

comportamentos que sejam pessoalmente constrangedores e frequentemente reprovados socialmente. Além disso, o terapeuta precisa ter alguma estimativa das incríveis dificuldades envolvidas em uma mudança de longo prazo no hábito de beber. O terapeuta pode desenvolver essa avaliação tentando mudar um padrão de comportamento que ele próprio tem profundamente arraigado, participando de reuniões de algum grupo de autoajuda (AA, SMART, SOS) e ouvindo cuidadosamente os pacientes.

Uma segunda habilidade terapêutica importante é a capacidade para discriminar entre o indivíduo e o comportamento relacionado à bebida. O paciente precisa poder descrever as ações relacionadas à bebida não apenas sem achar que o terapeuta sente repulsa, mas também sem achar que o terapeuta fecha os olhos ou aceita esses comportamentos. Esse é um equilíbrio delicado de se atingir, principalmente quando um paciente descreve episódios de alcoolismo de maneira jocosa, que possa ocultar constrangimento ou repulsa com o ato de beber. A motivação do paciente para mudar pode ser melhorada discutindo-se comportamentos negativos, relacionados à bebida, e vivenciando o afeto negativo associado aos pensamentos sobre essas ações. O terapeuta também deve transmitir uma sensação de esperança ao paciente, prevendo mudanças positivas que possam ser associadas a mudanças no hábito de beber e enfatizando que é possível mudar. Dessa forma, a mensagem implícita ao paciente é a seguinte:

“Você já fez muitas coisas ao beber que desagradaram a você mesmo e às pessoas ao seu redor. O fato de você estar em tratamento é uma declaração de que quer mudar. É importante falarmos sobre as coisas que você fez enquanto bebia, porque ter consciência delas vai fortalecer seu desejo de parar de beber e de parar de fazer essas coisas. Fazer mudanças demandará tempo e muito esforço de sua parte, mas acredito que você vai conseguir se seguir o tratamento.”

Em outras palavras, a mensagem do terapeuta é positiva em relação à mudança, mas negativa em relação aos comportamentos relacionados à bebida.

Uma terceira qualidade importante do terapeuta é a integridade. Em função de seu desconforto e de sua história de reforço, é difícil para os pacientes relatar os episódios de consumo de bebida, exercícios e atitudes em relação a estar em tratamento. O terapeuta pode reconhecer o quão é difícil para o paciente ser honesto, já que a mentira provavelmente teve um caráter adaptativo no passado; no entanto, o terapeuta

deve deixar claro que parte da terapia envolve aprender como ser honesto. O terapeuta também deve proporcionar um modelo positivo de integridade. Ele não deve ignorar o cheiro de álcool na respiração do paciente e deve revisar o exercício de casa todas as semanas. Prestar atenção ao comportamento do paciente ensina a importância de cumprir os compromissos e aumenta a chance de que terapeuta e paciente consigam identificar os problemas e os bloqueios aos avanços no tratamento.

O terapeuta também deve estabelecer expectativas claras sobre o paciente e sua própria responsabilidade em relação à terapia, e deve, também, definir limites adequados. O terapeuta deve definir expectativas claras para o paciente: ir a sessões marcadas com pontualidade, telefonar se não puder ir, pagar a terapia, ir sóbrio e realizar os exercícios de casa. O terapeuta também deve deixar claro seu compromisso com a terapia, estando nas sessões no horário marcado, estando razoavelmente disponível ao telefone, dando cobertura quando estiver fora e proporcionando tratamento com o melhor suporte empírico para sua eficácia. Ser claro em relação às expectativas de comportamento do paciente durante a terapia enfatiza o compromisso do terapeuta com a terapia como um processo sério.

Variáveis do paciente

Somente algumas poucas características do paciente são preditores consistentes dos resultados de tratamento (Haaga, McCrady e Lebow, 2006). Os pacientes que têm expectativas positivas em relação aos resultados tendem a se sair melhor. Além disso, os que têm mais prontidão à mudança também têm resultados mais positivos. Por fim, os que têm problemas mais graves têm resultados inferiores. As expectativas em relação ao tratamento e à prontidão para a mudança podem ser influenciadas pelo terapeuta.

O terapeuta deve estar ciente e sensível em relação a uma série de questões que as pessoas com problemas com a bebida levam ao tratamento. A experiência emocional do paciente, suas crenças e atitudes, seu estado físico (descrito na seção sobre *setting* de tratamento) e o contexto social em que bebe (descrito na seção sobre contexto da bebida) são todos aspectos importantes no plano terapêutico.

Uma pessoa tem uma série de reações quando entende pela primeira vez que seu consumo de bebida está causando problemas. O mais comum é que, à medida que as consequências negativas se acumulam, o indivíduo comece a se sentir fora de controle e com vergonha do comportamento. Suas ações podem ser inaceitáveis à sua autodefinição. Dessa forma, a irresponsabilidade financeira ou profissional, a ne-

gligência com os familiares, a violência física ou o abuso verbal podem ser ações em relação às quais o indivíduo sente culpa e autorrecriminação intensas. A perspectiva de admitir essas ações a um estranho é assustadora e constrangedora, tornando difícil para o paciente discutir problemas associados à bebida. Como muitos pacientes atribuem seus problemas à fraqueza ou à falta de força de vontade, acreditando que bastaria ser “mais fortes” para essas coisas não acontecerem, eles culpam a si mesmos. Dessa forma, os pacientes são demasiado sensíveis a críticas sugeridas pelo terapeuta. Pode-se atenuar essa dificuldade fazendo comentários empáticos enquanto faz perguntas, dizendo aos pacientes que suas ações são comuns entre pessoas que bebem muito e ouvindo suas descrições de ações relacionadas à bebida de maneira receptiva. Os pacientes também têm uma série de crenças e atitudes com relação ao álcool e à sua capacidade de mudar, que dificultam a mudança. As pessoas com TUAs têm expectativas positivas em relação aos efeitos do álcool sobre os sentimentos e comportamentos, sentindo-as com mais intensidade do que quem não tem problemas com a bebida. Elas podem atribuir seu consumo de bebidas alcoólicas a razões externas e acreditar que não são pessoalmente responsáveis por beber ou mudar. Elas podem ter baixa autoeficácia em relação à sua capacidade de mudar seu hábito de beber ou de lidar com situações relacionadas ao álcool sem beber, ou podem ter, irrealisticamente, uma elevada autoeficácia, que não está baseada na realidade. Por fim, se os indivíduos param de beber e depois voltam a consumir álcool, pode haver dissonância cognitiva e eles podem sentir a EVA (Marlatt e Gordon, 1985), caracterizada por uma reação de negação excessiva ao consumo inicial de álcool, e uma autopercepção de que “estragaram” sua abstinência e inevitavelmente terão recaída ao padrão de bebida anterior.

ESTUDO DE CASO

Nas seções anteriores, apresentei exemplos de caso para ilustrar a aplicação de partes do nosso modelo de tratamento. Nesta, apresento um caso completo de terapia ambulatorial para ilustrar uma série de questões descritas anteriormente no contexto do desenvolvimento do tratamento. O casal fazia parte de um projeto de pesquisa que avaliava diferentes abordagens à manutenção da mudança após o tratamento comportamental combinado para alcoolismo (McCrary et al., 1999).

Os casais, nesse estudo, tinham de estar casados ou morando juntos por pelo menos seis meses; nenhuma das pessoas poderia ter um problema primário de uso de drogas ilícitas ou mostrar evidência de prejuízo cognitivo grosseiro ou psicose e apenas o

homem poderia ter evidências de abuso ou dependência do álcool. Todos os casais foram atendidos por um terapeuta por 15 a 17 sessões semanais ambulatorialmente e concordaram com uma avaliação no início e no seguimento de 18 meses pós-tratamento.

Carl e Maria eram casados e tinham ambos 32 anos. Buscaram tratamento porque ele bebia. Maria tinha estatura média, cabelo longo, moreno e crespo, e era obesa. Carl também tinha estatura média, cabelos loiros, era magro, mas apresentava um início de uma “barriguinha de cerveja”. Ambos eram asseados e cativantes. O casal estava casado há cinco anos e se conhecia há 12 anos. Tinham dois filhos, de 2 e 3 anos. Ambos vinham de famílias com pais não separados, embora o pai de Carl tivesse morrido alguns anos antes. A família dele era de ascendência principalmente polonesa, e a de Maria, italiana.

Na época do tratamento, Carl e Maria estavam separados há cinco meses. Ele estava morando na casa da mãe, e Maria estava alugando um apartamento de um quarto em uma comunidade pobre, onde morava com os dois meninos. Maria era esteticista, com formação, e Carl era eletricitista e trabalhava por intermédio do sindicato. Carl não estava trabalhando na época, porque não queria estabelecer um padrão de pensão para Maria, caso ela pedisse o divórcio. Além disso, se ele não trabalhasse por um determinado tempo, conseguiria retirar seu dinheiro do plano de pensão do sindicato e achava que essa seria uma forma fácil de conseguir dinheiro. Maria não estava trabalhando porque decidiu que Carl teria de cuidar dos filhos enquanto ela trabalhava, e não achava que ele era confiável para ir ao seu apartamento e cuidar deles. Ela era sustentada pelo programa *Aid to Families with Dependent Children* (AFDC); Carl fazia trabalhos esporádicos “clandestinamente”. Ambos tinham o ensino médio completo.

O casal apresentou-se para tratamento por pressão de Maria. Ela estava muito preocupada com o consumo de bebida de Carl e mencionou isso como a principal razão para a separação conjugal.

Avaliação comportamental e conceituação do caso

Carl e Maria foram avaliados por meio de uma variedade de abordagens. Sua avaliação foi um pouco mais extensa do que o normal na prática clínica em função de seu envolvimento com o projeto de pesquisa sobre o tratamento. Entretanto, os principais elementos da avaliação também são aplicáveis à prática clínica.

Avaliação do consumo de bebida

Para avaliar o consumo de bebida alcoólica de Carl, usamos uma entrevista clínica para perguntar sobre

sua história com o uso de bebida e suas percepções do hábito atual. Um etilômetro manual era usado no início de cada sessão para avaliar seu BAL no momento. Além disso, usamos duas entrevistas estruturadas, a *Alcohol Timeline Followback* (TLFB; Sobell e Sobell, 1995) e o módulo de abuso de substâncias da *Composite International Diagnostic Interview – Substance Abuse Module* (CIDI-SAM; Robins et al., 1988) para obter um quadro mais completo. Maria estava presente em todas as entrevistas e contribuiu com mais informações.

A TLFB indaga sobre o comportamento em relação ao uso de bebidas alcoólicas em cada dia em uma janela de tempo antes do tratamento. Para esse estudo, perguntamos sobre o consumo de Carl nos seis meses anteriores, dando pistas para a recordação do beber do paciente por meio de outros acontecimentos de destaque na vida dele e de Maria, como eventos sociais, consultas médicas, feriados e outras comemorações. A TLFB revelou que ele tinha bebido praticamente todos os dias nos seis meses anteriores. Seu único dia de abstinência foi quando ele e uns amigos foram presos por tentativa de arrombamento e invasão. Suas bebidas preferidas eram cerveja e vodka, e ele informou que o máximo que bebia em qualquer dia era umas 32 doses. Seu consumo usual variava entre 10 a 12 doses diárias. Carl cumpria critérios do DSM-IV (o sistema em vigor na época da avaliação) e do DSM-5 para um diagnóstico de grave dependência de álcool com dependência fisiológica. Ele vinha bebendo desde o ensino médio e contava já ter problemas como resultado do álcool aos 25 anos. Carl tivera várias consequências problemáticas por seu uso: três prisões por dirigir bêbado, uma por arrombamento e invasão, avisos por parte de supervisores por estar embriagado no trabalho, problemas de relacionamento com sua mulher e o sentimento de que tinha negligenciado suas responsabilidades com a mulher e os filhos. Ele tivera *blackouts* muitas vezes e informava vários sinais de dependência física, incluindo beber de manhã, uma sensação de “pânico” quando achava que não conseguiria uma bebida e precisava dela, e beber durante todo o dia. Porém, ele disse que nunca havia tido qualquer sintoma físico de abstinência de álcool. Ele também não relatava qualquer problema emocional ou de saúde associado ao seu consumo. Quando perguntado sobre seus objetivos para o tratamento, indicou que sua preferência pessoal era reduzir e beber moderadamente, mas sua mulher insistia na abstinência, e ele estava disposto a trabalhar rumo a esse objetivo.

Usamos duas técnicas de avaliação para identificar os antecedentes de Carl com a bebida, o DPQ

(Menges et al., 2008) e os cartões de autorregistro. O DPQ foi usado para avaliar as percepções de Carl e de Maria sobre os antecedentes do uso de álcool. Carl preencheu o DPQ marcando todos os antecedentes que se aplicavam a seu hábito de beber nos seis meses anteriores, e Maria também preencheu o questionário para indicar sua percepção sobre o beber de Carl. Também foi pedido que indicassem o que consideravam os antecedentes mais influentes. Ambos percebiam as influências ambientais como as mais importantes para o hábito de Carl, citando como os ambientes mais importantes os bares e sua casa, tardes em que ele não estava trabalhando, qualquer comemoração e estar perto de outros que estivessem bebendo.

O segundo conjunto mais importante de sinais para beber estava ligado ao relacionamento conjugal, com Carl mencionando como antecedentes discussões, raiva, sentir-se censurado ou passar juntos momentos agradáveis. A terceira área de preocupação que ambos mencionaram era a dos antecedentes fisiológicos, principalmente a inquietação e a fadiga.

Carl usou cartões de autorregistro diários durante todo o tratamento para registrar quando bebia ou sentia premência de beber. Repassando a informação que ele registrou e discutindo os eventos associados à bebida e às premências, ficou claro que estar com amigos que bebem muito era um componente importante para que Carl bebesse. Os cartões de autorregistro também esclareceram fatores associados ao seu sentimento de *inquietação*. Quando ele e Maria estavam juntos e as crianças estavam agitadas, se ele quisesse sair ou ir a algum lugar, ele ficava inquieto e irritável e com vontade de beber para *relaxar*. Por fim, ficou claro que Carl tinha vontade de beber sempre que Maria lembrava-o de um compromisso que ele tinha assumido (mesmo alguma coisa simples, como levar um livro ao apartamento dela), quando ela tentava fazer com que ele se compromettesse com qualquer ação responsável ou quando ele se sentia *em uma armadilha*.

Usamos questionários e cartões de autorregistro para avaliar como Maria enfrentava o hábito de beber de Carl. Ela registrava suas percepções sobre o hábito dele em uma escala Likert (*Nenhuma, Leve, Moderada ou Pesada*) e também registrava sua satisfação conjugal diária. Suas respostas antecedentes e consequentes a episódios de beber eram discutidas nas sessões. Além disso, ambos os parceiros preencheram uma versão modificada do Questionário de Enfrentamento (Orford et al., 2005).

Os dados dessas fontes de avaliação deixaram claro que Maria muitas vezes questionava Carl

em relação a suas ações, ameaçava-o ou pedia que ele não bebesse. Ela tinha reagido ao beber dele de várias formas negativas – separando-se, chamando a polícia e se recusando a fazer sexo. Ao mesmo tempo, fez esforços consistentes para apoiá-lo e encorajá-lo à abstinência, ao fazer coisas positivas com ele quando ele não bebia, fazendo coisas agradáveis para ele ou falando de coisas positivas que os dois poderiam fazer juntos se ele não bebesse.

Relacionamento conjugal

Avaliamos o relacionamento conjugal administrando o ACQ (Margolin et al., 1983) e a DAS (Spanier, 1976) e assistindo uma gravação em vídeo do casal discutindo um problema em seu relacionamento. Maria tinha várias preocupações importantes sobre o relacionamento deles. Além do hábito de beber de Carl, ela estava preocupada com a aparente falta de responsabilidade dele, citando sua relutância em trabalhar, cuidar dos filhos ou ficar independente da mãe. Em termos gerais, Maria achava que não podia esperar de Carl apoio concreto ou emocional. Outra preocupação que ela expressou foi a definição de seus papéis. Ela achava que Carl ditava a ela o papel que ela tinha de cumprir, e ela permitia. Ela frequentemente se sentia ressentida e com raiva como resultado disso. Por fim, ela mencionou a mãe de Carl como um problema, descrevendo-a como uma “facilitadora” que resgatava Carl de seus problemas, nada exigindo dele. Ela disse que quando eles começaram a namorar, gostavam de beber, estar na rua até tarde, andar de moto e se divertir, mas ela achava que agora era hora de “seguir em frente” em suas vidas e “chegar a algum lugar”.

Carl tinha menos preocupações conjugais. Ele não gostava que Maria o “repreendesse” nem discutisse o fato de ele beber, e dizia: “Se eu tivesse uma mulher diferente, não teria problema com a bebida”. Ele tampouco gostava de sua “persistência” em querer discutir tópicos longamente e sua “mudança de atitude” quando ele bebia.

Um vídeo de suas interações revelou vários problemas de comunicação. Carl e Maria se interrompiam com frequência e não ouviam os comentários um do outro. Cada um deles fazia comentários sarcásticos e ácidos em relação ao outro, geralmente com um sorriso e um comentário irônico. Maria reclamava de suas responsabilidades excessivas e Carl a criticava por não cumpri-las, mas se recusava a reconhecer qualquer uma que ele mesmo tivesse.

Apesar desses consideráveis problemas conjugais, eles gostavam da companhia um do outro, compartilhavam muitas atividades e prazeres (p. ex., pescar, ir a parques com as crianças) e tinham um re-

lacionamento sexual muito positivo. Maria disse, sobre a relação deles: “Nos damos muito bem quando eu não exijo nada”.

Formulação comportamental

O hábito de beber de Carl parecia ter se desenvolvido em um contexto social, quase sempre em grupos sociais com padrões de consumo semelhantes. O padrão era reforçado por essas interações sociais positivas, com amigos e (no início de sua relação) com Maria. Ele havia desenvolvido uma tolerância alta ao álcool, de forma que conseguia consumir quantidades cada vez maiores, resultando em um padrão de ingestão diária com alguns sinais de dependência física. Para ele, o álcool proporcionava uma série de consequências positivas: ele gostava dos sabores e das sensações associadas à bebida e do contexto social e dos sentimentos de relaxamento que a bebida proporcionava. Embora ele tivesse acumulado várias consequências negativas do beber, nenhuma delas tinha afetado suas percepções internas de si mesmo ou do álcool. A partir de sua perspectiva, as consequências negativas foram impostas a ele por outros – pela polícia, por supervisores no trabalho e por sua mulher. Além disso, ele tinha conseguido evitar responsabilidades por suas ações em muitas áreas de sua vida. Quando não trabalhava, conseguia morar com sua mãe, que o protegia das consequências negativas de não trabalhar, dando casa e comida. Quando sua mulher fazia demandas que ele sentia como aversivas, ele a evitava ou ignorava. Em algum grau, seus problemas com álcool foram acentuados pelas diferentes etapas de desenvolvimento dos dois: Maria estava pronta para avançar a uma etapa mais adulta da vida, com maiores responsabilidades e objetivos de longo prazo; Carl, ao contrário, queria manter um estilo de vida e padrões de comportamento de 20 e poucos anos.

Apesar de Carl atribuir a fatores externos os seus problemas e sua tendência a evitar consequências negativas e responsabilidade, sua mulher e seus filhos eram importantes para ele e ele não queria perdê-los. Assim, veio se tratar para manter esses reforçadores desejados, mas não necessariamente para fazer as mudanças comportamentais que sua mulher considerava necessárias para que eles tivessem um casamento bem-sucedido no longo prazo.

À medida que o tratamento avançava (ver a seguir), Carl realizava uma série de manobras para manter a relação deles, mas evitava a mudança em seu comportamento; sua esposa, e, às vezes, a terapeuta, reforçavam esses comportamentos. Maria tinha um repertório limitado de formas eficazes de obter reforçadores positivos para si própria. Ela parecia esperar

que a maioria dos sentimentos positivos viesse de fontes externas, e repreender e criticar eram os únicos comportamentos verbais que ela usava para conseguir o que queria. Ela reforçava o uso de bebidas alcoólicas de Carl ao continuar tendo contato com ele, mas ao mesmo tempo tinha comportamento verbal aversivo. Ela responsabilizava Carl por sua felicidade, dizendo que não tinha como trabalhar (algo de que ela gostava muito) até que ele parasse de beber e fosse mais responsável. Da mesma forma, não podia perder peso se ele não parasse de beber e até que ela ficasse menos perturbada.

Como casal, Carl e Maria careciam das habilidades verbais para discutir esses problemas principais. Controle aversivo, evitação de responsabilidades e falta de comunicação empática caracterizavam suas interações.

Preparando o paciente para a mudança

Carl e Maria foram atendidos juntos em todas as fases da avaliação. Na avaliação inicial, pediu-se a ambos que descrevessem suas percepções sobre o hábito de beber de Carl, seu relacionamento e como cada um vinha tentando lidar com o beber de Carl. Atendendo o casal conjuntamente, comuniquei minha percepção de que a bebida estava intimamente ligada a seu relacionamento, e que cada um precisaria examinar seu próprio comportamento para realizar mudanças positivas. No fim da avaliação, dei meu *feedback* sobre as principais dificuldades que percebia (resumidas anteriormente) e expliquei o plano de tratamento. Ao discutir o plano, tratei do seguinte:

“Pedimos que vocês viessem ao tratamento como casal, porque a bebida afeta muitas áreas de suas vidas, incluindo casamento e família. Pelo que você disse, Maria, sei que tentou muitas formas de enfrentar o problema de Carl com a bebida, e que, às vezes, você sentiu raiva e frustração. Está claro que você tentou ajudar, mas parece, Carl, que na maior parte das vezes você ficou chateado quando Maria dizia qualquer coisa sobre seu hábito de beber. Durante o tratamento, examinaremos seu beber, como você tentou lidar com isso e como vocês dois estão se relacionando como casal. Neste momento, vocês estão separados e têm muitas preocupações sobre seu relacionamento. À medida que avançamos na terapia, vou ajudar a melhorar sua comunicação e pedir que experimentem novas formas de passar o tempo juntos e discutir os problemas. A terapia vai se concentrar em três tópicos principais – seu hábito de beber, Carl, como você, Maria, tem enfrentado isso e como enfrentar de maneira

que funcionem melhor para os dois e para seu relacionamento um com o outro.”

Além dessa orientação geral, que tanto Carl quanto Maria achavam que captava seus objetivos com relação ao tratamento, discutimos detalhadamente os objetivos de Carl em relação à bebida e fizemos planos para atingi-los. Como indicado antes, o objetivo maior de Carl em relação à bebida era beber moderadamente, mas Maria achava que ele tinha de se abster, e ele tinha concordado com esse objetivo antes de ir ao tratamento. Como ele vinha bebendo diariamente e apresentava sinais de tolerância ao álcool, fiquei preocupada com que ele não conseguisse parar de beber sem ajuda. Assim, discuti com ele a possibilidade de fazer desintoxicação sob supervisão médica:

“Eu me preocupo, Carl, que você tenha dificuldade de parar de beber por conta própria. Você bebe todos os dias e tem bebido muito. Nos questionários, você indica que ‘entra em pânico’ se acha que não vai conseguir álcool e geralmente bebe durante todo o dia. Todas essas coisas sugerem que você pode estar ‘fisgado’ pelo álcool, e que seu corpo vai reagir de forma intensa ao ficar sem nenhum álcool. A maneira mais fácil de passar pelos primeiros dias sem beber é entrar em um programa de desintoxicação hospitalar, e eu gostaria que você pensasse nisso.”

Carl reagiu de forma muito negativa à ideia de ser hospitalizado. Ele tinha medo de ser “encarcerado” e disse: “Sei que enlouqueceria. Não aguento ficar confinado. Depois de 24 horas, simplesmente teria de ir embora. Não é uma boa ideia”. Eu tinha todo o interesse em fazer Carl se envolver no tratamento, então não achei que seria apropriado tentar forçá-lo a entrar em um centro de desintoxicação. Estava segura de que se fizesse da internação breve um pré-requisito para o restante do tratamento, ele abandonaria completamente. Portanto, desenvolvemos um plano para atingir a abstinência. O plano tinha dois componentes principais:

1. Carl teria de ir à terapia sóbrio e seu BAL seria verificado pela leitura de nível de álcool na respiração.
2. Estabeleceria objetivos para reduzir sua bebida gradualmente, com uma data para a abstinência de seis semanas dali em diante.

Se ele não conseguisse atingir um desses objetivos, reavaliaríamos a necessidade de desintoxicação supervisionada. Carl aceitou esse acordo, bem como Maria.

Processo terapêutico

O curso do tratamento é descrito sequencialmente para dar ao leitor um quadro mais claro dos avanços e dificuldades de um caso de terapia bastante típico. O tratamento cobriu várias áreas principais:

1. ajudar Carl a reduzir e depois parar com a bebida;
2. ensinar habilidades para manter a abstinência;
3. fazer Carl entender melhor que seu hábito é problemático;
4. ensinar a Maria estratégias de enfrentamento mais construtivas;
5. ensinar ao casal como estabelecer interações positivas;
6. ensinar ao casal técnicas de mútua solução de problemas.

Além disso, à medida que o tratamento avança, concentramos a atenção em algumas áreas de mudança comportamental individual para Maria.

Ingresso e sessões 1-2

Na sessão inicial de ingresso, Carl tinha um BAL maior do que 400 mg%. Embora não apresentasse sinais graves de intoxicação, estava agressivo, e o profissional que fazia a admissão não achou que teria condições de realizar uma entrevista inicial razoável. Ele sugeriu que Carl recebesse atenção médica por seu alto BAL, mas Carl se recusou e o profissional remarcou a entrevista de ingresso. Na consulta remarcada, Carl estava sóbrio e em condições de dar informações, de dar consentimento informado em relação aos aspectos do programa relacionados à pesquisa e de marcar a sessão inicial de coleta de dados.

Na primeira sessão de tratamento, contudo, Carl tinha, mais uma vez, um BAL elevado (120 mg%). Ele reconheceu ter tomado “uma ou duas cervejas” e insistiu que estava bem. Discutimos rapidamente as preocupações e os objetivos de Carl e Maria, mas sugeri que não conseguiríamos ter uma sessão muito produtiva com o BAL de Carl tão alto. (Minha política geral é remarcar a sessão se o BAL do paciente estiver acima de 50 mg%.) Carl concordou em vir à sessão seguinte sóbrio e em não tomar mais de quatro doses por dia. Dei a Carl e Maria dois cartões de autorregistro, nos quais pedi que registrassem diariamente as doses, as premências de beber e a satisfação conjugal. Carl recebeu um cartão para cada dia e deveria registrar cada dose que bebia, as premências de beber não seguidas pelo hábito de beber e, no verso do cartão, as situações durante as quais bebia ou tinha premência de beber (ver Fig. 13.3).

Maria recebeu um cartão para usar durante a semana inteira. Pedi que anotasse nele uma estima-

tiva diária do que Carl bebia (Nada, Leve, Moderado ou Pesado) e também que anotasse sua estimativa da intensidade de suas premências de beber naquele dia. Ela também fazia uma classificação diária de sua satisfação conjugal (ver Fig. 13.4).

Quando Carl e Maria vieram à segunda sessão, o BAL dele estava alto novamente, em 60 mg%. Ele disse que bebera umas quatro cervejas durante o dia. Continuamos a discussão de desintoxicação e Carl disse que achava que estava adito ao álcool. Ele disse que cogitaria a desintoxicação e marcamos uma conversa telefônica para discuti-la mais adiante. Depois de falarmos duas vezes ao telefone, Carl decidiu mais uma vez que não queria ser internado. Ele não usou os cartões de autorregistro nessas duas primeiras semanas, embora Maria tivesse preenchido os cartões por ele enquanto vinham no carro à sessão. Não pensei que tivesse um quadro claro do beber de Carl, mas estava claro que ele continuava bebendo todos os dias.

Sessões 3-5

Carl chegou à terceira sessão com um BAL de 0. Mais uma vez, reiterou seu desejo de parar de beber sem internação e elaborou um plano para reduzir a bebida gradualmente, até zerar, em seis semanas. Além de definir objetivos em relação a isso, começamos a discutir uma visão analítico-comportamental de seu hábito de beber. Para introduzir ao casal uma forma de pensar comportamental em relação ao seu consumo de bebida, disse:

“Juntos, vamos observar cuidadosamente e analisar todos os fatores que parecem fazer parte do seu hábito de beber. Acho que podemos examinar seu hábito e entender que tipos de situações fazem com que você queira beber. Podemos entender isso; depois, podemos trabalhar juntos para gerar *alternativas* para essas situações. Vamos usar estes formulários, chamados de planilhas de *gatilhos*, para examinar seu hábito. Vamos passar uma dessas juntos”.

A seguir, pedi que Carl identificasse uma situação recente em que bebeu. Ele disse que gostava de beber quando ia pescar. Enquanto conversávamos, preenchi os quadros na planilha de *gatilhos* ilustrada na Figura 13.7. Carl tinha uma visão não psicológica bastante elevada da sua ingesta alcoólica. Ele descreveu seus pensamentos como “quero uma cerveja” e seus sentimentos como “feliz”. Ele achava que beber enquanto pescava tinha consequências positivas – “Me dá uma injeção de ânimo” – e que as únicas consequências negativas vinham de Maria, que estaria com raiva quando ele chegava em casa.

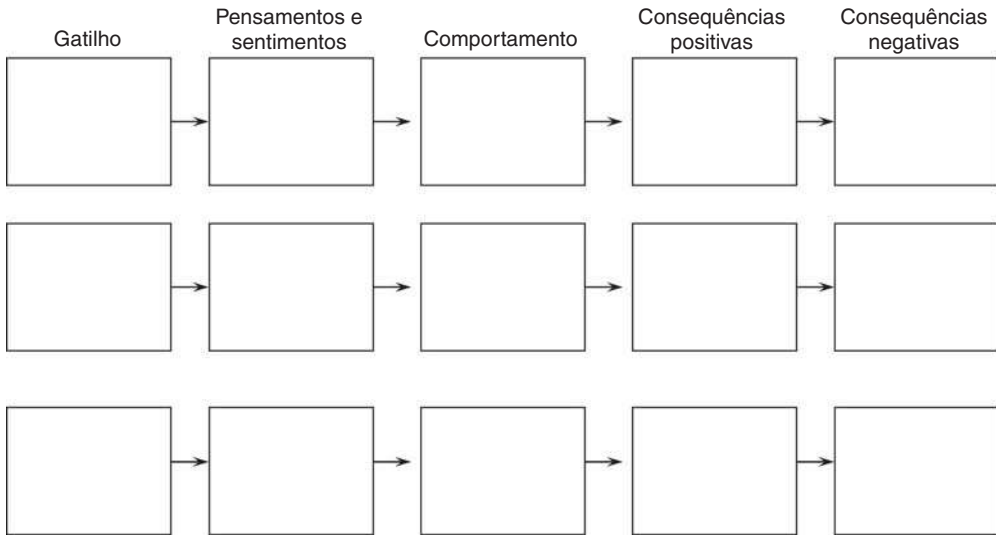


FIGURA 13.7 Planilha de gatilhos.

Carl e Maria entenderam rapidamente como funcionava a análise comportamental e a consideraram uma forma confortável de conceituar seu consumo de bebida. Como exercício de casa, pedi, então, que preenchessem o DPQ e o levassem à sessão seguinte, e dei mais cartões de autorregistro para usar na semana.

Carl foi à quarta sessão também sóbrio, mas contou que havia bebido pesado no fim de semana. O gráfico de seu consumo semanal de álcool durante o tratamento está reproduzido na Figura 13.8. As avaliações da satisfação conjugal semanal média de

Carl e de Maria são reproduzidas na Figura 13.9. Carl não expressou preocupação por continuar a beber pesado e não mostrava evidências de que estivesse tentando reduzir.

“Fico feliz que você tenha vindo às duas últimas sessões sóbrio, sei que não é uma coisa fácil para você, e isso mostra que você quer que o tratamento funcione. Mas me preocupo porque você não reduziu nada entre as sessões. Até parece que está bebendo mais. Não tenho certeza se você não quer diminuir ou se simplesmente não sabe como fazer isso.”

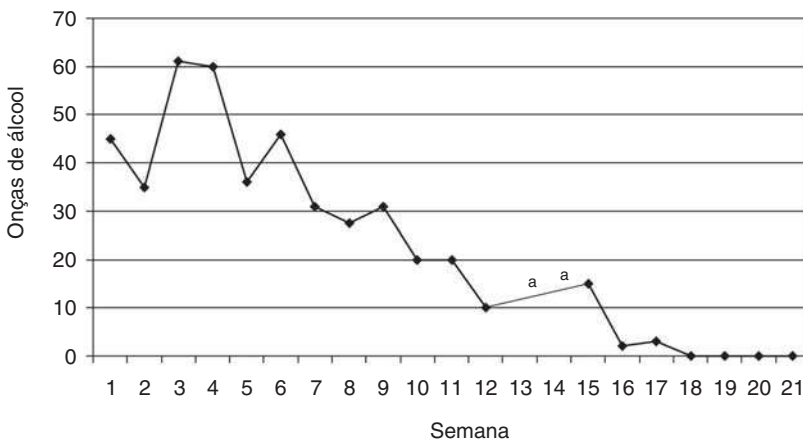


FIGURA 13.8 Consumo semanal de álcool de Carl. As áreas marcadas com “a” representam falta de autorregistro de dados. (N. de R.T: 10 onças = 295,7ml.)

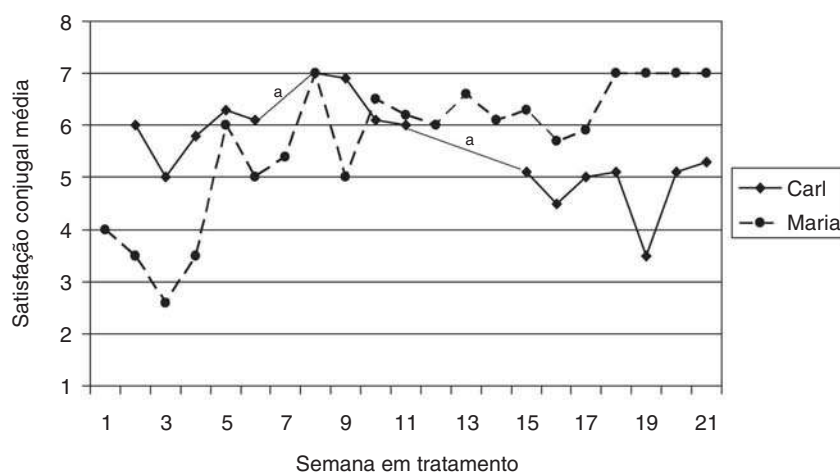


FIGURA 13.9 Satisfação conjugal semanal de Carl e Maria. As áreas marcadas com “a” representam falta de autorregistro de dados.

Carl disse que era difícil reduzir, mas que estava comprometido a parar de beber porque queria ter Maria e os meninos de volta. Quando discutimos uma série de possíveis estratégias para ajudá-lo a evitar a bebida, como dormir (sugestão dele) ou beber outras coisas que houvesse na casa (minha sugestão) ou voltar a trabalhar (sugestão de Maria), ele resistiu a aceitar meus planos, e Maria questionou se ele estava realmente disposto a parar de beber.

Para responder à ambivalência de Carl, sugeri que examinássemos outras consequências de sua bebida, além da desaprovação de Maria e das discussões do casal por causa disso. Carl não conseguiu pensar em qualquer outra consequência adversa. Eu perguntei sobre seus problemas legais por dirigir embriagado e a prisão por arrombamento e invasão, mas ele disse que não acreditava que o álcool tivesse algo a ver com a segunda acusação, e que as leis sobre dirigir embriagado eram “ridículas”. Ele também contou que ainda estava dirigindo, mesmo sem carteira de motorista, e que continuaria a dirigir se sua licença fosse revogada por 10 anos (uma possibilidade concreta, já que ele tinha tido três infrações por dirigir embriagado em menos de 10 anos, sendo duas no mesmo mês). Carl expressava a mesma falta de preocupação com quaisquer outros aspectos do seu beber, mas, mais uma vez, disse que estava disposto a parar em função do seu compromisso com o casamento e com os filhos. Fiz uma lista das consequências negativas que ele ou Maria tinham informado em vários momentos, e pedi que a repassasse pelos menos duas vezes por dia e pensasse em quais delas representavam preocupações para ele. Carl informou ter olhado a lista “uma

ou duas vezes” entre as sessões, mas que era relativamente indiferente ao seu conteúdo.

Apesar da minha preocupação com sua relativa falta de motivação para mudar, decidi realizar uma análise comportamental do seu consumo de álcool. Pensei que, se pudéssemos identificar um conjunto diferenciado de antecedentes à bebida e se Carl conseguisse evitar beber em algumas dessas ocasiões por um tempo, sua motivação para mudar poderia aumentar, com o crescimento de sua autoeficácia. Discutimos duas outras situações relacionadas ao álcool na sessão e, como exercício de casa, pedi que ele preenchesse duas séries comportamentais. Um resumo completo da análise comportamental de seu problema com seu consumo de álcool é apresentado na Figura 13.10.

Carl foi à próxima sessão com um BAL de 118 mg% e relatou uso pesado de álcool nos dias que antecederam a sessão. Após uma longa discussão, concordou em se submeter a desintoxicação. Carl disse que estava com medo da hospitalização e tinha receio de não ser capaz de se manter abstinência após a desintoxicação. Tentei insistir em que a desintoxicação era apenas o primeiro passo no tratamento e que trabalharíamos juntos para ajudá-lo a aprender a lidar com os gatilhos sem beber.

Ele também expressou sua crença de que a vida não seria divertida se ele não bebesse. Maria oscilava entre estimulá-lo a se desintoxicar e me dizer que ele estava concordando com a desintoxicação só para conseguir sair do meu consultório. Por ele estar tão preocupado, fiz com que ele ligasse para o centro de desintoxicação do consultório e fizesse as perguntas

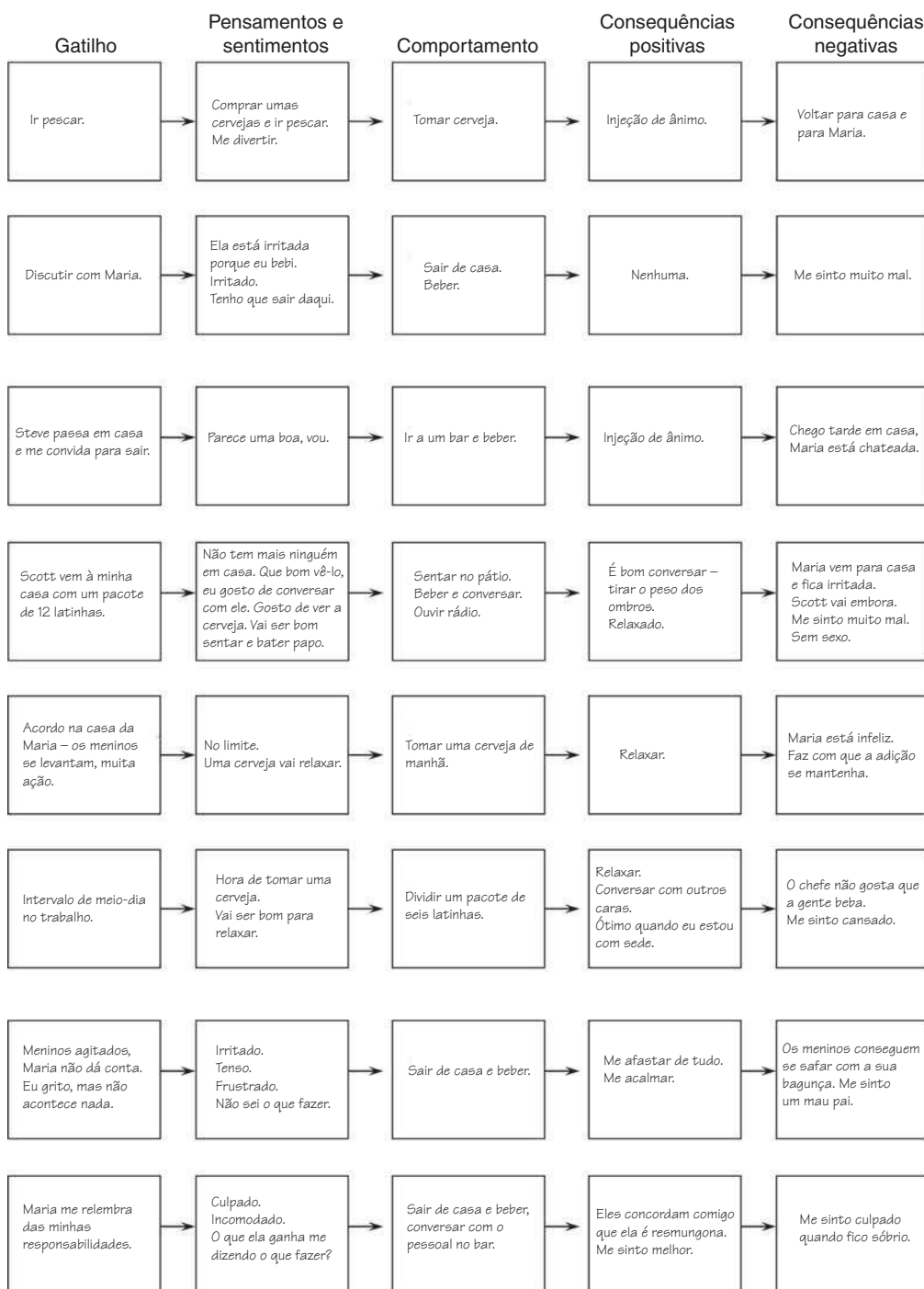


FIGURA 13.10 Amostra de análise comportamental da bebida de Carl.

que desejasse. Ele fez isso e marcou sua internação para o dia seguinte.

Sessões 6-8

Carl não foi se internar para a desintoxicação e mais uma vez declarou que não conseguiria ser “encarcerado”. Ele ainda bebia todos os dias, fazendo esforços mínimos para reduzir. Eu sugeri desintoxicação ambulatorial e lhe dei o número de telefone de um colega médico que supervisionava a desintoxicação ambulatorial, mas tinha poucas expectativas de que ele seguisse aquela indicação. Carl continuava expressando disposição de se tratar e mudar seus hábitos de beber, e eu decidi continuar, apesar de minhas dúvidas sobre se ele tinha incentivo suficiente para mudar. Completamos a análise comportamental de seu consumo de bebida na sexta sessão e identificamos várias das ações de Maria que antecediam seu beber, incluindo lembrá-lo de suas responsabilidades, o ritmo lento dela quando eles tinham um compromisso e havia muita coisa para fazer para que eles e seus filhos estivessem prontos para sair, e seus comentários sobre o beber dele.

Em determinado momento, na sexta sessão, Carl disse: “Sabe de uma coisa, a Maria tem um gênio muito difícil, você deveria perguntar o que ela me fez na praia”. Maria respondeu na mesma hora, dizendo: “Mostre seus braços à Barbara”. Carl levantou as mangas, deixando ver vários arranhões e hematomas em seus antebraços. Maria explicou que andava muito frustrada com Carl por causa da bebida, e, muitas vezes, o agarrava, arranhava ou tentava bater nele no peito ou na barriga quando estava com raiva. O comportamento tinha começado nos últimos quatro meses e a incomodava muito. Ela também indicou sua preocupação de que poderia agredir seus filhos e admitiu que, às vezes, usava punição física quando estava irritada com eles. Embora a raiva e a frustração de Maria não fossem surpreendentes, e sim reações comuns de parceiros de alcoolistas, a agressão física, principalmente na ausência de qualquer abuso físico por parte de Carl, é menos comum. Discutimos detalhadamente seu comportamento em relação aos filhos, mas eu estava preocupada que houvesse qualquer evidência de abuso. Ela informou, e Carl confirmou, que ela nunca causou hematomas, cortes ou lesões de qualquer espécie nas crianças, e que eles nunca tinham precisado levar nenhum deles a um médico ou pronto-socorro em função das punições dela. Ambos informaram ser da opinião de que os castigos físicos, na forma de “palmadinhas”, ou retirar a criança fisicamente de uma situação perigosa eram uma forma adequada de disciplinar, mas Maria achava que nem sempre disciplinava as crianças de forma racional, e que às vezes

batia neles no braço ou os puxava com muita força de uma situação. A partir dos relatos do casal, eu não achei que Maria estivesse abusando das crianças, mas achei que era importante tratar de suas preocupações na terapia. Instruí Maria a usar os cartões de autorregistro para anotar qualquer momento nas duas semanas seguintes em que achasse que estava reagindo com exagero às crianças ou quando fosse fisicamente agressiva com Carl.

Nas duas sessões que se seguiram, Carl começou a reduzir sua bebida substancialmente e, para cada sessão, manteve-se em abstinência. Carl e Maria tinham começado a passar mais tempo juntos e informaram que esses momentos estavam sendo mais positivos. Fizeram um churrasco em família e foram pescar na praia com as crianças.

Maria tinha feito um registro fiel de suas reações às crianças, anotando duas vezes em cada semana quando bateu em um dos meninos no braço ou achava que o tinha agarrado com muita força. Discutimos os fatores que antecederam esses incidentes e identificamos vários aspectos de destaque: Maria estava cansada, a criança estava cansada e ela tentava dizer que fizesse algo quando não tinha como obrigá-lo (estava no outro lado da sala e tinha as mãos ocupadas). Em ambas as situações, ela repetiu suas instruções verbais ao menino várias vezes, sem ser obedecida, e então se irritou e atravessou a sala para agarrá-lo. Discutimos estratégias alternativas e eu destaquei a importância de ser capaz de levar adiante uma instrução verbal imediatamente, em vez de se permitir ficar frustrada. Ela rapidamente entendeu minhas sugestões e também expressou alívio por ser capaz de discutir suas preocupações. Depois de um período de duas semanas, Maria não mais informou casos de reação física excessiva aos meninos, dizendo que novamente se sentia mais no controle de si mesma como mãe. As observações de Carl confirmavam seus relatos.

Ao mesmo tempo em que discutimos os problemas de Maria ao disciplinar as crianças, começamos a implementar algumas técnicas de planejamento com autocontrole para Carl. Eu sugeri que seria mais fácil não beber se ele tivesse ideias sobre como lidar com alguns gatilhos sem álcool. Ele poderia evitar situações ou as reorganizar para minimizar a importância do álcool na situação. Usamos uma planilha de planejamento de autocontrole para ajudar no processo (ver Fig. 13.11).

Escolhemos a pescaria como um tópico para o planejamento do autocontrole, porque era uma atividade que ele fazia com muita frequência e onde bebia muito. Carl tinha várias ideias sobre como pescar sem álcool, entre elas, levar seu filho mais velho, levar sua

Gatilho	Plano	Mais	Menos	Grau de dificuldade
1.				
2.				

FIGURA 13.11 Exemplo de formulário de planejamento de autocontrole.

mulher ou convidar um amigo mais velho que era um ótimo pescador e nunca bebia. Além disso, ele achava que, se comprasse refrigerantes na noite anterior à pescaria, teria menos tentação de parar na loja de bebidas no fim da quadra. Como exercício de casa, pedi que ele implementasse esse plano e desenvolvesse outro plano de autocontrole para se encontrar com um amigo sem beber.

Carl implementou com sucesso o plano da pescaria e também planejou convidar seu amigo Scott para jogar tênis e depois ir comer em uma lanchonete que não vendia álcool. Embora não visse obstáculos para implementar esse plano, Carl nunca o usou nem conseguiu dar razões para não levá-lo a cabo, mas disse a Scott que estava tentando não beber e seu amigo reagiu de forma positiva, apoiando-o.

O outro grande tópico dessas várias sessões foi o reforço para as mudanças que Carl fazia em seus hábitos de beber. Como ele tinha uma postura muito ambivalente em relação a mudar, pensei que era especialmente importante que ele vivenciasse algumas consequências positivas para a redução da bebida e para a abstinência. Eu também queria dar a Maria alguns meios mais positivos, em vez de coercitivos, de interagir com Carl em relação à bebida. Ao introduzir esse tema, sugeri que ambos deveriam pensar sobre formas de tornar mais positivas a abstinência e a redução da bebida. Em primeiro lugar, sugeri que Maria desse um *feedback* positivo quando ele não bebesse, mas Carl reagiu de forma muito negativa a essa sugestão, dizendo: “Eu simplesmente pensaria que era mais uma de suas formas traiçoeiras de tentar me pressionar para parar. Não quero que ela diga nada”. Continuando com essa discussão, perguntei se havia alguma coisa ao *alcance* dela que fizesse a abstinência valer a pena para ele, e ele sugeriu que ela poderia deixar de falar de álcool e conviver com ele sem ser tão exigente. Eles decidiram por muitas atividades

agradáveis a ambos, para fazer juntos quando ele não estivesse bebendo, como fazer camarão para o jantar e que Maria dissesse a ele quando estivesse gostando de estar com ele. Eles conseguiram implementar esses planos e, embora Carl bebesse quando eles estavam juntos, a quantidade era muito menor do que em outras ocasiões.

Sessões 9-11

A este ponto do tratamento, Carl havia reduzido o seu consumo de álcool a cerca de três a seis doses por dia, mas não tinha deixado de beber. Seus relatos de premências de beber também começaram a diminuir. Maria relatava alta satisfação conjugal quase todos os dias (avaliações de 7 em uma escala de 1 a 7 pontos), e eles estavam passando a maior parte do seu tempo livre no apartamento dela ou na casa da mãe de Carl. Entretanto, nas sessões, eles começaram a discutir com mais frequência, com o conflito girando em torno de dois tópicos principais: o desejo de Maria de se mudar para a Carolina do Norte e seu sentimento de que Carl não a apoiava emocionalmente. Comecei a implementar algum treinamento em comunicação estruturada, ensinando habilidades como permitir que o outro concluisse antes de falar, usar escuta reflexiva e fazer algumas solicitações positivas específicas. Essas sessões foram complementadas com textos sobre comunicação. Após ler o primeiro, que tratava de temas básicos, como o valor de ser educado e respeitoso com seu cônjuge, e sobre algumas das fontes da má comunicação, eles chegaram à sessão absolutamente surpresos com a ideia de que ofender um ao outro (p. ex., “idiota”, “babaca” ou “imbecil”) pudesse ter qualquer impacto negativo em seu relacionamento. Eles começaram a usar comunicação positiva em vez de negativa em casa e ficaram satisfeitos com o impacto que ela teve em suas conversas.

Embora estivéssemos fazendo progressos no tratamento, eu me preocupava porque Carl ainda bebia todos os dias e transmitia a ele minhas preocupações. Carl dizia que achava que conseguiria parar agora e concordou em ficar sem beber por dois dias na semana seguinte. Na primeira semana que aceitou esse contrato, ele não quis discutir estratégias para abstinência e não teve sucesso. Na segunda semana, discutimos planos muito específicos para ele deixar de beber. Ele planejou ficar com Maria e as crianças durante parte de cada dia e decidiu não comprar mais cerveja para tê-la na casa de sua mãe por esses dias. Também faria um estoque de refrigerantes e planejava ir dormir cedo. Sugeri que ele poderia usar Maria como apoio em suas tentativas de se abster. Muitas vezes, recomendo que o paciente encontre alguém com quem discutir suas premências e o parceiro pode ser uma boa fonte de apoio. Ele, mais uma vez, resistia em envolver Maria, dizendo: “Eu não diria para ela que tenho vontade de beber – tudo o que eu ouviria seriam sermões”. Eu sugeri que ele costumava não gostar dos comentários dela porque não eram solicitados, mas, nessa situação, ele estaria no controle, porque ele seria a pessoa preocupada com seu beber. Ele respondeu positivamente a essa reformulação. A seguir, perguntei a Carl se havia alguma coisa que ela pudesse dizer que fosse útil, e ele sugeriu que Maria dissesse que era uma escolha dele. Maria observou que seria difícil não dar sermão, mas concordou em fazer uma dramatização. Eles imaginaram que estavam de carro pela praia e Carl dizia: “Quero parar no caminho para comprar um pacote de latinhas”. Maria respondeu: “A escolha é sua, mas poderíamos parar e comprar uns refrigerantes em vez disso, se você quiser”. Carl ficou impressionado com o quanto o agradou a resposta dela, e embora Maria reconhecesse que foi muito difícil ser neutra, gostou da sensação de que não era sua responsabilidade impedir que ele bebesse. Eles concordaram em experimentar esse tipo de discussão uma vez durante a semana.

Carl não conseguiu manter abstinência nem por um dia, embora tenha implementado a maior parte dos planos e bebido somente uma cerveja em cada um dos dois dias em questão. Entretanto, ele não contou a Maria sobre algumas de suas premências de beber. Mais uma vez, expressou pouca preocupação por não atingir seus objetivos. Durante a sessão, Carl e Maria anunciaram que estavam indo à Carolina do Norte para uma viagem de duas semanas. Carl conheceu um empreiteiro que tinha oferecido trabalho lá e Maria estava fascinada com a possibilidade de mudar para uma região com menor custo de vida e um ambiente mais rural no qual criar os filhos. Ela declarou que

não se mudaria enquanto Carl ainda bebesse, mas eles decidiram que uma viagem para explorar as possibilidades seria interessante.

Sessões 12-15

Carl e Maria voltaram de sua viagem de duas semanas entusiasmados com a Carolina do Norte. Acreditavam que havia trabalho, que o custo de vida era visivelmente mais baixo e os dois gostaram da região que tinham visitado. Maria voltou a dizer que não se mudaria se Carl não estivesse sem beber por um tempo considerável, porque não deixaria sua família se não pudesse contar com ele. Ele, mais uma vez, disse que pararia de beber. Aproveitei o intervalo na terapia para rever todas as minhas anotações da evolução e pensar sobre o casal com um pouco mais de isenção. Estava claro para mim que, embora Carl tivesse concordado com a abstinência em função da pressão de Maria, o que ele queria era reduzir a bebida. Mas ele tinha lidado com esse conflito dando garantias verbais de que seu comportamento mudaria, sem que isso fosse acompanhado pelas mudanças. Ele tinha implementado somente alguns dos planos comportamentais que tínhamos desenvolvido, e eu não achava que a falta de implementação refletisse uma deficiência de habilidades. Eu decidira apontar as incoerências comportamentais de Carl nesta sessão.

Para começar essa discussão, disse a Maria e Carl que queria discutir os avanços deles até aqui. Enfatizei as mudanças positivas que eles tinham feito: Carl tinha reduzido substancialmente seu uso de bebidas; ele tinha desenvolvido algumas habilidades para ajudá-lo a beber menos; a comunicação entre eles tinha começado a melhorar; eles estavam tendo uma convivência que era agradável a ambos e tinham começado a considerar a possibilidade de fazer planos de longo prazo juntos. Observei, contudo, que Carl tinha feito uma série de promessas em relação à bebida que não tinha cumprido. Li para ele várias passagens de minhas anotações, observando a meta inicial de Carl de abstinência e os acordos que ele havia rompido em relação a desintoxicação e dias de abstinência. Sugeri a eles duas explicações alternativas: ou Carl não queria parar de beber completamente, mas achava que tinha de concordar com a abstinência para que Maria ficasse feliz, ou ele não conseguia parar de beber e precisava de ajuda para isso. Colocando minha explicação nesses termos, tentava evitar rotulá-lo como desonesto ou desmotivado para mudar. Eu também sugeri que Maria tinha ajudado a fazer com que ele continuasse bebendo ao dizer que sentia alta satisfação conjugal mesmo que ele ainda estivesse bebendo, e que talvez reduzir a

bebida também fosse aceitável para ela. Ambos tiveram reações bastante intensas ao meu *feedback*. Carl disse: “Inicialmente eu não queria parar, mas agora não parece tão ruim. Eu não estou bebendo o suficiente agora para significar alguma coisa, então eu vou simplesmente parar. Não é tão difícil, e eu não quero decepcionar você”. Maria disse: “Eu sempre sinto que Carl está dizendo o que quer que ele tenha para dizer só para se livrar de mim ou de você, mas eu tenho estado tão mais feliz desde que ele reduziu a bebida, que meio que perco de vista o fato de que ele ainda está bebendo. Tenho medo de me mudar para qualquer lugar com ele enquanto ele ainda estiver bebendo qualquer quantidade. Era tão ruim antes, não quero voltar àquela situação”.

Depois dessa conversa, Carl negava preferir beber moderadamente e anunciou que ia parar “de uma vez por todas”. Nas duas semanas que se seguiram, Carl teve dois dias em que bebeu em cada semana: uma cerveja na primeira e duas, na segunda. Embora tenhamos discutido uma série de estratégias de enfrentamento comportamental, como desenvolver alternativas de comportamento para situações de uso de álcool, ensinar estratégias para recusar bebida e usar várias estratégias para lidar com a premência, Carl menosprezava sua importância. Em vez disso, concentrava-se em estratégias de enfrentamento cognitivo: quando tivesse premência de beber, ele pensaria em razões para não fazê-lo (“Não vale a pena, Maria e as crianças são mais importantes”). Ou usaria táticas de protelação (“Não vou tomar nada agora, e se ainda tiver vontade de tomar às 5 horas da tarde [ou alguma outra hora posterior do dia], então vou tomar uma cerveja”). Ou desenfatiçaria os aspectos positivos do álcool (“Uma ou duas cervejas não vão me fazer nada e eu não quero me detonar”).

Carl e Maria também começaram a discutir seus objetivos de longo prazo. Pedi que eles escrevessem como gostariam que suas vidas estivessem em cinco anos. Carl escreveu o seguinte:³

Lugar confortável para morar com Maria e os meninos. Boas escolas, pátio. Organizar as finanças, guardar dinheiro, pagar as contas, melhorar o crédito. Ter renda estável e trabalho estável na construção civil ou outro. Assegurar um relacionamento amoroso com Maria. Melhorar a mim mesmo: administrar melhor o dinheiro, escutar Maria mais objetivamente, garantir emprego mais estável. Maria: melhor autodisciplina, controlar gênio, melhorar a autoconfiança, perder peso, menos pessimista em questões do dia a dia, por exemplo, medo de insetos, tráfego, dificuldades, etc.

Maria escreveu objetivos para cinco anos que eram muito semelhantes:

Em cinco anos, 37 anos; Jonathan 8, Marc 7. Moramos na Carolina do Norte em uma casa alugada. Estou trabalhando. Carl está trabalhando, os meninos estão na escola. Temos dois carros. Carl está sóbrio há cinco anos, eu estou magra há quatro, faltam dois anos para que possamos ter crédito depois de decretar falência. Algumas noites ficamos juntos como família para relaxar ou ir a um jogo de beisebol ou futebol de Jonathan ou Marc. Outras noites, saio com amigos ou para resolver coisas. Outras noites, Carl faz a mesma coisa. Mais ou menos, nossa situação financeira vai ser boa. Coisas que eu quero da vida:

Maria:

calma, magreza,
me sentir segura,
um carro, dinheiro,
independência
controle sobre a
minha vida.

Carl:

motivação,
sobriedade, res-
ponsabilidade,
realização.

Levando em conta que os objetivos de Carl e de Maria eram tão parecidos, pedi que os lessem em voz alta. Ambos aceitaram a sugestão, e assim o fizeram. Eles reagiram de forma bastante positiva e se sentiram estimulados. Com objetivos tão semelhantes, eles poderiam trabalhar juntos para atingi-los. Eu comecei a ensinar habilidades relacionadas à assertividade e à solução de problemas, discutindo formas de implementar essas habilidades em sua relação e em outras situações interpessoais.

Sessões 16-18

Carl se absteve de beber desde a 15ª sessão até o fim do tratamento. Ele contou que teve algumas premências de beber, mas que em seguida diminuiu. Depois, discutiu reações muito fortes a não beber. Ele se sentia triste, dizendo que sentia falta de beber e que achava que tinha perdido algo que era importante para ela. Ele também dizia que era frustrante porque sempre pudera beber quando se sentia mal e agora não podia fazer isso. Eu tentei reformular seus sentimentos, observando que sua capacidade de reconhecer que sentia falta do álcool era um passo importante para conseguir reorganizar a sua vida sem ele, e que essa reação sugeria que sua intenção de não beber era séria. Carl pareceu achar útil a reformulação, mas continuava a considerar desconfortável a abstinência.

À medida que ele se mantinha abstinente, suas taxas de satisfação conjugal diminuíam. Anteriormente, ele informava satisfação conjugal bastante alta, mas ao parar de beber ele foi ficando cada vez mais infeliz.

Quando lhe perguntei sobre essas taxas, ele disse que achava que eles não estavam “indo a nenhum lugar” em termos de reconciliação. Tínhamos começado o treinamento em assertividade e solução de problemas, e sugeri que ele poderia usar essas habilidades para expressar seus sentimentos para Maria mais diretamente. Eles tiveram uma discussão positiva durante a sessão em relação aos sentimentos dele e o desejo de reconciliação e sobre as preocupações que ela tinha com o quanto isso seria difícil, com cada um deles usando algumas das habilidades positivas que tínhamos trabalhado. Ambos concordaram que agora queriam viver juntos de novo, mas seria difícil desenvolver um plano para isso. Usamos técnicas estruturadas de solução de problemas em duas sessões de tratamento para desenvolver um plano. O maior impedimento para a reconciliação era financeiro. Maria estava recebendo ajuda da previdência social, mas se ela ou Carl comessem a trabalhar, ela começaria a receber menos. Entretanto, para conseguir morar juntos, eles teriam de economizar dinheiro suficiente para um seguro-fiança e um primeiro mês de aluguel. Eles acabaram decidindo que Maria começaria a trabalhar algumas horas por semana como cabeleireira, informalmente, e que Carl cuidaria das crianças enquanto ela trabalhava. Se isso funcionasse, Carl começaria a procurar emprego novamente. Quando os dois estivessem trabalhando, eles se mudariam para a casa da mãe dele por pouco tempo para economizar dinheiro para o depósito e o aluguel e buscariam um apartamento juntos em Nova Jersey ou encontrariam um *trailer* para alugar na Carolina do Norte e se mudariam. Eles também usariam técnicas de solução de problemas para desenvolver um plano e lidar com suas outras dívidas.

Término

Como Carl e Maria estavam participando de um estudo clínico, tivemos de encerrar o tratamento após 18 sessões (incluindo as sessões em que ele estava embriagado). Eles haviam progredido muito durante o tratamento: Carl tinha estado sem beber por mais de um mês, e Maria tinha aprendido formas mais eficazes de disciplinar seus filhos e não mais relatava preocupações com ser punitiva demais com eles, o relacionamento do casal tinha melhorado muito e eles tinham um plano construtivo para sua reconciliação. Eu estava preocupada com que Carl ainda se sentisse desconfortável com a abstinência e achei que ele tinha adquirido apenas umas poucas estratégias de enfrentamento eficazes para lidar com os gatilhos para beber. Não tínhamos trabalhado diretamente com o estilo de esquiva à responsabilidade de Carl, exceto por completar seu comprometimento com a abstinência e no estabelecimento de objetivos de longo prazo. Se Carl iria implementar sua parte dos acordos era algo que ficou relativamente sem ser testado. O casal

ficou bastante confortável com o encerramento do tratamento, mas perguntou sobre um possível seguimento, perguntando principalmente sobre o AA ou outros grupos de apoio que tratassem de casais ou em abordagens comportamentais à mudança. Eu os indiquei ao SMART e a um grupo de AA para casais. Os limites do protocolo de pesquisa impediam qualquer tratamento de longo prazo comigo, mesmo que eu considerasse que seria bom para eles continuar o tratamento.

Comentário

Carl e Maria eram um casal bastante típico. A ambivalência dele em relação à mudança, seu ingresso no tratamento somente por causa de um agente externo e sua resistência a muitas intervenções comportamentais eram bastante representativas. Acredito que ele começou a se vincular ao tratamento quando deixou de se sentir o único foco, depois que Maria começou a examinar o seu comportamento agressivo e os sentimentos que tinha. O segundo momento crítico no tratamento foi a confrontação do seu uso contínuo de álcool. Eu estava disposta a permitir que eles negociassem um objetivo de consumo moderado, mas não considerava terapêutico que Carl achasse que podia concordar verbalmente com a abstinência e depois evitar o acordo. Abordar o comportamento de Carl fez com que ele tivesse de ser assertivo e renegociasse os objetivos do tratamento ou cumprisse seu compromisso.

O papel do treinamento em habilidades comportamentais para facilitar a abstinência de Carl foi menos importante do que com alguns pacientes. Ele experimentou várias habilidades introduzidas durante o tratamento, mas se serviu principalmente de estratégias cognitivas de enfrentamento. O papel do reforço foi provavelmente mais importante para se entender a mudança de seu comportamento em relação à bebida. O relacionamento conjugal de Carl foi importante para ele no início do tratamento, e concentrar a terapia em formas de melhorar esse relacionamento aumentou seu valor de reforço. Também contribuíram a consistência de Maria em dizer que eles só poderiam se reconciliar se ele parasse de beber, discutir objetivos de longo prazo para a relação e ver a vida positiva que eles poderiam ter na Carolina do Norte.

Por fim, minha relação com o casal provavelmente contribuiu para as mudanças positivas que eles fizeram. Eles me pareceram um casal simpático e encantador, apesar de suas dificuldades. Às vezes, eu provocava ou lisonjeava Carl para que mantivesse a adesão e ele comentou no fim do tratamento: “No início, eu não sabia se gostava ou não de você, mas aí decidi que até que você era esperta, e então vi que você não iria me sacanear e decidi dar uma chance”. Eu tentei reforçar a capacidade de Maria de se cuidar, e

acho que ela me via como uma espécie de modelo feminino em alguns aspectos. Ela me fazia muitas perguntas pessoais (se eu era casada, que idade tinha meu filho) e me deu um calendário de mesa de presente de agradecimento quando encerramos o tratamento. Nossa pesquisa havia sugerido que nossos terapeutas mais experientes têm mais sucesso em manter os pacientes em tratamento (Epstein, McCrady, Miller e Steinberg, 1994; Raytek, McCrady, Epstein e Hirsch, 1999), e eu suspeitava que saber lidar com essas relações complexas é uma habilidade que esses terapeutas adquiriam de forma mais completa.

Problemas típicos

Os problemas apresentados nesse caso são bastante típicos: ir a sessões embriagado, continuar bebendo durante o tratamento, ambivalência em relação à mudança, não cumprimento das tarefas e descoberta de problemas novos e importantes no decorrer da terapia. Mentir e deixar de ir a sessões marcadas são outros obstáculos típicos que os pacientes com problemas de consumo de bebidas alcoólicas apresentam às vezes. Trabalhando com Carl e Maria, consegui minimizar essas dificuldades específicas, porque Maria estava muito motivada para o tratamento e era muito responsável em relação às sessões marcadas. Além disso, fazendo os dois registrarem o consumo de álcool e as premências de beber de Carl, obtive um quadro claro de seus hábitos e consegui manter uma ideia clara de nosso progresso (ou falta dele).

PREDITORES CLÍNICOS DE SUCESSO OU FRACASSO

Muitos fatores predizem o sucesso ou o fracasso da terapia. Entretanto, antes de tratar deles, é importante discutir definições de *sucesso*. Em qualquer tratamento, uma minoria de pacientes mantém com sucesso mudanças de longo prazo ininterruptas (abstinência ou beber não problemático). A proporção varia segundo as características demográficas da população, e pessoas casadas, que tenham emprego estável, residência fixa e não tenham psicopatologia comórbida têm os melhores resultados no tratamento. Além disso, o ambiente pós-tratamento cumpre um papel importante (Moos, Finney e Cronkite, 1990) para determinar os resultados de longo prazo. Observações sobre a instabilidade de longo prazo dos resultados com a bebida têm levado muitos a considerar o alcoolismo como um transtorno crônico, sujeito a recaída e a reconceituar o *sucesso* como um processo em vez de um resultado estático, ou seja, o paciente que aprende não apenas habilidades eficazes para evitar completamente o beber ou o beber pesado, mas que encontra formas de lidar com as recaídas minimizando a duração e a gravidade, também deve ser considerado *bem-sucedido*. Nos estudos sobre resultados de

tratamento, os investigadores observam a porcentagem de dias de abstinência ou beber moderado e a duração da abstinência em comparação a períodos de beber pesado, como forma de avaliar o *sucesso* relativo e não absoluto. Da perspectiva individual do terapeuta, certos comportamentos e características dos pacientes são bons prognósticos do curso do tratamento. O paciente que tiver incentivos importantes para mudar (internos ou externos) e algum reconhecimento de uma relação entre o seu beber e os problemas que tem na vida será mais fácil de tratar. Cumprir os primeiros exercícios de casa, ir sóbrio às sessões e ser honesto com relação ao comportamento fora do tratamento também são indicadores positivos. Contudo, o comportamento do terapeuta é outro importante preditor de sucesso. Vários estudos apontaram diferentes aspectos desse comportamento – empatia, definição de objetivos específicos para o tratamento, desenvolvimento de objetivos em relação à bebida juntamente com o paciente, em vez de impô-los e de dar a ele opções de tratamento – porque estão todos associados com maior adesão ao tratamento.

CONCLUSÃO

Tratar pessoas com problemas de consumo de bebidas alcoólicas é um processo complexo e continuamente fascinante. O terapeuta enfrenta decisões em relação a associar cada paciente ao nível de cuidado apropriado, ao *setting*, às modalidades e às técnicas adequadas ao tratamento. As habilidades diagnósticas para identificar os problemas médicos, psicológicos, psiquiátricos e cognitivos concomitantes são desafiadas por esses pacientes. A terapia demanda que se conheça uma série de técnicas de tratamento, uma capacidade de estabelecer um relacionamento terapêutico positivo com os pacientes que às vezes são frustrantes e difíceis e a capacidade de raciocínio rápido e improvisado.

Dos tratamentos mais breves, de uma sessão, para motivar bebedores pesados a reduzir o consumo, até os tratamentos mais longos e complexos de indivíduos com dependência crônica de álcool, o tratamento nunca é tedioso ou rotineiro. O terapeuta dispõe de um amplo corpo de literatura empírica para orientar a seleção do tratamento e de uma significativa literatura clínica, que ilustra as técnicas e os problemas clínicos. Embora muitas pessoas com problemas devido ao uso de álcool consigam mudar por conta própria ou com uma ajuda mínima, o tratamento também pode ser um meio eficaz dos indivíduos mudarem um importante problema vital.

Assim, este capítulo conclui como começou – como um “chamariz” para que os profissionais tenham conhecimento e sejam receptivos para proporcionar tratamentos informados e reflexivos aos indivíduos com problemas devidos ao uso de álcool.

NOTAS

1. Uma dose-padrão de bebida é igual a uma cerveja de 12 onças, uma taça de vinho de 5 onças ou uma dose de destilado de 1,5 onça com 43% de álcool. (N. de R. T.: 1 onça = 29,57 ml.)
2. Todos os diálogos deste capítulo parafraseiam comentários reais de terapeuta ou paciente.
3. Os transcritos apresentam o relato do paciente na íntegra.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- American Society of Addiction Medicine (ASAM). (2001). *ASAM patient placement criteria for the treatment of psychoactive substance use disorders* (2nd ed., rev.). Chevy Chase, MD: Author.
- Annis, H. M., Graham, J. M., & Davis, C. S. (1987). *Inventory of Drinking Situations (IDS): User's guide*. Toronto: Centre for Addiction and Mental Health.
- Chaney, E. F., O'Leary, M. R., & Marlatt, G. A. (1978). Skills training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1092-1104.
- Cisler, J. M., Amstadter, A. B., Begle, A. M., Resnick, H. S., Danielson, C. K., Saunders, B. E., et al. (2011). PTSD symptoms, potentially traumatic event exposure, and binge drinking: A prospective study with a national sample of adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 978-987.
- Cohn, A. M., Graff, F. S., Epstein, E. E., McCrady, B. S., Cook, S., Schneider, M., et al. (2010, June). *Alcohol use outcomes following "cold turkey" or graduated reduction among women with an alcohol use disorder enrolled in treatment*. Paper presented at the annual meeting of the Research Society on Alcoholism, San Antonio, TX.
- Cox, G. B., Walker, R. D., Freng, S. A., Short, B. A., Meijer, L., & Gilchrist, L. (1998). Outcome of a controlled trial of the effectiveness of intensive case management for chronic public inebriates. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 523-532.
- Cunningham, J. A., Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Gaskin, J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors*, 19, 691-696.
- Donovan, D. (2013). Evidence-based assessment: Strategies and measures in addictive behaviors. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 311-352). New York: Oxford University Press.
- Epstein, E. E., & McCrady, B. S. (2009). *A cognitive-behavioral treatment program for overcoming alcohol use problems: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Epstein, E. E., McCrady, B. S., Miller, K. J., & Steinberg, M. L. (1994). Attrition from conjoint alcoholism treatment: Do dropouts differ from completers? *Journal of Substance Abuse*, 6, 249-265.
- Filstead, W. (1991). *Two-year treatment outcome: An evaluation of substance abuse services for adults and youths*. Park Ridge, IL: Parkside Medical Services.
- Fink, E. B., Longabaugh, R., McCrady, B. S., Stout, R. L., Beattie, M., Ruggieri-Authelet, A., et al. (1985). Effectiveness of alcoholism treatment in partial versus inpatient settings: Twenty-four month outcomes. *Addictive Behaviors*, 10, 235-248.
- Finney, J. W., Moos, R. H., & Timko, C. (2013). The course of treated and untreated substance use disorders: Remission and resolution, relapse and mortality. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 108-131). New York: Oxford University Press.
- Foy, D. W., Miller, P. M., Eisler, R. M., & O'Toole, D. H. (1976). Social skills training to teach alcoholics to refuse drinks effectively. *Journal of Studies on Alcohol*, 37, 1340-1345.
- Frankenstein, W., Hay, W. M., & Nathan, P. E. (1985). Effects of intoxication on alcoholics' marital communication and problem solving. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 1-6.
- Green, K., Worden, B., Menges, D., & McCrady, B. S., (2008). Assessment of alcohol use disorders. In J. Hunsley & E. Mash (Eds.), *A guide to assessments that work* (pp. 339-369). New York: Oxford University Press.
- Haaga, D. A. F., McCrady, B., & Lebow, J. (2006). Integrative principles for treating substance use disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 675-684.
- Hallgren, K. A., Greenfield, B. L., Ladd, B., Glynn, L. H., & McCrady, B. S. (2012). Evidence-based practices for the treatment of adults with alcohol use disorders. In P. Sturme & M. Hersen (Eds.), *Handbook of evidence-based practice in clinical psychology: Vol. II. Adult disorders* (pp. 133-166). Hoboken, NJ: Wiley.
- Helzer, J. E., Robins, L. N., Taylor, J. R., Carey, K., Miller, R. H., Combs-Orme, T., et al. (1985). The extent of long-term moderate drinking among alcoholics discharged from medical and psychiatric treatment facilities. *New England Journal of Medicine*, 312, 1678-1682.
- Hesse, M. (2006). The Readiness Ruler as a measure of readiness to change polydrug use in drug abusers. *Harm Reduction Journal*, 3. Published online at www.harmreductionjournal.com/content/3/1/3.
- Hester, R. K., Delaney, H. D., Campbell, W., & Handmaker, N. (2009). A web application for moderation training: Initial results of a randomized clinical trial. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 37, 266-276.
- Institute of Medicine. (1990). *Broadening the base of treatment for alcohol problems*. Washington, DC: National Academy Press.
- Kosanke, N., Magura, S., Staines, G., Foote, J., & DeLuca, A. (2002). Feasibility of matching alcohol patients to ASAM levels of care. *American Journal on Addictions*, 11, 124-134.
- Leite, de C., Seminotti, J. C., Freitas, N. F., & Drachler, M. P. de L. (2011). The Psychosocial Treatment Expectations Questionnaire (PTEQ) for alcohol problems: Development and early validation. *European Journal of Psychological Assessment*, 27, 228-236.
- Liepmann, M. R. (1993). Using family influence to motivate alcoholics to enter treatment: The Johnson Institute Intervention approach. In T. J. O'Farrell (Ed.), *Treating*

- alcohol problems: Marital and family interventions* (pp. 54-77). New York: Guilford Press.
- Longabaugh, R., McCrady, B., Fink, E., Stout, R., McAuley, T., & McNeill, D. (1983). Cost-effectiveness of alcoholism treatment in inpatient versus partial hospital settings: Six-month outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 1049-1071.
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zweben, A., & Stout, R. L. (1998). Network support for drinking. Alcoholics Anonymous and long-term matching effects. *Addiction*, 93, 1313-1333.
- Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zywiak, W. H., & O'Malley, S. S. (2010). Network support as a prognostic indicator of drinking outcomes: The COMBINE study. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71, 837-846.
- Ludwig, A. M. (1985). Cognitive processes associated with "spontaneous" recovery from alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol*, 46, 53-58.
- Magura, S., Staines, G., Kosanke, N., Rosenblum, A., Foote, J., DeLuca, A., et al. (2003). Predictive validity of the ASAM Patient Placement Criteria for naturalistically matched vs. mismatched alcoholism patients. *American Journal on Addictions*, 12, 386-397.
- Margolin, G., Talovic, S., & Weinstein, C. D. (1983). Areas of Change Questionnaire: A practical approach to marital assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 921-931.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Second edition: Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Mayfield, D., McLeod, G., & Hall, P. (1974). The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. *American Journal of Psychiatry*, 131, 1121-1123.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 20, 243-250.
- McCrady, B. S. (1992). A reply to Peele: Is this how you treat your friends? *Addictive Behaviors*, 17, 67-72.
- McCrady, B. S., & Epstein, E. E. (2009). *Overcoming alcohol problems: A couples-focused program*. New York: Oxford University Press.
- McCrady, B. S., Epstein, E. E., Cook, S., Jensen, N. K., & Hildebrandt, T. (2009). A randomized trial of individual and couple behavioral alcohol treatment for women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 243-256.
- McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. (1999). Maintaining change after conjoint behavioral alcohol treatment for men: Outcomes at six months. *Addiction*, 94, 1381-1396.
- McCrady, B. S., Horvath, A. T., & Delaney, S. I. (2003). Self-help groups. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 165-187). Boston: Allyn & Bacon.
- McCrady, B. S., Longabaugh, R. L., Fink, E., Stout, R., Beattie, M., Ruggieri-Athelet, A., et al. (1986). Cost effectiveness of alcoholism treatment in partial hospital versus inpatient settings after brief inpatient treatment: Twelve month outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 708-713.
- McCrady, B. S., Owens, M., & Brovko, J. (2013). Couples and family treatment methods. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 454-481). New York: Oxford University Press.
- McCrady, B. S., Stout, R., Noel, N., Abrams, D., & Nelson, H. F. (1991). Effectiveness of three types of spouse-involved behavioral alcoholism treatment. *British Journal of Addiction*, 86, 1415-1424.
- McCrady, B. S., & Tonigan, J. S. (in press). Recent research into twelve step programs. In: R. Ries, D. Fiellin, S. Miller, & R. Saitz (Eds.), *Principles of addiction medicine* (5th ed.). Baltimore: Lippincott/Williams & Wilkins.
- McKay, J. R., Van Horn, D., Oslin, D. W., Ivey, M., Drapkin, M. L., Coviello, D. M., et al. (2011). Extended telephone-based continuing care for alcohol dependence: 24-month outcomes and subgroup analyses. *Addiction*, 106, 1760-1769.
- McLellan, A. T., Grissom, G. R., Zanis, D., Randall, M., Brill, P., & O'Brien, C. P. (1997). Problem-service "matching" in addiction treatment: A prospective study in four programs. *Archives of General Psychiatry*, 54, 730-735.
- McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., et al. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- McLellan, A. T., Lewis, D. C., O'Brien, C. P., & Kleber, H. D. (2000). Drug dependence, a chronic medical illness: Implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *Journal of the American Medical Association*, 284, 1689-1695.
- Menges, D., McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Beem, C. (2008). Psychometric evaluation of the Drinking Patterns Questionnaire: A measure of high-risk drinking situations. *Addictive Behaviors*, 33, 1061-1066.
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., Benefield, R., G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.
- Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D., & Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol*, 53, 249-261.
- Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 688-697.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivations for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Miller, W. R., Tonigan, J. S., & Longabaugh, R. (1995). *The Drinker Inventory of Consequences (DrInC): An instrument for assessing adverse consequences of alcohol abuse*. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Miller, W. R., Walters, S. T., & Bennett, M. E. (2001). How effective is alcoholism treatment in the United States? *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 211-220.
- Moderation Management. (2006). The MM limits. Retrieved September 21, 2006, from www.moderation.org/readings.shtml#mmlimits.
- Monti, P. M., Abrams, D. B., Binkoff, J. A., Zwick, W. R., Liepmann, M. R., Nirenberg, T. D., et al. (1990). Communication skills training, communication skills training with family and cognitive behavioral mood management training for alcoholics. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 263-270.
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Moos, R. H., & Billings, A. (1982). Children of alcoholics during the recovery process: Alcoholic and matched control families. *Addictive Behaviors*, 7, 155-163.
- Moos, R. H., Finney, J. W., & Cronkite, R. (1990). *Alcoholism treatment: Context, process, and outcome*. New York: Oxford University Press.
- Moos, R. H., Finney, J. W., & Gamble, W. (1982). The process of recovery from alcoholism: II. Comparing spouses of alcoholic patients and matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 43, 888-909.
- Morgenstern, J., Blanchard, K. A., McCrady, B. S., McVeigh, K. H., Morgan, T. J., & Pandina, R. J. (2006). A randomized field trial examining the effectiveness of intensive case management for substance dependent women receiving temporary assistance for needy families (TANF). *American Journal of Public Health*, 96, 2016-2023.
- Moyers, T. B., Martin, T., Houck, J. M., Christopher, P. J., & Tonigan, J. S. (2009). From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1113-1124.
- Nathan, P. E., & McCrady, B. S. (1987). Bases for the use of abstinence as a goal in the behavioral treatment of alcohol abusers. *Drugs and Society*, 1, 109-132.
- O'Farrell, T. J., Choquette, K. A., & Cutter, H. S. G. (1998). Couples relapse prevention sessions after behavioral marital therapy for male alcoholics: Outcomes during the three years after starting treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 59, 357-370.
- Ojehagan, A., & Berglund, M. (1989). Changes in drinking goals in a two-year outpatient alcoholic treatment program. *Addictive Behaviors*, 14, 1-10.
- Orford, J., & Keddle, A. (1986). Abstinence or controlled drinking in clinical practice: A test of the dependence and persuasion hypotheses. *British Journal of Addiction*, 81, 495-504.
- Orford, J., Templeton, L., Velleman, R., & Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: A set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction*, 100, 1611-1624.
- Oscar-Berman, M., & Marinkov, K. (2007). Alcohol: Effects on neurobehavioral functions and the brain. *Neuropsychology Review*, 17, 239-257.
- O'Toole, T. P., Freyder, P. J., Gibbon, J. L., Hanusa, B. J., Seltzer, D., & Fine, M. J. (2004). ASAM Patient Placement Criteria treatment levels: Do they correspond to care actually received by homeless substance abusing adults? *Journal of Addictive Diseases*, 23, 1-15.
- Pabst, A., Baumeister, S. E., & Krause, L. (2010). Alcohol-expectancy dimensions and alcohol consumption at different ages in the general population. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71, 46-53.
- Paolino, T. J., Jr., McCrady, B. S., & Diamond, S. (1978). Some alcoholic marriage statistics: An overview. *International Journal of the Addictions*, 13, 1252-1257.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (2005). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed., pp. 147-171). New York: Oxford University Press.
- Project MATCH Research Group. (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7-29.
- Project MATCH Research Group. (1997b). Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92, 1671-1698.
- Project MATCH Research Group. (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300-1311.
- Raytek, H. S., McCrady, B. S., Epstein, E. E., & Hirsch, L. S. (1999). Therapeutic alliance and the retention of couples in conjoint alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 24, 317-330.
- Robins, L. N., Wing, J., Wittchen, H. U., Helzer, J. E., Babor, T. F., Burke, J., et al. (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1023-1031.
- Rollnick, S., Heather, N., Gold, R., & Hall, W. (1992). Development of a short "Readiness to Change" Questionnaire for use in brief opportunistic interventions. *British Journal of Addictions*, 87, 743-754.
- Roman, P. (2013). Treatment for substance use disorders in the United States: An organizational technology perspective. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 597-621). New York: Oxford University Press.
- Rose, S. J., Zweben, A., Ockert, D., & Baier, A. (2013). Interfaces of substance abuse treatment with other health and social systems. In B. S. McCrady & E. E. Epstein

- (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 641-655). New York: Oxford University Press.
- Rosenberg, H. (1993). Prediction of controlled drinking by alcoholics and problem drinkers. *Psychological Bulletin*, 113, 129-139.
- Rosenthal, R. N. (2013). Treatment of persons with dual diagnoses of substance use disorder and other psychological problems. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 659-707). New York: Oxford University Press.
- Rychtarik, R. G., Connors, G. J., Whitney, R. B., McGillicuddy, N. B., Fitterling, J. M., & Wirtz, P. W. (2000). Treatment settings for persons with alcoholism: Evidence for matching clients to inpatient versus outpatient care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 277-289.
- Rynes, K. N., McCrady, B. S., Morgan, T., Violette, N., & Pandina, R. (2012). *Need-service matching predicts drug use outcomes in comprehensive treatment for mothers in the child welfare system*. Unpublished manuscript.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption – II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Sisson, R. W., & Azrin, N. (1986). Family-member involvement to initiate and promote treatment of problem drinkers. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 17, 15-21.
- Skinner, H., & Allen, B. A. (1982). Alcohol dependence syndrome: Measurement and validation. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 199-209.
- Slaymaker, V., & Sheehan, T. (2013). The disease model. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 451-481). New York: Oxford University Press.
- Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members*. New York: Guilford Press.
- Smith, P. H., Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. (2012). Intimate partner violence and specific substance use disorders: Findings from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26, 236-245.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2003). Alcohol consumption measures. In J. P. Allen & V. B. Wilson (Eds.), *Assessing alcohol problems: A guide for clinicians and researchers, second edition* (pp. 75-99). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1995). *Alcohol Timeline Follow-back users' manual*. Toronto: Addiction Research Foundation.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (2011). *Group therapy for substance use disorders: A motivational cognitive-behavioral approach*. New York: Guilford Press.
- Sobell, M. B., & Sobell, L. C. (2000). Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 573-579.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.
- Spear, S. F., & Mason, M. (1991). Impact of chemical dependency on family health status. *International Journal of the Addictions*, 26, 179-187.
- Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Gibbon, M., & First, M. B. (1996). *Structured Clinical Interview for DSM-IV: Patient Edition (with Psychotic Screen – Version 1.0)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Stinchfield, R., & Owen, P. (1998). Hazelden's model of treatment and its outcome. *Addictive Behaviors*, 23, 669-683.
- Straus, M., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Sullivan, J. T., Sykora, K., Schneiderman, J., Naranjo, C. A., & Sellers, E. M. (1989). Assessment of alcohol withdrawal: The revised Clinical Institute Withdrawal Assessment for Alcohol scale (CIWA-Ar). *British Journal of Addiction*, 84, 1353-1357.
- Thomas, E. J., Santa, C., Bronson, D., & Oyserman, D. (1987). Unilateral family therapy with the spouses of alcoholics. *Journal of Social Service Research*, 10, 145-162.
- Thomas, E. J., Yoshioka, M., & Ager, R. D. (1996). Spouse enabling of alcohol abuse: Conception, assessment, and modification. *Journal of Substance Abuse*, 8, 61-80.
- Tonigan, J. S., Miller, W. R., & Brown, J. M. (1997). The reliability of FORM 90: An instrument for assessing alcohol treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 358-364.
- Vaillant, G. (1983). *The natural history of alcoholism*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Vaillant, G., & Milofsky, E. S. (1982). Natural history of male alcoholism: 4. Paths to recovery. *Archives of General Psychiatry*, 39, 127-133.
- Walitzer, K. S., & Connors, G. J. (2007). Thirty-month follow-up of drinking moderation training for women: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 501-507.
- Witkiewitz, K., Donovan, D. M., & Hartzler, B. (2012). Drink refusal training as part of a combined behavioral intervention: Effectiveness and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 440-449.
- Witkiewitz, K., & Marlatt, G. A. (2004). Relapse prevention for alcohol and drug problems: That was zen, this is tao. *American Psychologist*, 59, 224-235.
- Woodward, J. J. (2013). Alcohol. In B. S. McCrady & E. E. Epstein (Eds.), *Addictions: A comprehensive guidebook* (2nd ed., pp. 135-154). New York: Oxford University Press.
- Zimmerman, A., Lubman, D. I., & Cox, M. (2012). Tobacco, caffeine, alcohol and illicit substance use among consumers of a national community managed mental health service. *Mental Health and Substance Use*, 5, 287-302.

CAPÍTULO 14

TRANSTORNOS POR USO DE DROGAS

Stephen T. Higgins

Stacey C. Sigmon

Sarah H. Heil

Neste capítulo, acompanhamos o caso de “Bill”, com 24 anos de idade e com transtorno por uso de cocaína, que normalmente seria considerado um dos tipos mais difíceis de paciente para utilizar intervenções psicológicas. Como é comum com essa população, Bill tinha não apenas transtorno por uso de cocaína, mas também de álcool, problemas com controle da raiva, uso pesado de cigarros e maconha, ideação suicida e graves problemas interpessoais, sociais e ocupacionais (incluindo uma proibição de que visitasse sua filha de 5 anos). O fato de que Stephen T. Higgins e sua equipe mais próxima de colaboradores tenham conseguido criar um protocolo de tratamento para indivíduos como Bill – um protocolo com forte sustentação empírica – é, em si, uma conquista importante. Todavia, somente quem está mais familiarizado com essa abordagem tem uma boa ideia da natureza multifacetada dessa estratégia semiestruturada breve, que inclui atenção à gama completa de comportamentos aditivos, bem como aos problemas do humor, nas relações interpessoais e na vida. Sem essa abordagem abrangente, não resta dúvida de que essas estratégias de tratamento não gozariam do sucesso que têm. Mesmo os profissionais ou estudantes que não trabalham diretamente com comportamentos aditivos têm a ganhar conhecendo essa nova geração de abordagens psicológicas eficazes no tratamento do uso de drogas. — D. H. B.

Os transtornos por uso de drogas representam um problema de saúde pública de alta prevalência e elevado custo nos Estados Unidos e em praticamente todos os países industrializados. Para ser ter uma ideia do alcance do problema nos Estados Unidos, estima-se que 131,2 milhões de pessoas com 12 anos ou mais (51,4%) informem consumir álcool atualmente (nos últimos 30 dias), 69,6 milhões (27,2%) informem usar tabaco e 22,7 milhões (8,9%), drogas ilícitas (*United States Department of Health and Human Services* [USDHHS], 2012). É claro que nem todos os atuais usuários sentem efeitos adversos, mas uma proporção considerável apresenta problemas relevantes. Uma parcela estimada em 22,2 milhões (8,7%) dos norte-americanos com 12 anos ou mais cumpre os critérios formais do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) para abuso ou dependência de drogas no último ano e 1,5 milhão (0,6%) informam tratamento para problema do uso de drogas no último

ano (USDHHS, 2012). Os custos anuais para a economia dos Estados Unidos associados a esses problemas são estimados em mais de 600 bilhões de dólares (Bouchery, Harwood, Sacks, Simon e Brewer, 2011; Centers for Disease Control and Prevention, 2008; U. S. Department of Justice, 2011).

Está claro que há uma necessidade enorme de tratamentos eficazes para os transtornos do uso de drogas. Este capítulo aborda os tratamentos psicossociais para os transtornos do uso de drogas ilícitas. Os tratamentos para os problemas com álcool são abordados em McCrady (Cap. 13), e há várias revisões excelentes disponíveis sobre tratamento para transtornos por uso de tabaco (p. ex., Kenford e Fiore, 2004; Schnoll e Lerman, 2006). Como o foco recai sobre intervenções que tenham sustentação empírica, em grande parte, abrangemos aqui as terapias comportamental e cognitivo-comportamental. Dito isso, os tratamentos contemporâneos eficazes para os transtornos do uso de drogas muitas vezes implicam

combinar tratamentos psicológicos com medicamentos, e isso também se reflete neste capítulo. Usamos uma intervenção de múltiplos elementos para ilustrar detalhes da implementação do tratamento, a saber, a abordagem de reforço comunitário (community reinforcement approach, CRA) mais a intervenção com vales (*vouchers*), que o nosso grupo desenvolveu para o tratamento ambulatorial da dependência de cocaína. Por fim, o *National Institute on Drug Abuse* (NIDA, 2009) publicou 13 princípios do tratamento eficaz para abuso de drogas ilícitas baseados em mais de 35 anos de pesquisa e, quando for o caso, destacamos esses princípios ao longo do capítulo (Tab. 14.1).

DEFININDO O TRANSTORNO CLÍNICO

Antes de passar a discussões sobre o tratamento, destacamos os critérios atuais para diagnosticar os transtornos por uso de drogas. Na pesquisa discutida neste capítulo, usamos o DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), e pretendemos usar o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) em iniciativas futuras. O DSM-5, publicado em maio de 2013, contém uma grande mudança em relação ao DSM-IV-TR, que merece destaque (O'Brien, 2011). As categorias diagnósticas de abuso e dependência apresentadas no DSM-IV-TR foram substituídas no DSM-5 por um espectro único de *transtorno por uso de substâncias*, que inclui 11 sintomas. Esses sintomas, em sua maioria paralelos aos encontrados no DSM-IV-TR, são os seguintes: (1) uso de substância em quantidades maiores ou por um período mais longo do que se esperava; (2) desejo persistente ou esforços infrutíferos para reduzir ou controlar o uso da substância; (3) grande quantidade de tempo gasto em atividades necessárias para obter as substâncias; (4) fissura; (5) descumprimento de obrigações importantes; (6) uso contínuo da substância, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes; (7) cessação ou redução de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes devido ao uso de substâncias; (8) uso de substâncias em situações em que isso representa risco físico; (9) continuação do uso de substâncias apesar de saber que tem um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente, provavelmente causado ou exacerbado pela substância; (10) tolerância; (11) abstinência. A extremidade mais suave do espectro do transtorno (dois a três sintomas) é comparável à categoria de abuso menos grave no DSM-IV-TR, e a extremidade superior do espectro (6 ou mais sintomas), à categoria de dependência mais grave. Toda a nossa pesquisa discutida a seguir envolveu indivíduos situados na extremidade mais grave, ou de “dependência” desse espectro.

TABELA 14.1 Princípios do tratamento eficaz

1. Não há um tratamento único que seja apropriado para todos os indivíduos.
2. O tratamento precisa estar prontamente disponível.
3. O tratamento eficaz atende as múltiplas necessidades do indivíduo, e não apenas de seu uso de drogas.
4. O plano individual de tratamento e de serviços deve ser continuamente avaliado e modificado segundo a necessidade, para garantir o atendimento das necessidades cambiantes do paciente.
5. Permanecer em tratamento por um período adequado é fundamental para a eficácia do tratamento (ou seja, três meses ou mais).
6. O aconselhamento (individual e/ou em grupo) e outras terapias comportamentais são componentes centrais do tratamento eficaz para a adição.
7. Os medicamentos são um elemento importante do tratamento de muitos pacientes, principalmente quando combinados com aconselhamento e outras terapias comportamentais.
8. Indivíduos com adição ou abuso de drogas e com transtorno mental coexistente devem ter ambos os transtornos tratados de forma integrada.
9. A desintoxicação médica é apenas a primeira etapa do tratamento para adição e, por si só, pouco faz para mudar o uso de drogas no longo prazo.
10. O tratamento não precisa ser voluntário para ser eficaz.
11. O possível uso de drogas durante o tratamento deve ser monitorado continuamente.
12. Programas de tratamento devem proporcionar avaliação para HIV/aids, hepatite B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, e aconselhamento para ajudar os pacientes a modificar comportamentos que os coloquem em risco de infecção.
13. A recuperação da adição a drogas pode ser um processo de longo prazo e demanda, muitas vezes, vários episódios de tratamento.

As evidências sustentam uma posição segundo a qual, em média, transtornos por uso de drogas mais graves estão associados a piores resultados de tratamento. A gravidade é influenciada por frequência de uso, quantidade de droga usada e via de administração, e a aspectos sociodemográficos (p. ex., nível de escolaridade), entre outros fatores. Parece haver poucas dúvidas de que esses fatores têm correlação positiva com o número de sinais e sintomas indesejáveis exibidos após um período de uso repetido de drogas e,

assim, merecem atenção cuidadosa em uma avaliação diagnóstica. Por essas e outras razões, consideramos o DSM-IV-TR útil para avaliar a gravidade de transtornos por uso de cocaína e outras drogas, e prevemos que a abordagem de espectro do DSM-5 é ainda mais útil nesse sentido.

AVALIAÇÃO

Uma avaliação abrangente é o primeiro passo essencial para o manejo clínico eficaz dos transtornos por uso de drogas. Esta sessão trata das práticas de avaliação que usamos em nossa clínica especializada em indivíduos que cumprem critérios do DSM-IV-TR para dependência de cocaína e que, no DSM-5, representariam a extremidade mais grave do espectro do transtorno por uso de cocaína. A estrutura de avaliação é relativamente genérica e pode ser aplicada prontamente a outros tipos de transtornos por uso de drogas, substituindo-se a informação especificamente relacionada à cocaína por informações sobre qualquer outro tipo por uso de droga que seja o problema atual.

Todos os contatos clínicos iniciais são realizados por um recepcionista, que confirma que o indivíduo que ligou relata problemas por uso de drogas, tem 18 anos ou mais e reside dentro do distrito em que a clínica está localizada. O tratamento CRA + vales que usamos é intensivo, demandando várias visitas à clínica por semana. Os indivíduos que moram fora do distrito muitas vezes não conseguem seguir uma agenda tão exigente. Outras intervenções, menos intensivas, podem permitir um alcance geográfico mais amplo. A questão importante é ter estabelecido o alcance geográfico possível em termos práticos para que o tratamento seja oferecido. Os indivíduos que não cumprem nossos critérios básicos de inclusão são encaminhados para um serviço apropriado; para os que cumprem os critérios, marca-se uma consulta para uma avaliação de admissão.

São feitos todos os esforços para marcar a entrevista de admissão assim que possível (Princípio 2, Tab. 14.1). Marcar a entrevista dentro de 24 horas depois do contato com a clínica reduz em muito as taxas de abandono no período entre o contato com a clínica e a entrevista de admissão, o que é um problema substancial entre as pessoas com transtorno por uso de drogas (Festinger, Lamb, Kirby e Marlowe, 1996). Alguns pacientes não conseguem comparecer dentro de 24 horas, assim nosso objetivo secundário passa a ser que venham dentro de 72 horas.

Os pacientes são informados de que a entrevista de admissão levará cerca de 3 horas. A sessão inicial é uma das mais importantes. A equipe clínica deve estar ciente do desconforto potencial do paciente e tentar fazer com que o indivíduo se sinta à

vontade. Pode ajudar ser cortês, elogiar os pacientes por darem esse primeiro passo importante em direção à mudança, respeitar o fato de que alguns deles podem estar fisicamente doentes ou desconfortáveis em função do recente uso de drogas e, assim ser flexível com atrasos e assim por diante. Também pode ser útil atender às necessidades de breves intervalos, de comida ou bebida, ou de um telefonema breve. Durante todas as interações, buscamos ser empáticos e transmitir uma mensagem otimista, do tipo “você consegue”.

Durante a entrevista de admissão, coletamos informações detalhadas sobre o uso de drogas, avaliamos a prontidão para o tratamento e avaliamos o funcionamento psiquiátrico, situação ocupacional/profissional, interesses de lazer, apoios sociais atuais, problemas sociais e familiares e questões legais (ver Princípio 3, Tab. 14.1). Os seguintes instrumentos, que usamos para obter esse tipo de informação, são listados na ordem em que geralmente são administrados. Podem ser feitas modificações a qualquer momento em nossa lista, dependendo da população que esteja sendo tratada. Oferecemos apenas para dar um exemplo daquilo que consideramos um pacote de avaliação eficaz, junto com as fundamentações clínicas associadas.

Questionários autorrespondidos

Usamos vários questionários que podem ser respondidos pelo paciente quando chega à clínica para a entrevista inicial de admissão. O membro da equipe que faz a admissão cumprimenta o paciente, apresenta-se, leva-o para um consultório individual e o informa de maneira breve, mas cuidadosa, sobre o que deve esperar durante o processo de admissão. É essencial perguntar sobre a capacidade de leitura do paciente antes de pedir que responda a questionários autorrespondidos. Se houver dúvida sobre essa habilidade, pedimos discretamente que leia várias perguntas em voz alta, para termos uma ideia se ele pode preencher os formulários sem ajuda. Para os indivíduos com pouca instrução, os questionários podem ser lidos em voz alta por um membro da equipe em um ambiente reservado, o que deve ser feito com cuidado e consideração positiva pelo desconforto que as pessoas com dificuldades de leitura sentem nessas circunstâncias. Os leitores aptos têm cerca de 45 minutos para preencher os formulários.

Fazemos os pacientes responderem a um questionário breve e rotineiro sobre informações demográficas. É importante obter o endereço atual e o número de telefone, assim como o número de alguém que sempre saiba onde o paciente está. Essa informação é importante para propósitos de contato durante o tratamento, caso ele deixe de ir a sessões agendadas ou

seja necessário entrar em contato por outras questões clínicas e para contatar com os pacientes para avaliações de rotina de seguimento pós-tratamento.

A *Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES; Miller e Tonigan, 1996) fornece informações sobre as percepções dos pacientes acerca da gravidade dos seus problemas por uso de drogas e sua prontidão para iniciar os comportamentos com vistas a reduzir o uso. Esse questionário oferece um índice quantitativo de motivação para a mudança, que pode ser um importante indicador da disposição do paciente a cumprir determinados objetivos de tratamento. Usamos três versões da SOCRATES que correspondem a substâncias específicas (cocaína, álcool e outras drogas), já que as motivações dos pacientes para reduzir o uso de substâncias muitas vezes estão relacionadas a uma droga específica. Por exemplo, quase todos que buscam tratamento em nossa clínica estão prontos para agir com o objetivo de mudar seu uso de cocaína, mas muitos outros são mais ambivalentes em relação a mudar o seu uso de álcool ou maconha, que são as duas outras formas do uso de drogas com que lidamos com mais frequência. Nossa abordagem consiste em reforçar a ação que o paciente está pronto para iniciar com relação à cocaína e compartilhar de forma empática nosso conhecimento acerca da influência de outras formas do uso de drogas sobre a probabilidade de se conseguir deixar de usar cocaína com sucesso. Nossa recomendação é que uma abstinência, pelo menos no curto prazo, de todas as substâncias intoxicantes é o caminho com as maiores chances de sucesso. O uso de álcool pode aumentar diretamente a probabilidade do uso de cocaína e é um preditor de resultados pobres. O uso de maconha, que não é preditor de maus resultados com relação ao uso de cocaína em si, está associado aos seus próprios problemas.

Usamos uma adaptação do *Cocaine Dependency Self-Test* (Washton, Stone e Hendrickson, 1988) como meio eficiente para coletar informações específicas sobre o tipo de efeitos adversos da cocaína que os pacientes tenham experimentado. As informações coletadas de forma sistemática sobre os efeitos adversos por uso de drogas são importantes. Essas informações são úteis para ajudar os pacientes a resolverem problemas relacionados às vantagens e desvantagens de usar cocaína como parte dos esforços com vistas a promover e manter a motivação para mudar durante o tratamento.

Uma proporção considerável dos pacientes com transtornos por uso de drogas ilícitas também é de bebedores-problema, tornando a avaliação desse problema essencial. Como parte de nossa avaliação de álcool, usamos o *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST), um instrumento breve de triagem para

o alcoolismo muito utilizado (Selzer, 1971). Considerando-se que quase todos os pacientes que entram em tratamento para abuso e dependência de cocaína usam álcool, e que cerca de 60% cumprem os critérios de diagnóstico do DSM-IV-TR para dependência do álcool, o MAST é útil para identificar os pacientes com problemas com álcool.

O humor deprimido é outro problema comum entre as pessoas que se apresentam para o tratamento por transtorno por uso de drogas. Usamos o Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer, Ball e Ranieri, 1996) para selecionar por sintomatologia depressiva e o readministramos regularmente para monitorar o avanço com esses pacientes que têm escore dentro da faixa clínica no momento da admissão. Os escores médios do BDI para pacientes que abusam da cocaína e estejam iniciando o tratamento ficam na faixa clínica. Para a maioria deles, esses escores diminuem muito depois de uma ou duas semanas de tratamento. Entretanto, isso não é verdadeiro para todos. Consequentemente, é importante avaliar de modo cuidadoso e monitorar a sintomatologia depressiva, encaminhando ou intervindo quando os sintomas não entram em remissão. Também é importante avaliar e monitorar o risco de suicídio, o que fazemos usando um protocolo que desenvolvemos em colaboração com o serviço local de emergência em saúde mental.

A Escala de Avaliação de Sintomas 90-R (SCL-90-R; Derogatis, 1983) também é usada para a triagem de sintomatologia psiquiátrica em termos mais amplos e ajuda a determinar a necessidade de uma avaliação psiquiátrica mais profunda. A SCL-90-R também pode ser facilmente readministrada para monitorar o progresso ou alterações na situação psiquiátrica.

Depois de respondidos pelos pacientes, esses questionários de autorrelato são revisados pela equipe para ter certeza de que todas as perguntas tenham sido respondidas e que as informações pareçam coerentes. Quaisquer incoerências evidentes são resolvidas com o paciente.

Descrição do programa

Consideramos útil separar os aspectos da coleta de dados da avaliação inicial entre duas atividades: o preenchimento dos questionários autorrespondidos e o início das entrevistas estruturadas. Apresentamos uma descrição breve do programa de tratamento e sua filosofia nesse momento. Os pacientes têm a oportunidade de fazer perguntas e expressar qualquer preocupação que possam ter. O objetivo é orientá-los com relação ao que vai acontecer no tratamento, criar uma atmosfera de otimismo e ajudá-los a se sentir esperançosos de que podem ter sucesso no tratamento. Essa descrição e essa interação geralmente são bre-

ves (10 a 15 minutos). Um terapeuta apresenta fundamentações e descrições mais detalhadas durante essa mesma sessão de admissão, mas depois que as entrevistas estruturadas são completadas. Quando fazem perguntas sobre o processo de tratamento, o membro da equipe que realiza a admissão dá respostas breves e garante ao paciente que o terapeuta já se reunirá com ele para dar muito mais informações em relação ao programa e a seu funcionamento.

Ao proporcionar essa descrição breve, o membro da equipe explica que nosso programa é confidencial e especificamente voltado aos indivíduos que tenham problemas com a cocaína. Por razões óbvias, os usuários de drogas ilícitas costumam se preocupar muito com a confidencialidade. Os pacientes são informados sobre a duração total do tratamento, a frequência e a duração recomendada das consultas, bem como os focos e as orientações gerais de nossa abordagem terapêutica (ou seja, mudanças no estilo de vida). Explicamos que os objetivos principais dessas mudanças são os pacientes pararem de usar cocaína e fazerem mudanças positivas que resultem em maior satisfação na vida. São apresentados exemplos do que pode ocorrer durante o tratamento:

“Se você tem interesse em conseguir um emprego, o terapeuta irá ajudar a procurá-lo, com um currículo, e ajudando-o com telefone e transporte, se for necessário. Se você quiser voltar a estudar, podemos ajudá-lo a conseguir os formulários de matrícula, verificar as possibilidades de financiamento e assistência, e até levá-lo a uma entrevista se você não tiver transporte. Se você estiver tendo problemas de relacionamento, há um aconselhamento disponível. Se você não participa regularmente de qualquer atividade recreativa, temos muitas sugestões e podemos até levar você a uma delas, como basquete, tênis, pescaria, barcos, aulas de artes, artesanato e assim por diante, etc.

Além disso, damos treinamento em habilidades de enfrentamento. Então, se você tiver problemas para controlar a sua raiva, podemos ajudar a manejá-la. Se você tiver problemas com dinheiro, podemos ajudar com o gerenciamento financeiro. Se você tiver dificuldades de lidar com os problemas de comportamento de seus filhos, podemos dar assistência para obter ajuda com esse problema. Se você tiver dificuldade para relaxar, podemos trabalhar as habilidades de relaxamento e manejo do estresse, etc.”

Além disso, o membro da equipe que faz a admissão dá uma descrição muito breve do programa de incentivo de nossa clínica:

“Você também vai participar do nosso programa de incentivo. Funciona assim: se você se mantiver sem drogas, ou seja, fornecer amostras de urina que estejam livres de cocaína, você ganha pontos que podem ser usados para sustentar seus objetivos. Isso quer dizer que, se ficar ‘limpo’, você acumula pontos que podem ser usados para pagar por atividades como ir ao cinema, entrar para uma academia de ginástica, fazer algum curso, comprar uma vara de pescar, etc. Seu terapeuta vai explicar mais acerca dessas coisas quando vocês se reunirem ou depois da nossa entrevista.”

Entrevistas semiestruturadas

Uma entrevista semiestruturada para coleta da história relacionada às drogas (desenvolvida em nossa clínica) é usada para facilitar a coleta de informações sobre o uso de drogas atual e passado. Essas informações detalhadas são essenciais para o planejamento adequado do tratamento.

O objetivo em elaborar a história do uso de drogas é obter informações detalhadas com relação à duração, gravidade e padrão do uso de droga. A precisão do relato do paciente sobre o uso de drogas (quantidade e frequência) é facilitada pelo uso de uma técnica eficaz de revisão do uso recente (i. e., o *Timeline Follow-Back Interview*, Sobell e Sobell, 1992; para uma revisão, ver Hjorthøj, Hjorthøj e Nordendoft, 2012). Usando um calendário como estímulo, os pacientes devem se lembrar do número de dias em que usaram drogas na semana anterior e a quantidade usada em cada ocasião. Em geral, a melhor unidade métrica para determinar a quantidade de cocaína usada é o grama. A mesma avaliação é feita para as três semanas anteriores e o quanto for necessário no passado para propósitos diagnósticos. Essa técnica resulta em uma boa visão geral do padrão do uso de drogas do paciente nos últimos 30 dias. O membro da equipe que faz a admissão pede o máximo possível de esclarecimento para ajudar a obter uma avaliação precisa da história do uso de drogas. Os diagnósticos de abuso e dependência são feitos depois, por psicólogos com mestrado ou doutorado.

A Escala de Gravidade de Dependência (ASI; McLellan, Cacciola, Alterman, Rikoon e Carise, 2006) visa proporcionar avaliações confiáveis e válidas de vários problemas comumente associados ao uso de drogas, bem como uma avaliação quantitativa, no tempo, da gravidade do problema nas seguintes áreas: uso de álcool e de outras drogas, *status* ocupacional, aspectos médicos, legais, familiares, sociais e psicológicos. As informações obtidas no ASI são bastante úteis para desenvolver planos de tratamento que incluam

objetivos de mudança do estilo de vida. Também é um instrumento útil para avaliar o progresso no seguimento, já que tem como referência o tempo e proporciona escores compostos quantitativos para múltiplas áreas problemáticas. O treinamento para a administração do ASI é necessário para garantir que quem fizer a admissão realize uma entrevista de ASI confiável (para informações sobre treinamento no uso do ASI, acesse www.tresearch.org/training/asi_train.htm).

O *Practical Needs Assessment Questionnaire*, desenvolvido em nossa clínica, determina se o paciente tem alguma necessidade urgente ou crise que possa interferir com o envolvimento inicial com o tratamento (p. ex., moradia, questões legais, transporte ou cuidados de filhos). O membro da equipe que faz a admissão faz perguntas específicas com relação à moradia atual, cuidado dos filhos, circunstâncias legais, questões de saúde e outras questões que possam ser de interesse atual e importante para o paciente. Coletam-se informações detalhadas de qualquer crise identificada. Isso visa identificar questões que possam precisar de atenção clínica imediata. As vidas de muitos indivíduos que entram em tratamento para dependência de drogas são caóticas. A probabilidade de vincular e manter alguns pacientes no tratamento pode ser comprometida se não se der muita ajuda com algumas necessidades agudas, geralmente na forma de encaminhamentos às instituições da comunidade, para que tenham assistência.

Depois de completar essas entrevistas, o membro da equipe que fez a admissão informa os pacientes que eles vão se reunir com o seu terapeuta em poucos minutos. Durante um breve intervalo (5 a 10 minutos), o membro da equipe de admissão preenche um formulário resumido para o terapeuta que vai assumir o caso, com todas as informações úteis colhidas na admissão. O membro da equipe reúne-se brevemente com o terapeuta para analisar o caso. A seguir, os pacientes são apresentados aos seus terapeutas. Tentamos nunca deixar que o paciente saia de sua entrevista de admissão sem uma rápida reunião com o terapeuta, para que o paciente vá embora sentindo que o tratamento começou e com planos concretos para se abster do uso de cocaína até a próxima consulta.

Em muitos aspectos, essa reunião inicial é uma sessão de orientação usada para estabelecer *rapport* com o paciente e apresentar mais argumentos em favor de nossa abordagem de tratamento. Fazer isso permite desenvolver expectativas claras sobre o tratamento. Continuamos com a abordagem “você consegue”, reconhecendo o esforço que o paciente e a equipe terão que fazer para ter êxito, mas transmitindo uma mensagem de confiança de que o sucesso pode ser atingido trabalhando juntos. O terapeuta e o

paciente começam juntos a formular um plano inicial de tratamento durante essa sessão. Os pacientes são orientados em relação ao regime rigoroso de exames de urina que é um componente central desse tratamento. Quando parece ser caso de medicação, passos iniciais são dados rumo à implementação dos protocolos médicos necessários. Com a população dependente de cocaína, usamos rotineiramente um regime de terapia com dissulfiram com monitoramento clínico para tratar dos problemas com uso de álcool, o que também reduz o uso de cocaína (Carroll, Nich, Ball, McCance e Rounsaville, 1998). Recentemente, começamos a usar um regime de terapia com naltrexona com monitoramento clínico, em função do aumento da prevalência de abuso de opioides controlados.

TERAPIAS COMPORTAMENTAL E COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA TRANSTORNOS POR USO DE DROGAS ILÍCITAS

Estrutura conceitual

As terapias comportamental e cognitivo-comportamental se baseiam em grande parte nos conceitos e princípios do condicionamento operante e respondente e na teoria do aprendizado social. Dentro dessa estrutura conceitual, o uso de drogas é considerado um comportamento aprendido que se mantém, pelo menos em parte, por meio dos efeitos reforçadores das ações farmacológicas da droga em conjunto com o reforço social e outros, de tipo não farmacológico, derivados do estilo de vida do abusador de drogas (Higgins, Heil e Lussier, 2004). A observação empírica confiável, segundo a qual as drogas de abuso funcionam como reforçadores em humanos e em animais de laboratório, dá uma sustentação científica sólida a essa posição (Griffiths, Bigelow e Henningfield, 1980; Higgins et al., 2004). A cocaína, outros estimulantes psicomotores, o etanol, os opioides, a nicotina e os sedativos servem como reforçadores e são auto-administrados voluntariamente de diversas maneiras. Além disso, por meio de condicionamento operante e respondente, os eventos ambientais que foram associados anteriormente ao uso de drogas seguramente levam a um comportamento de busca de drogas. A dependência física não é necessária para que essas drogas sustentem padrões contínuos e estáveis de busca e uso voluntário de drogas em humanos e animais de laboratório que em outros aspectos são saudáveis. Os aspectos comuns não param por aí. Os efeitos de alterações na disponibilidade das drogas, na dose, no calendário de reforço e outras manipulações ambientais do uso das drogas são regulares e têm generalidade entre diferentes maneiras e tipos de abuso de drogas (Griffiths et al., 1980; Higgins et al., 2004). Esses aspectos em comum sustentam uma posição teórica de

que o reforço e outros princípios da aprendizagem são determinantes fundamentais do uso, do abuso e da dependência de drogas.

Dentro desse modelo conceitual, portanto, o uso de drogas é considerado um comportamento normal e aprendido, situado em um espectro de frequência que vai desde padrões de pouco uso e poucos problemas até o uso excessivo e muitos efeitos negativos, incluindo a morte. Supõe-se que os mesmos processos e princípios de aprendizado operem dentro desse espectro. Todos os humanos fisicamente saudáveis têm os sistemas neurobiológicos necessários para experimentar o reforço produzido pelas drogas; portanto, desenvolvem padrões de uso, abuso e dependência de drogas. Dito de outra forma, os indivíduos não precisam ter quaisquer características excepcionais ou patológicas para desenvolver abuso ou dependência de drogas. Características claramente genéticas ou adquiridas (p. ex., história familiar de dependência de substâncias ou de outros transtornos psiquiátricos) podem afetar a probabilidade de desenvolver abuso ou dependência (ou seja, são fatores de risco), mas esse modelo pressupõe que essas características especiais não são necessárias para que esses transtornos surjam.

O tratamento busca ajudar na reorganização dos ambientes físico e social do usuário. O objetivo é reduzir sistematicamente a influência do reforço derivado do uso da droga e do estilo de vida relacionado ao abuso e aumentar a frequência do reforço derivado de outras atividades mais saudáveis, principalmente as incompatíveis com o uso continuado. A seguir, descrevemos as categorias básicas das terapias comportamental e cognitivo-comportamental testadas empiricamente para atingir esses objetivos gerais (Carroll e Onken, 2005).

Modelos de intervenção comportamental e cognitivo-comportamental e sustentação empírica para a eficácia

Pelo menos quatro modelos de intervenção comportamental e cognitivo-comportamental, empiricamente embasados, são usados no tratamento dos transtornos por uso de drogas ilícitas (Carroll e Onken, 2005). O primeiro é a terapia cognitivo-comportamental para prevenção de recaída, que já se mostrou eficaz com cocaína, metanfetamina e outros tipos de transtornos por uso de drogas (p. ex., Carroll et al., 1994; Rawson et al., 2004; Reback e Shoptaw, no prelo). Geralmente, essa abordagem implica treinamento e análise funcional, por meio da qual os pacientes aprendem a identificar os antecedentes e as consequências ambientais que influenciem o uso de drogas. A análise funcional geralmente vem acompanhada do treinamento de habilidades para reorganizar o próprio ambiente com vistas a alterar a probabilidade de usar drogas, seja evitando-

-se os contextos de alto risco seja administrando-os de forma eficaz, quando não se puder evitar o contato. Muitas vezes, usam-se estratégias cognitivas para identificar e modificar as expectativas irrealistas em relação ao uso de drogas, para lidar com a fissura e para alterar os padrões de pensamento que aumentem a probabilidade do uso. O treinamento das habilidades sociais muitas vezes é incorporado quando os pacientes usam drogas para lidar com a ansiedade social ou quando déficits de habilidades específicas limitam seu acesso a outras fontes de reforço mais saudáveis (p. ex., Monti, Rohsenow, Michalec e Abrams, 1997). O treinamento sistemático é incluído para impedir a recaída, com ênfase suficiente no fato de que as expressões *terapia cognitivo-comportamental* e *terapia de prevenção de recaída* costumam ser usadas de forma intercambiável. Existem boas evidências da eficácia dessas abordagens para tratar os transtornos por uso de drogas ilícitas (para uma metanálise, ver Irvin, Bowers, Dunn e Wong, 1999).

Em segundo lugar, o manejo de contingências é uma estratégia de tratamento comportamental eficaz, muito usado para tratar da cocaína, de opioides e outros tipos de transtorno por uso de drogas ilícitas (Higgins, Silverman e Heil, 2008), bem como outros problemas de saúde comportamental (ver Supplemental Issue of Preventive Medicine, em “Incentives and Health”; Higgins, Silverman, Sigmon e Naito, 2012). Com o manejo de contingências, as consequências que reforçam e punem são usadas sistematicamente para aumentar a abstinência do uso de drogas e melhorar outros objetivos terapêuticos, como frequência ao tratamento ou adesão à medicação (Higgins et al., 2008). Uma forma específica de manejo de contingências, em que os pacientes recebem vales que podem ser trocados por itens de varejo a partir de evidências objetivas de abstinência recente do uso de drogas, tem-se tornado uma intervenção comum para pacientes com transtornos por uso de drogas ilícitas. Sabemos de, pelos menos, duas metanálises que sustentam a eficácia do manejo de contingências com pacientes que fazem terapia de manutenção com metadona (Griffith, Rowan-Szal, Roark e Simpson, 2000) e no tratamento de transtornos por uso de drogas em termos mais gerais (Lussier, Heil, Mongeon, Badger e Higgins, 2006).

Em terceiro lugar, a Entrevista Motivacional, uma intervenção eficaz para bebedores-problema (Vasilaki, Hosier e Cox, 2006), também tem sido usada com mais frequência para tratar dos transtornos por uso de drogas ilícitas. A Entrevista Motivacional é uma intervenção breve, voltada a facilitar a mudança comportamental ao ajudar os pacientes a identificar valores e objetivos pessoais, a examinar se o uso de drogas pode entrar em conflito com esses valores e

objetivos e a explorar como resolver qualquer ambivalência ou conflito entre os objetivos e os valores pessoais e o uso contínuo de drogas (Miller e Rollnick, 2002). O uso da Entrevista Motivacional com transtornos por uso de drogas ilícitas ainda tem resultados variados (p. ex., Martino, Carroll e Rounsaville, 2006; Smedslund et al., 2011).

Em quarto lugar, a terapia comportamental de casais tem sido eficaz para tratar os transtornos por uso de drogas ilícitas, embora isso não tenha sido investigado de forma ampla como nos transtornos por uso de álcool (Carroll e Onken, 2005; O'Farrell e Clements, 2012). A terapia geralmente visa à melhoria das habilidades de comunicação. Os casais aprendem a negociar a mudança no comportamento um do outro para que esse comportamento funcione mais como reforço. Geralmente, há um contrato em que o paciente designado concorda em se abster de usar drogas e cumprir um regime de medicação recomendado. Há também evidências de que o aconselhamento comportamental em família tem eficácia com adolescentes que tenham transtornos por uso de drogas ilícitas (p. ex., Azrin, Donohue, Besalel, Kogan e Acierno, 1994), assim como outras intervenções com terapia de família (p. ex., Henggeler, Pickrel, Brondino e Crouch, 1996; Liddle et al., 2001).

É prática comum oferecer tratamento com múltiplos elementos para os transtornos por uso de drogas ilícitas, que incorporam muitas das intervenções específicas que apontamos (p. ex., Bellack, Bennett, Gearson, Brown e Yang, 2006). Na verdade, CRA + vales, que usamos para tratar dependência de cocaína, incorpora todas as intervenções indicadas anteriormente, menos a terapia de família com adolescentes. A seguir, descrevemos a intervenção CRA + vales e sua implementação no tratamento da dependência de cocaína. Com relação à eficácia, a metanálise que sustenta a eficácia dos vales foi apontada anteriormente (Lussier et al., 2006). Uma metanálise sustenta a eficácia da CRA, com e sem vales, no tratamento do transtorno por uso de drogas (Roozen et al., 2004), e um estudo randomizado demonstrou que o componente CRA é um elemento ativo do tratamento CRA + vales (Higgins et al., 2003).

CRA + vales

A recomendação de duração para a terapia CRA + vales é de 24 semanas de tratamento e 24 semanas de cuidados posteriores (Budney e Higgins, 1998). A influência da duração do tratamento ainda não foi examinada experimentalmente com esse ou com outros tratamentos psicossociais eficazes para transtornos por uso de drogas, mas geralmente se recomenda uma duração de três ou mais meses (Princípio 5, Tab. 14.1).

A terapia CRA nesse modelo é aplicada em sessões individuais, embora a CRA já tenha sido aplicada com eficácia no formato de terapia de grupo com pacientes dependentes de álcool (Azrin, 1976). Como observamos anteriormente, o tratamento envolve dois componentes principais: o CRA e os vales.

A abordagem de reforço comunitário

Antes de entrarmos nos elementos específicos da CRA, é interessante mencionar as características mais gerais do estilo da terapia. Os terapeutas tentam ser flexíveis ao marcar as consultas e definir os objetivos, o que acreditamos facilitar a permanência e os avanços no tratamento em direção às suas metas. Principalmente nas etapas iniciais do tratamento, os terapeutas tentam trabalhar com as agendas dos pacientes e tornar a participação no tratamento conveniente a eles. Tentamos tolerar atrasos às sessões, saídas antecipadas, flexibilidade na hora do dia em que elas são marcadas e até nos reunimos com os pacientes fora do consultório, se for necessário. Com pacientes especialmente difíceis, a melhora nessas áreas se torna parte do plano do tratamento.

Os terapeutas devem mostrar empatia e boas habilidades de escuta e precisam transmitir uma compreensão sincera da situação do paciente e das dificuldades que são inerentes. Ao longo do tratamento, os terapeutas evitam fazer julgamentos de valor e, em vez disso, demonstram empatia e consideração verdadeira pelos desafios que os pacientes enfrentam.

Por fim, a CRA requer que os terapeutas e os pacientes desenvolvam uma atitude de “fazer acontecer” durante o tratamento. A solução ativa de problemas é parte rotineira da relação terapêutica. Dentro dos limites éticos, os terapeutas estão comprometidos a fazer o que for necessário para facilitar as mudanças do estilo de vida por parte dos pacientes. Os terapeutas levam os pacientes a compromissos e entrevistas para emprego, iniciam atividades recreativas com eles e marcam sessões em horários diferentes do dia para atingir objetivos específicos. Eles fazem com que os pacientes deem telefonemas em seu consultório e buscam, em jornais, possibilidades de trabalho ou ideias para atividades recreativas saudáveis nas quais possam participar. Em suma, o lema dos terapeutas da CRA é “podemos fazer acontecer”, e eles se esforçam para mostrar essa postura aos pacientes com suas atitudes.

A CRA é aplicada duas vezes por semana em sessões de 60 a 90 minutos, durante as primeiras 12 semanas, e uma vez por semana, com a mesma duração, nas 12 semanas finais de tratamento. As sessões se concentram nos sete tópicos gerais a seguir, dependendo das necessidades de cada paciente.

Em primeiro lugar, os pacientes são instruídos a reconhecer antecedentes e consequências do seu uso de cocaína, ou seja, como analisar funcionalmente o uso da cocaína. Eles também recebem instruções sobre como usar essa informação para reduzir a probabilidade de usar cocaína. Uma mensagem em duas partes é transmitida ao paciente:

1. seu uso de cocaína é um comportamento regular, que tem mais probabilidade de ocorrer em determinadas circunstâncias do que em outras;
2. aprendendo a identificar as circunstâncias que afetam o uso que se faz da cocaína, podem-se desenvolver e implementar planos para reduzir a probabilidade do uso futuro de cocaína.

Nossos métodos para ensinar análise funcional se baseiam no trabalho de Miller e Muñoz (p. ex., 2005) e McCrady (ver Cap. 13), cujos métodos são amplamente utilizados no tratamento de abuso de substâncias.

Usando o formulário mostrado na Figura 14.1, ajudamos os pacientes a analisar os exemplos de seu próprio uso de cocaína. Explicamos o seguinte:

“Uma análise funcional ajuda a identificar as causas imediatas do seu uso de cocaína. Você provavelmente já observou que, em certas situações, usa cocaína e em outras, não. As situações à nossa volta podem ter muita força para controlar o uso de cocaína, principalmente se você não estiver ciente de sua influência.

Algumas das situações que podem influenciar o uso de cocaína são as pessoas com quem você está, lugares a que vai, hora do dia, a quantidade de dinheiro que carrega, quanto álcool consumiu e como está se sentindo. O primeiro passo para entender o seu uso de cocaína

é identificar as situações nas quais você tem probabilidade de usar. Chamamos isso de identificar seus ‘gatilhos’. Você também vai identificar as consequências do seu uso, isto é, as consequências imediatas, geralmente positivas (ficar animado, divertir-se) e as consequências proteladas, geralmente negativas (torrar seu dinheiro, relações sexuais indesejadas, brigas com seu cônjuge). À medida que identifica os gatilhos e as consequências, você vai descobrir determinados padrões relacionados ao seu uso de cocaína que são alvos importantes da intervenção.”

Os pacientes recebem a tarefa de analisar pelo menos três episódios recentes do uso de cocaína. Aprender a analisar o próprio uso é algo que se enfatiza durante as sessões iniciais, mas o exercício é usado ao longo do processo do tratamento para ajudar os pacientes a entender e modificar quaisquer recaídas no uso de cocaína, bem como para abordar problemas com a fissura.

Em conjunto com a análise funcional, os pacientes aprendem planos de autocontrole para usar a informação revelada pelas análises funcionais para reduzir as chances de uso futuro de cocaína. Usando a planilha de autocontrole mostrada na Figura 14.2, os pacientes são orientados a reestruturar o seu cotidiano para minimizar o contato com antecedentes do uso de cocaína, encontrar alternativas às consequências positivas do uso e explicitar as consequências negativas.

Uma parte fundamental do planejamento do autocontrole, implementado com a maioria dos pacientes, é o treinamento de recusa da droga. A maioria dos abusadores de cocaína que está tentando abandonar seu uso continua a ter contato, seja planejado ou involuntário, com pessoas que ainda estão usando. Recusar a cocaína ou as oportunidades de ir a lugares onde ela

Gatilho	Pensamentos e sentimentos	Comportamento	Consequências	
			Positivas	Negativas

FIGURA 14.1 Formulário para análise funcional do uso de substâncias.

Gatilho	Planos	Consequências ±	Dificuldade (1–10)
1.	a. b. c. d. e.		

FIGURA 14.2 Planilha de planejamento de autocontrole. De Budney e Higgins (1998).

esteja disponível é mais difícil do que prevê a maioria dos pacientes. Tratamos o assunto como um caso especial de treinamento da assertividade (p. ex., McCrady, Cap. 13; Meyers e Smith, 1995). Os componentes principais da recusa eficaz são mostrados na Tabela 14.2. Os terapeutas devem explicar a fundamentação do treinamento de recusa de drogas, envolver o paciente em uma discussão detalhada dos elementos centrais da recusa eficaz, ajudar o paciente a formular seu próprio estilo de recusa (incorporando os elementos centrais) e dramatizar algumas cenas nas quais a cocaína é oferecida ao paciente. A dramatização de situações devem ser muito específicas e realistas para os pacientes em termos de pessoas, horários do dia, localização e assim por diante. O paciente e o terapeuta devem alternar papéis, para que o primeiro tenha oportunidade de praticar enquanto recebe um *feedback* construtivo, e o segundo, de modelar habilidades eficazes de recusa.

TABELA 14.2 Componentes da recusa eficaz

1. A primeira coisa a ser dita é <i>não</i> .
2. Diga à pessoa que esteja oferecendo drogas ou convidando para sair para <i>que não pergunte, agora nem no futuro</i> , se você quer usar cocaína. Dizer coisas como “talvez depois”, “eu tenho de ir para casa” ou “estou tomando remédio” e assim por diante só torna provável que ela venha a perguntar de novo.
3. A linguagem corporal é importante:
a. É importante olhar bem nos olhos; olhe diretamente para o indivíduo quando responder.
b. Sua expressão e seu tom de voz devem indicar claramente que você fala sério.
4. Ofereça uma alternativa, se você quiser fazer alguma outra coisa com esse indivíduo. Deve ser algo incompatível com o uso de cocaína (levar seus filhos para um passeio ou ir ao parque, ir fazer exercícios, etc.).
5. Mude de assunto.

Em segundo lugar, com todos os pacientes, tratamos do desenvolvimento de uma nova rede social que sustente um estilo de vida mais saudável e um envolvimento com atividades recreativas agradáveis que não incluam cocaína ou outras drogas. Para a vasta maioria dos pacientes desenvolver e manter sistematicamente contatos com redes sociais *seguras* e participar de atividades recreativas *seguras* continuam sendo uma prioridade em todo o tratamento. Objetivos específicos de tratamento são estabelecidos e os avanços semanais em relação a eles são monitorados (Princípio 4, Tab. 14.1).

Obviamente, os planos para desenvolver as redes sociais saudáveis e as atividades recreativas devem ser individualizados dependendo das circunstâncias, habilidades e interesses dos pacientes. Para os pacientes que estejam dispostos a participar, os grupos de autoajuda (Alcoólicos Anônimos ou Narcóticos Anônimos) podem ser uma maneira eficaz de desenvolver uma nova rede de relações que sustente um estilo de vida sóbrio. Um membro da equipe costuma acompanhar o paciente até a primeira ou segunda reunião do grupo de autoajuda. De forma nenhuma nos concentramos exclusivamente ou obrigamos o envolvimento com esse tipo de grupo. Ajudamos os pacientes a se envolver em uma ampla gama de grupos sociais que reforcem um estilo de vida saudável (p. ex., grupos ligados a igrejas). Membros da equipe acompanham os pacientes que estejam vivenciando atividades novas e saudáveis. Alguns deles desejam reiniciar as atividades que costumavam desenvolver antes de começar a usar cocaína ou ter ideias mais claras sobre as atividades que gostariam de exercer. Ajudamos esses pacientes a renovar ou iniciar a participação nessas atividades. Muitos outros nunca chegaram a se divertir como adultos sem envolvimento com drogas ou simplesmente não conseguem identificar quaisquer atividades que gostariam de realizar

no momento. Muitas vezes, fazemos esses pacientes preencherem um inventário de interesses de lazer para levantar ideias sobre as atividades das quais eles simplesmente tenham gostado anteriormente ou queiram explorar. Recomendamos que experimentem novas atividades, mesmo não tendo certeza de que gostarão delas. Como descrevemos a seguir, os vales podem ser usados para pagar os gastos de iniciar atividades recreativas e outras que sirvam de apoio a um estilo de vida saudável.

Terceiro, são apresentadas várias outras formas de treinamento individualizado para habilidades, geralmente para tratar do déficit de alguma habilidade específica que possa influenciar direta ou indiretamente o risco que o paciente corre de usar cocaína (p. ex., administração do tempo, solução de problemas, treinamento da assertividade, treinamento em habilidades sociais e manejo do humor). Por exemplo, algum nível de habilidade para administrar o tempo é essencial ao treinamento de autocontrole e aos objetivos sociais/de lazer discutidos anteriormente. Todos os pacientes recebem agendas para facilitar o planejamento. Como podem perder ou se esquecer de trazê-las, uma boa estratégia é fornecer fotocópias para possibilitar o trabalho na próxima semana de tratamento. Os terapeutas apresentam a seguinte fundamentação:

“Esta parte do nosso tratamento está relacionada a aprender a planejar, agendar e priorizar os eventos e as atividades em sua vida. Para resolver seu problema de cocaína, é necessário fazer mudanças substanciais em seu estilo de vida; é importante desenvolver maneiras eficazes de fazer isso. Alguns pacientes dizem que não gostam de planejar – eles gostam de ser espontâneos. Mas se não encontrarem uma maneira de agendar e organizar suas vidas, muitas vezes se sentem sobrecarregados e não atingem seus objetivos.”

Com a maioria dos pacientes, a administração do tempo é feita de alguma forma no decorrer do tratamento. Em cada sessão, enfatiza-se a importância de anotar uma agenda de atividades que ajude a promover a abstinência de cocaína entre sessões. É particularmente importante planejar momentos *de alto risco*, assim como o uso de listas de *coisas a fazer*, planejamento diário e priorização de atividades.

Assim como outros exemplos de treinamento de habilidades, implementamos protocolos sobre o controle da depressão (Lewinsohn, Muñoz, Youngren e Zeiss, 1986; Muñoz e Miranda, 2000) com pacientes cuja depressão continua após interromper o uso da cocaína (ver Princípio 8, Tab. 14.1). Às vezes, desenvolvemos habilidades sociais e treinamento para rela-

xamento com pessoas que informam sentir ansiedade social em relação a conhecer pessoas, marcar um encontro amoroso e assim por diante (Rodebaugh, Holaway e Heimberg, 2004). Muitos pacientes informam ter problemas persistentes de insônia depois de parar de usar drogas. Com eles, costumamos executar um protocolo baseado nos que foram desenvolvidos por Morin (2004). Com frequência, trabalhamos com os pacientes em relação à administração de seu dinheiro. Com muitos deles, isso pode significar simplesmente ajudá-los a providenciar o depósito direto de seu pagamento, para que não sejam tentados a usar droga por ter uma grande soma de dinheiro vivo nas mãos. Para outros, talvez seja planejar o pagamento de dívidas, o que pode ajudar a reduzir o estresse. Como os pacientes costumam ter muitos problemas em que poderíamos ajudar, seguimos a regra de só tratar daqueles que nos parecem que podem afetar, direta ou indiretamente, a probabilidade de abstinência de cocaína inicial ou de longo prazo, para pacientes específicos. Nesse caso, usamos muito a análise funcional e outras informações disponíveis relacionadas ao uso que o paciente faz da cocaína. Para problemas que não parecem relacionados ao uso de cocaína, mas merecem atenção especial, geralmente encaminhamos o paciente para uma solução. Fazemos um grande esforço para manter o tratamento voltado a resolver o problema do uso de cocaína, e para não sermos desviados por outros problemas prementes que não têm efeito direto ou indireto sobre o problema atual da dependência de cocaína.

Quarto, pacientes desempregados recebem a oferta de um Clube de Empregos (*Job Club*), que é um método eficaz de ajudar pessoas cronicamente desempregadas a conseguir um emprego (ver manual do *Job Club*, Azrin e Besalel, 1980). A maioria das pessoas que buscam tratamento para a dependência de cocaína está desempregada, de forma que oferecemos esse serviço a muitos de nossos pacientes. Ajudamos outros a buscar objetivos educacionais ou novas profissões. Uma ocupação que tenha sentido para o indivíduo é fundamental para um estilo de vida saudável, e recomendamos objetivos direcionados ao reforço vocacional de todos os pacientes. As regras que seguimos para vários tipos comuns de problemas profissionais são apresentadas na Tabela 14.3.

Quinto, aos pacientes com parceiros que não usem drogas se oferece terapia de casal comportamental, uma intervenção voltada a ensinar aos casais habilidades de comunicação positiva e como negociar contratos recíprocos para mudanças desejadas no comportamento um do outro. Tentamos proporcionar aconselhamento sobre relacionamentos durante oito sessões, sendo que as quatro primeiras são realizadas em semanas consecutivas, e as quatro seguintes, em

TABELA 14.3 Exemplos de definição de objetivos no aconselhamento profissional*Para o paciente desempregado:*

- Oito contatos para empregos por semana.
- Elaborar um currículo.
- Enviar dois currículos com uma carta de apresentação por dia.
- Ir à agência de empregos duas vezes por semana.
- Matricular-se em um serviço de formação profissional.
- Inscrever-se em um programa de pesquisa ocupacional.
- Fazer um curso relacionado a habilidades profissionais.
- Investigar e coletar informações sobre possibilidades de formação.

Para o paciente que trabalha demais ou tem um horário irregular:

- Manter a jornada de trabalho entre 35 e 50 horas por semana.
- Estabelecer um horário mais regular.
- Explorar horários de trabalho alternativos.

Para o indivíduo que trabalha em um ambiente de alto risco para o consumo de drogas, ou para o empregado insatisfeito:

- Pensar em mudar de emprego.
- Candidatar-se a outros empregos enquanto continua trabalhando.
- Modificar o ambiente de trabalho para reduzir o risco por uso de drogas ou melhorar as condições de trabalho.
- Matricular-se em uma aula de pesquisa ocupacional.
- Matricular-se em cursos de habilidades profissionais ou outros cursos de formação relacionados ao trabalho.

semanas alternadas. Introduzimos esse aspecto da terapia com base na seguinte fundamentação:

“Como você bem sabe, uma área importante de sua vida que é afetada negativamente pelos problemas com a cocaína é sua relação com seu parceiro. As pessoas próximas às que tem o problema geralmente são as mais afetadas por ele. Muitos parceiros de dependentes de cocaína já tentaram várias vezes ajudar seu companheiro a parar de usá-la. As estratégias para tentar ajudar variam. Geralmente, aumentam a raiva e a frustração, e surgem a desesperança e a impotência. Às vezes, o parceiro que tem o problema reage com ressentimento e irritação às tentativas de ajudar.

Nesta parte do tratamento, tratamos de como a cocaína tem afetado seu relacionamento e como podemos trabalhar para melhorar os aspectos positivos dele. Também discutimos formas com que seu parceiro pode ajudar a atingir e manter a abstinência. Esperamos conseguir ajudar vocês dois a lidar melhor com esse problema da cocaína.

Nossa conclusão é que onde há problemas de abuso de drogas, geralmente há problemas de comunicação. Geralmente, vemos uma comunicação cheia de raiva, silêncio, apatia ou ressentimento, e muitas vezes os parceiros tentam preencher suas necessidades fora da relação. Quando os pacientes chegam a nós, pouco ou nenhum prazer ainda existe no relacionamento.”

A intervenção envolve uma série de exercícios. Os parceiros classificam de forma independente seus níveis atuais de felicidade em responsabilidades domésticas, criação dos filhos, atividades sociais, dinheiro, comunicação, sexo e afeto, avanços nos estudos, independência individual, independência do parceiro, felicidade geral. Essas classificações são compartilhadas e discutidas e depois são reclassificadas semanalmente para acompanhar os progressos. A seguir, implementa-se um sistema de “lembretes diários para ser agradável” (ou seja, para expressar apreciação e afeto pelo cônjuge). O objetivo óbvio é fazer com que o casal dedique tempo a ser positivo entre si. Cada parceiro deve realizar uma prática diária de gestos *agradáveis* em relação ao outro e manter um registro diário de cumprimento em relação a seu próprio comportamento – e não ao do outro. Essas informações são analisadas e compartilhadas durante as sessões. Quando se estabelece um pouco de interação positiva, os parceiros identificam de forma independente o que uma “relação perfeita” implicaria em termos de elementos centrais que tenham sido mencionados anteriormente – como seria uma relação perfeita. Por fim, o casal começa a trabalhar no uso de habilidades de comunicação para negociar as mudanças recíprocas no comportamento um do outro, para avançar em direção àquela “relação perfeita”. Os termos *positivo* e *recíproco* são muito importantes nesse caso. As solicitações só são feitas em termos positivos e as duas pessoas têm de estar dispostas a fazer mudanças.

Sexto, é fornecida educação sobre HIV/aids a todos os pacientes nas etapas iniciais do tratamento, bem como aconselhamento que aborda quaisquer necessidades ou comportamentos de risco específicos do paciente em questão (Herrmann et al., 2013). Com todos os pacientes, abordamos o risco potencial de adquirir HIV/aids ao compartilhar seringas e por meio da atividade sexual. Isso envolve, pelo menos, duas sessões. Inicialmente, os pacientes completam um teste de conhecimentos sobre HIV/aids. A seguir, assistem e discutem com o terapeuta um vídeo sobre o tema. As questões destacadas pelos terapeutas durante as discussões são mostradas na Tabela 14.4. Os pacientes também recebem folhetos de prevenção

TABELA 14.4 Questões enfatizadas nas discussões sobre HIV/aids

1. O grupo de risco para HIV/aids que mais cresce é formado por pessoas que usam drogas intravenosas (IV) e seus parceiros sexuais. No início da epidemia, esses grupos representavam apenas uma parcela pequena dos infectados, mas esses números estão crescendo rapidamente. Não são apenas os homossexuais masculinos que se infectam!
2. Revisão das três formas com que o HIV é transmitido: (a) por meio de contato sexual com uma pessoa infectada, (b) pelo sangue (compartilhando agulhas) e (c) de mães que infectam seus bebês durante a gravidez ou no momento do nascimento. Explicar que a forma mais eficiente de transmissão do HIV é pelo sangue (o sangue contém a maior concentração do vírus) e compartilhar agulhas é uma maneira “fácil” de esse vírus passar do sistema de uma pessoa ao de outra.
3. Enfatizar a ideia de que as pessoas que são infectadas com HIV não necessariamente parecem doentes e podem nem saber que estão infectadas. Não se pode saber, apenas olhando uma pessoa, que ela tem o vírus.
4. Se os pacientes estão usando atualmente drogas intravenosas, diga que a única coisa segura a fazer, se tendem a compartilhar agulhas, é usar agulhas novas ou limpá-las, se ainda estiverem usando. Repasse os passos necessários para uma boa limpeza de seringas.
5. Relações sexuais sem proteção, com a troca de fluidos corporais (sangue, fluidos vaginais, sêmen, fluido pré-ejaculatório) também são uma forma eficiente de transmitir ou receber o vírus. Pode-se tornar o sexo mais seguro usando preservativos de látex para cada relação sexual (isso inclui sexo oral, vaginal e anal).
6. Diga que o álcool e outras drogas contribuem para o risco em função de (a) possível supressão do sistema imunológico e (b) menor capacidade de discernimento, o que pode levar a correr mais riscos (p. ex., usar drogas, sexo não seguro).

a HIV/aids e preservativos gratuitos (se desejarem). O teste de conhecimentos é repetido e quaisquer erros que permaneçam são discutidos e resolvidos. Por fim, os pacientes recebem informações para realizarem o exame de anticorpos anti-HIV e das hepatites B e C, e são estimulados a fazerem (Princípio 12, Tab. 14.1). Os interessados em fazer os exames recebem ajuda da equipe para marcar uma consulta.

Sétimo, todos os pacientes que cumprem critérios diagnósticos do DSM-IV-TR para dependência de álcool ou informam que há uso de álcool envolvido no uso de cocaína recebem terapia com dissulfiram (ver Princípio 7, Tab. 14.1), que faz parte do tratamento CRA para alcoolismo (Meyers e Smith, 1995)

e reduz o uso de álcool e cocaína em pacientes que sejam dependentes de ambas as substâncias (Carroll et al., 1998). Os pacientes geralmente ingerem uma dose diária de 250 mg, observado pela equipe clínica nos dias de exame de urina e, quando possível, por uma pessoa significativa nos outros dias. Recomendamos que os pacientes assinem um contrato sobre o dissulfiram, mostrado na Figura 14.3. A terapia com dissulfiram só é eficaz quando implementada com procedimentos para monitorar a adesão à dosagem recomendada da medicação. Nossa opinião é que fazer com que se monitore a adesão nos dias em que o paciente vai à clínica funciona muito bem. Fazer uma pessoa significativa monitorar o cumprimento nos outros dias funciona bem se essa pessoa estiver disponível para fazê-lo na frequência necessária. Quando isso não for possível, às vezes adotamos uma prática de fazer o paciente tomar uma dose maior (500 mg) nos dias em que comparece à clínica e deixe de tomar nos outros dias.

O uso de substâncias que não o tabaco e a cafeína também é desestimulado na terapia CRA. Qualquer pessoa que cumpra os critérios do DSM-IV-TR para dependência física de opioides é encaminhada a um serviço paralelo dentro de nossa clínica para terapia de substituição com metadona ou outros opioides (ver Bickel, Amass, Higgins, Badger e Esch, 1997). Recomendamos a abstinência da maconha por causa de problemas associados ao seu abuso, mas não encontramos evidências de que o uso ou a dependência dela afete de forma adversa o tratamento para a dependência da cocaína (Budney, Higgins e Wong, 1996). Um aspecto importante é que nunca rejeitamos ou deixamos de tratar um paciente por causa do uso de outras drogas. Recomendamos que cesse o uso de tabaco, mas geralmente não durante o tratamento para dependência de cocaína. Essa prática pode mudar à medida que novas pesquisas comecem a demonstrar que parar de fumar pode ser integrado ao tratamento simultâneo para os transtornos relacionados ao abuso ou dependência de outras substâncias.

Depois de completadas as 24 semanas de tratamento, recomenda-se que os pacientes participem de seis meses de acompanhamento pós-tratamento em nossa clínica, que envolve pelo menos uma sessão mensal breve de terapia e uma triagem toxicológica de urina. Recomendam-se contatos mais frequentes se o terapeuta considerar necessário. Essas visitas clínicas podem ser consideradas como sessões de reforço que monitoram os avanços e lidam com problemas com o uso de cocaína ou outros aspectos das mudanças no estilo de vida iniciadas durante o tratamento. Elas também permitem um encerramento gradual, em vez de abrupto, do envolvimento do paciente com a clínica.

Eu, _____, aceito tomar dissulfiram em horários regulares definidos abaixo. Concordo em fazê-lo por _____ dias. Depois desse tempo, concordo em conversar com o meu terapeuta e discutir se continuo ou não tomando dissulfiram. Também concordo com que a pessoa indicada a seguir testemunhe a administração de dissulfiram cada vez que ela esteja agendada.	
Eu, _____, aceito estar presente e testemunhar a cada administração caseira de dissulfiram.	
Hora: _____	
Dias: _____	
Onde: _____	
Em resposta a _____ tomar dissulfiram como foi agendado, concordo com _____ como uma forma de reforçar o uso de dissulfiram.	
_____ Assinatura do paciente	_____ Assinatura do parceiro
_____ Assinatura do terapeuta	_____ Data

FIGURA 14.3 Contrato para uso de dissulfiram.

Programa de vales

Como observamos anteriormente, o programa de vales é uma intervenção para manejo de contingências com vistas a aumentar a adesão e a abstinência. Muitas pessoas dependentes de cocaína e outras drogas chegam ao tratamento com suas vidas completamente desorganizadas. É razoável supor que será necessário algum tempo para ajudá-las a estabilizar e reestruturar suas vidas, para que as fontes naturais de reforço à abstinência possam exercer alguma influência sobre o seu comportamento. Um ambiente protegido é uma alternativa possível, mas o programa de vales é mais barato. O objetivo é fazer esse programa de incentivo cumprir um papel importante nas 12 primeiras semanas de tratamento, quando a terapia CRA também está acontecendo. A CRA é usada para ajudar os pacientes a reestruturar seu estilo de vida, de forma que os reforços naturais estejam funcionando para sustentar a abstinência da cocaína quando os vales forem interrompidos.

O programa de vales é implementado em conjunto com um programa rigoroso de monitoramento com exame de urina (ver Princípio 11, Tab. 14.1). Pedimos que os pacientes assinem um Contrato de Abstinência (Fig. 14.4), que descreve o programa de vales e o calendário do exame de urina. As amostras de urina são coletadas de todos os pacientes, segundo um calendário, às segundas, quartas e sextas-feiras, entre a primeira e a 12ª semana, e de segunda a quinta-feira

entre a 13ª e a 24ª semana de tratamento. As amostras são testadas em nossa clínica por meio de uma técnica de imunoensaio enzimático múltiplo (*onsite enzyme multiplied immunoassay technique*, EMIT, Syva Company, San Jose, CA) para minimizar os atrasos em oferecer os reforços para amostras negativas para cocaína. Para reduzir a probabilidade de apresentação de amostras falsas, todas são coletadas diante da observação de um membro da equipe do mesmo sexo, e este sempre se reserva o direito de solicitar outra amostra caso tenham qualquer preocupação com a integridade de uma delas. Todas as amostras são testadas para verificar a benzoilecgonina, um metabólito da cocaína, e uma amostra selecionada aleatoriamente a cada semana também é testada para verificar a presença de outras drogas de abuso. Os níveis de álcool na respiração (BALs) são avaliados no momento em que as amostras de urina são coletadas. Deixar de submeter uma amostra agendada é considerado como se fosse resultado positivo para cocaína. Os participantes são informados de seus resultados do exame de urina e BAL minutos depois de apresentar as amostras.

As amostras de urina coletadas entre a primeira e a 12ª semana que deem negativo para benzoilecgonina ganham pontos que são registrados na forma de vales e que são dados aos participantes. Cada ponto vale 0,25 centavos de dólar. Nunca se dá dinheiro diretamente aos pacientes, e sim se usam os pontos para comprar coisas na comunidade. Um membro da

Este é um acordo entre _____ (o paciente) e _____ (o terapeuta) para ajudar o paciente a manter a abstinência da cocaína. Por este acordo, instruo meu terapeuta a agendar a coleta de amostras de minha urina durante 24 semanas. Fornecerei amostras de urina três vezes por semana, segundas, quartas e sextas-feiras nas primeiras 12 semanas do tratamento. Durante as outras 12 semanas (semanas 13-24), as amostras de urina serão coletadas duas vezes por semana, às segundas e quintas-feiras. Um membro da equipe do mesmo sexo irá observar enquanto urino. Metade de cada amostra de urina será submetida à análise imediata e a outra metade será guardada na clínica. As amostras serão analisadas em busca de várias drogas de abuso, entre as quais a cocaína, as anfetaminas, os opióides, a maconha e os sedativos.

Cada coleta de amostra requer 90 ml de urina. Se a quantidade for insuficiente para a análise, isso será considerado como não fornecimento de amostra agendada.

Se eu sair da cidade por alguma emergência, informarei meu terapeuta com antecedência. Ele está autorizado a confirmar essas ausências com _____.

Se eu precisar de hospitalização, meu terapeuta irá providenciar a coleta de urina no hospital. Se eu estiver doente, mas não precisar de hospitalização, ainda assim vou providenciar para proporcionar as amostras de urina agendadas. Se tiver dificuldades com transporte ou se problemas climáticos dificultarem meu deslocamento, vou criar alguma forma (com a ajuda do pessoal da clínica) de chegar à clínica para fazer a coleta de urina. Em alguns feriados importantes, a clínica estará fechada. Meu terapeuta e eu chegaremos a um acordo para alterar a coleta de urina marcada para essas ocasiões.

Se, por razões médicas adequadas, for fornecida uma receita de uma das drogas da qual às vezes há abuso, darei cópias dessa receita ao meu terapeuta. O surgimento dessa droga na urina não será considerado uma recaída no uso de drogas. Instruo meu terapeuta a se comunicar por correio ou telefone com o médico ou o dentista que receitou, quando considerar apropriado.

Amostras de urina sem cocaína: Para cada amostra de urina sem cocaína coletada nas semanas 1-12 do tratamento, ganham-se pontos. Cada ponto vale o equivalente a 0,25 dólares, embora **não** possam ser trocados diretamente por dinheiro. Um vale com o valor em pontos será apresentado a mim depois da amostra de urina sem cocaína. Esse vale vai especificar o número de pontos recebidos por cada dia, bem como os pontos acumulados até aquela data e seu equivalente em dinheiro.

Durante as primeiras 12 semanas de tratamento, a primeira amostra de urina sem cocaína ganhará 10 pontos, e cada amostra a mais receberá outros 5 pontos acima da quantidade recebida anteriormente. Por exemplo, se forem recebidos 10 pontos na quarta-feira por uma amostra de urina livre de cocaína, a amostra de sexta-feira livre de cocaína valerá 15 pontos, a de segunda-feira valerá 20 e assim por diante. Como um incentivo extra para permanecer em abstinência, haverá um bônus de 10 dólares para cada semana de três amostras consecutivas de urina negativas para cocaína coletadas em nossa clínica. Supondo-se que não haja amostras de urina positivas para cocaína coletadas, pode-se ganhar o equivalente a 997,50 dólares nas primeiras 12 semanas do tratamento. Como uma ênfase importante de nosso programa está nas mudanças de estilo de vida, principalmente aumentando as atividades que efetivamente concorram com o uso de drogas, o dinheiro ganho nesse sistema de incentivo deve ser usado em bens e atividades recreativas ou sociais acordados entre meu terapeuta e eu. Com esse propósito, foi elaborada uma lista de usos aceitáveis dos vales, que me será fornecida. Na segunda etapa de 12 semanas de tratamento, o programa de incentivo será mudado. Em lugar de ganhar vales pelas amostras negativas para cocaína, receberei bilhetes de loteria pelas amostras limpas.

Durante todas as 24 semanas de tratamento, imediatamente depois de os resultados de exame de urina indicarem que a amostra de urina está negativa para cocaína, acontecerá o seguinte: os vales (semanas 1-12) ou bilhetes de loteria (semanas 13-24) serão entregues. Seguindo-se à apresentação de cada vale, serei questionado se gostaria de “comprar” algum bem ou serviço. Os vales podem ser usados a qualquer momento dentro do programa de 24 semanas. Os vales recebidos não podem ser retirados de mim em quaisquer circunstâncias. O procedimento para lidar com as amostras de urina positivas para cocaína é discutido a seguir.

FIGURA 14.4 Exemplo de contrato de abstinência. (continua)

Amostras de urina positivas para cocaína: Todas as amostras de urina passarão por triagem para verificar o uso de drogas. Será mantido um registro de todas as drogas com identificação positiva, embora este contrato só venha a se aplicar à cocaína. Para cada amostra de urina positiva para cocaína coletada, deixarei de receber um vale. Além disso, o vale recebido pela seguinte amostra livre de cocaína será reiniciado em 10. Para retornar o valor do vale para onde ele estava antes do “escorregão”, devo apresentar cinco amostras *consecutivas* sem cocaína. A quinta amostra “limpa” me renderá o mesmo equivalente monetário da amostra anterior à que deu positivo para cocaína, e o sistema definido anteriormente continuará em vigor (ou seja, cada amostra limpa renderá 5 pontos mais do que a anterior).

Não fornecimento de amostra de urina: O não fornecimento de uma amostra de urina na data designada (sem aprovação prévia de meu terapeuta) será tratado como uma amostra positiva para cocaína e os procedimentos observados acima serão aplicados. Ainda que a equipe da clínica venha a fazer uma tentativa de ir à minha casa para obter a amostra (com minha permissão, é claro), as amostras negativas para cocaína coletadas dessa maneira não ganharão pontos nos vales, nem reiniciarão o valor dos meus vales em 10. As amostras negativas para cocaína coletadas fora de nossa clínica (exceto em caso de hospitalização) serão consideradas “neutras”. Por outro lado, se a equipe obtiver uma amostra fora da clínica e a amostra for positiva para cocaína, ela será tratada da maneira descrita anteriormente para amostras de urina positivas.

Minha assinatura abaixo reconhece que eu concordo com o sistema de monitoramento de exame de urina, descrito anteriormente. Esse sistema me foi explicado detalhadamente, e eu entendo as consequências de fornecer amostras de urina positivas e negativas para cocaína enquanto for paciente da clínica.

Paciente

Data

Terapeuta

FIGURA 14.4 *Continuação.*

equipe faz as compras. A primeira amostra negativa vale 10 pontos, a 0,25 dólares por ponto, ou seja, 2,50 dólares. O valor dos vales para cada amostra negativa subsequente aumenta em cinco pontos (segunda = 15 pontos, terceira = 20 pontos, etc.). Para aumentar ainda mais a probabilidade de continuação da abstinência da cocaína, ganha-se o equivalente a um bônus de 10 dólares para cada três amostras negativas consecutivas. As amostras positivas para cocaína ou que não sejam apresentadas quando agendadas fazem o valor dos vales retornar aos 2,50 dólares iniciais, de onde pode subir de novo segundo a mesma tabela. Apresentar cinco amostras negativas consecutivas após a apresentação de uma positiva faz o valor dos pontos voltar ao que estava antes da amostra positiva. Uma vez ganhos, os pontos não podem ser perdidos.

Os pacientes e os terapeutas escolhem juntos objetivos no varejo a ser comprados com os pontos. Os itens que costumam ser obtidos variam muito, incluindo passes para a ACM, materiais para continuar estudando, licenças de pesca, cheques-presente em restaurantes locais, materiais para atividades de lazer e assim por diante. Os terapeutas têm poder de veto sobre todas as compras. As compras só são adequadas se os terapeutas as considerarem em sintonia com os

objetivos individuais do tratamento de aumentar as atividades saudáveis e livres de drogas.

Esse programa de vales é encerrado no fim da 12ª semana. Entre a 13ª e a 24ª semana, os participantes recebem um único vale de um dólar da loteria estadual de Vermont por cada exame de urina que dê negativo para cocaína. Ao longo de 24 semanas de tratamento, os pacientes podem ganhar até 997,50 dólares em vales nas semanas 1-12 e 24 dólares em bilhetes de loteria nas semanas de 13-24. Não são dados quaisquer incentivos materiais durante o período recomendado de seis meses de cuidados pós-tratamento. Há fortes evidências de que os vales de apenas algumas centenas de dólares nas 12 semanas de tratamento são eficazes, embora a magnitude do efeito do tratamento diminua significativamente à medida que se reduz o tamanho do incentivo (Lussier et al., 2006).

Iniciando a terapia

O terapeuta tem muitas tarefas a realizar nas duas primeiras sessões (primeira semana) de tratamento, além de simplesmente conhecer o paciente e estabelecer *rapport*. Essas sessões são fundamentais para aumentar a motivação e dar o tom para o tratamento. Sendo assim, fornecemos descrições detalhadas das tarefas específicas a realizar nas primeiras sessões da terapia.

Como discutido anteriormente, os resultados do exame de urina e do uso de cocaína são as primeiras áreas abordadas. Ao iniciar a sessão com uma avaliação direta do uso de cocaína, o terapeuta dá uma mensagem clara de que o foco desse tratamento é o transtorno por uso de cocaína.

Após uma discussão sobre o uso de cocaína e sobre os vales obtidos, o terapeuta deve fazer o paciente preencher todos os materiais de admissão. Nesse momento, o terapeuta também pode responder a qualquer pergunta nova que o paciente possa ter.

Se houver necessidades práticas, como moradia, transporte ou cuidado de filhos, que dificultem a frequência ao tratamento, elas devem ser o foco central da primeira sessão. Os terapeutas fazem todo o possível para ajudar os pacientes a encontrar soluções para esses problemas.

O terapeuta deve discutir as atividades ou estratégias alternativas para o enfrentamento das situações de alto risco para o uso de cocaína, principalmente as que tenham probabilidade de surgir durante a semana seguinte. Como discutido anteriormente, fazer o paciente usar agendas ou fotocópias fornecidas na clínica é muito útil para agendar planos ou atividades alternativas. A sessão seguinte também deve ser agendada, e o paciente deve registrar o dia e a hora na agenda.

O terapeuta deve começar a formular um plano de tratamento abrangente, com objetivos e métodos específicos, e deve apresentar essa tarefa da seguinte forma:

“Um plano de tratamento vai nos permitir anotar as coisas que você e eu achamos importante conseguir e como pretendemos tentar consegui-las. Vamos usar o plano para manter o foco na tarefa que temos em mãos, ou seja, fazer as mudanças no seu estilo de vida que vão ajudar você a parar de usar cocaína e outras drogas e também aumentar sua satisfação com outras áreas importantes de sua vida. O plano de tratamento será desenvolvido com um esforço conjunto entre você e eu. É fundamental que você considere os objetivos que definirmos importantes e que vão ajudar a conseguir o que você quer na vida. O meu trabalho nesse processo é ajudá-lo a gerar objetivos que tenham sentido e sejam eficazes e dar orientação com base no meu conhecimento e na minha experiência tratando pessoas que têm problemas com cocaína e outras drogas.”

A seguir, o terapeuta deve apresentar ideias sobre quais áreas da vida do paciente precisam de mudanças. Para cada sugestão de mudança, é importante que

o terapeuta forneça uma argumentação que se baseie na informação coletada com o paciente, bem como em resultados de pesquisas e experiência clínica. A seguir, deve vir uma discussão aberta, com troca de ideias.

Se o paciente estiver relutante em participar, o terapeuta deve perguntar por seus pensamentos sobre cada área potencial de mudança. O terapeuta pode facilitar a participação do paciente com perguntas, como: “O que você acha?”, “Você tem alguma opinião sobre isso?”, “Isso tem sentido para você?”, “Você acha que é importante?”, “Esse tipo de mudança é possível?”. É importante que terapeuta e paciente cheguem a um acordo sobre quais áreas da vida têm problemas e devem ser mudadas. Se o paciente discorda da opinião do terapeuta, essas áreas devem ser abandonadas e discutidas mais tarde, se continuarem a representar problemas.

Depois de chegarem a um acordo sobre quais são as áreas a mudar, terapeuta e paciente devem discutir cada uma delas. O terapeuta deve usar habilidades de escuta ativa (reflexão e empatia) e tentar manter o foco em determinadas áreas. Deve informar os pacientes de que eles vão se concentrar nessas áreas problemáticas em cada sessão. Avanços e problemas são discutidos abertamente, e o terapeuta e o paciente decidem juntos sobre acréscimos ou supressões ao plano.

A seguir, terapeuta e paciente decidem juntos em que ordem esses problemas devem ser tratados, sempre tendo em mente que o objetivo principal é aumentar a abstinência de cocaína. O acordo é importante, e o terapeuta pode ter de chegar a um meio-termo para esse acordo.

Devem-se então, estabelecer objetivos específicos para cada área problema. É importante que o terapeuta apresente uma argumentação para definir os objetivos específicos:

“É importante estabelecer objetivos específicos, pois eles vão nos ajudar a manter o foco nas mudanças principais que concordamos que são importantes para interromper seu uso de drogas e conseguir uma vida mais satisfatória sem elas. Os objetivos específicos também proporcionam uma forma de medir os progressos. Isso pode ser muito importante, porque muitas vezes o progresso pode ser lento. Pode parecer que você não está indo a lugar nenhum. Na verdade, você pode estar progredindo e fazendo mudanças, mas não se sentir muito diferente. As informações sobre objetivos específicos vão nos ajudar a ver mais claramente se estamos indo na direção certa, mesmo que o progresso seja lento.

Essas informações também podem mostrar quando você não está progredindo como planejamos e nos levar a repensar o objetivo

ou encontrar outras formas de atingi-lo. Manter um registro do progresso sobre os objetivos específicos também nos serve de lembrete para recompensar ou elogiar você pelo esforço que está fazendo. As mudanças de vida muitas vezes são difíceis. Gostaríamos que você aprendesse a parabenizar a si mesmo e receber o crédito se estiver se saindo bem.”

Esses objetivos devem ser quantificáveis para que o progresso possa ser visualizado no papel. Devem ser definidas metas de mudança nas áreas de prioridade listadas no plano de tratamento e classificadas como objetivos primários ou secundários de mudança de comportamento. Entre os objetivos típicos, estão os seguintes:

- Cinco contatos para emprego por semana ou marcar uma hora para reabilitação ocupacional.
- Realizar três atividades de lazer cada semana, durante horários de alto risco.
- Passar 4 horas a cada semana em atividades de lazer com um familiar ou amigo.
- Frequentar aulas uma noite por semana.
- Fazer 2 horas de trabalho de casa com vistas a obter um *general equivalency diploma* (GED, similar norte-americano do supletivo brasileiro).
- Planejar e realizar atividades com uma pessoa que não use drogas em noites em que normalmente usaria cocaína.

O terapeuta e o paciente devem decidir esses objetivos juntos. Devem-se seguir princípios básicos de definição de objetivos:

- Estabelecer objetivos iniciais relativamente baixos, para que o paciente possa vivenciar o êxito cedo.
- Analisar minuciosamente todas as barreiras possíveis à obtenção dos objetivos definidos, para que sejam evitados objetivos irreais.
- Certifique-se de que o paciente entende como o objetivo está relacionado ao plano geral de tratamento.

É essencial maximizar a probabilidade de que o paciente siga adiante e atinja a mudança de comportamento desejada. A responsabilidade do terapeuta é usar um estilo de aconselhamento e procedimentos comportamentais adequados para aumentar a probabilidade do cumprimento de um comportamento-alvo.

O plano de tratamento deve ser atualizado regularmente, pois o planejamento é um processo de reavaliação, observação e mudança constante, com base em índices objetivos de avanço (Princípio 4,

Tab. 14.1). O paciente e o terapeuta devem juntos revisar, discutir e avaliar o plano de tratamento com frequência, à medida que os objetivos são atingidos e as intervenções fracassam, ou surgem novas informações. Essas mudanças também devem ser revisadas na reunião de supervisão clínica regular.

Implementar o plano de tratamento, monitorar os avanços e modificar e atualizar o plano segundo as necessidades, os avanços e os problemas do paciente são o centro do restante do tratamento.

Supervisão clínica

Psicólogos com doutorado, que têm experiência em psicologia comportamental e tratamento para abuso de substâncias, dão supervisão em nossa clínica. Os supervisores contribuem muito nos planos de tratamento e na seleção de alvos para mudança comportamental. O supervisor oferece orientação sobre como monitorar o avanço.

A supervisão acontece semanalmente, em sessões que duram de 2 a 3 horas, nas quais todos os casos são examinados. Os terapeutas atualizam o supervisor e outros terapeutas em relação aos avanços de cada paciente, com base em objetivos específicos de tratamento e nos avanços desde a última reunião de supervisão. Os avanços são apresentados em termos gráficos para todos os objetivos.

O estilo de um supervisor nesse modelo deve incluir um equilíbrio entre apoio, *feedback*, solução de problemas e instrução. Considerando-se que a CRA + vales requer uma abordagem terapêutica ativa que pode ser trabalhosa, o supervisor deve ser uma fonte estável de apoio, estímulo e orientação na implementação do plano de tratamento.

Seguimos um protocolo fixo de exame dos casos. Em primeiro lugar, esse exame começa com um gráfico dos resultados de cocaína nos exames de urina do paciente desde o início do tratamento. Em segundo, examinamos o álcool e outras drogas que sejam alvo de mudança. A seguir, o comparecimento às sessões de terapia, objetivos primários de mudanças no estilo de vida e os objetivos secundários em relação a elas. Uma vez que essas metas de tratamento tenham sido revisadas e modificadas segundo as necessidades, discutem-se quaisquer crises ou questões clínicas relevantes recentes, como ideação suicida ou comportamentos problemáticos recém-identificados.

Em algum momento do tratamento, podem-se alterar os objetivos e as metas do tratamento. As mudanças de objetivo podem ser desencadeadas pelo cumprimento de objetivos anteriores, por não se fazer qualquer progresso em direção a um objetivo específico e uma indicação clara de que o objetivo não está relacionado funcionalmente com o uso de cocaína.

IMPLEMENTANDO O TRATAMENTO CRA + VALES: ESTUDO DE CASO

Nesta seção, analisamos o caso de um paciente que recebeu o tratamento CRA + vales em nossa clínica. Escolhemos este caso por ilustrar bem uma série de aspectos diferentes do uso dessa abordagem de tratamento. Os resultados foram bastante bons, mas, certamente, não foram perfeitos, o que é de se esperar no caso dessa população. O caso também ilustra os problemas multifacetados com que se apresentam os pacientes dependentes de cocaína.

Bill, 24 anos, solteiro (nunca tendo sido casado), euro-americano, veio por iniciativa própria à clínica em busca de ajuda para problemas com uso de cocaína. Ele estava morando com um amigo, que também usava cocaína, até várias semanas antes da entrevista de admissão, quando foi morar com seus pais. Bill tinha uma filha de 5 anos que morava com uma ex-companheira com quem não tinha contato. O paciente não tinha direitos legais de visitar sua filha no momento em função das preocupações da mãe com sua história de uso de drogas.

Bill tinha nível de instrução médio completo e há três anos trabalhava em tempo integral em um estabelecimento comercial. Ele contou que a maioria dos indivíduos com quem se relacionava era de usuários de drogas. Relatou uma história de atividades recreativas e sociais saudáveis, incluindo golfe e esqui, mas há alguns anos não as realizava com regularidade.

Ele tinha uma história de envolvimento com a justiça, tendo uma condenação relacionada a armas. Bill esteve preso por três meses em função dessa acusação, mas não estava sob supervisão da justiça quando veio em busca de tratamento.

As queixas do paciente

Bill informava estar em um episódio de consumo compulsivo nos três dias anteriores à admissão e queria ajuda para parar de usar cocaína. Ele relatou várias tentativas de parar por conta própria, mas com sucesso mínimo. Dizia estar “cheio” de como se sentia depois dos episódios de uso intenso de cocaína e estava preocupado com os problemas financeiros que isso causava. Ele também expressou preocupações graves com esse uso de drogas e com o tipo de vida relacionado a ele, que resultou em uma relação tensa com a filha e com sua ex-namorada, prejudicando seus direitos de visita.

Avaliação

Uso de cocaína

Bill cumpria os critérios do DSM-IV-TR para dependência de cocaína. Ele relatou uma história de seis

anos de uso de cocaína intranasal. Em seu uso mais recente, sete dias antes da admissão, usou 10,5 gramas de cocaína em casa, com amigos, e informava que esse era seu padrão de uso típico. No momento da admissão, Bill relatou três episódios de uso de cocaína nos 30 dias anteriores, cada um deles de aproximadamente 48 horas de duração, geralmente nos fins de semana. Ele costumava usar cocaína com amigos, em bares ou em suas casas.

Seu uso de cocaína muitas vezes era precedido por passar algum tempo em bares ou por trabalhar demais, ou por determinados estados de humor, incluindo sentir-se entediado, deprimido, ansioso ou chateado. Bill informou várias consequências graves como resultado do seu uso de cocaína, incluindo problemas físicos e financeiros, o rompimento de um relacionamento e sintomas psiquiátricos como depressão, ansiedade, ideação suicida e impulsos violentos.

Uso de outras drogas

A primeira vez em que Bill consumiu álcool foi aos 16 anos. Ele relatou um padrão de bebedeiras semanais, nos quais ele ingeriria de 13 a 15 doses de bebida destilada. Informou ter bebido cinco dias nos últimos 30 dias. A primeira vez que usou *Cannabis* foi aos 14 anos. Bill relatou 10 anos de uso diário e que tinha usado *Cannabis* em 30 dos últimos 30 dias. Ele informou já ter usado anfetaminas e alucinógenos, mas não regularmente. Fumante regular, Bill consumia cerca de 20 cigarros por dia e não relatou tratamentos anteriores para abuso de substâncias.

Bill também cumpria os critérios do DSM-IV-TR para dependência de álcool, *Cannabis* e nicotina.

Outros problemas psiquiátricos

Bill relatou uma história de depressão e ideação suicida. Ele também referiu problemas com manejo da raiva, que ele concordava que tinha sido um problema importante para ele, e para o qual já tinha recebido aconselhamento. Seu escore no BDI era de 23 na admissão (Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh, 1961), mas ele não referiu ideação suicida.

Motivação para a mudança

O escore de Bill na SOCRATES no momento da admissão indicava um forte comprometimento com a abstinência da cocaína. Ele referiu pouco comprometimento com a abstinência do álcool, mas concordou em fazer terapia com dissulfiram durante o tratamento. Mencionou planos de voltar a beber socialmente após completar o tratamento. Não tinha interesse em interromper o uso de maconha, o qual ele não considerava um problema, e no momento não estava interessado em deixar de fumar tabaco.

Conceituação do caso

Bill trabalhava longas jornadas, em vários empregos ao mesmo tempo, o que deixava pouco tempo para outro tipo de atividade e, como seria de se esperar, informou ter mínimo envolvimento em qualquer forma de atividade de lazer mais permanente. Excluindo o trabalho, havia poucas fontes alternativas de reforço para competir com os efeitos reforçadores do uso de cocaína e outras drogas. Essas situações tendem a ser uma bola de neve, e o uso da cocaína e outras drogas de abuso monopoliza cada vez mais as atividades do indivíduo. Nesse caso, os hábitos de Bill, de trabalhar longas jornadas, frequentar bares e usar drogas, com suas dificuldades do manejo da raiva, foram suficientes para destruir o relacionamento com sua companheira, restringindo muito seu tempo com a filha. A perda desses relacionamentos eliminou mais ainda qualquer fonte concorrente de reforço e também liberou mais tempo e recursos para os contextos de bares e uso de cocaína. Embora considerássemos que as longas jornadas de trabalho de Bill provavelmente tivessem aumentado sua vulnerabilidade a um estilo de vida de abuso de drogas, seu emprego em tempo integral também deve ter impedido um pouco que a cocaína ganhasse ainda mais controle sobre seu comportamento. O emprego em tempo integral é uma variável prognóstica positiva nesse e em outros tratamentos para a dependência da cocaína, assim como é a via de aplicação intranasal da cocaína, que era a preferida de Bill.

Plano de tratamento

A abstinência da cocaína era a prioridade máxima do plano de tratamento de Bill e sempre o foco principal dessa abordagem de tratamento. A seguir, recomendamos a abstinência do álcool devido à íntima relação entre o uso que Bill fazia das duas coisas. Como mencionado anteriormente, Bill não estava disposto a modificar seu uso da maconha, apesar de nossos argumentos sobre os benefícios de fazer isso e das consequências potencialmente adversas de continuar a fumar. Nossa abordagem clínica era buscar oportunidades ao longo do tratamento para reforçar qualquer movimento em direção a interromper ou diminuir o uso da maconha, mas não fazer da relutância de Bill um ponto de tensão. Restabelecer um padrão regular de envolvimento em atividades saudáveis de lazer, especialmente atividades que possam substituir o uso da cocaína e do álcool nos fins de semana, era um objetivo prioritário. O terapeuta apresentou a Bill a seguinte fundamentação de por que considerávamos a participação nessas atividades uma alta prioridade:

TERAPEUTA: Muitas vezes, quando a cocaína ou outras drogas se tornam parte regular da vida de alguém, o indivíduo para de fazer muitas das atividades das quais costumava gostar, que não estavam relacionadas às drogas. Isso parece ser o seu caso. Você costumava fazer várias atividades saudáveis de lazer, mas depois de começar a usar cocaína, afastou-se dessas atividades.

BILL: Sem dúvida. É engraçado, pois nem sei muito bem como isso aconteceu. Eu só fui entrando em coisas diferentes. Nunca deixei de gostar das outras coisas, parece que só fui me afastando delas.

TERAPEUTA: Esse é um relato muito comum, mas você tem muita coisa na sua vida, Bill. Praticava essas atividades saudáveis e gostava delas. Esse é um ponto forte que você vai poder aproveitar durante o tratamento.

BILL: Que bom, eu não me sinto com muitos pontos fortes ultimamente, mas como se faz isso? Qual é a conexão com o meu uso de cocaína?

TERAPEUTA: As atividades sociais e de lazer saudáveis são importantes na vida das pessoas. Elas proporcionam algo positivo a se esperar depois do trabalho, uma forma de diminuir o tédio e se sentir saudável e uma chance de estar com pessoas de quem você gosta. Essas atividades podem cumprir um papel importante no seu processo de estar saudável e ficar livre da cocaína. Quando você abandona o uso da droga, tem de fazer alguma outra coisa nos momentos em que costumava usá-la. Se as coisas que faz não são agradáveis ou satisfatórias, ou só fica sentado se sentindo só e entediado, é mais provável que use drogas. É por isso que temos um componente específico do tratamento para ajudá-lo a desenvolver uma agenda de atividades sociais e de lazer saudáveis.

BILL: É, isso poderia ser importante para mim. Eu não acho fácil ficar em casa. Fico entediado, muito inquieto.

TERAPEUTA: Certo, então vamos trabalhar nessas coisas imediatamente. Você recebeu uma agenda. Vamos planejar algumas atividades para você fazer entre hoje e a próxima vez que vier à clínica. Temos de pensar com muito cuidado sobre a sexta-feira à noite, porque essa é a noite de alto risco para você. Faremos muito isso ao longo da terapia.

Outra prioridade era ajudar Bill a encontrar um trabalho que permitisse ter um horário de tra-

balho razoável e que pagasse bem o suficiente para que ele não tivesse de ter vários empregos ao mesmo tempo. Para envolvê-lo ainda mais em atividades que fossem incompatíveis com o estilo de vida baseado no uso de cocaína, ajudamos Bill a solicitar privilégios de visita à sua filha. Em relação a outros problemas psiquiátricos, decidimos monitorar semanalmente os escores do BDI de Bill para ver se eles acompanhavam a abrupta redução que geralmente ocorre com pacientes dependentes de cocaína algumas semanas depois de entrar em tratamento. Como manejar a raiva tinha sido um problema para Bill anteriormente, ao lidar com sua ex-parceira, e como ele teria que interagir com ela se obtivesse os direitos de visita, consideramos adequado um tratamento de manejo da raiva.

A seguir, mostramos o progresso feito na implementação desse plano de tratamento.

Abstinência de cocaína

Segundo nosso protocolo-padrão de 12 semanas, foram oferecidos a Bill vales condicionados à abstinência, como intervenção básica para promover a abstinência inicial. Também foi implementada a análise funcional com ele na primeira e na segunda sessão. As circunstâncias que aumentaram a probabilidade

de que Bill usasse cocaína eram estar em um bar ou na casa de amigos, usar álcool, terminar uma semana particularmente longa de trabalho e sentir depressão ou tédio. Ele identificou ir ao cinema ou à casa de um amigo seguro, caçar, pescar e esquiatar como circunstâncias que reduziriam a probabilidade do uso. Essas informações foram atualizadas e usadas no decorrer do tratamento, no planejamento do autocontrole e de atividades sociais e de lazer.

A Figura 14.5 mostra um registro cumulativo do uso de cocaína por Bill e seus resultados do exame de urina durante o tratamento de 24 semanas. Seu único caso de uso ocorreu depois de sete semanas de tratamento. Bill ficou surpreso com os resultados e disse que havia fumado maconha com amigos e que talvez houvesse um pouco de cocaína no cachimbo.

TERAPEUTA: Oi, Bill. Como andam as coisas?

BILL: Muito bem.

TERAPEUTA: Olhe, o laboratório acaba de ligar com os resultados de seus exames. Deu positivo para cocaína.

BILL: Não pode ser, isso não pode estar certo, não usei cocaína, não fiz muita coisa no fim de semana.

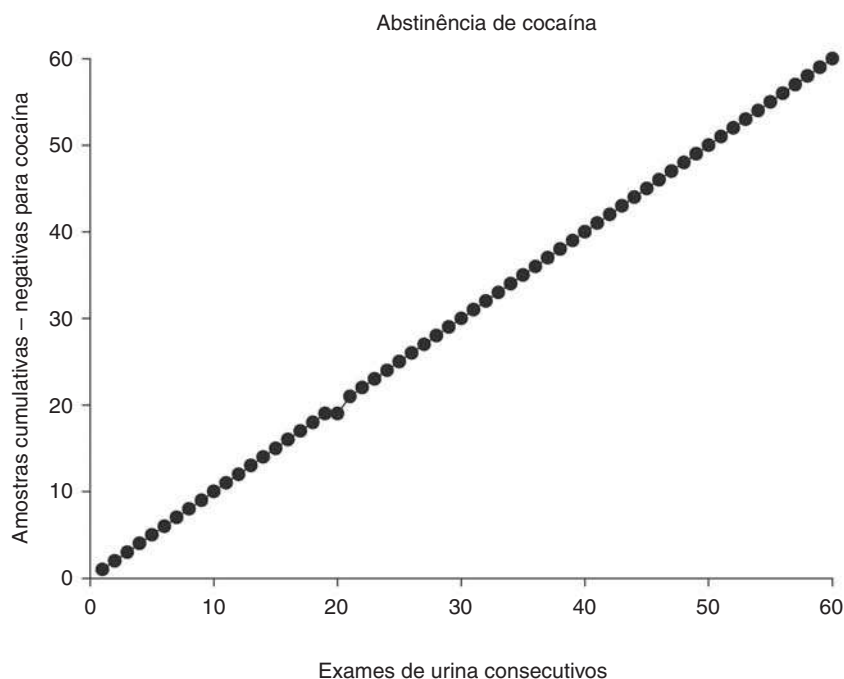


FIGURA 14.5 Registro cumulativo dos resultados dos exames de urina de Bill (eixo Y) em 60 exames consecutivos (eixo X) realizados durante 24 semanas de tratamento.

TERAPEUTA: Foi assim que a máquina leu a amostra. Vamos falar mais especificamente sobre o que você fez no fim de semana. Vamos revisar o que você fez em cada um dos dias, talvez isso nos dê uma ideia do que pode estar acontecendo.

BILL: Eu só fechei a loja perto de meia-noite e fui para casa, dormir, na sexta de noite. Trabalhei sábado de manhã. Depois de sair do trabalho, estive com uns amigos por um tempo.

TERAPEUTA: Você não foi à academia, como planejava?

BILL: Não. Deveria ter ido, mas me distraí com uns amigos que não via há algum tempo.

TERAPEUTA: Algum deles usa cocaína?

BILL: Sim, um deles usa, mas ele sabe que estou em tratamento. Eu costumava usar cocaína com ele. Ele não faz isso perto de mim agora.

TERAPEUTA: O que vocês fizeram, exatamente?

BILL: Só ficamos na casa desse amigo, jogamos *video-games* e assistimos à televisão. Fumamos uns cachimbos de maconha. Você sabe que ainda fumo. O cachimbo poderia ter sido usado para cocaína recentemente, acho que foi isso.

TERAPEUTA: Pode ser. O que fica muito claro é que ao sair do que havia planejado, você aumentou sua vulnerabilidade aos problemas.

BILL: É, eu concordo. Não sei se entendo bem por que fiz isso. Tenho me saído muito bem se cumprio os meus planos, mesmo se me encontro com os amigos. Eu ia de carona com a minha mãe à academia, mas o dia estava bonito, então disse que iria caminhando. Aí eu vi esses caras e meio que simplesmente abandonei os planos para fazer ginástica.

TERAPEUTA: Não tenho dúvidas de que você tem se saído muito bem em seguir seus planos. Bill, você tem se saído muito bem em se abster de cocaína. Isso não é fácil de fazer e você merece muito crédito por todo o trabalho que tem feito.

BILL: Puxa, acho que eu estraguei tudo.

TERAPEUTA: O importante é tentar aprender com o que aconteceu. Como você sabe, minha recomendação, desde o início do tratamento, foi de se abster de usar maconha. A maconha tem seus próprios problemas e ainda põe em contato com os usuários de outras drogas, incluindo alguns que usam cocaína.

BILL: Eu concordo com isso em certa medida, mas não acho que a maconha seja o problema real nesse caso. Eu tenho fumado regularmente desde que comecei o tratamento e consegui ficar longe da cocaína. A diferença é que fiquei por

aí o dia todo em vez de manter meu plano de ir à academia. Foi aí que pisei na bola. Essa é a grande diferença do que tinha feito nos outros fins de semana.

TERAPEUTA: Boa análise. Mas não se esqueça: se não continuasse fumando, você não teria tido necessidade de usar um cachimbo, seu ou deles. Entretanto, você tem razão sobre o que fez de diferente nesse fim de semana em comparação com os outros desde que está em tratamento. Manter os planos de atividades alternativas em vez de simplesmente andar por aí realmente tem funcionado para você. Eu concordo com isso. O mais importante é aprender com esta situação e seguir em frente. O que você acha que precisa fazer para ter certeza de que dará negativo para cocaína na quarta-feira?

BILL: Bom, acho que é só continuar fazendo o que vinha fazendo, ou seja, manter meus planos: trabalhar, visitar minha mãe, e tenho um encontro amanhã à noite. Tenho hora na academia hoje à noite e com certeza vou manter isso. Não vou ter problemas de estar limpo na próxima vez.

TERAPEUTA: O que você acha de minimizar seu contato com usuários de drogas, principalmente pessoas com quem você usou cocaína no passado? Você pode até dramatizar como poderia dizer aos amigos o que tem de fazer, caso se encontre com eles de novo.

BILL: Acho que posso fazer isso. Eu não encontro a maioria deles com muita frequência, de toda forma. Sim, claro.

TERAPEUTA: Ótimo, como você sabe, nós temos de nos guiar pelos resultados do exame de urina. Então hoje você não vai receber um vale e o valor deles volta ao original, em função do resultado positivo de hoje. Mas se você conseguir voltar a fornecer amostras negativas, cinco amostras consecutivas negativas significam que o valor dos vales volta de onde estava antes do positivo de hoje.

BILL: É justo.

Nossa experiência é que não é muito necessário preocupar-se com os detalhes em relação à negação de um paciente por um episódio isolado de uso de cocaína. Se ele voltar a usar regularmente, em seguida surgirá um padrão de resultados positivos. Em vez de discutir, o terapeuta repassou com Bill os riscos de continuar fumando maconha enquanto se trabalha para manter a abstinência de cocaína (continuar o contato com amigos usuários, lugares de alto risco, usar maconha em vez de realizar outras atividades possíveis para

relaxar). Eles também repassaram a importância de manter as atividades planejadas e se prepararam para dramatizar algumas habilidades sociais que Bill poderia usar para resistir a mudar seus planos, caso se encontrasse de novo com os amigos usuários de drogas. Bill entendeu bem como havia se desviado daquilo que havia funcionado para ele até aquele momento – planejar atividades e manter o plano – e o terapeuta reforçou sua análise. Não insistiu na questão de negar ter usado cocaína. Bill e o terapeuta continuaram implementando o plano de tratamento, com as poucas modificações mencionadas. Não houve mais uso de cocaína durante as 24 semanas de tratamento de Bill. Seu registro de abstinência do uso de cocaína foi excelente.

Abstinência do álcool

Na primeira sessão, o terapeuta discutiu com Bill os argumentos para a terapia com dissulfiram:

TERAPEUTA: Bill, queremos examinar algumas razões para que você experimente a terapia com dissulfiram e a abstinência do álcool. Em primeiro lugar, sua história indica que, se você beber, terá mais probabilidade de usar cocaína. Você não está sozinho nesse sentido. As evidências científicas são bastante claras em que, para muitos indivíduos que buscam tratamento para dependência de cocaína, o uso do álcool e cocaína estão muito ligados.

BILL: Eu não quero mais ficar bêbado. Mas, e só umas doses? Também é um problema?

TERAPEUTA: O uso de quantidades mesmo modestas de álcool, mesmo só algumas doses, pode reduzir muito suas chances de se abster de usar cocaína. Nossa experiência, e as experiências em outras clínicas em outras partes dos Estados Unidos, é que você pode avançar mais na abstinência da cocaína usando dissulfiram e se abstendo do álcool do que se continuar a beber.

BILL: Por quanto tempo você sugere que eu tome o remédio? Você está me dizendo que nunca mais vou poder beber?

TERAPEUTA: Eu não estou dizendo que você vai ter de tomar esse remédio para sempre ou por anos, nem nada do tipo, nem que não possa voltar a beber. Podemos fazer todas as experiências, mas, por agora, se quer ter a melhor chance de conseguir largar a cocaína, recomendo que experimente com seriedade a terapia com dissulfiram.

BILL: Eu não tenho certeza do quanto beber é um problema grave para mim. Eu sei que já causou alguns problemas, mas simplesmente não tenho certeza.

TERAPEUTA: Bill, a segunda coisa que queria enfatizar é que você também informou uma história de depressão e ideação suicida. O uso de substâncias, especialmente o álcool, é depressivo e pode agravar os sintomas depressivos e o risco de suicídio. Um período de abstinência pode ajudar bastante com esses problemas. E outro ponto a ser considerado é que aceitar fazer a terapia com dissulfiram representa uma demonstração concreta do seu compromisso com a abstinência das drogas e com mudanças substanciais no seu estilo de vida. Isso ajudaria em termos gerais, mas também pode ajudar para que você obtenha o direito de visitar sua filha.

BILL: Escute, eu estou tentando avançar. Quando tentei largar a cocaína por conta própria, não funcionou. Talvez seja porque continuei bebendo. Não tenho certeza. Não posso continuar assim. E se eu tomar o remédio durante o tratamento? Esse é um compromisso bastante bom. O que você acha, o tratamento é por 24 semanas? Digamos que tome o medicamento por esse período.

Bill aceitou fazer a terapia com dissulfiram durante o tratamento. Estabeleceu-se um esquema para que ele tomasse uma dose de 250 mg três vezes por semana, sob observação da equipe, e tomasse a mesma dose sob observação do seu pai em casa, nos outros dias.

Além da terapia com dissulfiram, o terapeuta trabalhou com Bill para fazer a análise funcional do uso de álcool, da mesma forma que no processo anterior com a cocaína. Eles analisaram as circunstâncias específicas nas quais Bill tinha menos ou mais probabilidade de beber, e listaram as consequências negativas que ele já tinha vivenciado em função do uso de álcool. A seguir, o terapeuta e Bill começaram a desenvolver um plano para encontrar formas alternativas de relaxar, que não envolvessem um bar ou beber, e ensaiar formas com que ele pudesse recusar o álcool quando oferecessem, e como identificar momentos em que ele se sentiria tentado a beber alguma coisa.

Bill seguiu a terapia de dissulfiram durante todo o tratamento. Ele informou apenas um caso de uso de álcool durante a terapia com dissulfiram, quando não tomou o medicamento em um domingo de manhã e tomou duas cervejas em casa naquela tarde. Na segunda-feira, o terapeuta realizou uma análise funcional com Bill, para identificar o que definiu a ocasião para que ele bebesse, e o que aconteceu com seu pai como monitor para garantir o dissulfiram. O terapeuta e Bill revisaram, mais uma vez, o histórico com uso de álcool e as consequências negativas

que ele vivenciara no passado. Bill restabeleceu seu compromisso com a abstinência de álcool e retomou a terapia com dissulfiram.

Quando se aproximava o fim das 24 semanas (semana 23), Bill expressou um desejo de “poder beber alguma coisa se tivesse vontade” e pediu para interromper a terapia com dissulfiram, como planejado. O terapeuta manifestou sua preocupação com colocar em risco o progresso substancial que ele tinha feito.

TERAPEUTA: Então, sua terapia com dissulfiram termina esta semana?

BILL: É, cumpri como tinha prometido, mas agora eu queria poder beber se tiver vontade, como uma cerveja depois do trabalho, para relaxar. Nada de mais.

TERAPEUTA: Bill, você se saiu muito bem até agora com esse plano atual. A maioria das pessoas não tem tanto êxito quanto você teve para parar de usar cocaína.

BILL: Ah, concordo. Eu acho que me saí muito bem no tratamento e agora que está quase no fim, gostaria de ter essa opção de beber se der vontade.

TERAPEUTA: Qual é o risco que você acha que tem de suspender o dissulfiram e acabar comprometendo sua abstinência de cocaína?

BILL: Eu realmente não acho que vai ser um problema. Sinto-me muito confiante nesse sentido.

TERAPEUTA: Bill, que ótimo. Esse tipo de confiança é importante para obter sucesso, mas falemos sobre algumas questões específicas. Lembre-se de que sua história com álcool ainda está presente. Você já teve períodos de beber compulsivo combinado com o uso de cocaína. O que vai mudar agora em relação ao seu passado?

BILL: Em primeiro lugar, não pretendo beber como bebia. Não vou ficar bêbado. Nem tenho certeza de que quero beber com muita frequência. Também não vou beber nos bares. Foi assim que me meti em confusão no passado. Não vou beber com a mesma turma de sempre. Só quero saber que, se sair para jantar, em um encontro ou algo assim, e quiser tomar alguma coisa, eu posso.

TERAPEUTA: Você refletiu bastante sobre isso, o que é bom. Esse tipo de plano é importante para continuar com seu sucesso. Falemos um pouco mais sobre como você pode reduzir ao máximo seu risco, se você vai voltar a beber. Com isso, quero dizer a frequência com que você bebe, quanto bebe em cada ocasião, onde e com quem bebe – mais ou menos tudo o que você

puder fazer para se proteger de beber em excesso e, posteriormente, de usar cocaína. Isso parece razoável?

BILL: Sim, claro, parece muito razoável.

Nesse momento, o terapeuta dá início ao protocolo do beber controlado da clínica (ver Miller e Muñoz, 2005). Nossa principal recomendação clínica foi a abstinência, mas Bill não seguiria essa recomendação, de forma que era indicado tentar oferecer sistematicamente algumas habilidades para reduzir a probabilidade de beber em excesso ou de forma que cause danos. A abordagem de Miller e Muñoz (2005) visa ensinar as habilidades que possibilitem ao paciente beber de maneira controlada. Algumas dessas habilidades são as mesmas usadas para a cocaína, incluindo a análise funcional para identificar as circunstâncias (local, pessoas, momentos, como o indivíduo se sente) associadas ao beber pesado. Outras são específicas do consumo de álcool (p. ex., dar informações sobre o conteúdo alcoólico de bebidas comuns, relação entre bebidas consumidas, peso corporal e a curva de álcool no sangue). Bill e o terapeuta trabalharam alguns dos principais elementos do protocolo do beber controlado durante a última semana do tratamento e depois cuidaram das partes restantes nos cuidados pós-tratamento. Bill informou uma ocasião em que usou álcool na semana final do tratamento. Ele só tomou duas doses e não usou cocaína. Como apontamos a seguir, Bill também informou beber pouco durante o seguimento posterior ao tratamento.

Uso de outras drogas

Bill continuou com o mesmo padrão do uso de maconha que havia relatado na entrevista de admissão. Ele afirmou repetidas vezes que o uso da maconha não estava prejudicando seus objetivos de tratamento. O terapeuta, por sua vez, ofereceu argumentos em favor de parar ou reduzir o uso de maconha em diversas ocasiões, mas não conseguiu iniciar abstinência.

Atividades de lazer

Durante as primeiras sessões, o terapeuta e Bill discutiram a importância de desenvolver novas atividades de lazer. Eles se decidiram por um objetivo de participar em quatro dessas atividades por semana, assim como um plano de experimentar novas atividades junto com alguém da clínica. O terapeuta lembrou Bill de que os vales que ele receberia durante o tratamento para abstinência da cocaína poderiam ser usados para ajudar a pagar por essas atividades.

Durante o tratamento, Bill cumpriu constantemente seu objetivo de quatro atividades de lazer por semana, incluindo cinema, caçadas, golfe e jantares em restaurantes locais. Ele usou seus vales para com-

prar entradas para o teatro, uma academia, licenças para caçar e pescar e cheques-presente de um restaurante local para jantar com uma namorada nova.

Apoio familiar/social

Nas primeiras sessões, o terapeuta discutiu com Bill a necessidade de que ele ampliasse sua rede social para incluir família, amigos e outros contatos sociais com pessoas que não usassem drogas. Bill manifestou o desejo de aumentar o contato com sua filha. Com esse objetivo, ele e o terapeuta realizaram uma análise de tarefas identificando a sequência de passos que deveriam ser dados para tentar obter o direito de visita, entre eles, solicitar e preencher os formulários legais no tribunal, o terapeuta ajudar Bill a discutir seus desejos adequadamente com sua ex-parceira, dramatizações em preparação para a audiência e acompanhá-lo ao tribunal.

Bill conseguiu obter o direito de visita. A seguir, seu objetivo passou a ser um contato com sua filha duas vezes por semana, o que ele manteve durante o restante do tratamento.

Com relação a outros tipos de apoio social, Bill também aumentou o contato com alguns amigos seguros no decorrer do tratamento. Ele também conseguiu conhecer várias mulheres por meio de seu novo trabalho (discutido a seguir), uma das quais começou a namorar.

Emprego/formação

Bill chegou ao tratamento com uma história de trabalho em tempo integral, o que, já é um bom indicador prognóstico por si mesmo, mas o emprego que ele tinha quando começou a se tratar não pagava bem e implicava estar próximo à bebida. Ele manifestou o desejo de encontrar um trabalho que pagasse melhor e, portanto, permitisse trabalhar menos horas por semana, passar mais tempo com a filha e correr menos riscos de usar álcool. Assim, começou a participar do Clube de Emprego (*Job Club*), indo à clínica três vezes por semana para repassar os anúncios dos classificados, escrever um currículo e cartas de apresentação com a ajuda da equipe, preencher fichas para se candidatar a empregos e ensaiar para as entrevistas. Ele conseguiu um emprego com melhor salário e menor risco de usar álcool, e seu objetivo ocupacional passou a ser evitar excesso de horas de trabalho.

Bill também manifestou preocupação com relação à alta dívida que tinha acumulado durante seu longo período de uso de cocaína. O terapeuta deu início ao protocolo de administração de dinheiro da clínica, incluindo elaborar um orçamento para pagar empréstimos de altos valores e habilidades para administrar recursos financeiros. Bill abriu uma caderneta de poupança em um banco próximo e providenciou o

depósito direto de seus contracheques. Ele usou o telefone do consultório do seu terapeuta para organizar planos de pagamento com vários credores, e fazia o pagamento de suas dívidas permanentemente durante o tratamento, o que o terapeuta registrava semanalmente e, no fim do tratamento, havia eliminado todas as dívidas e estava pagando suas contas normalmente.

Bill tinha um objetivo profissional de longo prazo: abrir seu próprio negócio. Ele e o terapeuta fizeram uma análise preliminar de tarefa (ver Sulzer-Azaroff e Meyer, 1991) com relação a esse objetivo. Concordaram em que fazer cursos de contabilidade e informática seria um bom começo. O terapeuta e Bill coletaram informações da universidade pública local sobre os cursos que eram oferecidos. Bill solicitou os formulários para pedir crédito educativo da universidade para pagar a mensalidade, e o terapeuta ajudou a preencher.

Monitoramento psiquiátrico

Devemos lembrar de que o escore do BDI de Bill na admissão era de 23. Esse índice havia caído de forma abrupta na segunda semana de tratamento e chegou a 2 no fim.

Bill e seu terapeuta trabalharam com um protocolo de manejo da raiva para abusadores de substâncias (Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney e Abrams, 2002), o que o ajudou a identificar situações que teriam probabilidade de deixá-lo com raiva, desenvolver habilidades de enfrentamento para lidar melhor com esses gatilhos e dramatizá-las para ganhar desenvoltura. Eles haviam documentado quando surgiam situações que provocavam raiva fora da clínica e como ele lidava com elas. O terapeuta revisava essa informação semanalmente, dava reforço social para as situações desse tipo com a quais ele lidava bem e solucionava problemas e ensaiava as alternativas quando Bill precisava de ajuda.

Resumo dos avanços do tratamento

Bill fez avanços importantes em direção a estabelecer um nível estável de abstinência da cocaína, eliminando o beber-problema, aumentando seu envolvimento em práticas sociais e de lazer, melhorando sua situação profissional, melhorando sua capacidade de manejar a raiva e sua relação com a filha. A área em que não conseguimos avançar foi o uso da maconha e o envolvimento associado a isso com a comunidade que usa drogas ilícitas. Esse progresso se reflete nas mudanças anteriores e posteriores ao tratamento nos escores compostos do ASI mostrados na Tabela 14.5. Os escores compostos vão de 0, representando *ausência de problemas* nos últimos 30 dias, a 1, representando *problemas graves*. Os escores de Bill na avaliação final do tratamento refletiam, em termos gerais, melhorias substanciais.

TABELA 14.5 Subescala ASI e escores do BDI na admissão, fim do tratamento e avaliações de seguimento pós-tratamento

Fim de escore	Admissão	Tratamento	12 meses	24 meses	36 meses	48 meses
Subescalas ASI						
Médica	0,42	0,09	0,09	0,18	0,00	1,00
Ocupacional	0,07	0,10	0,09	0,11	0,13	0,08
Álcool	0,13	0,00	0,06	0,00	0,05	0,11
Drogas (que não a cocaína)	0,28	0,07	0,08	0,08	0,09	0,19
Cocaína	0,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Legal	0,00	0,00	0,40	0,00	0,00	0,00
Familiar /Social	0,22	0,10	0,00	0,00	0,00	0,22
Psicológica	0,36	0,00	0,09	0,09	0,18	0,53
BDI	23	1	3	5	10	6

Seguimento

Após finalizar o protocolo de tratamento de 24 semanas, Bill participou de um programa de cuidados pós-tratamento de seis meses e realizou avaliações periódicas de seguimento por quatro anos depois de entrar em tratamento (ver Tab. 14.5), de forma que temos um quadro bastante bom de seus progressos.

Bill manteve, de modo geral, o excelente progresso que fez durante o tratamento no sentido de resolver seus problemas com o uso da cocaína. Todos os exames toxicológicos de urina durante o seguimento deram negativos para o uso de cocaína. Ele relatou duas vezes em que usou essa substância no seguimento de três anos e meio, mas eles foram separados no tempo, e nenhum resultou em recaída completa. Ele informou o uso moderado de álcool durante o seguimento, sendo que somente em uma vez bebeu até a intoxicação. Continuou a fumar maconha regularmente, como havia feito durante o tratamento.

Com relação a outras áreas de funcionamento, Bill manteve o emprego integral durante o período de seguimento. Houve um episódio de envolvimento com a justiça na avaliação de 12 meses que, segundo ele, não estava relacionado ao uso de drogas e foi resolvido antes das avaliações posteriores. Sua sintomatologia depressiva se manteve muito abaixo dos níveis de admissão durante todo o período de seguimento. O progresso em outras áreas de funcionamento foi mantido de modo geral no seguimento, até a avaliação de 48 meses, quando surgiu um problema médico. Bill desenvolveu um problema neuromuscular envolvendo episódios periódicos de paralisia total. Ele também estava tendo problemas odontológicos mais corriqueiros, mas dolorosos. Na época da avaliação, ainda esta-

va passando por exames para o problema neuromuscular e não tinha um diagnóstico. Essa crise não havia causado uma recaída para a cocaína ou outras drogas, o que indica o importante progresso feito quanto a esses problemas. Os aumentos nos escores da escala de drogas ASI na avaliação de 48 meses estavam relacionados à medicação para dor pelos problemas odontológicos. Entretanto, fica claro que os problemas de saúde estavam tendo um efeito desestabilizador em Bill, física e psicologicamente. Embora ele reconhecesse que a situação o colocava em risco de recaída, não achou que isso justificava que ele entrasse em tratamento novamente. A equipe cumprimentou Bill por seu progresso sustentado em se abster do abuso de cocaína e álcool e garantiu que ele poderia retornar ao tratamento se surgisse a necessidade.

CONCLUSÃO

Neste capítulo, apresentamos a informação disponível mais atualizada sobre o manejo clínico de transtornos por uso de drogas ilícitas. No processo, tentamos ilustrar o que passamos a considerar os princípios do tratamento eficaz para esses transtornos em geral, usando a dependência da cocaína como exemplo específico. Enfatizamos uma abordagem eficaz de tratamento de múltiplos elementos, mas salientamos que ela contém elementos de todas as terapias comportamentais e de base empírica, com exceção da terapia comportamental de família. Entendemos que a limitação em recursos e outras restrições práticas impedirão muitos terapeutas de usar práticas de tratamento da forma como as descrevemos neste capítulo. Os custos do tratamento de Bill foram cobertos exclusivamente por um financiamento destinado à pesquisa.

Contudo, esperamos que estas informações forneçam compreensão dos importantes elementos do tratamento eficaz para os transtornos por uso de drogas ilícitas. Esperamos, também, que essas informações facilitem um pouco o trabalho dos terapeutas que estão nas trincheiras de tratamento da população de dependentes de drogas e que tornem suas práticas mais eficazes.

AGRADECIMENTO

A elaboração deste capítulo foi apoiada parcialmente pelo *National Institute on Drug Abuse*, com verbas dos financiamentos DA09378, DA030534 e DA031928.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 339-348.
- Azrin, N. H., & Besalel, V. A. (1980). *Job Club counselor's manual*. Baltimore: University Park Press.
- Azrin, N. H., Donohue, B., Besalel, V. A., Kogan, E. S., & Acierno, R. (1994). Youth drug abuse treatment: A controlled outcome study. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 3, 1-16.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bellack, A. S., Bennett, M. E., Gearson, J. S., Brown, C. H., & Yang, Y. (2006). A randomized clinical trial of a new behavioral treatment for drug abuse in people with severe and persistent mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 63, 426-432.
- Bickel, W. K., Amass, L., Higgins, S. T., Badger, G. J., & Esch, R. A. (1997). Effects of adding behavioral treatment to opioid detoxification with buprenorphine. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 803-810.
- Bouchery, E. E., Harwood, H. J., Sacks, J. J., Simon, C. J., & Brewer, R. D. (2011). Economic costs of excessive alcohol consumption in the U.S., 2006. *American Journal of Preventive Medicine*, 41, 516-524.
- Budney, A. J., & Higgins, S. T. (1998). *The community reinforcement plus vouchers approach: Manual 2. National Institute on Drug Abuse therapy manuals for drug addiction* (NIH Publication No. 98-4308). Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse.
- Budney, A. J., Higgins, S. T., & Wong, C. J. (1996). Marijuana use and treatment outcome in cocaine-dependent patients. *Journal of Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4, 1-8.
- Carroll, K. M., Nich, C., Ball, S. A., McCance, E., & Rounsaville, B. J. (1998). Treatment of cocaine and alcohol dependence with psychotherapy and disulfiram. *Addiction*, 93, 713-727.
- Carroll, K. M., & Onken, L. S. (2005). Behavioral therapies for drug abuse. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1452-1460.
- Carroll, K. M., Rounsaville, B. J., Nich, C., Gordon, L. T., Wirtz, P. W., & Gawin, F. (1994). One-year follow-up of psychotherapy and pharmacotherapy for cocaine dependence: Delayed emergence of psychotherapy effects. *Archives of General Psychiatry*, 51, 989-997.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2008). Smoking attributable mortality, years of potential life lost, and productivity losses—U. S. 2000-2004. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 57, 1226-1228.
- Derogatis, L. R. (1983). *SCL-90-R: Administration, scoring and procedures manual—II*. Towson, MD: Clinical Psychometric Research.
- Festinger, D. S., Lamb, R. J., Kirby, K. C., & Marlowe, D. B. (1996). The accelerated intake: A method for increasing initial attendance to outpatient cocaine treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29, 387-389.
- Griffith, J. D., Rowan-Szal, G. A., Roark, R. R., & Simpson, D. D. (2000). Contingency management in outpatient methadone treatment: A meta-analysis. *Drug and Alcohol Dependence*, 58, 55-66.
- Griffiths, R. R., Bigelow, G. E., & Henningfield, J. E. (1980). *Drug Use Disorders* 615 Similarities in animal and human drug taking behavior. In N. K. Mello (Ed.), *Advances in substance abuse: behavioral and biological research* (pp. 1-90). Greenwich, CT: JAI Press.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., Brondino, M. J., & Crouch, J. L. (1996). Eliminating (almost) treatment dropout of substance abusing or dependent delinquents through homebased multisystemic therapy. *American Journal of Psychiatry*, 153, 427-428.
- Herrmann, E. S., Heil, S. H., Sigmon, S. C., Dunn, K. E., Washio, Y., & Higgins, S. T. (2013). Characterizing and improving HIV/AIDS knowledge among cocaine-dependent outpatients using modified materials. *Drug and Alcohol Dependence*, 127(1-3), 220-225.
- Higgins, S. T., Heil, S. H., & Lussier, J. P. (2004). Clinical implications of reinforcement as a determinant of substance use disorders. *Annual Review of Psychology*, 55, 431-461.
- Higgins, S. T., Sigmon, S. C., Wong, C. J., Heil, S. H., Badger, G. J., Donham, R., et al. (2003). Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients. *Archives of General Psychiatry*, 60, 1043-1052.
- Higgins, S. T., Silverman, K., & Heil, S. H. (2008). *Contingency management in substance abuse use treatment*. New York: Guilford Press.

- Higgins, S. T., Silverman, K., Sigmon, S. C., & Naito, N. A. (2012). Incentives and health: An introduction. *Preventive Medicine*, 55, S2-S6.
- Hjorthoj, C. R., Hjorthoj, A. R., & Nordentoft, M. (2012). Validity of Timeline Follow-Back for self-reported use of cannabis and other illicit substances – systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 37, 225-233.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wong, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Kenford, S. L., & Fiore, M. C. (2004). Promoting tobacco cessation and relapse prevention. *Medical Clinics of North America*, 88, 1553-1574.
- Lewinsohn, P. M., Muñoz, R. F., Youngren, M. A., & Zeiss, A. M. (1986). *Control your depression*. New York: Simon & Schuster.
- Liddle, H. A., Dakof, G., Parker, K., Diamond, G. S., Barrett, K., & Tejeda, M. (2001). Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse: Results of a randomized clinical trial. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 27, 651-688.
- Lussier, J. P., Heil, S. H., Mongeon, J. A., Badger, G. J., & Higgins, S. T. (2006). A meta-analysis of voucher-based reinforcement therapy for substance use disorders. *Addiction*, 101(2), 192-203.
- Martino, S., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2006). A randomized controlled pilot study of motivational interviewing for patients with psychotic and drug use disorders. *Addiction*, 101, 1479-1492.
- McLellan, A. T., Cacciola, J. C., Alterman, A. I., Rikoon, S. H., & Carise, D. (2006). The Addiction Severity Index at 25: Origins, contributions, and transitions. *American Journal on Addictions*, 15, 113-124.
- Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Muñoz, R. F. (2005). *Controlling your drinking: Tools to make moderation work for you*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1996). Assessing drinkers' motivation for change: The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Monti, P. M., Rohsenow, D. J., Michalec, E., Martin, R. A., & Abrams, D. B. (1997). Brief coping skills treatment for cocaine abuse: Substance use outcomes at three months. *Addiction*, 92, 1717-1728.
- Morin, C. M. (2004). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of insomnia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65, 33-40.
- Muñoz, R. F., & Miranda, J. (2000). *Individual therapy manual for cognitive behavioral treatment for depression*. Santa Monica, CA: RAND Corporation.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2009). *Principles of addiction treatment: A research-based guide* (2nd ed.; NIH Publication No. 09-4180). Rockville, MD: Author.
- O'Brien, C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, 106, 866-867.
- O'Farrell, T. J., & Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment for alcoholism. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 122-144.
- Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., et al. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction*, 99, 708-717.
- Reback, C. J., & Shoptaw, S. (in press). Development of an evidence-based, gay-specific cognitive behavioral therapy intervention for methamphetamine abusing gay and bisexual men. *Addictive Behaviors*.
- Rodebaugh, T. L., Holaway, R. M., & Heimberg, R. G. (2004). The treatment of social anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 883-908.
- Roizen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 1-13.
- Schnoll, R. A., & Lerman, C. (2006). Current and emerging pharmacotherapies for treating tobacco dependence. *Expert Opinion on Emerging Drugs*, 11, 429-444.
- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test. *American Journal of Psychiatry*, 127, 1653-1658.
- Silverman, K., Robles, E., Mudric, T., & Stitzer, M. L. (2004). A randomized trial of long-term reinforcement of cocaine abstinence in methadone-maintained patients who inject drugs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 839-854.
- Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrøm, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., et al. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD008063.
- Sobell, L. C., & Sobell, M. B. (1992). Timeline Follow-Back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In R. Z. Litten & J. P. Allen (Eds.), *Measuring alcohol consumption: Psychosocial and biochemical methods* (pp. 41-72). Totowa, NJ: Humana Press.
- Sulzer-Azaroff, B., & Meyer, G. R. (1991). *Behavior analysis for lasting change*. Fort Worth, TX: Holt, Rinehart & Winston.
- U.S. Department of Health and Human Services (USDHHS). (2012). *National Survey on Drug Use and Health, 2010* (Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Center for Behavioral Health Statistics and Quality). Ann Arbor, MI: Interuniversity Consortium for Political and Social Research [distributor].

- U.S. Department of Justice. (2011). *The economic impact of illicit drug use on American society* [Product No. 2011-Q0317-002]. Washington, DC: United States Department of Justice, National Drug Intelligence Center.
- Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism, 41*, 328-335.
- Washton, A. M., Stone, N. S., & Hendrickson, E. C. (1988). Cocaine abuse. In D. M. Donovan & G. A. Marlatt (Eds.), *Assessment of addictive behaviors* (pp. 364-389). New York: Guilford Press.

CAPÍTULO 15

RELAÇÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS E CAPACIDADE DE RESPOSTA À DEPRESSÃO E AO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

John C. Norcross

Larry E. Beutler

Em todos os capítulos deste livro, há uma necessidade implícita de adaptar o tratamento a cada paciente, de forma flexível, bem como prestar atenção a fatores relacionados a paciente, terapeuta e relação terapêutica. Alguns capítulos também integram e “combinam”, de forma proposital, técnicas de diferentes abordagens aos protocolos de tratamento descritos para atingir objetivos específicos, como a Entrevista Motivacional (ver Payne, Ellard, Farchione, Fairholme e Barlow, Cap. 6) ou a atenção ao contexto social e interpessoal do paciente. Mas, neste capítulo, os tópicos são explicitados por dois pesquisadores clínicos experientes e ilustres que fizeram do estudo rigoroso e empírico desses temas o trabalho de suas vidas. A contribuição singular deste capítulo é que os fatores transdiagnósticos do paciente e os fatores do terapeuta, bem como a combinação do estilo do protocolo de tratamento (p. ex., menos diretivos ou mais diretivos, dependendo do nível de resistência ou de “prontidão” do paciente para a terapia), também são procedimentos baseados em evidências e merecem ser descritos neste livro. Assim, é importante não apenas escolher o procedimento de mudança mais eficaz para determinado transtorno, como o transtorno de pânico, mas também observar explicitamente fatores de relação; garantir comunicação constante e bidirecional entre paciente e terapeuta, e estabelecer um estilo terapêutico colaborativo e transparente. Os autores demonstram essa abordagem integradora no contexto do fascinante caso de “Amber”, uma jovem com abuso de múltiplas substâncias e depressão. O conhecimento dessa perspectiva enriquecerá a apreciação do leitor em relação a todos os capítulos deste livro. — D. H. B.

A psicoterapia é um método de tratamento e uma relação de cura ajustados a cada paciente e contexto. Praticamente todos os terapeutas (e pacientes) vão concordar com isso. No entanto, a escolha do método de tratamento específico tem recebido a maior parte da atenção no movimento em direção à prática baseada em evidências (Norcross, Beutler e Levant, 2006). Combinar o método de tratamento ao paciente é útil, claro, mas também é clinicamente incompleto, uma vez que a relação terapêutica costuma responder por grande parte do sucesso (e do fracasso) da psicoterapia (Norcross, 2011). Além disso, a ciência psicológica nos indica quais comportamentos de relação e combinações contribuem para os resultados do tratamento em todo o espectro de transtornos psicológicos (Beutler, 2009).

Como também sabem praticamente todos os psicoterapeutas, a psicoterapia deve ser adaptada à individualidade do paciente e à singularidade de seu contexto. Já em 1919, Freud introduziu a psicoterapia psicanalítica como alternativa à análise clássica, com base no reconhecimento de que a abordagem mais rarefeita carecia de aplicabilidade universal (Wolitzky, 2011). A lógica de uma psicoterapia individualizada foi materializada na icônica pergunta de Gordon Paul (1967, p. 111, *italico no original*): “*Qual* tratamento, aplicado por *quem*, é mais eficaz para *este* indivíduo com *esse* problema específico, e sob *qual* conjunto de circunstâncias?” Qualquer psicoterapeuta reconhece que o que funciona para uma pessoa pode não funcionar para outra; nós procuramos o que serve para cada um.

Só nas últimas duas décadas foi realizada pesquisa suficiente para transformar essas nobres intenções em diretrizes específicas de combinações. Até recentemente, não houve pesquisas para combinar a psicoterapia ao paciente como um todo, mais do que apenas ao seu transtorno. Como disse Sir William Osler (1906), o pai da medicina moderna: “Às vezes, é muito mais importante saber o tipo de paciente que tem a doença do que o tipo de doença que o paciente tem”.

O processo de criar esse ajuste ideal em psicoterapia tem recebido vários nomes: adaptação do tratamento, capacidade de resposta, sintonia, combinação, personalização, prescrição individualizada, escolha do tratamento, fator de especificidade, terapêutica diferenciada, ajuste e individualização. Seja qual for o nome, o objetivo é aumentar a eficácia do tratamento, ajustando ao indivíduo e sua situação específica. Em outras palavras, os terapeutas tentam criar uma nova terapia para cada paciente.

Neste capítulo, aplicamos nossa psicoterapia integradora à depressão e ao abuso de substâncias comórbidos. Começamos com uma visão geral da abordagem e suas evidências de pesquisa, particularmente, a relação terapêutica baseada em evidências e a capacidade de resposta ou ajuste a pacientes individuais. É mostrada a ocorrência simultânea de transtornos de humor e abuso de substâncias, e a escolha do tratamento é demonstrada passo a passo. Concluímos com um exemplo detalhado do caso de “Amber”, uma mulher que sofre de depressão crônica, abuso de substâncias e uma série de outros transtornos psicológicos.

PANORAMA DE NOSSA ABORDAGEM

A nossa abordagem à psicoterapia é caracterizada, de forma ampla, como integradora, e chamada especificamente *escolha de tratamento eclético-sistemática* ou *sistemática*. A integração de psicoterapias se caracteriza pela insatisfação com as abordagens de escola única e um desejo concomitante de olhar além das fronteiras das escolas para ver como os pacientes podem se beneficiar de outras formas de psicoterapia (Norcross e Goldfried, 2005). Tentamos personalizar tratamentos psicológicos e relações terapêuticas para as necessidades específicas e variadas de cada paciente, conforme definido por uma infinidade de considerações diagnósticas e, principalmente, não diagnósticas. Fazemos isso com base em métodos eficazes de todas as escolas teóricas (ecletismo), adaptando esses métodos a pacientes específicos, usando em princípios baseados em evidências (escolha do tratamento) e aderindo a um modelo explícito e ordenado (sistemático).

A realidade clínica é que nenhuma psicoterapia, por si só, é eficaz para todos os pacientes e situações, não importa o quanto seja boa para alguns. A prática baseada em evidências exige uma perspectiva flexível, se não integradora. A psicoterapia aplicada de forma universal, de tamanho único, está se mostrando impossível e, em alguns casos, até mesmo antiética. É claro que isso seria simplificar a escolha do tratamento – dar a cada paciente o mesmo tipo de psicoterapia! – mas vai contra o que se sabe sobre diferenças individuais, preferências do paciente e culturas distintas.

Se aplicamos uma situação paralela a outras profissões de saúde, fica mais claro. Para usar uma metáfora médica, você confiaria sua saúde a um médico que prescrevesse tratamento idêntico (p. ex., antibióticos ou neurocirurgia) para todos os pacientes e doenças que encontrasse? Ou, para fazer uma analogia com a educação, você gostaria de professores que empregassem o mesmo método pedagógico (digamos, uma palestra) para todas as situações educacionais? Ou confiaria seu filho a um cuidador que tivesse reações idênticas (digamos, uma atitude não diretiva ou um tapa no traseiro) a cada criança e cada mau comportamento? Sua resposta retumbante provavelmente é “não”. Os pacientes de psicoterapia não merecem menos consideração.

Dito de maneira concisa, acreditamos que nenhuma teoria é uniformemente válida, e nenhum mecanismo de ação terapêutica se aplica igualmente a todos os indivíduos. Como consequência, escolhemos diferentes métodos e relações de acordo com o paciente e o contexto. O resultado é uma terapia mais eficiente e eficaz, que se ajusta ao paciente e ao terapeuta.

Diante disso, é claro, praticamente todos os terapeutas são favoráveis a adaptar a terapia a cada paciente. Afinal de contas, quem pode contestar seriamente a noção de que o tratamento psicológico deve ser ajustado às necessidades de cada paciente? Na verdade, os manuais de tratamento se concentram cada vez mais em maneiras de ser flexíveis, mas todos continuam trabalhando dentro de um conjunto restrito de parâmetros teóricos e procedimentos técnicos. Em contraste, nossa terapia integradora vai além desse simples reconhecimento da necessidade de flexibilidade, de várias maneiras:

- Nossa terapia integradora é derivada diretamente da pesquisa de resultados, em vez de uma teoria idiossincrática ou sincretismo intuitivo.
- Nossa terapia adota as potenciais contribuições de vários sistemas de psicoterapia em vez de trabalhar a partir de um sistema teórico único.

- Nossa escolha de tratamento se baseia em muitas características diagnósticas e não diagnósticas dos pacientes, em contraste com a dependência única em relação ao diagnóstico.
- O nosso objetivo é oferecer métodos de tratamento e relações de cura ideais, ao passo que muitos terapeutas se concentram estritamente na escolha dos métodos. Intervenções e relações, tanto as instrumentais quanto as interpessoais – entrelaçadas como são – são necessárias na psicoterapia eficaz.
- A combinação de métodos e relações com o paciente ocorre ao longo de toda a terapia e não apenas no pré-tratamento, como uma formulação de caso.
- Como ficará claro no exemplo de caso que segue, os pacientes evoluem e progridem – e suas queixas iniciais não são necessariamente seus principais transtornos ou os objetivos que almejam na conclusão do tratamento. Nossa terapia integradora acompanha seu progresso e evolui com eles até o encerramento.

EVIDÊNCIAS DE PESQUISA

A pesquisa sobre resultados que sustenta a nossa abordagem vem em várias formas. Primeiro, e em termos mais gerais, todo o corpo de pesquisa em psicoterapia forneceu os alicerces para os princípios fundamentais em que se baseia o tratamento integrador. Essa é a base a partir da qual sistematizamos o processo de escolha do tratamento. Uma vantagem real de ser integrador é a grande quantidade de pesquisas que comprovam a eficácia da psicoterapia e apontam sua efetividade diferenciada entre os distintos tipos de pacientes. A integração tenta incorporar resultados de pesquisa de última geração a sua estrutura aberta, em vez de se tornar mais um “sistema” de psicoterapia.

Nós adotamos os sólidos fatores comuns entre as terapias e, ao mesmo tempo, capitalizamos suas diferenças. A integração reúne, nas palavras de Abraham Lincoln, “elementos estranhos, discordantes e até hostis dos quatro ventos”. Diferentes métodos de tratamento são usados da melhor maneira com os pacientes e em situações cuja eficácia está evidenciada em pesquisa. Nós nos apressamos em acrescentar que a incorporação desses tratamentos deve ocorrer dentro de um processo sistemático e de uma perspectiva integradora, ou seja, deve ser integradora, não sincrética.

A segunda e mais específica fonte de evidências de pesquisas é nossa pesquisa programática permanente sobre escolha do tratamento de acordo com as características dos pacientes (para detalhes, ver Castonguay e Beutler, 2006; Norcross, 2011). A seguir, resumimos as evidências de pesquisa que sus-

tentam relações terapêuticas baseadas em evidências e ajustadas às características transdiagnósticas dos pacientes.

Relações que funcionam

Décadas de ciência psicológica identificaram muitos dos comportamentos relacionais que contribuem e predizem a psicoterapia bem sucedida, e várias metanálises têm aprimorado o nosso entendimento de quais desses funcionam para melhorar os resultados (Norcross, 2011). Na verdade, as relações terapêuticas baseadas em evidências foram destacadas no Registro Nacional de Programas e Práticas Baseadas em Evidências dos Estados Unidos (*National Registry of Evidence-Based Programs and Practices*, NREPP; www.nrepp.samhsa.gov/norcross.aspx). A seguir, resumimos as evidências de pesquisa sobre os elementos da relação terapêutica que são proporcionados principalmente pelo psicoterapeuta.

A aliança

A aliança é uma qualidade emergente de parceria entre terapeuta e paciente, construída principalmente sobre um vínculo emocional positivo entre eles e sua capacidade de chegar a objetivos comuns para o tratamento e um consenso mútuo sobre as tarefas. Uma metanálise de 201 estudos, envolvendo mais de 14 mil pacientes adultos, encontrou um tamanho de efeito (d) de 0,60 (Horvath, Del Re, Flückiger e Symonds, 2011), que descreve o grau em que a aliança está relacionada ao resultado da psicoterapia e é fator preditor (em todos os casos de tamanhos de efeito relatados neste capítulo, usamos d , onde 0 indica nenhum efeito, 0,20 representa um efeito pequeno, 0,50 representa um efeito médio e 0,80 e acima, um efeito grande [Cohen, 1988].)

Como na pesquisa com adultos, a aliança no tratamento de jovens se caracteriza como um vínculo de colaboração entre paciente e terapeuta, mas o psicoterapeuta geralmente estabelece duas alianças: uma com o jovem e outra com pai, mãe ou responsável. Uma metanálise de 29 estudos com 2.202 pacientes jovens e 892 pais/mães estimou a associação entre aliança e resultados na terapia de jovens (Shirk e Karver, 2011). O tamanho do efeito (d) foi de 0,39, tanto entre terapeuta e jovem quanto entre terapeuta e pais/responsáveis.

Assim como na terapia individual, a aliança em terapia de casal e de família (TCF) envolve a criação de um forte vínculo emocional, bem como a negociação de metas e tarefas com o terapeuta. No entanto, familiares costumam variar no grau em que gostam do terapeuta e concordam com ele sobre objetivos e tarefas do tratamento, criando, assim, várias alianças que interagem sistemicamente. Em uma metanálise

de 24 estudos (sete estudos de casais e 17 de família; 1.461 pacientes), as alianças de TCF foram usadas para prever melhoria no meio do tratamento e resultados finais (Friedlander, Escudero, Heatherington e Diamante, 2011). O tamanho do efeito (d) foi de 0,53, indicando que a aliança foi responsável por uma proporção substancial da variância na retenção e no resultado da TCF. De acordo com padrões de referência convencionais, isso representa um tamanho de efeito médio nas ciências do comportamento; a taxa de sucesso aumenta de 37% em casos de baixa aliança para 63% no de alta.

Coesão em terapia de grupo

Provavelmente, o paralelo mais próximo da aliança em terapia individual é a coesão na terapia de grupo. Foi realizada uma metanálise de 40 estudos, incluindo 3.323 pacientes, sobre a associação entre coesão e o sucesso da psicoterapia de grupo (Burlingame, McClendon e Alonso, 2011). O tamanho de efeito foi um d moderado de 0,52. Isso indica que, à medida que os níveis de coesão aumentam nos grupos, os resultados dos pacientes melhoram e os sintomas psicológicos diminuem. Essa correlação foi encontrada para grupos de terapia em diferentes *settings* (hospitalar e ambulatorial) e classificações diagnósticas.

Empatia

Grande parte da pesquisa continua a seguir a definição de Carl Rogers (1957) sobre empatia como a habilidade sensível do terapeuta para entender os pensamentos, os sentimentos e as dificuldades do paciente, do ponto de vista do próprio paciente, e lhe comunicar essa compreensão. Uma metanálise examinou a associação entre empatia do terapeuta e resultado do tratamento (Elliott, Bohart, Watson e Greenberg, 2011). A análise de 57 estudos resultou em um d total de 0,61 – um efeito médio – entre empatia do terapeuta e sucesso do paciente (sugerindo uma taxa de sucesso de 57% em comparação com 43%, para empatia maior comparada com menor). A empatia foi preditora do resultado do tratamento de forma constante em diferentes orientações teóricas (p. ex., cognitivo-comportamental, psicodinâmica, humanística).

Coletando feedback do paciente

Nesse comportamento relacional, o terapeuta monitora sistematicamente os sinais vitais de saúde mental do paciente, usando escalas padronizadas e resposta esperada ao tratamento. A seguir, os resultados desse monitoramento são comunicados em tempo real ao terapeuta e discutidos em sessão com o paciente. Uma metanálise de nove estudos sobre o impacto de métodos de *feedback* sobre os resultados do tratamento mostrou tamanhos de efeito (d) entre 0,49

e 0,70 (Lambert e Shimokawa, 2011). Os índices de deterioração de pacientes em psicoterapia foram reduzidos em dois terços quando se usou esse sistema, com sinais de alerta para pacientes em risco. Assim, os pacientes estão em melhor situação quando os terapeutas acompanham rotineiramente o funcionamento da saúde mental deles. Esse monitoramento gera mais oportunidades para reparar rupturas na aliança, aumentar a motivação e reduzir a interrupção prematura. O *feedback* sistemático é especialmente útil para ajudar os terapeutas a identificar o possível fracasso do tratamento em curso e trabalhar em conjunto com o paciente no restabelecimento de resultados positivos.

Consenso sobre objetivos

O acordo sobre a natureza do problema para o qual o paciente está buscando ajuda, os objetivos do tratamento e a maneira em que as duas partes trabalham em conjunto para alcançar esses objetivos são a essência do consenso sobre objetivos. Uma metanálise tratou de como esse consenso sobre objetivos entre paciente e terapeuta está relacionado ao resultado da psicoterapia (Tryon e Winograd, 2011). A metanálise sobre resultados do consenso acerca de objetivos – com base em 15 estudos, com uma amostra total de 1.302 pacientes – gerou um tamanho de efeito (d) de 0,72. Essa conclusão substancial reflete os resultados positivos importantes que estão associados a maior concordância entre terapeutas e pacientes sobre os objetivos do tratamento e como alcançá-los.

Colaboração

Para ajudar os pacientes a cumprir objetivos de tratamento mútuos, profissionais e pacientes devem funcionar como uma equipe. A metanálise sobre resultados da colaboração – com base em 19 estudos envolvendo 2.260 pacientes – resultou em um d de 0,70 (Tryon e Winograd, 2011). Tal como acontece com o consenso sobre objetivos, esse resultado sugere que o bem-estar do paciente é consideravelmente reforçado com uma melhor relação de colaboração.

Afirmação/Consideração positiva

Para investigar a associação entre consideração positiva do terapeuta e resultados do tratamento, Farber e Doolin (2011) realizaram uma metanálise de 18 estudos. O tamanho de efeito total entre esses estudos foi de 0,57, indicando que a consideração positiva tem uma associação moderada com os resultados terapêuticos. Assim, como muitos outros fatores relacionais, a consideração positiva parece ser uma parte importante, mas dificilmente decisiva, da equação processo-resultado.

Os pesquisadores não têm como estudar todos esses comportamentos de relação simultaneamente, e há uma sobreposição considerável nesses construtos e na quantidade de variância pela qual eles respondem na psicoterapia. Ao mesmo tempo, está demonstrado que esses comportamentos de relação são importantes na predição e na contribuição para o sucesso da psicoterapia, e eles podem ser aprendidos e, na maioria dos casos, ensinados.

Ajustes entre paciente e tratamento que funcionam

A questão da adequação ou da capacidade de resposta passa a ser a de quais dimensões transdiagnósticas do paciente pode nos orientar de forma confiável na adaptação da psicoterapia a diferentes pacientes ou com o mesmo paciente, em diferentes momentos. Mais de 200 variáveis de paciente já foram propostas como potenciais marcadores para combinação, e pelo menos 100 delas foram submetidas a alguma pesquisa (Clarkin e Levy, 2004). Encomendamos uma série de metanálises originais sobre a pesquisa, ligando resultado do tratamento a características do paciente, e os resultados dessas análises apontam para pelo menos cinco combinações potentes: nível de reatância, estágios de mudança, estilo de enfrentamento, preferências e cultura (Norcross, 2011). A seguir, apresentamos descrições concisas de cada uma delas. Demonstraremos seus respectivos usos posteriormente, em nosso estudo de caso.

Nível de reatância

As pesquisas confirmam o que se esperava: a alta reatância ou resistência dos pacientes está constantemente associada a resultados piores em terapia (em 82% dos estudos). Mas combinar a atitude diretiva do terapeuta com a reatância do paciente melhora em muito o resultado da terapia. Especificamente, os pacientes que apresentam alta reatância se beneficiaram mais de métodos de autocontrole, mínima atitude diretiva do terapeuta e intervenções paradoxais. Ao contrário, os pacientes com baixa reatância se beneficiaram mais da atitude diretiva e da orientação explícita por parte do terapeuta. Essa forte e constante constatação pode ser expressa como um tamanho de efeito grande (d), de 0,76 (Beutler, Harwood, Michelson, Song e Holman, 2011).

Estágios da mudança

A quantidade de avanço dos pacientes em psicoterapia tende a ser uma função direta do seu estágio de mudança no pré-tratamento – precontemplação, contemplação, preparação, ação e manutenção. Uma metanálise de 39 estudos de psicoterapia (Norcross, Krebs e Prochaska, 2011) encontrou um tamanho de

efeito médio (d) de 0,46, indicando que os estágios são preditores seguros dos resultados da psicoterapia. Esse efeito foi confirmado em pacientes que apresentavam dezenas de transtornos mentais e médicos, imediatamente após a intervenção e 12 meses depois.

Mais importante ainda, as pesquisas em medicina comportamental e psicoterapia convergem para mostrar que os diferentes processos de mudança têm níveis de eficácia diferentes em certos estágios de mudança. Uma metanálise (Rosen, 2000) de 47 estudos que examinam relações entre os estágios e os processos de mudança mostrou grandes tamanhos de efeito ($d = 0,70$ e $0,80$). Ou seja, adaptar a psicoterapia ao estágio de mudança do paciente melhora significativamente o resultado em diferentes transtornos (Prochaska e Norcross, 2013).

Esses marcadores de pacientes fornecem orientação prescritiva, bem como proscritiva ao psicoterapeuta. Na reatância, a implicação prescritiva é combinar a quantidade de atitude diretiva do terapeuta com a reatância do paciente, e a implicação proscritiva é evitar combinar alta reatância do paciente com atitude muito diretiva do terapeuta. Nos estágios de mudança, as terapias orientadas para a ação são bastante eficazes com indivíduos que estão nos estágios de preparação ou ação. No entanto, essas mesmas terapias tendem a ser menos eficazes ou mesmo prejudiciais com indivíduos que estejam nos estágios de precontemplação e contemplação.

Estilo de enfrentamento

A pesquisa tratou principalmente de estilos de enfrentamento externalizantes (impulsivos, em busca de estimulação, extrovertidos) e internalizantes (autocríticos, inibidos, introvertidos). Cerca de 80% dos estudos que investigam essa dimensão demonstraram efeitos diferenciados para o tipo de tratamento em função do estilo de enfrentamento do paciente. Uma metanálise de 12 desses estudos, envolvendo mais de mil pacientes, revelou um efeito médio ($d = 0,55$) para a combinação do método do terapeuta com o estilo de enfrentamento do paciente (Beutler, Harwood, Michelson et al., 2011). Especificamente, as terapias interpessoais e orientadas ao *insight* são mais eficazes entre pacientes internalizadores, enquanto as direcionadas aos sintomas e à construção de habilidades são mais eficazes entre pacientes externalizadores. Esse padrão costuma ser encontrado em crianças doentes – digamos, uma menina internalizadora deprimida comparada com um menino externalizador hiperativo – mas menos comum para pacientes adultos com os quais a metanálise foi realizada.

Preferências

As preferências e objetivos do paciente costumam ser indicadores diretos do método terapêutico e da relação terapêutica que melhor se ajustam a essa pessoa. Décadas de evidências empíricas atestam o benefício de considerar seriamente as preferências relacionais e os objetivos do tratamento do paciente e, pelo menos começar por eles. Uma metanálise de 35 estudos comparou os resultados de tratamento de pacientes com seu tratamento preferencial aos resultados de pacientes não tratados com sua preferência de tratamento. Os resultados indicaram um efeito positivo médio ($d = 0,31$) em favor dos pacientes tratados com preferências. Estes tiveram um terço menos de probabilidade de abandonar a psicoterapia – realmente, um efeito poderoso (Swift, Callahan e Vollmer, 2011).

Cultura

Uma metanálise de 65 estudos, abrangendo 8.620 pacientes, avaliou a eficácia de terapias culturalmente adaptadas em relação a terapias tradicionais, não adaptadas. Os métodos mais frequentes de adaptação nos estudos envolviam incorporar conteúdo e valores culturais, usar o idioma de preferência do paciente, e trabalhar com terapeutas de etnia semelhante. Os resultados revelaram um efeito positivo ($d = 0,46$) em favor de dar aos pacientes tratamentos culturalmente adaptados (Smith, Rodriguez e Bernal, 2011). O “ajuste” cultural funciona, não apenas como compromisso ético, mas também como prática baseada em evidências.

DEPRESSÃO E ABUSO DE SUBSTÂNCIAS

A depressão é a condição comórbida mais prevalente entre os transtornos de saúde comportamental, coocorrendo a taxas muito altas em quase todos os transtornos comportamentais e em muitos transtornos de saúde. Ela tem mais probabilidades de ocorrência simultânea entre aqueles com abuso de substâncias, no transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) e outros transtornos de ansiedade, e em patologias cardíacas, câncer e muitas outras doenças físicas (Beutler, Clarkin e Bongar, 2000; Kessler et al., 2005). Até 80% dos pacientes com problemas médicos crônicos sofrem de depressão comórbida (unipolar). As taxas de prevalência de depressão e abuso de substâncias comórbidos são tão constantes que muitos já sugeriram que o abuso de substâncias pode ser uma manifestação de transtornos do espectro depressivo. Isso também pode se aplicar a outros transtornos, como o TEPT, no qual tanto a depressão quanto o abuso químico frequentemente parece substituir os sintomas de TEPT depois de trauma intenso (Housley e Beutler, 2007).

As taxas de prevalência ao longo da vida para a depressão e abuso de substâncias comórbidos são elevadas, atingindo uma cifra de quase 10%, aproximando-se muito das taxas de prevalência ao longo da vida dos transtornos por uso de substâncias isolado. E mais, depressão e abuso de substâncias ocorrendo simultaneamente tendem a seguir padrões semelhantes de resposta ao tratamento. Praticamente todos os tratamentos estruturados produzem efeitos semelhantes entre pacientes deprimidos ou que abusam de substâncias (Beutler e Malik, 2002). Do mesmo modo, o curso da recuperação e da recaída da depressão é extremamente variável e, em geral, mais semelhante às das condições comórbidas existentes do que em outros casos de depressão. Revisões da literatura concluem que há poucas evidências de um curso específico de depressão ou de um tratamento específico que seja eficaz por si só (p. ex., Cuijpers, van Straten, Andersson e van Oppen, 2008; Cuijpers et al., 2010); em vez disso, a depressão funciona mais como um sintoma de indexação do desconforto e do prejuízo do que como um transtorno separado.

Como discutiremos ao longo do capítulo, também já está relativamente claro que a relação terapêutica e as estratégias de combinação que têm um impacto positivo no tratamento da depressão funcionam da mesma maneira para o abuso de substâncias. Beutler e colaboradores (2003), por exemplo, estudaram um grupo de pacientes com depressão e dependência de substâncias comórbidas, comparando a influência relativa e a absoluta dos fatores de predisposição dos pacientes (p. ex., nível de reatância, estilos de enfrentamento), características do tratamento, relação terapêutica (medida pela aliança) e ajuste entre características do tratamento e fatores do paciente. Categorias transversais de psicoterapia incluíram o nível da atitude diretiva do terapeuta e a proporção relativa de intervenções baseadas em *insight* e em sintomas (Beutler et al., 2000).

As Figuras 15.1 e 15.2 mostram que todos esses fatores – fatores do paciente, métodos de tratamento, relação terapêutica e grau de ajuste entre tratamento e paciente – contribuíram para o sucesso da psicoterapia. Foi um pouco mais fácil alterar os sintomas de depressão tanto no fim do tratamento quanto em seis meses de seguimento, mas o padrão e os efeitos relativos de cada tipo de fatores foram semelhantes e, em conjunto, melhoraram a eficácia do tratamento. Para depressão e abuso de substâncias, o ganho máximo no tratamento foi associado a uma psicoterapia que ajustou tanto o método de tratamento quanto a relação de cura ao paciente e ao contexto específicos. Essa conclusão de pesquisa repetida

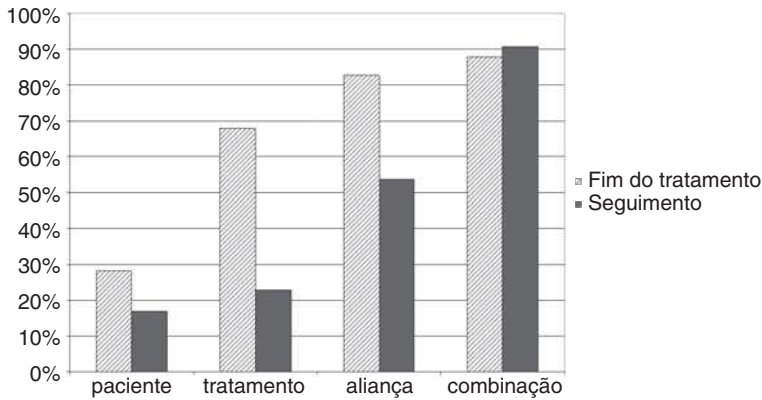


FIGURA 15.1 Contribuições relativas de paciente, tratamento, aliança e ajuste do tratamento (combinação) às mudanças na depressão (*Hamilton Rating Scale for Depression* [HRSD]) entre pacientes com abuso de substâncias e depressão comórbidos.

tornou-se o eixo da aplicação de nossa abordagem, à qual nos voltamos agora.

APLICAÇÃO DA NOSSA ABORDAGEM

A escolha do tratamento invariavelmente envolve decisões recorrentes e iterativas sobre *setting*, formato, intensidade, farmacoterapia, relação terapêutica e métodos de tratamento. Por quê? Porque cada paciente responde melhor a uma configuração ou combinação diferente de componentes. Não podemos e não devemos pressupor que o tratamento será automaticamente psicoterapia individual ambulatorial,

com sessões semanais. A seguir, examinamos cada uma dessas decisões, dedicando mais tempo à escolha de métodos de tratamento baseada nas características diagnósticas e transdiagnósticas do paciente.

Setting de tratamento

O *setting* é onde o tratamento ocorre – o consultório de um psicoterapeuta, uma unidade psiquiátrica, uma casa de passagem, uma clínica, uma escola de ensino médio ou uma ala de hospital. A escolha do *setting* depende principalmente da necessidade relativa de restringir e/ou apoiar o paciente, dada a gravidade

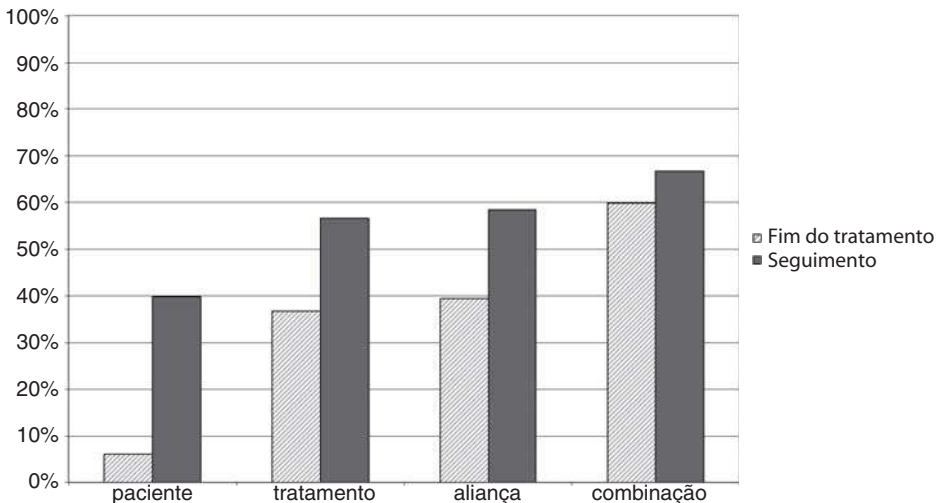


FIGURA 15.2 Contribuições relativas de paciente, tratamento, aliança e ajuste do tratamento (combinação) às mudanças no abuso de substâncias (*Addiction Severity Index* [ASI]) entre pacientes com abuso de substâncias e depressão comórbidos.

da psicopatologia e da quantidade de apoio existente em seu ambiente. Aplicada à depressão e ao abuso de substâncias, a questão urgente diz respeito à necessidade de hospitalização ou desintoxicação.

Cada decisão de tratamento está relacionada a outras decisões de tratamento, assim como a certas características do paciente. O *setting* ideal, por exemplo, é determinado parcialmente pelo nível de prejuízo funcional, e reflete parcialmente o nível de reatância. Os pacientes mais prejudicados e resistentes têm mais necessidade de um ambiente restritivo. O tratamento ambulatorial é sempre preferível em relação a um *setting* restritivo; na verdade, a preferência é quase sempre pelo *setting* menos restritivo.

Formatos de terapia

O formato indica quem participa diretamente do tratamento, o contexto interpessoal no qual a terapia é realizada. Os formatos de tratamento típicos – individuais, de grupo, de casais e de família – se caracterizam por um conjunto de parâmetros de tratamento, todos determinados, em grande parte, pelo número e a identidade dos participantes. Décadas de pesquisa sustentam a eficácia e, sobretudo, a boa relação custo-benefício das terapias de grupo, de casal e de família. A terapia realizada nesses formatos costuma ser tão eficaz quanto a individual, mas pacientes e terapeutas geralmente preferem este último formato. Mesmo assim, um formato que inclua várias pessoas é indicado quando os sistemas de apoio social são frágeis e se um ou mais dos principais problemas envolver outra pessoa específica.

Intensidade do tratamento

A intensidade da psicoterapia é o produto da *extensão* do episódio de tratamento, da *duração* de uma sessão e da *frequência* do contato. Também pode implicar o uso de vários formatos, como terapias de grupo e individual, ou farmacoterapia e psicoterapia.

A intensidade deve ser calibrada como uma função da complexidade do problema e do nível de prejuízo no contexto dos recursos do paciente. Por exemplo, um paciente com muitos objetivos de tratamento, prejuízo funcional grave, pouco apoio social e um transtorno da personalidade provavelmente necessitará de tratamento bem mais longo, mais intenso e mais variado do que um paciente com um problema mais simples. Os pacientes que apresentam transtornos do humor e abuso de substâncias comórbidos quase sempre necessitam de cuidados intensos e longos.

Farmacoterapia

Os psicofármacos são particularmente indicados para transtornos mais graves e crônicos, que é o caso da

maioria dos pacientes com abuso de substâncias e depressão. Ao contrário de alguns sistemas de psicoterapia, as psicoterapias integradoras são adequadas para integrar farmacoterapia e psicoterapia. Essa posição, é claro, é coerente com a pluralidade subjacente à escolha do tratamento. Mas, como a maioria dos profissionais de saúde, os terapeutas integradores têm um interesse especial em evitar o tratamento do abuso de substâncias simplesmente com outra substância.

Assim, fazemos uma advertência: a medicação, por si só, não é um tratamento integrador. Planos de saúde e serviços psicológicos mais restritivos favorecem indevidamente a farmacoterapia, à custa da psicoterapia para praticamente todos os transtornos. Essa situação é clínica e empiricamente assustadora para nós, porque décadas de pesquisas indicam que, de fato, não costuma haver remédio mais forte do que a psicoterapia para depressão clínica e abuso de substâncias (p. ex., Antonuccio, 1995; Antonuccio, Danton e DeNelsky, 1995; DeRubeis et al., 2005; Hollon, 1990). As evidências científicas preponderantes mostram que a psicoterapia costuma ser tão eficaz quanto medicamentos no tratamento de transtornos não psicóticos, principalmente quando se levam em conta medidas de avaliação pelo paciente, perfis de efeitos colaterais e seguimento de longo prazo. Isso não significa desvalorizar o impacto salutar da farmacoterapia, e sim apontar o potencial confiável da psicoterapia.

Relação terapêutica

Toda a psicoterapia ocorre dentro do contexto sensível e curativo da conexão humana. Embora já tenhamos enfatizado essa questão e suas bases na pesquisa neste capítulo, questionamos a percepção equivocada sobre a escolha do tratamento como um processo impessoal de orientação técnica. Nossa abordagem integradora tenta ajustar não apenas métodos terapêuticos, mas também aspectos da relação, à individualidade de cada paciente. Uma maneira de conceituar o assunto, em paralelo à noção de *tratamentos preferenciais* em termos de técnicas, é a forma como os terapeutas determinam *relações terapêuticas preferenciais* em termos de aspectos interpessoais (Norcross e Beutler, 1997). Realizar o melhor tratamento baseado em evidências nada significa a menos que o paciente se sinta seguro, cuidado e conectado.

Assim, logo no início, nós nos esforçamos para desenvolver uma aliança de trabalho e demonstrar empatia pelas vivências e preocupações do paciente. Procedemos de forma colaborativa para definir objetivos de tratamento, garantir as preferências do paciente, dissipar a desconfiança e o medo esperados inicialmente, e nos apresentarmos como alguém que

se preocupa e apoia. É claro que a relação terapêutica também deve ser ajustada ou adaptada a cada paciente e sua cultura.

Esse imperativo de ajustar ou adaptar a psicoterapia ao paciente pode ser mal interpretado, como uma figura de autoridade/terapeuta prescrevendo uma forma específica de psicoterapia a um paciente passivo. A realidade clínica é exatamente o oposto. Nosso objetivo é que um terapeuta empático trabalhe em direção a uma relação ideal que melhore a colaboração, seja coerente com as preferências do paciente e garanta uma sensação de segurança e comprometimento. A natureza dessa relação ideal é determinada pelas preferências, pela cultura e pela personalidade do paciente. Se um paciente resiste com frequência, por exemplo, o terapeuta pondera se não está pressionando por algo que o paciente considera incompatível (preferências), se o paciente não está pronto para fazer essas mudanças (estágio de mudança) ou se sente desconfortável com um estilo diretivo (reatância). Nós lideramos, mas seguindo e respeitando o paciente (Norcross, 2010).

Métodos de tratamento

No primeiro encontro com os pacientes, os terapeutas são tentados a se concentrar imediata e intensamente em métodos e estratégias terapêuticas específicas. No entanto, como já observamos, a escolha do tratamento envolve sempre uma série de decisões inter-relacionadas em cascata. Um tratamento verdadeiramente integrado exige que o terapeuta examine repetidas vezes essas e outras decisões antes de ir aos métodos terapêuticos.

A escolha de métodos e estratégias é o componente mais polêmico da terapia integradora para depressão e abuso de substâncias. Embora possa haver desacordo profissional ocasional sobre o *setting* e o formato ideais de tratamento, os defensores de orientações teóricas diferentes frequentemente endossam posições decididamente diferentes nas quais os métodos devem ser usados. Além disso, qualquer método pode ser usado de maneiras diferentes. Assim, em vez de se concentrar em técnicas específicas, preferimos prescrever princípios de mudança. Os princípios são flexíveis, mas específicos. Cada princípio pode ser implementado de várias maneiras e com técnicas diversas, dependendo das preferências e habilidades do terapeuta. Ao misturar e combinar métodos de diferentes sistemas terapêuticos, adaptamos o tratamento a cada paciente (Norcross, 2013).

Os seres humanos, incluindo os psicoterapeutas, não conseguem processar mais do que um punhado de dimensões combinadas ao mesmo tempo (Halford, Baker, McCredde e Bain, 2005). Como discutido anteriormente, consideramos principalmente

cinco características transdiagnósticas do paciente (nível de reatância, estágio da mudança, estilo de enfrentamento, preferências e cultura) que têm um histórico empírico comprovado como diretrizes prescritivas.

E o que dizer do diagnóstico na escolha de tratamento? Quando se trata do tratamento psicológico de depressão unipolar e abuso de substâncias, o diagnóstico não sugere um tratamento específico além daqueles com maior sustentação em pesquisa. Isto é, o diagnóstico tem as menores evidências para efeitos diferenciados do tratamento. De qualquer forma, reiteramos que depender apenas do diagnóstico para escolher um plano de tratamento é empiricamente suspeito e clinicamente questionável. Em vez disso, assim como no caso de depressão e abuso de substâncias, escolhemos os métodos de tratamento com base na combinação da pesquisa de resultados com essas características transdiagnósticas de reatância, estágios de mudança, preferências, estilo de enfrentamento e cultura.

Avaliação clínica

Nossa abordagem valoriza muito a avaliação clínica que orienta o tratamento eficaz (Harwood, Beutler e Groth-Marnat, 2011). No início da psicoterapia, essa avaliação é realizada para escolher métodos de tratamento e relações terapêuticas com mais probabilidade de ser eficazes durante o tratamento, para monitorar a resposta do paciente e fazer ajustes em curso, se necessário, e próximo ao fim da psicoterapia, para avaliar o resultado de todo o trabalho. Portanto, a avaliação é contínua e colaborativa, e de valor inestimável.

A avaliação clínica do paciente na terapia integradora é relativamente tradicional, com uma importante exceção. A(s) entrevista(s) de avaliação implica(m) a coleta de informações sobre os problemas do paciente, vivências relevantes, e expectativas e objetivos no tratamento, bem como a construção de uma aliança de trabalho. Como psicólogos, também costumamos usar testes psicológicos formais como meio de garantir dados adicionais e identificar transtornos. Recomendamos formulários de classificação sintomática (p. ex., Inventário de Depressão de Beck-II [BDI-II], Escala de Avaliação de Sintomas 90-R [SCL-90-R]) e medidas mais amplas de patologia e personalidade (p. ex., Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota II, Inventário Clínico Multiaxial de Millon-III).

O único aspecto em que nossa avaliação se afasta da habitual é que nós coletamos, desde o início, informações sobre várias características dos pacientes que irão orientar a escolha do tratamento.

As cinco características dos pacientes identificadas na pesquisa (como observado anteriormente) nos orientam na identificação de um ajuste benéfico

entre paciente e tratamento. É claro que nós não nos limitamos a essas cinco considerações, mas elas ilustram o nosso processo de avaliação clínica e combinação do tratamento.

Foi desenvolvido um programa gratuito, *on-line* (www.innerlife.com), para orientar os pacientes na escolha de um tratamento ideal e um terapeuta que possa implementar esse tratamento da melhor forma. Um programa semelhante está disponível para terapeutas (no mesmo *site*) a um custo modesto, para ajudar a planejar um tratamento baseado em pesquisa que seja, ao mesmo tempo, amplo e flexível na aplicação dos princípios fundamentais de mudança. São necessários cerca de 15 minutos para fazer a avaliação, e a pessoa percorre uma série de questões subdivididas em itens. Quando finalizada, a Innerlife STS apresenta um relatório ao paciente que aborda questões de tratamento adaptadas à pessoa:

- Áreas potenciais de preocupação
- Tratamentos a considerar
- Tratamentos a evitar
- Estilos de terapeuta compatíveis
- Escolhendo um psicoterapeuta
- Recursos de autoajuda

Um conjunto semelhante de questões de tratamento é abordado mais detalhadamente no relatório paralelo dirigido ao terapeuta e está disponível no mesmo *site*. Esse relatório mais detalhado também inclui considerações programáticas que devem ser tratadas ao se estruturar o ambiente e orientar o pessoal dos centros de tratamento sobre o que é necessário para a mudança efetiva.

ESTUDO DE CASO: AMBER

Encontros iniciais

O pai de Amber entrou em contato com o nosso consultório privado em busca de psicoterapia para sua filha divorciada de 32 anos, norte-americana de origem europeia, após sua libertação da prisão, agendada para o mês seguinte. O pai foi informado da lista de espera de três meses, encaminhado ao consultório de um colega psiquiatra para dar início à farmacoterapia, e oferecemos os nomes de outros psicólogos. Amber e seus pais decidiram esperar para ver um dos autores (J. C. N.), mas ela começou a frequentar reuniões dos Alcoólicos Anônimos (AA) cinco dias por semana, e a usar um antidepressivo (fluoxetina, 80 mg) e um ansiolítico (buspirona, 20 mg três vezes por dia) dois meses antes de iniciar a psicoterapia individual. Embora a postergação não fosse clinicamente aconselhável, ela acabou proporcionando um parâmetro de referência e controle em relação aos efeitos subsequentes

da psicoterapia. Isto é, em nossa avaliação inicial, conseguimos estabelecer os efeitos da medicação e da participação no AA, independentemente da psicoterapia e antes dela. Os dois medicamentos continuaram e foram monitorados por um psiquiatra no decorrer de toda a psicoterapia.

Em nossa primeira sessão, eu comecei com perguntas abertas tradicionais:

TERAPEUTA: Sra. Smith, porque você está aqui? O que você espera atingir?

PACIENTE: Bom, eu estou deprimida e sou uma adita em recuperação. Eu saí da prisão há dois meses, onde fui diagnosticada com transtorno da personalidade *borderline*. Acho que eu quero trabalhar em tudo isso.

Começamos com o histórico da Sra. Smith, de forma respeitosa; dirigi-me à paciente como Sra. Smith até que, ou se, ela me conceder permissão para chamá-la de Amber, o que ela faz em 10 minutos. Também começamos com a narrativa de sua história e de suas preocupações. Há duas principais tarefas na primeira sessão: cultivar uma relação baseada na aceitação e na empatia, em que ela se sinta compreendida e valorizada, e coletar informações suficientes para começar a planejar o tratamento em conjunto.

Uma história tumultuada e complicada emana de Amber: desde que consegue se lembrar, ela se sente deprimida, solitária e incompetente, apesar de ter uma família amorosa e estável. Três experiências de psicoterapia, que variaram de três meses a um ano cada, e vários antidepressivos pouco fizeram para aliviar seu sofrimento. Há aproximadamente cinco anos, ela começou a desviar dinheiro do escritório de advocacia onde trabalhava como assistente jurídica e auxiliava com a contabilidade. O dinheiro roubado era usado para financiar uma adição cada vez maior e cara em opiáceos, benzodiazepínicos e álcool. “Eles me ajudam a ficar dormente.” Sua relação patológica com o jogo e os furtos se intensificou à medida que as drogas reduziam seu controle de impulsos e prejudicavam ainda mais o seu discernimento. Para sustentar o seu hábito, ela começou a furtar e ser infiel, relacionando-se com homens que forneciam drogas. Seu hábito de se cortar, sua instabilidade emocional e seu medo do abandono se intensificaram. Os desvios de Amber foram descobertos pela firma, a polícia a prendeu com objetos roubados, e seu marido, com o qual era casada havia três anos, ficou sabendo de seus casos. Amber foi demitida, presa e se divorciou em questão de semanas. Ela passou dois anos em prisões distritais e estaduais até ser liberada mais cedo por

bom comportamento, e sentenciada a vários anos de liberdade condicional.

Um exame rápido do estado mental revela que essa mulher bem orientada e bem nutrida parece mais jovem do que a idade que declara. Amber é educada, respeitosa e falante durante a entrevista. Ela está visivelmente angustiada por sua condição e reconhece ter ideiação suicida, mas nenhuma intenção ou planos de colocá-la em prática. Seu humor é deprimido e ansioso, mas adequado. Não há evidências ou queixas de psicose, mania ou agressividade. Entre as sessões e em consultas subsequentes, será feita uma avaliação detalhada de seu funcionamento.

Ao saber que as três experiências anteriores de Amber com psicoterapia não se mostraram muito bem sucedidas, comecei a explorar o que funcionou e o que não funcionou nesses tratamentos, definindo e alinhando nossa relação colaborativa.

TERAPEUTA: A partir dessas experiências, Amber, você certamente aprendeu como um psicoterapeuta pode ser mais útil. O que ele deveria fazer, em termos ideais? E o que não deve fazer?

AMBER: Bom, eu não sei exatamente... (*Soando hesitante e incrédula.*)

TERAPEUTA: Eu não tive a intenção de colocá-la em uma situação difícil [atribuindo sua relutância em expressar preferências à minha pergunta inesperada, e não a sua forte deferência a autoridades]. Em nosso trabalho juntos, vou pedir sua avaliação sobre os nossos avanços e sobre o que fazemos aqui. Essa é a parceria honesta que nós esperamos criar. Talvez você tenha algumas ideias sobre o que funcionou e o que não funcionou no seu tratamento anterior?

AMBER: Bom, aquela com o Dr. X não me ensinou nada, mas ele era muito simpático e dava muito apoio. Eu gostava dele, mas não tive nenhum avanço. O Dr. Y me pedia para fazer associações livres e contar os meus sonhos. Foi interessante, mas não me fez sentir melhor.

TERAPEUTA: Será que eu entendi bem? Não devemos repetir esses erros: apenas simpático, sem ensinar novas habilidades e também a deixando... desestruturada?

AMBER: ...e passiva demais. Eu preciso de algumas habilidades, orientações, maneiras de lidar com tudo isso [os problemas dela].

Amber indica outras preferências por transparência no processo, objetivos entre sessões (também conhecidos como exercícios de casa) e materiais para leitura. As preferências de Amber se dividem naturalmente em uma exploração de nossos respectivos pa-

péis e sua colaboração ativa na psicoterapia. Intelectualmente, ela entende a importância de uma paciente ativa, mas, emocionalmente, sente-se inadequada para a tarefa: "Eu me senti assim a minha vida toda. Eu sei o que quero, mas não consigo chegar lá".

Assim, a psicoterapia começa com uma explicação e uma experiência sobre a maneira em que podemos proceder. Para garantir que o tratamento prosiga com o consentimento informado e a colaboração ativa dela, desenvolvemos conjuntamente três atividades a ser realizadas entre sessões. Em primeiro lugar, Amber me dá permissão para falar com o psiquiatra e para obter seus registros psicológicos da prisão, e pede que responda a seu responsável de condicional se ele entrar em contato comigo. Em segundo, a meu pedido, Amber aceita preencher um inventário de história de vida e fazer uma série de testes psicológicos abrangentes, administrados por computador, para cobrir o terreno essencial. Examinaremos suas respostas aos testes na próxima sessão. E, em terceiro lugar, Amber vai dar a seus objetivos de tratamento uma ordem de prioridades. Entre as mudanças desejáveis, em que ela gostaria de se concentrar no início?

Todas essas atividades são projetadas para dar a partida no processo terapêutico e ativar a colaboração de Amber, apesar de suas fracassadas experiências terapêuticas anteriores. Ambos saímos da primeira sessão nos sentindo conectados, mais otimistas, mas um pouco sobrecarregados pela magnitude das condições dela.

Histórico e antecedentes

Amber era a mais jovem de três filhos (menina, menino, menina), e passou pelos marcos normais do desenvolvimento. De acordo com suas lembranças e o relato independente de sua mãe, ela sofrera de ansiedade generalizada "desde que nasceu" e durante a adolescência. Nem a paciente nem seus pais relataram qualquer histórico de trauma, e todos concordaram que a vida familiar era estável e relativamente saudável. O pai e a mãe eram profissionais de classe média, e ambos pareciam se preocupar muito com Amber e seu futuro.

A paciente teve sucesso nos estudos, mas dificuldades com amizades. Ela completou o ensino médio com boas notas e foi estudar direito, antes de mais um ano de formação como assistente jurídica. Desde cedo na escola, Amber sofria de sentimentos de inadequação, baixa autoestima, evitação e relutância em relação à escola. Foi esta última, e um breve período em que sofreu *bullying* que a levaram ao orientador escolar no ensino fundamental para várias sessões de aconselhamento.

Sua adolescência foi marcada por desempenho escolar discreto, mas por uma série de transtornos de

internalização: furtos “secretos”, automutilação não suicida e uso de álcool antes das aulas do ensino médio (“para levantar o meu humor e acalmar os meus nervos”). Na faculdade, ela se tornou bulímica por um ano, e contou que “ninguém jamais soube” do transtorno alimentar ou das outras disfunções, e que ela estava “mantendo tudo dentro”.

Nesse ponto, Amber entrou em terapia individual em três ocasiões durante um período de cerca de cinco anos, ao mesmo tempo em que trabalhava com dois psiquiatras diferentes. Quando esses tratamentos não reduziram concretamente sua angústia, Amber relatou que “desistiu” e deu início à espiral descendente de adição, descontrole de impulsos e desvio de dinheiro que a levou a ser demitida, presa e se divorciar em questão de semanas.

Seu histórico médico era normal: uma crise de asma na infância que ela superou, um membro quebrado em um acidente esportivo e alergias sazonais. Com exceção dos psicofármacos, Amber não estava tomando medicação e era acompanhada regularmente por seu clínico geral e seu ginecologista. Ela apreciava estar em boa saúde física e fazia muitos exercícios. Tinha começado a fumar alguns cigarros por dia desde que saiu da prisão, mas estava sem consumir álcool e drogas havia 60 dias quando nos conhecemos.

Em contraste, o histórico familiar era positivo para vários transtornos mentais. Sua irmã mais velha foi hospitalizada por um transtorno alimentar e apresenta transtornos de ansiedade, pelos quais continua

em psicoterapia. Seu irmão tem níveis clínicos de ansiedade e depressão, o que o leva periodicamente a psicoterapia e farmacoterapia. A mãe de Amber, segundo vários relatos, tem fortes tendências obsessivas e agorafóbicas, para as quais também procurou atendimento profissional. Seu pai foi caracterizado como “muito ansioso”, mas aparentemente não recebeu tratamento.

Avaliação e formulação

Além de um exame de estado mental realizado durante o nosso segundo encontro e o inventário de histórico de vida preenchido entre os encontros, Amber respondeu ao Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota-2 (MMPI-2), o BDI-II, e o Inventário de Ansiedade de Beck (BAI). Os escores de ambos os instrumentos de Beck ficaram na faixa grave na admissão (BDI-II = 37; BAI = 49), como mostrado na Figura 15.3. As avaliações de Amber sobre intensidade das experiências na semana anterior em uma escala visual análoga de 11 pontos (0 = *Nenhuma* a 10 = *a pior*) foram de 3 para álcool, 2 para drogas, 8 para jogo e 9 para furtos em lojas.

O perfil de Amber no MMPI-2 foi clinicamente elevado em várias escalas, incluindo as escalas D, Pt e Sc, e sugeriu problemas psicológicos extraordinariamente graves (código Welsh 87**21*3460**9+5:F***+L-K/). Depressão, ansiedade e introversão social ficaram todas acima do 99^o percentil. O mesmo ocorreu com duas escalas de medição de sintomas de TEPT. O relatório interpretativo

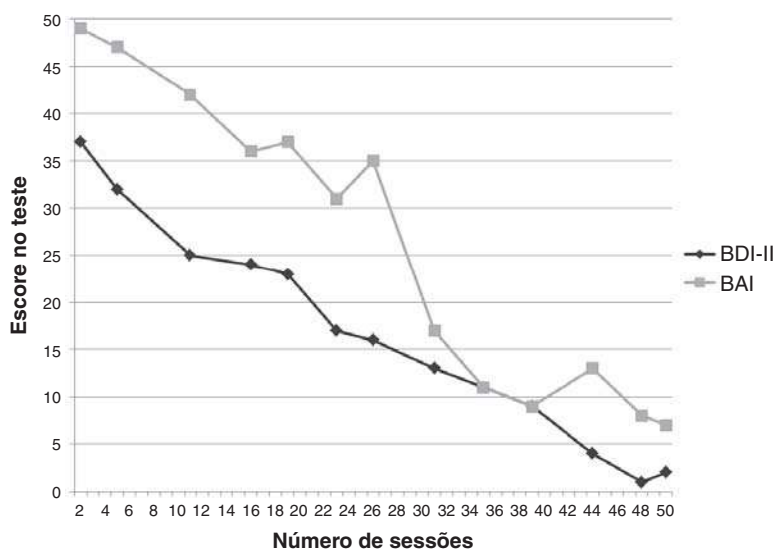


FIGURA 15.3 Escores de Amber no Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) e no Inventário de Depressão de Beck-II (BDI-II) em todas as sessões.

gerado por computador indicou que “um padrão de desajuste psicológico crônico caracteriza os indivíduos com esse perfil clínico no MMPI-2. A paciente é tomada por ansiedade, tensão e depressão. Ela se sente impotente e sozinha, inadequada e insegura, e acredita que a vida não tem esperança e que nada está funcionando direito. Ela tenta controlar suas preocupações por meio de intelectualização e autoanálise improdutiva, mas tem dificuldade de se concentrar e tomar decisões.” Seu estilo de enfrentamento foi marcadamente introvertido (no 99º percentil) e evitativo (acima do 95º percentil); seus relacionamentos interpessoais tendem a ser ambivalentes, “nunca confiando ou amando totalmente a alguém. Muitos indivíduos com esse perfil nunca estabelecem relações duradouras e íntimas”. Os dois indicadores de tratamento negativos também foram bastante elevados: a baixa motivação e a incapacidade de se abrir de Amber ficaram acima do 95º percentil.

Ao mesmo tempo, vários pontos fortes de Amber ficaram evidentes, apesar do quadro sintomático sombrio. Ela sobrevivera a anos de prisão, estava procurando psicoterapia voluntariamente após três esforços decepcionantes e se esforçando para se relacionar comigo de forma honesta e direta. Ela era uma sobrevivente resiliente, com um intelecto aguçado e uma família que a apoiava. E sabia, no fundo, como ela mesma disse, que “desta vez, ela (a psicoterapia) tem de funcionar ou eu acabarei de volta à prisão.”

Ao mesmo tempo, a nossa abordagem ao tratamento está menos preocupada com diagnósticos formais e mais com entender a paciente em sua complexidade e sua singularidade. Mas isso não quer dizer que os diagnósticos não tenham importância. Na segunda sessão, Amber e eu examinamos o inventário de histórico de vida que ela preencheu e os resultados de seus testes psicológicos. Apesar de não lisonjeiros, os resultados do teste pareceram “exatamente como eu”. Ela apreciou a discussão franca dos seus vários transtornos, o que não tinha feito, ou não se lembra, em seus tratamentos anteriores. Ela estava particularmente impressionada com seus altos níveis de ansiedade, que ela normalmente chamava de depressão, e múltiplas indicações de TEPT decorrentes de ter sido detida e passado um tempo na prisão.

O exame de seu estado mental, seu histórico clínico e os resultados de seus testes psicológicos convergiu para uma série de transtornos diagnosticáveis do DSM-5: transtorno depressivo maior, dependência de polissubstâncias, transtorno de ansiedade generalizada (crônica), TEPT, jogo patológico, cleptomania/furto, transtorno da personalidade *borderline* e características proeminentes de personalidade evitativa. Sua Avaliação Global de Funcionamento (GAF) foi de 50.

Mas a avaliação não é suficiente para fins de tratamento se parar nos transtornos e até mesmo nos pontos fortes. O que dizer de Amber como pessoa, além de uma lista de diagnósticos? Quais são suas preferências de tratamento, seu nível de reatância, estágio de mudança, estilo de enfrentamento e cultura? Em termos de traços da personalidade, Amber é baixa em reatância, quase patologicamente não assertiva e dependente, e seu estilo de enfrentamento é fundamentalmente internalizador. Embora a cleptomania e o uso de substâncias normalmente indiquem um estilo externalizador, ela escondeu dos outros a maioria de seus problemas. Em termos de estágios de mudança relacionados a problemas específicos, Amber está em estágio de preparação para sua ansiedade, estágio de ação inicial para depressão, estágio de ação para jogo e furto em lojas, e estágio inicial de manutenção para abuso de substâncias. Duas exceções que trazem receio surgem a partir desse padrão de “querer resolver os problemas”: Amber está em contemplação para transtorno da personalidade *borderline* e TEPT. Ela reconhece que não entende bem o diagnóstico *borderline* feito na prisão, e o que ela entende assusta e desanima. Ela tampouco está disposta, ainda, a discutir métodos de tratamento para seu TEPT relacionado à prisão. Nós cedemos às suas preferências e respeitamos seu estágio inicial de contemplação para essas condições. Em termos de cultura, Amber se identifica como uma mulher adita em recuperação, norte-americana de origem europeia, e de orientação heterossexual.

Preparando o paciente

Amber chega à segunda sessão parecendo mais confortável e menos angustiada. Eu faço essa observação, e ela responde: “Eu realmente me senti melhor de uma semana para cá”. Eu pergunto quais foram suas impressões da nossa primeira sessão, para desenvolver colaboração, coletar sua impressão e comunicar a necessidade de consenso em termos de objetivos e tarefas. Discutimos as experiências de Amber, incluindo sua percepção de estar à vontade comigo e seus sentimentos de vergonha e culpa ao revelar sua “vida que está uma confusão danada”. Eu digo que gostei muito de sua franqueza e sua honestidade, sobretudo tendo em conta seu histórico de ter segredos e o fato de que tinha sido nossa primeira reunião. Dentro de alguns minutos, nós concordamos que o ajuste entre terapeuta e paciente é “bom”, e passamos à análise dos resultados dos testes (como resumido anteriormente).

Em sintonia com seus estágios de mudança, Amber decide concentrar as primeiras sessões em tratar a depressão e manter a abstinência de drogas. Eu concordo com essas preferências porque elas

coincidem com a sequência normal de objetivos de tratamento com pacientes com múltiplos transtornos: atribuir máxima prioridade à redução de comportamentos suicidas (e que possam levar de volta à prisão), e depois diminuir comportamentos que interfiram na terapia e, em seguida, os que interfiram na qualidade de vida (Linehan, 1993a). Nós concordamos em começar com psicoterapia individual semanal, com a ressalva de que aumentaremos a frequência se o seu sofrimento e seu desconforto não forem reduzidos em breve.

A preparação da paciente para a psicoterapia ocorre de duas formas: uma para as exigências de papéis a ser cumpridos na psicoterapia em geral e uma para os métodos de tratamento específicos. Uma boa parte da segunda sessão é ocupada definindo as bases da psicoterapia – confidencialidade, cancelamentos, entrar em contato com o terapeuta, lidar com crises, serviço de resposta, pagamento e assim por diante – e, em seguida, à conscientização de seu papel na condição de paciente ativa e informada do processo. Como paciente experiente de terapia, Amber apreende essas informações rapidamente, faz algumas perguntas de esclarecimento e prontamente concorda com a estrutura do tratamento. Com pacientes menos experientes, seria (e deve ser) dedicado mais tempo a essas questões.

Outro elemento da preparação é introduzir a ideia de que a psicoterapia é parte de um plano mais amplo de tratamento. A pesquisa indica que os pacientes que têm prejuízo ao funcionamento respondem melhor a um tratamento abrangente. Especificamente, pacientes com mais prejuízos ou deficiências têm mais ganhos com mais tratamento, tratamento mais longo, medicamentos psicoativos, múltiplos formatos de terapia (individual, de casal, de grupo) e esforços explícitos para fortalecer suas redes de apoio social (Beutler, Harwood, Alimohamed e Malik, 2002). Os pacientes que apresentam ao mesmo tempo transtornos do humor e abuso de substâncias são exemplos disso; dito de forma simples, problemas complexos exigem tratamentos complexos.

A segunda forma de preparação é explicar os métodos de tratamento específicos, neste caso, começando pela terapia cognitivo-comportamental (TCC) para depressão e prevenção de recaída no abuso de substâncias, jogo e furto em lojas. Esses tratamentos específicos são imediatamente sugeridos a Amber por várias razões: eles combinam com seu estágio de mudança (ação e manutenção, respectivamente), seu baixo nível de reatância (que pede tratamentos mais diretivos e orientados pelo terapeuta) e suas preferências por ferramentas de mudança e exercícios de casa. E, claro, há sólidas evidências de pesquisas da eficácia

tanto da TCC quanto da prevenção de recaída, no tratamento dos transtornos de Amber.

A psicoterapia é mais eficaz quando método e relação são adaptados à fase de mudança do paciente e, em seguida, evoluem à medida que o paciente passa pelos estágios durante o tratamento. Com os pacientes que estão no estágio de contemplação, o papel ideal do terapeuta é semelhante ao de um professor socrático que incentiva os pacientes a alcançar seus próprios *insights* sobre sua condição. Como Amber está no estágio de ação, a postura se transforma na de um treinador experiente, que apoia, que já passou por muitos jogos decisivos e pode apresentar um bom plano de jogo.

Embora as pesquisas indiquem claramente que os estágios de ação e manutenção de Amber e sua baixa reatância favorecem o uso de métodos diretivos pelo terapeuta, este deve também abordar com sensibilidade o tema de transferir mais responsabilidade e auto-orientação à paciente ao longo do tempo. Amber, com um histórico de dependência e baixa reatância ao longo da vida, vai responder melhor a uma postura diretiva por parte do terapeuta. Ao mesmo tempo, temos de tomar cuidado para não reviver, de formas conscientes e inconscientes, a relação não assertiva e subserviente de Amber com o terapeuta poderoso. Assim, eu menciono este assunto no início da terceira sessão e estabeleço um contrato que prevê uma relação em evolução, em termos de nossos respectivos papéis.

TERAPEUTA: Na última vez, nós combinamos que eu seria um terapeuta ativo e diretivo, com planos de ação e exercícios de casa para tratar de sua depressão e seu uso de drogas. (*Amber acena com a cabeça, em concordância.*) As evidências de pesquisa também sustentam isso. Minha preocupação é que fazer isso pode reforçar aqui a sua tendência a se comportar de forma dependente e se submeter aos outros. Isso faz sentido?

AMBER: Hummmm. Sim, eu não tinha pensado nisso, mas entendo que isso provavelmente aconteceria. Eu dependeria mais de você.

TERAPEUTA: Vai dar certo no curto prazo, enquanto estivermos reduzindo sua depressão e a mantendo abstinente. No longo prazo, sua dependência exagerada de mim agrava o seu estilo de personalidade não assertiva. Posso sugerir isso como uma maneira de sair do paradoxo? Em nossas primeiras sessões, eu serei mais diretiva, na liderança, para que você possa ficar menos deprimida e mais segura de sua sobriedade. Quando isso tiver acontecido, nas sessões posteriores, vamos pedir e ensinar você

a se tornar mais assertiva, a assumir mais a liderança. Vai ser meio como o AA – agora você depende muito de seu padrinho, mas um dia você provavelmente será madrinha de outros. O que você acha?

Essa distinção entre objetivos intermediários e finais quase sempre é recebida com entusiasmo, como o foi por Amber. O objetivo intermediário é reduzir o desconforto sintomático; o objetivo final é reestruturar o comportamento interpessoal. A psicoterapia pode ser mais diretiva no curto prazo, para trabalhar rumo a relacionamentos mais maduros e assertivos no longo prazo.

É claro que a avaliação permanente vai refinar os objetivos de Amber, e seu sucesso inicial levará a novos objetivos. Seus objetivos imediatos e, como ela diz, “onde ela está” (em termos de estágios de mudança) são reduzir a depressão e manter a abstinência. Esses objetivos refletem onde estão situados o seu empenho e sua ação, representando as melhores chances de reduzir sua ideação suicida e a probabilidade de retornar à prisão. Seus sintomas de ansiedade crônica, TEPT e da matriz de personalidade *borderline* são abordados mais detalhadamente em sessões posteriores.

Monitorando o avanço

Rotineiramente, ao longo da psicoterapia, nós coletamos o *feedback* do paciente em tempo real, sobre três áreas cruciais: funcionamento/sintomas dos pacientes, consenso sobre tarefas e objetivos, e satisfação com a relação terapêutica. Em termos de monitoramento de sintomas, Amber e eu acertamos que ela vai responder ao BDI-II e ao BAI a cada quatro sessões (uma vez por mês) para monitorar seu progresso. (A Fig. 15.3 apresenta esses resultados). Concluímos que a medição mais frequente em psicoterapias mais longas se revela desnecessária e frequentemente incomoda os pacientes. Na maioria das sessões, Amber avaliará sua premência de beber, usar drogas, jogar e furtar em lojas na última semana, em uma escala analógica visual de 11 pontos onde 0 = *Nenhuma* e 10 = *a pior*.

Em termos de tratamento e satisfação com a relação terapêutica, geralmente fazemos perguntas diretas aos pacientes, seguindo o *escore* e a revisão das medidas dos sintomas. Eles começam com perguntas abertas e amplas, por exemplo, “como vai a psicoterapia? Como estamos indo (a relação)?” Seguimos com consultas mais direcionadas segundo as respostas e situações do paciente. Para Amber, podem ser dos seguintes tipos: “O mais ajudou até agora? E o que menos ajudou? Como vamos em termos de respeitar suas preferências? Você acha que estou sendo diretiva

o suficiente e estou fornecendo ferramentas suficientes? Como podemos melhorar as coisas?”

Há várias medidas padronizadas disponíveis para avaliar duas ou mais dessas áreas cruciais: o COMPASS (Lueger et al., 2001), o sistema *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE) (muito usado no Reino Unido; Barkham et al., 2001), o *Partners for Change Outcome Management System* (PCOMS; Miller, Duncan, Sorrell, e Brown, 2005) e o *Outcome Questionnaire-45* (OQ-45; Lambert et al., 2004). O nosso favorito, o sistema Innerlife STS (www.innerlife.com), tem versões para terapeuta e paciente, e oferece informação sobre pré-tratamento e durante o tratamento. A questão importante aqui não é o sistema de monitoramento de resultado específico, e sim que o terapeuta colete regularmente as informações. Para terapeutas iniciantes, que não estejam habituados a fazer essas perguntas, principalmente aquelas relacionadas ao tratamento e à satisfação com a relação terapêutica, recomendamos muito o uso dos sistemas formais de aferição.

Processo de tratamento

Tendo criado uma aliança suficientemente empática, coletado informações diagnósticas e transdiagnósticas suficientes para criar um plano de tratamento, e preparado o paciente, passamos, na quarta sessão, a realizar TCC para depressão e prevenção de recaída.

A TCC segue um protocolo bastante padronizado: explica-se o modelo cognitivo da depressão ao paciente, que é orientado a identificar pensamentos depressogênicos, registrá-los entre as sessões, e questioná-los e se contrapor a eles, substituindo-os por atribuições mais saudáveis e declarações de enfrentamento. O paciente também se compromete com a ativação comportamental: sair de casa, por pelo menos, 3 horas por dia, inicialmente (chegando a 6 horas, com o decorrer da terapia) e fazendo voluntariado 4 horas por semana (e finalmente progredindo a 15 horas por semana). Amber recebe uma lista de livros de autoajuda sobre depressão, recomendados por psicólogos e sustentados em pesquisa (Norcross et al., 2013), e decide ler *Feeling Good: The New Mood Therapy* (Burns, 1999). Mais tarde, ela decide comprar o livro de exercícios que acompanha e muitas vezes traz à sessão para rever as planilhas.

Nós dedicamos cerca de metade do tempo da sessão à TCC para depressão, e a outra metade, para prevenção da recaída (PR) em seus hábitos de beber, usar drogas, furtar de lojas e jogar. Em suas reuniões de AA, Amber soube que a recaída é o resultado mais comum no longo prazo, no tratamento de adições. Mais importante, ela sente a pressão de ter que voltar à prisão se for encontrada usando drogas ou furtando.

PR é o treinamento de autogerenciamento concebido para evitar entrar novamente nos ciclos e melhorar o estágio de manutenção (Marlatt e Donovan, 2007). Por meio de discussões em sessão e leituras entre sessões, Amber é ensinada a entender a recaída como um processo, identificar situações de alto risco, aprender a lidar com as fissuras de se envolver em comportamentos aditivos e alcançar um estilo de vida equilibrado. Seus gatilhos de maior risco estão relacionados à inatividade, a estados de humor negativos e um subgrupo específico de amigos. Felizmente, os dois primeiros estão sendo proveitosamente abordados pela TCC para sua depressão. Passa-se muito tempo em sessão praticando “evitar pessoas, lugares e coisas”, lema de suas reuniões de AA para reduzir o tempo passado com esses amigos. Também praticamos e ensaiamos como superar as circunstâncias em momentos em que, apesar de evitar os gatilhos, Amber se depara com as fissuras.

Como ávida usuária de computador, Amber decide pesquisar na internet análises de pesquisa sobre PR e encontra uma metanálise (que ela compreensivelmente não entende plenamente) sobre a sua eficácia em 26 estudos representando uma amostra de 9.504 pacientes (Irvin, Bowers, Dunn e Wang, 1999). Os resultados revelam que a PR é eficaz em termos gerais, certamente mais do que controles sem tratamento, e particularmente eficaz para transtornos por uso de álcool e polissubstâncias. “Bem como eu sou”, Amber reconhece sorrindo na sessão.

Em uma sessão, a 13ª ou 14ª, Amber parece estranhamente reticente em participar do trabalho terapêutico. Pergunto sobre o interesse dela, e ela responde, de forma pouco convincente: “Ah, é que eu só estou cansada hoje”. O padrão persiste na sessão seguinte.

TERAPEUTA: Você não parece estar com muita vontade [de fazer psicoterapia] hoje. Parece diferente, como na semana passada. Não com muita energia e vigor como nós normalmente temos. O que você vem experimentando ou sentindo na sessão, ultimamente?

AMBER: Bom... Eu não sei... eu me sinto aborrecida.

TERAPEUTA: Obrigado por dizer. Eu entendo que é uma coisa difícil para você fazer – expressar incômodo, aborrecimento, decepção, com alguém. Isso é bom.

AMBER: É difícil... (*Pausa de cerca de 30 segundos.*) Na última [sessão], eu acho que você não entendeu o quanto estou me esforçando para fazer todas essas coisas. Você parecia crítico em relação a mim, como se eu não estivesse fazendo o suficiente.

TERAPEUTA: Você está sentindo que eu não valorizo seu esforço, em psicoterapia e em casa, e que critico sua dedicação...

AMBER: Sim, é isso. Mas agora estou com medo de estar decepcionando ou irritando você...

TERAPEUTA: Claro que não, Amber. Eu sinto o contrário: eu estou satisfeito e orgulhoso de você ter assumido o risco de ser assertiva e me dizer como se sente hoje. É uma maneira maravilhosa para agirmos, mas não são sentimentos maravilhosos dentro de você. Entende?

Amber concorda que esses sentimentos são perturbadores para ela: a postura assertiva desencadeia medo de rejeição ou abandono. Quando eu pergunto quando ela se sentiu assim antes, ela imediatamente diz – literalmente, imediatamente, falando antes de eu terminar a pergunta: “O meu pai”. Isso a leva a um longo processo de falar que percebe que seu pai a apoia em suas observações, mas a critica e não a aceita em seu comportamento. Sem que eu pergunte, ela observa, “Ahh. Isso é o que eu estou dizendo de você agora...”

No fim de sua psicoterapia, Amber e eu classificamos essa sessão de um ponto de virada importante para ela. Ela encontrou sua voz para expressar seu descontentamento comigo – uma figura masculina de autoridade – e descobriu que estava transferindo ou projetando em mim (e provavelmente outros) sentimentos originalmente associados a seu pai. É bem possível que uma falha empática ou um olhar neutro de minha parte tenham provocado o sentimento dela, mas os sentimentos subjacentes certamente tinham relação com o pai.

Além da autopercepção, essa sessão também consolidou nossa relação, no sentido de que demonstrou, ao vivo, uma maneira de repararmos quaisquer rupturas na aliança (Safran, Muran e Eubanks-Carter, 2011). O terapeuta pode responder de forma não defensiva, abordar de forma enfática e direta a relação, entender a dinâmica mútua, ajustar o comportamento (se necessário) e prestar atenção ao conflituoso padrão de relacionamentos da paciente. Em vários estudos, a reparação de rupturas prediz um resultado positivo para o tratamento (Safran et al., 2011). No fim da sessão, Amber disse que considerava “um avanço”, e eu senti que foi um dos bons momentos em nosso trabalho.

Em aproximadamente 20 a 22 sessões, Amber está menos deprimida. Seu escore no BDI-II foi reduzido à metade (Fig. 15.3) e sua ideação suicida desapareceu. Suas circunstâncias de uso baixaram a 0-2, acompanhadas por nenhum deslize para usar drogas, beber, jogar ou furtar de lojas.

Imbuída de uma nova segurança e uma confiança verdadeira no processo, Amber está pronta para lidar com sua ansiedade e seu TEPT. No entanto, ela permanece em conflito e com medo. “Depressão” é seu termo preferido, e entender “ansiedade” é algo novo e inquietante.

Há muitos meios terapêuticos para tratar a ambivalência e a resistência, é claro, mas eu escolho a Entrevista Motivacional (EM) para Amber. A EM se encaixa em nossa relação terapêutica, combina com seu estágio de contemplação, e tem muita sustentação em pesquisa para grandes efeitos em um número pequeno de sessões (Hettema, Steele e Miller, 2005). A EM amplia a abordagem centrada na pessoa ao fornecer métodos específicos para fazer o paciente avançar para a mudança de comportamento (Miller e Rollnick, 2002). Seguindo o espírito que norteia a EM, eu tento:

- *Expressar empatia* usando escuta reflexiva para transmitir compreensão acerca da ambivalência de Amber sobre enfrentar o problema de ansiedade e o TEPT, e para comunicar o meu respeito por sua necessidade de autopreservação.
- *Desenvolver a discrepância* entre a convicção de Amber de que ela sofre apenas de depressão e abuso de substâncias e os resultados clínicos segundo os quais ela também tem ansiedade elevada.
- *Acompanhar a resistência* ao enfrentá-la com reflexão e curiosidade, e não com confrontação.
- *Apoiar a autoeficácia* ao transmitir ativamente a mensagem de que o paciente tem capacidade de mudar.

A EM alavanca a energia inerente que a resistência traz à interação terapêutica, buscando redirecioná-la de uma forma que evite uma ruptura na relação terapêutica e permita o surgimento de um diálogo sobre a mudança do paciente. Assim como um canoísta provavelmente não remaria rio acima contra uma corrente forte, a EM não discute com os pacientes. Em vez disso, acompanha a resistência e usa a energia do paciente para orientar a interação (Moyers e Rollnick, 2002).

A EM é usada para potencializar a motivação intrínseca de Amber para mudar e para explorar e resolver sua ambivalência. Após três sessões de métodos predominantemente da EM, Amber opta por enfrentar sua ansiedade e seu TEPT. Como previu Carl Rogers, os pacientes podem percorrer um longo caminho em um tempo curto quando dispõem de condições facilitadoras, um terapeuta que os aceite e uma autonomia considerável. A flexibilidade do uso da EM permite que ela seja integrada a outras psicote-

rapias para reduzir a ambivalência do paciente e minimizar sua resistência (Miller e Moyers, 2005).

A maior parte do tempo da sessão se concentra agora em tratar a evitação movida pela ansiedade de Amber e seu TEPT relacionado à prisão. A reestruturação cognitiva para a depressão já a preparou para o trabalho cognitivo da terapia de exposição em sua vida cotidiana. Amber decide inicialmente tratar de seu medo de falar nas reuniões de AA e dirigir em rodovias. A fim de promover sua escolha e sua autonomia, peço que ela leia as descrições dos dois tratamentos principais para TEPT: exposição prolongada com prevenção de resposta e dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares (*eye movement desensitization and reprocessing*, EMDR). Após fazer isso, Amber escolhe tentar o EMDR, ponderando que, diferentemente da exposição prolongada, o EMDR não exige que se faça muito exercício de casa diariamente.

Ao mesmo tempo, ela começa a ler *Getting Past Your Past* (Shapiro, 2012), um livro de autoajuda recente, de autoria de quem desenvolveu o EMDR. Quando Amber menciona isso a mim, eu a parablenizo por tomar a iniciativa, e, em seguida, admito, um pouco constrangido, que eu deveria ter pensado em recomendá-lo a ela quando manifestou interesse em materiais de autoajuda. Em uma interação que Amber apontaria, no fim de sua terapia, como um momento crucial, ela sorri e me adverte contra pensar em termos de “deveria”. Eu rio por um minuto inteiro, quase sem conseguir me conter, parablenizo-a por dominar a terapia cognitiva e, em seguida, observo que a “aluna está se tornando mestre”. Amber responde, inexpressiva: “Sim, gafanhoto” – uma alusão a uma antiga série de televisão (favorita do pai dela!), na qual o mestre experiente chama o estudante ansioso de “gafanhoto”.

Introduzimos exercícios de respiração e praticamos as habilidades autotranquilizadoras antes de fazer o EMDR propriamente dito. A seguir, Amber passa por cinco sessões estendidas (90 minutos) de EMDR para tratar de uma série de eventos traumáticos durante seu período na prisão. Amber tolera bem as sessões e consegue usar a respiração e a habilidade de autotranquilização entre as sessões para alguns pesadelos e *flashbacks* diurnos. Sua ansiedade se reduz visivelmente, assim como suas unidades subjetivas de desconforto (USDs) atribuídas aos eventos traumáticos. Na conclusão das cinco sessões de EMDR, as USDs são 1 ou 2 para cada evento, o que ela considera válido em termos de seu ambiente.

Enquanto isso, a exposição a falar em reuniões do AA e dirigir em rodovias continua com êxito. Amber participa verbalmente, a uma frequência de “pessoa comum”, o que é seu objetivo. Dirigir na rodovia no limite de velocidade ou acima dele deixa de ser

“grande coisa”. Para além de realizar esses objetivos, Amber aprende a lição maior de que a evitação reduz a ansiedade no curto prazo, mas gera muito mais sofrimento no longo prazo.

O trabalho de exposição ao vivo continua, mas ocupa menos da nossa atenção nas sessões, já que Amber agora aborda o transtorno da personalidade *borderline* ainda pouco entendido por ela. Amber e eu começamos, lenta e didaticamente, por intermédio da biblioterapia, com a educação sobre seu estilo não assertivo de buscar aprovação. Eu ofereço uma lista de recursos de autoajuda para assertividade e personalidade *borderline* que são bem avaliados por profissionais de saúde mental (Norcross et al., 2013), mais uma vez pedindo a Amber que escolha ativamente em vez de aceitar passivamente uma recomendação. Ela escolhe não um, mas três: *Your perfect right* (Alberti e Emmons, 1995), para seus pais *Sometimes I Act Crazy* (Krisman e Straus, 2006) e *Skills training manual for treating borderline personality disorder* (Linehan, 1993b) para ela.

Começamos com treinamento para assertividade segundo as tradições comportamentais e feministas: explorando as diferenças entre assertividade e agressão, reestruturação cognitiva para sua culpa e seu medo de rejeição quando é assertiva, examinando os roteiros de gênero em sua família e na sociedade, com relação a poder, dramatizando respostas específicas em sessão, gravando Amber durante as dramatizações para melhorar sua voz e suas palavras, e desenvolvendo conjuntamente exercícios de casa com familiares. A assertividade é uma meta, não só fora, mas também dentro da terapia. Eu relembro Amber de nosso contrato vários meses antes, quando concordamos que ela avançaria e teria mais controle sobre o trabalho. Ela concorda, e eu rio enquanto lembro: “Eu sou o gafanhoto, agora”.

A identidade ou esquema subjacente inadequado de Amber está mais plenamente explorado agora. É difícil resumir a constelação de métodos de terapia usados de forma entrelaçada nas nossas 20 sessões finais – processamento emocional, reestruturação cognitiva, treinamento para assertividade, interpretações da transferência e prática ativa. O trabalho com foco na emoção segue a tradição experiencial, incluindo alguns diálogos em duas cadeiras, entre a parte competente de Amber e sua parte inadequada. O exercício proporciona, nas palavras de Amber, “clareza – eu consigo realmente ver como elas se chocam e resultam em um comportamento estranho”. Os sintomas dela continuam desaparecendo.

O *self* emergente de Amber está agora diante de infinitas opções em sua vida e na terapia. Ela deve procurar um emprego? E sua vida amorosa? Teria

sentido se formar na faculdade? O que ela gostaria de enfrentar na terapia? Eu participo dessas discussões, é claro, mas, em última análise, Amber vai decidir, sabendo que eu apoio a ela e a suas decisões.

Em resumo, é assim que Amber corajosamente aborda esses desafios da vida. Ela decide continuar seu trabalho voluntário (atualmente, de 20 horas por semana) e buscar um emprego em meio expediente. Preencher fichas para emprego a obriga a explicar seus problemas com a Justiça e com a adição, o que gera considerável ansiedade, mas ela consegue evitar a tendência à evitação. Ela consegue um emprego de meio expediente. Amber começa um namoro casual e decide que ainda não está pronta para um compromisso romântico; ela se sente fascinada porque vários homens a convidam para sair e dois deles buscam algo “mais profundo”, e vai tomar essa decisão “no momento certo – quando estiver pronta”. Ela explora várias opções profissionais com a ajuda de um teste vocacional que eu administro e, como muitos pacientes vinculados a psicoterapia e AA, decide reorientar sua trajetória profissional a um campo social. Por fim, o trabalho acumulado sobre os déficits de assertividade e o transtorno da personalidade *borderline* a levam a estabelecer limites diferentes com seus pais e convidá-los para algumas sessões conjuntas, para renegociar uma conexão entre adultos competentes, em contraste com os anos de relação entre “os pais e a filha louca”.

Depois de 50 sessões de psicoterapia ou mais, Amber observa: “Nós não medimos as minhas premissas ultimamente [de beber, usar drogas, jogar, furtar de lojas]”. Eu refleti por um momento e respondi: “Não parece haver qualquer necessidade de fazer isso, assim, não é?”. Nós decidimos mutuamente reconhecer o progresso de Amber, passando de sessões semanais a sessões a cada duas ou três semanas.

À medida que a psicoterapia vai adquirindo um ritmo mais lento e Amber consolida e internaliza seus avanços, minha mente se volta ao seu futuro. Eu sugiro, cuidadosamente, que a melhor proteção contra voltar à depressão, abuso de drogas, evitação, ansiedade e padrões de inadequação é cuidar de si mesma. Amber pensa sobre isso por algumas semanas e, em nossa próxima sessão, apresenta uma lista de autocuidados. Isso inclui reduzir os cigarros, continuar frequentando o AA e fazendo exercícios físicos, e uma série de atividades assertivas e sociais.

São indicadas sessões de manutenção ou de reforço quando os problemas são complexos, quando as adições estão presentes, quando o paciente tem prejuízos graves e quando há transtorno da personalidade. Essas características certamente se aplicam a Amber, pelo menos, à “velha Amber”, e são fortes indicadores

da tendência à recaída. Por essas razões, Amber e eu decidimos adotar um calendário de sessões mensais de manutenção, por vários meses.

Problemas típicos

Para pacientes que estão passando por terapia integradora, o problema típico implica muito trabalho em sessão e entre sessões. Por ser propositalmente mais abrangente e ambicioso, o tratamento integrador provavelmente exige mais do paciente. Nós costumamos colaborar nos exercícios de casa, porque a pesquisa dá forte sustentação (Kazantzis, Whittington e Dattilio, 2010), e porque Amber solicitou explicitamente. Em conjunto com o paciente, o terapeuta deve regular ou “dosar” corretamente a quantidade de trabalho, e garantir que o desconforto motivacional do paciente permaneça motivador, e não incapacitante. Com Amber, a pergunta recorrente era: “Você considera isso um desafio, mas não uma sobrecarga?”

Para os terapeutas que fazem terapia integradora, um problema comum envolve a possibilidade de se retrair em seu estilo de relação e em seu método de tratamento típicos. Quando a pesquisa recomenda uma postura mais direta, por exemplo, os terapeutas podem começar assim, mas escorregar gradualmente de volta a sua costumeira postura menos diretiva. Ou, outro exemplo, terapeutas mais acostumados a trabalhar com pacientes no estágio de ação vão começar em uma postura mais exploratória, compatível com estágio de contemplação do paciente, mas, posteriormente, proporcionarão processos orientados à ação bem antes de o paciente estar pronto para mergulhar no estágio de ação. Reavaliações periódicas, *feedback* permanente do paciente e autopercepção dos terapeutas para se ajustar ao paciente (não apenas a si mesmos) tendem a corrigir essas falhas.

Para terapeutas neófitos, o principal desafio em nossa abordagem é evitar os extremos: exagerar na ênfase no método de tratamento ou relação de cura, aderindo a um manual de tratamento restrito às regras ou a um sincretismo intuitivo, baseado exclusivamente em pesquisa empírica ou nas preferências dos participantes. Nós nos esforçamos pela flexibilidade equilibrada, a média aristotélica, que incorpora sistematicamente todos esses, sem sucumbir à tendência humana à polarização. Isso pode se revelar problemático para psicoterapeutas treinados para pensar de formas binárias sobre psicoterapia. Também pode ser assustador em um paciente com múltiplos transtornos, como Amber, com múltiplos objetivos em sequência, ao longo do tempo. Um “tratamento de tamanho único” passa a ser a alternativa atraente e mais fácil ao trabalho duro de adaptar a psicoterapia à situação única, individual e singular.

Resultado e prognóstico

Ao longo de 50 sessões individuais semanais e várias sessões de manutenção, Amber reduziu de forma impressionante a depressão e manteve a abstinência. Sua depressão diminuiu consistentemente ao longo do tempo, como mostrado na Figura 15.3. A maior queda em seus escores de ansiedade ocorreu entre as semanas 26 e 32, quando foi realizado o EMDR. Suas fissuras para beber, usar drogas e furtar de lojas passaram a 0 na escala de 0 a 10, após 3 meses de psicoterapia, mas sua premência de jogar aumentaria periodicamente para a faixa de 3 ou 4 pontos. Contudo, ela não sucumbiu a essas tentações, em termos comportamentais. Sintomaticamente, os escores dos testes de Amber estavam na faixa normal, e ela estava melhor do que nunca.

Em termos interpessoais, a paciente também teve ganhos impressionantes. Ela estava menos impulsiva, mais autorregulada emocionalmente, mais autotranquilizadora e cada vez mais assertiva e expressiva. Ela certamente já não cumpria os critérios diagnósticos para transtorno da personalidade *borderline*, mas era suscetível a alguma evitação comportamental e medo de abandono em seus novos relacionamentos românticos. Ela lamentava os anos perdidos para as drogas e enfrentava sua culpa existencial e sua vergonha, até onde a maioria dos seres humanos consegue.

Seus medicamentos foram gradualmente reduzidos pela metade ao longo do ano de nosso tratamento psicológico, de 80 mg para 40 mg de fluoxetina e de 60 mg para 20 mg de buspirona. Ela continua com essas medicações como manutenção, com planos de reduzi-las no futuro, e continua indo às reuniões do AA duas vezes por semana e a sessões de psicoterapia de manutenção mensais, onde seus escores mais recentes no BDI-II e no BAI foram ambos três, bem dentro dos limites normais.

Apesar de todos esses resultados positivos, como acontece com a maioria dos casos em psicoterapia, nem todos os objetivos de Amber foram atingidos. Ela continua fumando cigarros (um máximo de três por dia), e o emprego em tempo integral se mostrou difícil porque sua ficha criminal a torna ineligível para muitos cargos. Ela trabalha o equivalente a três quartos do tempo entre dois empregos, e está se candidatando a uma escola de pós-graduação em uma profissão no campo do serviço social. Amber tem tendência a crises ocasionais de ansiedade e evitação quando se depara com situações novas.

De todos os pontos de vista, o prognóstico é realmente promissor. Ela é a “nova” Amber, como eu disse, ou, como ela expressou de forma notável, a Amber “2.0”.

Comentário sobre o caso

Escolhemos ilustrar nossa abordagem de tratamento para a depressão e abuso de substâncias com uma mulher complexa, com múltiplos transtornos. Como é típico, ela sofreu por muitos anos, e de mais de dois transtornos diferentes. O curso crônico dos transtornos comórbidos aumenta a necessidade de tratamento integrador, incluindo, no caso de Amber, psicoterapia individual, farmacoterapia, grupos de apoio, recursos de autoajuda e algumas sessões conjuntas em família. As altas taxas de comorbidade de transtornos da personalidade e TEPT entre abusadores de substância complica a psicoterapia e aumenta a necessidade de sequenciar criteriosamente os métodos e os objetivos do tratamento.

O psicoterapeuta pode aceitar algum crédito pelos resultados saudáveis neste caso, mas Amber merece a maior parte deles. Ela se esforçou para dominar novas habilidades, prevenir recaídas e se expor intencionalmente a situações provocadoras de ansiedade. Ela foi uma paciente brilhante, motivada e psicologicamente focada, que avançou do estágio de contemplação para o estágio de ação e, por fim, para o de manutenção de longo prazo. Todas essas características do paciente predizem resultados mais bem-sucedidos em todas as formas de psicoterapia.

Várias circunstâncias também se mostraram fortuitas. Amber participou regularmente de reuniões de AA, foi motivada pelas experiências de “sobriedade” da prisão e foi apoiada por seus pais, que contribuíram para o pagamento de 50 sessões de psicoterapia. Menos sessões com um terapeuta que trabalha em uma clínica pública provavelmente não teriam gerado os mesmos benefícios. Embora Amber não tivesse uma impressão favorável de suas experiências anteriores de terapia, ficou claro que ela tinha se beneficiado da inserção na psicoterapia e, talvez, de passar de estágios anteriores de mudança a fases posteriores antes de empreender esse tratamento.

Nossa abordagem integradora provavelmente foi mais eficaz em ajustar ou adaptar a relação terapêutica e os métodos de tratamento especificamente a Amber. O tratamento passou por etapas, de acordo com as evidências de pesquisa, as preferências da paciente, o estágio de mudança e as outras características transdiagnósticas. O terapeuta sistematicamente tratou da depressão, do abuso de substâncias e de outros transtornos, combinando métodos terapêuticos (aqueles tradicionalmente associados à terapia centrada na pessoa, comportamentais, cognitivas, de exposição, feministas, psicodinâmicas e experienciais) e recursos de cura (psicoterapia, farmacoterapia, autoajuda e espiritualidade do AA) de forma clara e responsável.

Preditores de sucesso e fracasso

Nenhuma terapia ou nenhum terapeuta está imune ao fracasso. É nesses momentos que terapeutas experientes muitas vezes se perguntam se poderiam ter incluído métodos terapêuticos de orientações diferentes das suas no tratamento, com mais utilidade, ou se o poder de outra orientação para lidar com os problemas específicos poderia complementar a própria fragilidade da orientação do terapeuta. As terapias integradoras pressupõem que cada orientação tem seu domínio de especialização e que estes domínios podem ser ligados para maximizar sua eficácia (Pinsof, 1995). Dessa forma, sistemas de terapia rivais são cada vez mais vistos não como adversários, mas como parceiros bem-vindos (Landsman, 1974); não como contraditórios, mas como complementares.

Quando a terapia integradora fracassa, pode ser por não se seguirem os princípios integradores que a orientam, falta de habilidade na implementação de um determinado tratamento, má adequação entre o paciente e o terapeuta em questão, ou uma avaliação imprecisa das dimensões do paciente que indicam o estilo e objetivos ideais do terapeuta. Cada uma dessas alternativas deve ser considerada quando o paciente não está cumprindo seus objetivos no ritmo que se espera entre pacientes semelhantes. Nossa abordagem adota uma avaliação inicial das dimensões transdiagnósticas do paciente, bem como a revisão periódica dos processos de tratamento para assegurar que os métodos terapêuticos tenham um bom ajuste, tal como definido pela pesquisa. Por fim, o *feedback* formal sobre os avanços é útil e, muitas vezes, desencadeia uma discussão sobre coisas que reduzem ou aumentam a velocidade de avanço, e procedimentos que podem ajudar a passar por esses impasses. Nos últimos anos, começamos a mostrar ao paciente os resultados dos testes em série (p. ex., o apresentado na Fig. 15.3) ou os gráficos de avanço do STS Innerlife, para ilustrar pontos de impasse e sucesso.

CONCLUSÕES

A psicoterapia é um método de tratamento e uma relação de cura adequada ao paciente e ao contexto individual. Neste capítulo, tentamos demonstrar como os psicoterapeutas podem fazer exatamente isso para pacientes com depressão e abuso de substâncias, aumentando a eficácia e a eficiência do tratamento. Essa escolha de tratamento deve ser sistemática, flexível e baseada em evidências. Por essas razões, a psicoterapia integradora parece particularmente indicada para pacientes complexos com transtornos comórbidos, como Amber, e para pacientes a quem a forma pura ou as monoterapias fracassaram ou foram apenas parcialmente bem-sucedidas.

Nosso capítulo e a ilustração de caso pode dar a impressão de que a psicoterapia integradora pode ser cuidadosamente planejada desde o início, mas a realidade clínica não é tão simples. Embora tentemos formular o caso e planejar o tratamento no início, esperamos e saudamos a virada nos eventos, que sempre acontece. A escolha do tratamento é não linear e dinâmica, e um comportamento ou mudança em um momento tem impactos sobre todo o comportamento subsequente. A ideia de que “nunca se sabe o que esperar na próxima sessão” é um dos fascínios da psicoterapia. Estamos continuamente avançando com o paciente e evoluindo com o imprevisto, mas fazemos isso informados pela experiência clínica e as evidências de pesquisa.

Este capítulo descreveu nossa terapia integradora e detalhou seu processo de escolha sistemática de tratamento para abuso de substâncias e depressão. O processo aplica conhecimentos de pesquisa oriundos de múltiplas orientações teóricas a características diagnósticas e transdiagnósticas dos pacientes, para a escolha ideal de métodos técnicos e relacionais. Essa terapia postula que muitos métodos de tratamento e enfoques interpessoais têm um lugar valioso no repertório do psicoterapeuta contemporâneo. Seu lugar especial e diferenciado pode ser determinado por meio de pesquisa de resultados, experiência vivencial, e posicionando o paciente no centro do processo clínico. A terapia integradora oferece relações, tratamentos e capacidade de resposta baseados em evidências, para atender às necessidades variadas de cada paciente e seus contextos originais ao se entrar no século XXI.

REFERÊNCIAS

- Alberti, R., & Emmons, M. (1995). *Your perfect right: A guide to assertive living* (7th ed.). San Luis Obispo, CA: Impact.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Antonuccio, D. O. (1995). Psychotherapy for depression: No stronger medicine. *American Psychologist*, 50, 450-452.
- Antonuccio, D. O., Danton, W. G., & DeNelsky, G. Y. (1995). Psychotherapy versus medication for depression: Challenging the conventional wisdom with data. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 574-585.
- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C., et al. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using the CORE_OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 184-196.
- Beutler, L. E. (2009). Making science matter in clinical practice: Redefining psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16, 301-317.
- Beutler, L. E., & Clarkin, J. (1990). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Brunner/Mazel.
- Beutler, L. E., Clarkin, J., & Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., & Harwood, T. M. (2000). *Prescriptive psychotherapy: A practical guide to systematic treatment selection*. New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Alimohamed, S., & Malik, M. (2002). Functional impairment and coping style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 145-173). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Kimpara, S., Verdrame, D., & Blau, K. (2011). Coping style. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 336-353). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Harwood, T. M., Michelson, A., Song, X., & Holman, J. (2011). Reactance/resistance. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 261-278). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., & Malik, M. L. (2002). Diagnosis and treatment guidelines: The example of depression. In L. E. Beutler & M. L. Malik (Eds.), *Rethinking the DSM* (pp. 251-278). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beutler, L. E., Moleiro, C., Malik, M., Harwood, T. M., Romanelli, R., Gallagher-Thompson, D., et al. (2003). A comparison of the Dodo, EST, and ATI factors among comorbid stimulant-dependent, depressed patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 69-85.
- Burns, D. (1999). *Feeling good: The new mood therapy* (rev. ed.). New York: Avon.
- Burlingame, G., McClendon, D. T., Alonso, J. (2011). Group cohesion. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 110-131). New York: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G., & Beutler, L. E. (Eds.). (2006). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed., pp. 194-226). New York: Wiley.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 909-922.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., Hollon, S. D., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30, 51-62.
- DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., et al. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of General Psychiatry*, 62, 409-416.

- Elliott, R., Bohart, A. C., Watson, J. C., & Greenberg, L. S. (2011). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 132-152). New York: Oxford University Press.
- Eysenck, H. J. (1970). A mish-mash of theories. *International Journal of Psychiatry*, 9, 140-146.
- Farber, B. A., & Doolin, E. M. (2011). Positive regard. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 168-186). New York: Oxford University Press.
- Friedlander, M. L., Escudero, V., Heatherington, L., & Diamond, G. M. (2011). Alliance in couple and family therapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 92-109). New York: Oxford University Press.
- Halford, G. S., Baker, R., McCredden, J. E., & Bain, J. D. (2005). How many variables can humans process? *Psychological Science*, 16, 70-76.
- Harwood, T. M., Beutler, L. E., & Groth-Marnat, G. (Eds.). (2011). *Integrated assessment of adult personality* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.
- Hollon, S. D. (1990). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Psychiatric Annals*, 20, 249-258.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in individual psychotherapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 25-69). New York: Oxford University Press.
- Housley, J., & Beutler, L. E. (2007). *Treating victims of mass disaster and terrorism*. Cambridge, MA: Hogrefe & Huber.
- Irvin, J. E., Bowers, C. A., Dunn, M. E., & Wang, M. C. (1999). Efficacy of relapse prevention: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 563-570.
- Kazantzis, N., Whittington, C., & Dattilio, F. (2010). Meta-analysis of homework effects in cognitive and behavioral therapy: A replication and extension. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17, 144-156.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kreisman, J. J., & Straus, H. (2006). *Sometimes I act crazy: Living with a borderline personality disorder*. Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M. J., Morton, J. J., Hatfield, D., Harmon, C., Hamilton, S., Reid, R. C., et al. (2004). *Administration and scoring manual for the Outcome Questionnaire-45*. Salt Lake City, UT: OQ Measures.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 203-223). New York: Oxford University Press.
- Landsman, J. T. (1974, August). *Not an adversity but a welcome diversity*. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, New Orleans, LA.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lueger, R. J., Howard, K. I., Martinovich Z., Lutz, W., Anderson, E. E., & Grissom, G. (2001). Assessing treatment progress of individual clients using expected treatment response models. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 150-158.
- Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2007). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed., pp. 267-271). New York: Guilford Press.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The Partners for Change Outcome System. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 199-208.
- Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2005). Motivational interviewing. In G. P. Koocher, J. C. Norcross, & S. S. Hill (Eds.), *Psychologists' desk reference* (2nd ed., pp. 267-271). New York: Oxford University Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Moyers, T. B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 58(2), 185-193.
- Norcross, J. C. (2010). The therapeutic relationship. In B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold, & M. A. Hubble (Eds.), *Heart and soul of change* (2nd ed., pp. 113-142). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C. (Ed.). (2011). *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C. (2013). *Changeology: Five steps to realizing your goals and resolutions*. New York: Simon & Schuster.
- Norcross, J. C., & Beutler, L. E. (1997). Determining the therapeutic relationship of choice in brief therapy. In J. N. Butcher (Ed.), *Personality assessment in managed care: A practitioner's guide*. New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., Beutler, L. E., & Levant, R. F. (Eds.). (2006). *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Norcross, J. C., Campbell, L. M., Grohol, J. M., Santrock, J. W., Selagea, F., & Sommer, R. (2013). *Self-help that works* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (2005). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Norcross, J. C., & Karpiak, C. P. (2012). Clinical psychologists in the 2010s: Fifty years of the APA Division of Clinical Psychology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19, 1-12.

- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 279-300). New York: Oxford University Press.
- Osler, W. (1906). *Aequanimatas*. New York: McGraw-Hill.
- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 31, 109-118.
- Pinsof, W. M. (1995). *Integrative problem-centered therapy: A synthesis of biological, individual, and family therapies*. New York: Basic Books.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (8th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rosen, C. S. (2000). Is the sequencing of change processes by stage consistent across health problems?: A meta-analysis. *Health Psychology*, 19, 593-604.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 224-238). New York: Oxford University Press.
- Shapiro, F. (2012). *Getting past your past: Take control of your life with self-help techniques from EMDR therapy*. New York: Rodale.
- Shirk, S. R., & Karver, M. (2011). Alliance in child and adolescent therapy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 70-91). New York: Oxford University Press.
- Smith, T. B., Rodriguez, M. D., & Bernal, G. (2011). Culture. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 316-335). New York: Oxford University Press.
- Swift, J. K., Callahan, J. L., & Vollmer, B. M. (2011). Preferences. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 301-315). New York: Oxford University Press.
- Tryon, G. S., & Winograd, G. (2011). Goal consensus and collaboration. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 153-167). New York: Oxford University Press.
- Wolitzky, D. L. (2011). Psychoanalytic theories of psychotherapy. In J. C. Norcross, G. R. VandenBos, & D. K. Freedheim (Eds.), *History of psychotherapy* (2nd ed., pp. 65-100). Washington, DC: American Psychological Association.

CAPÍTULO 16

TRATAMENTO DE TRANSTORNOS DO SONO

Katherine A. Kaplan

Allison G. Harvey

Talvez o segredo mais bem guardado entre profissionais de saúde e saúde mental, em todos os lugares, seja a grande superioridade dos tratamentos psicológicos breves para insônia em comparação com medicamentos populares e anunciados com frequência. Com cerca de 6% da população adulta sofrendo de insônia no nível dos critérios diagnósticos e até 12% informando que a insônia interfere significativamente em suas atividades durante o dia, o problema é importante e, muitas vezes, mal tratado. É comum a insônia acompanhar outros transtornos psicológicos, e evidências recentes indicam que ela antecede e pode contribuir ou até mesmo causar esses transtornos comórbidos, o que é mais uma boa razão para cada profissional de saúde e saúde mental estar ciente das intervenções breves e avançadas, apresentadas neste capítulo. Na verdade, a American Academy of Sleep Medicine recomenda estes protocolos como um tratamento de primeira linha para pessoas com todas as formas de insônia, incluindo as que atualmente usam drogas hipnóticas. Estando entre os líderes nesse campo crescente, Kaplan e Harvey descrevem uma excelente abordagem comportamental e cognitiva integrada, com fortes evidências tanto da eficácia quanto da solidez que deve estar presente no arsenal de cada profissional de saúde. — D. H. B.

Os transtornos do sono são comuns e associados a morbididade e prejuízos funcionais consideráveis. Neste capítulo, vamos nos concentrar na insônia, dada sua alta prevalência e seu impacto na saúde pública. Também discutiremos brevemente o transtorno de hipersonolência, em função do crescente papel que os tratamentos psicológicos podem ter para pacientes com esse transtorno. Há uma vasta gama de outros transtornos do sono que estão fora do escopo deste capítulo, mas têm alta prevalência e são prejudiciais. Por exemplo, a apneia/hipopneia obstrutiva do sono é o fechamento temporário da via aérea superior durante o sono, que resulta em pausas na respiração, levando a sonolência diurna e problemas cardiovasculares. A síndrome das pernas inquietas envolve um impulso involuntário de mover as pernas durante o sono, causando despertares totais ou parciais e resultando em fragmentação do sono e sonolência diurna. É importante que os médicos tenham um conhecimento básico sobre esses e outros transtornos do sono, e saibam quando encaminhar os pacientes a um centro de sono, um neurologista ou outro profissional de saúde (Kryger, Roth e Dement, 2010).

A insônia é um transtorno do sono de alta prevalência, que envolve dificuldades para adormecer, permanecer dormindo ou não acordar cedo demais de manhã. É associada a consideráveis prejuízos funcionais e custos relacionados à saúde. A insônia costuma ser comórbida e preditora do desenvolvimento de várias condições psicológicas e médicas. Como tal, representa um alvo importante para intervenções. Este capítulo começa com uma breve visão geral do sono humano, com considerações diagnósticas e teóricas, porque esse conhecimento é a base para a aplicação de terapia cognitivo-comportamental para insônia (TCC-I), que é o foco deste capítulo.

SONO E INSÔNIA

Estágios do sono

O sono humano pode ser dividido em (1) movimento não rápido dos olhos (ou NREM), que pode ser subdividido em três etapas (N1, N2 e N3), ao longo das quais o sono se aprofunda progressivamente, e (2) movimento rápido dos olhos (ou REM). Em adultos, cada ciclo de sono NREM-REM dura de 70 a 120 minutos (Kryger et al., 2010). O sono NREM é considerado

importante para a conservação de energia e a restauração. Esse estágio do sono está associado à divisão mais rápida das células em alguns tecidos, bem como ao aumento da síntese proteica (Kryger et al., 2010). Entende-se que as funções do sono REM incluem um papel em aprender (Karni, Tanne, Rubenstien, Askenasy e Sagi, 1994) e desaprender informações irrelevantes (Crick e Mitchison, 1983), bem como na consolidação da memória (Walker e Stickgold, 2006), no processamento emocional e na regulação do humor/emoções (Yoo, Gujar, Hu, Jolesz e Walker, 2007). Já está bem estabelecido que a privação do sono tem efeitos prejudiciais em muitas áreas da saúde (Zee e Turek, 2006), incluindo o sistema imunológico, o sistema neuroendócrino e o sistema cardiovascular (Banks e Dinges, 2010). Considerando-se essas funções importantes, os transtornos do sono têm implicações significativas para a saúde pública.

Modelo do sono em dois processos

O modelo de regulação do sono em dois processos (Borbely, 1982) é importante porque embasa o tratamento que descreveremos mais tarde. Na verdade, muitos profissionais descrevem esse modelo aos pacientes como parte da justificativa para a aplicação do controle de estímulos e da restrição de sono descritos a seguir. O modelo sugere que o sono e a vigília dependem de dois processos – um processo homeostático e um processo circadiano (Achermann e Borbely, 2010). O processo homeostático influencia a probabilidade do sono. A pressão do sono aumenta com o tempo que a pessoa passou acordada, resultando em aumento da tendência a dormir quando ela foi privada de sono, e em redução da tendência a dormir depois de ter dormido ou cochilado muito. O ritmo circadiano é um relógio biológico interno que opera a partir de uma base de aproximadamente 24 horas. É responsável por variações na melatonina, temperatura e outras funções biológicas, incluindo níveis de alerta durante o dia (Lack e Bootzin, 2003). Esses dois processos funcionam em conjunto de tal modo que o sono provavelmente ocorra quando a pressão do sono (o processo homeostático) estiver elevada e o nível de vigília (o processo circadiano) estiver relativamente baixo. Assim, ao tirar um cochilo à tarde, a pessoa pode ter dificuldade de adormecer naquela noite porque a pressão homeostática do sono está baixa; da mesma forma, se ela vai para a cama cedo após uma má noite de sono, mesmo se a pressão do sono for elevada, a excitação circadiana pode impedir o início do sono.

Alguns estudos, mas não todos, constataram homeostase do sono prejudicada em pessoas com insônia (p. ex., Besset, Villemain, Tafti e Billiard, 1998; Stepanski, Zorick, Roehrs e Roth, 2000). Há uma fal-

ta de consenso semelhante nas pesquisas sobre se as anormalidades do ritmo circadiano cumprem ou não um papel na insônia. As mudanças de estágios induzidos pelo ambiente, tais como as que ocorrem como resultado do trabalho em turnos ou de *jet lag*, podem causar insônia aguda. Também há evidências de que a hiperexcitação, uma noção central nas teorias de insônia que discutiremos a seguir, pode não ser uma questão presente 24 horas por dia para alguns, e sim flutuar de acordo com influências circadianas (Perlis, Smith e Pigeon, 2005).

O sono ao longo da vida

O sono muda ao longo da vida, e isso é muito importante porque influencia as expectativas de resultados dos terapeutas no trabalho com pacientes de diferentes idades. Com a idade, o sono de ondas lentas diminui, enquanto o sono mais leve e os despertares se tornam mais comuns durante a noite toda. Além disso, tanto os processos circadianos quanto os homeostáticos são influenciados pela idade. Por exemplo, o ritmo circadiano se torna cada vez menos sensível a *zeitgebers** como a melatonina e a luz da manhã com a idade (Van Someren, 2000). Durante a adolescência, há uma mudança circadiana bem documentada no sentido de dormir e despertar mais tarde, e a pressão homeostática para adormecer aumenta mais lentamente (Jenni, Achermann e Carskadon, 2005). Esse padrão pode resultar em insônia inicial (dificuldade para adormecer à noite). Na idade adulta média a mais avançada, as mudanças circadianas podem novamente favorecer dormir e despertar cedo, resultando em insônia terminal (despertar cedo pela manhã, com dificuldade para voltar a dormir; Ancoli-Israel, 2009). Junto com os ritmos circadianos, o processo homeostático também apresenta alterações dependentes da idade ao longo da vida. Indivíduos entre 60 e 70 anos tiveram redução na pressão homeostática para dormir e obtiveram menos tempo total de sono (TTS) em relação a membros de um grupo-controle entre 20 e 30 anos (Klerman e Dijk, 2008).

O DIAGNÓSTICO DE INSÔNIA

A seção a seguir descreve considerações de diagnóstico, analisa prevalência e comorbidade, e apresenta vários modelos de insônia que têm influenciado a conceituação das metas de tratamento da TCC-I.

Existem três principais sistemas de classificação para os transtornos do sono: a segunda edição da Classificação Internacional de Transtornos do Sono

* N. de R.T.: palavra alemã que designa os fatores que ajudam a manter o equilíbrio biotemporal.

(*International Classification of Sleep Disorders*, ICSD; American Academy of Sleep Medicine, 2005), os Critérios Diagnósticos de Pesquisa (*Research Diagnostic Criteria*, RDC; Edinger et al., 2004), e o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5; American Psychiatric Association, 2013). Dentro dos critérios do DSM-5, pode-se dar um diagnóstico de insônia quando há queixa subjetiva sobre problemas para adormecer ou permanecer dormindo. Essas dificuldades devem ser associadas a prejuízos durante o dia e não devem ser mais bem explicadas por outra condição médica ou psiquiátrica.

Os critérios diagnósticos para insônia descritos anteriormente foram esclarecidos com critérios quantitativos. Estes requerem que a latência autoavaliada do início do sono (*sleep-onset latency*, SOL) e/ou despertar após o início do sono (*wake after sleep onset*, WASO) deve ser maior do que 30 minutos, durante, pelo menos, três noites por semana, por um período de, pelo menos, seis meses (Lichstein, Durrence, Taylor, Bush e Riedel, 2003). Observe que autoavaliações sobre queixas de insônia bastam para o diagnóstico, sem evidências objetivas de transtornos do sono (ver “Avaliação”, posteriormente).

Prevalência e comorbidade da insônia

Estima-se que cerca de 6% da população adulta geral cumprem os critérios para o diagnóstico formal da insônia baseado no DSM-IV-TR. Aproximadamente 33% da população geral relatam algum sintoma importante de insônia. Além disso, até 12% dos indivíduos na população adulta geral sofrem de sequelas diurnas dos transtornos do sono (Hohagen et al., 1993; Ohayon, 2002). Pesquisas mais recentes sugerem que os custos de saúde relacionados à insônia são consideráveis, independentemente do sistema de diagnóstico usado para defini-la (Roth et al., 2011).

Como a insônia pode ser associada a um amplo leque de problemas médicos e transtornos psicológicos, a edição anterior do DSM (ou seja, o DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000) fez distinções entre insônia *primária* e *secundária* ou comórbida, mas a distinção entre insônia primária e secundária era confusa em função de pesquisas epidemiológicas sugerindo que a insônia poderia ser anterior e predizer transtornos psicológicos (Breslau, Roth, Rosenthal e Andreski, 1996; Ford e Kamerow, 1989). Na verdade, uma conferência sobre o estado da ciência do *National Institutes of Health* (NIH, 2005) concluiu que o termo *secundária* deve ser substituído por *comórbida*, com base em evidências de que a insônia comórbida com outro transtorno provavelmente contribui para a manutenção deste (Harvey, 2001; Smith, Huang e Manber, 2005). Essas

conclusões foram reconhecidas no DSM-5, que não faz distinção entre insônia *primária* e *secundária*, incluindo apenas um “transtorno de insônia”.

Para adultos de mais idade, a insônia costuma ser acompanhada por problemas médicos, o que pode complicar as questões de avaliação e tratamento, aumentando o problema e o custo (Morin et al., 2006). Em um grande estudo epidemiológico, Ford e Kamerow (1989) encontraram uma taxa de comorbidade de cerca de 50% entre a insônia e outros transtornos psicológicos ou problemas médicos; outros estudos produziram uma taxa que chegou a 75% (Lichstein, 2000). Em casos de insônia comórbida, pode ser especialmente importante dar mais atenção empírica e clínica porque parece haver influência cíclica de dificuldades com o sono e problemas médicos ou transtornos psicológicos, com a piora dos transtornos do sono levando a um declínio na saúde geral e agravamento de sintomas psiquiátricos que, por sua vez, agravam os transtornos do sono. Felizmente, as evidências sugerem que a insônia responde a tratamento com TCC-I mesmo que o transtorno que a acompanha não esteja sob controle (Rybarczyk, Lopez, Schelble e Stepanski, 2005). Smith e colaboradores (2005) concluíram que os efeitos do tratamento geralmente vão de moderados a intensos para TCC-I administrada no contexto dos transtornos ou doenças que acompanham a insônia, e são comparáveis aos efeitos do tratamento da insônia primária.

Modelos de insônia

Esta seção começa discutindo uma estrutura geral influente: o modelo de Spielman. Após, passamos a descrever vários modelos de insônia comportamentais, cognitivos e combinados, que ajudam a explicar aspectos específicos da doença que devem ser abordados e tratados em TCC-I.

O modelo de três fatores de Spielman

Este é um modelo de diátese-estresse muitas vezes chamado de modelo de três fatores ou três Ps. De acordo com Spielman, Caruso e Glovinsky (1987), a insônia aguda ou de curto prazo ocorre como resultado de fatores *predisponentes* (p. ex., traços) e fatores *precipitantes* (p. ex., estressores da vida). Assim, essa forma aguda pode se tornar uma doença crônica ou de longo prazo como resultado de fatores *perpetuadores* (p. ex., más estratégias de enfrentamento). Os fatores predisponentes (p. ex., tendência a se preocupar) constituem uma vulnerabilidade para a insônia, e essa vulnerabilidade permanece enquanto o transtorno durar. Os fatores precipitantes desencadeiam insônia aguda, mas sua influência tende a

diminuir com o tempo. Por outro lado, os fatores perpetuadores assumem o controle e mantêm a insônia. A TCC-I tem como alvo esses fatores perpetuadores, procurando reduzir os efeitos aditivos dos fatores predisponentes, precipitantes e perpetuadores até abaixo do limiar do diagnóstico de insônia.

Modelos comportamentais

Um dos mais importantes modelos comportamentais para a insônia é o modelo de controle de estímulos (Bootzin, 1972). Ele se baseia no princípio condicionante de que a insônia ocorre quando a cama ou quarto deixam de ser associados especificamente ao sono, e são associados a muitas respostas possíveis (p. ex., estar desperto e ansioso com relação a não dormir). Como ficará claro mais adiante, neste capítulo, essa teoria levou ao desenvolvimento do *controle de estímulos*, uma intervenção muito eficaz (Morin et al., 2006).

Modelos cognitivos

Algumas das primeiras pesquisas sobre os processos cognitivos em insônia observaram que indivíduos com o problema tendem a superestimar a vigília e a subestimar o tempo total de sono (Bixler, Kales, Leo e Slye, 1973; Carskadon et al., 1976), e os pesquisadores começaram a explorar o papel da excitação cognitiva na insônia (Borkovec, 1982; Lichstein e Rosenthal, 1980). Um trabalho seminal na década de 1990 destacou a importância das crenças inúteis sobre o sono (Morin, 1993) e delineou o conteúdo de pensamentos intrusivos anteriores ao sono (Watts, Coyle e East, 1994; Wicklow e Espie, 2000). A última década marcou o início de um aumento na atenção empírica a outros mecanismos cognitivos da insônia, incluindo a atenção à ameaça e o uso de comportamentos de segurança para dissipar as ameaças percebidas (Espie, 2002; Harvey, 2005; Harvey, Tang e Browning, 2005).

Um modelo cognitivo de insônia pretende especificar os processos cognitivos que servem para perpetuá-la (Harvey, 2002a) e representa um componente importante da TCC-I, como descrito aqui. De acordo com essa concepção, entre os fatores que contribuem para a manutenção da insônia está a seguinte cascata de processos cognitivos que operam durante a noite e o dia: (1) preocupação e ruminação, (2) atenção e monitoramento seletivo, (3) percepção errônea de déficits de sono e diurnos, (4) crenças disfuncionais sobre o sono (baseado em Morin, 1993) e (5) comportamentos de segurança contraproducentes que servem para manter as crenças. Muitas das predições específicas geradas por esse modelo foram testadas empiricamente, levando ao aperfeiçoamento do modelo (Harvey, 2005) e a uma nova abordagem de tratamento com terapia cognitiva que tem suporte pre-

liminar em um ensaio aberto (Harvey, Sharpley, Ree, Stinson e Clark, 2007).

Modelos combinados

O modelo cognitivo-comportamental de insônia de Morin (1993) incorpora variáveis cognitivas, temporais e ambientais como fatores precipitantes e perpetuadores, com a hiperexcitação como fator precipitante fundamental. A seguir, o condicionamento pode agravar essa excitação. Por exemplo, uma pessoa pode associar estímulos temporais (como rotinas para dormir) e ambientais (como o quarto) ao medo de não conseguir dormir, podendo resultar em preocupação e ruminação. Outros fatores perpetuadores podem ocorrer, inclusive, como no modelo cognitivo, fadiga diurna, preocupação e desconforto emocional em função da perda de sono e hábitos mal-adaptativos (p. ex., tempo demais na cama).

Em resumo, o tratamento adequado da insônia visa processos cognitivos e comportamentais para lidar com os seus efeitos que se mantêm mutuamente. Cada um dos modelos examinados anteriormente teve sua influência em conceituar o diagnóstico de insônia e identificar alvos para o tratamento. Na próxima seção, examinaremos as evidências da eficácia da TCC-I como tratamento com múltiplos componentes para insônia.

EVIDÊNCIAS DO TRATAMENTO COM TCC-I

A TCC-I foi estabelecida como um tratamento eficaz em várias metanálises (p. ex., Irwin, Cole e Nicassio, 2006; Montgomery e Dennis, 2003; Morin, Culbert e Schwartz, 1994; Murtagh e Greenwood, 1995) e em uma avaliação com base nas normas do Comitê para Padrões de Prática da *American Academy of Sleep Medicine* (Chesson et al., 1999; Morin et al., 1999), já atualizado (Morin et al., 2006).

Uma série de ensaios clínicos randomizados (ECR) comparou um ou mais componentes da TCC-I entre si e/ou com um placebo. Uma revisão recente concluiu que a TCC-I foi altamente eficaz e teve ganhos sustentáveis em seguimentos de longo prazo, de até 24 meses em amostras com adultos e adultos mais velhos (Morin et al., 2006). Essa revisão usou critérios da Sociedade de Psicologia Clínica da American Psychological Association para tratamentos bem sustentados e com base empírica (Chambless e Hollon, 1998) e concluiu que esses critérios são cumpridos por controle de estímulos, intenção paradoxal, relaxamento, abordagens baseadas em restrição do sono e administração de múltiplos componentes na forma de TCC-I. A intervenção de higiene do sono, por si só, não se mostrou eficaz como tratamento para insônia. A terapia cognitiva é uma nova abordagem promisso-

ra, mas ainda são necessários ensaios randomizados para que possa cumprir os critérios de tratamento empiricamente sustentado.

Existem vários tipos de medicamentos, com ou sem prescrição, que podem ser usados para tratar a insônia (Kryger et al., 2010), incluindo benzodiazepínicos, hipnóticos não benzodiazepínicos (p. ex., zolpidem, zaleplon e zopiclona), antidepressivos (p. ex., trazodona e doxepina) e anti-histamínicos vendidos sem receita (p. ex., difenidramina e doxilamina). No entanto, há evidências de que intervenções não farmacológicas para insônia são mais aceitáveis para os pacientes (Morin, Gaulier, Barry e Kowatch, 1992) e produzem efeitos mais duráveis (Morin et al., 2009; Sivertsen et al., 2006) do que os medicamentos hipnóticos sozinhos. No caso de insônia comórbida, a intervenção ideal aliviaria o problema sem causar interações adversas com outros medicamentos prescritos; portanto, uma intervenção não farmacológica pode ser a melhor opção para esses casos de insônia (Harvey, 2008). Em resumo, a TCC-I parece ser uma intervenção eficaz e promissora para tratar de transtornos do sono, particularmente no caso de insônia comórbida. Na próxima seção, discutiremos os objetivos de

tratamento, *setting* e variáveis terapeuta-paciente que são consideradas quando se administra a TCC-I.

O CONTEXTO DA TERAPIA

Objetivos e estrutura do tratamento

A TCC-I visa atingir e reverter os processos comportamentais e cognitivos que mantêm a insônia, o que é feito em um formato de tempo limitado. O tratamento costuma ter entre seis e oito sessões, cada uma com 50 minutos de duração. Como há várias metas a atingir em um período limitado de tempo, é essencial que o tratamento tenha agenda, objetivos e seja centrado em uma formulação de caso individualizada, formulada para cada paciente.

A estrutura geral do tratamento é ilustrada na Figura 16.1. A primeira sessão explica a lógica e os objetivos do tratamento, elaborando uma formulação de caso e proporcionando psicoeducação sobre sono e insônia. Isso geralmente é seguido por duas a três sessões com ênfase comportamental e 2 a 3 sessões com ênfase cognitiva. No entanto, o terapeuta irá decidir se trabalha com objetivos comportamentais ou metas cognitivas, ou com alguma combinação de ambos, com base na formulação de caso individualizada.

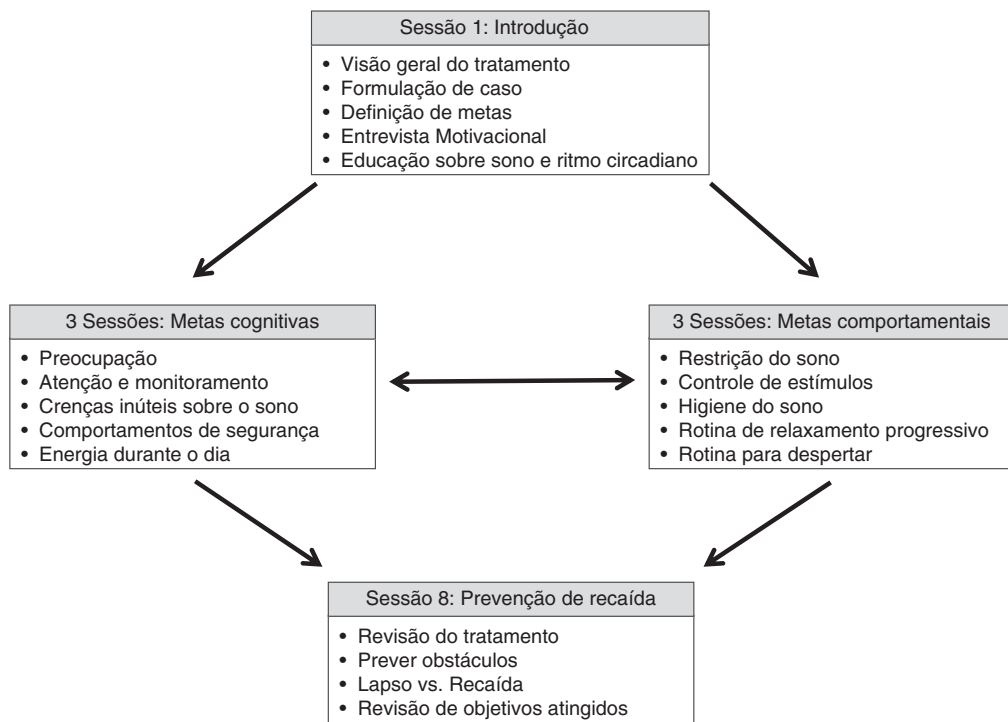


FIGURA 16.1 Fluxograma do tratamento. Observe a liberdade do terapeuta para iniciar com metas comportamentais ou cognitivas, segundo indicado pela conceituação de caso.

Por exemplo, um paciente que se apresente com preocupação excessiva, ruminação, crenças inúteis sobre sono e vários comportamentos de segurança provavelmente se beneficiará de cuidados que comecem com metas cognitivas. Um paciente cujo problema com o sono se caracterize por irregularidade de horários, cochilos diurnos e tempo demais na cama provavelmente se beneficiará de cuidados que comecem com metas comportamentais. A sessão final resume ferramentas aprendidas, além de prever e planejar futuros retrocessos no sono.

Setting

O panorama geral da TCC-I apresentado aqui é um tratamento ambulatorial, aplicado em um *setting* individual, e não de grupo, e as sessões costumam ser semanais. Será útil ao terapeuta ter uma mesa na qual espalhar materiais (diários, folhetos, anotações de pensamentos), com uma calculadora para obter médias semanais de sono e escores de eficiência do sono. O paciente é incentivado a manter todos os materiais relacionados ao tratamento em um fichário ou pasta, e lembrado de trazê-los à sessão semanalmente.

Embora o tratamento seja individual, o contexto social e familiar do ambiente de sono não deve ser ignorado. Os pacientes dormirão com alguém na cama, terão filhos ou animais de estimação que podem interromper o sono e, muitas vezes, o terapeuta terá de improvisar para adaptar as diretrizes de tratamento à vida de pacientes específicos. Usados estrategicamente, os contextos sociais também podem facilitar a adesão ao tratamento e mudanças de comportamento. Incentivar o uso de amigos, família e tecnologia para ajudar na adesão aos princípios do sono – por exemplo, na regularização dos tempos de sono-vigília, restrição do sono e controle de estímulos, todos descritos a seguir – pode ser útil. Muitos pacientes usam alarmes de telefones celulares como lembretes para iniciar um período de relaxamento progressivo ou para acordar na mesma hora todas as manhãs. Da mesma forma, obter o apoio da família e dos amigos para que liguem ou visitem de manhã, de modo a evitar que o paciente durma demais, ou para respeitar um período sem telefonemas na hora anterior a dormir, para promover um relaxamento progressivo, pode ser crucial para o sucesso das estratégias.

Variáveis do paciente

O tratamento descrito aqui é para os indivíduos que apresentam *insônia*, definida como a dificuldade de iniciar o sono ou mantê-lo, pelo menos três noites por semana. Este tratamento é adequado para homens e mulheres. Embora se apresente aqui um tratamento apropriado para adultos, ele pode ser facilmente adap-

tado para adolescentes (Clarke e Harvey, 2012; Harvey, 2009). O tratamento é eficaz para pacientes que apresentem uma variedade de diagnósticos comórbidos, incluindo ansiedade, depressão e outras condições psicológicas, juntamente com uma variedade de comorbidades médicas. É preciso fazer considerações especiais para pacientes com transtorno por uso de álcool e substâncias concomitante, por seus inúmeros efeitos sobre o sono.

Muitos pacientes que se apresentam para tratamento estão tomando medicamentos para dormir, com ou sem prescrição médica, e muitos desses medicamentos são tomados todas as noites. Os pacientes podem desejar reduzir ou cessar o uso desses medicamentos. Existe uma base de evidências para a forma de abordar a interrupção da medicação prescrita, e vários protocolos estão disponíveis para os leitores obterem mais informações (Belleville, Guay, Guay e Morin, 2007; Lichstein et al., 1999). Qualquer alteração de um regime de medicação prescrita é feita em conjunto com quem prescreveu. A interrupção de medicamentos para dormir vendidos sem receita não parece ter efeitos substanciais (Morin, Koetter, Bastien, Ware e Wooten, 2005) e pode ser feita sem a participação de médicos.

Variáveis do terapeuta

É essencial estabelecer uma relação de trabalho conjunto entre médico e paciente. Com empatia e apoio genuínos, uma forte aliança terapeuta-paciente é necessária porque grande parte do tratamento depende do paciente cumprir diferentes recomendações clínicas. Nesse contexto, o papel do terapeuta é de facilitador e solucionador de problemas. Ele dá orientações específicas, instruções e *feedback* corretivo. A terapia é diretiva, orientada a tarefas, e ensina aos pacientes habilidades de solução de problemas para melhorar o sono e lidar com a insônia residual depois de completado o tratamento. Por sua vez, o paciente também se envolve ativamente no processo terapêutico e é responsável pela implementação de procedimentos clínicos.

O tratamento é altamente estruturado e requer tempo, esforço e a realização diligente de exercícios de casa, e isso não pode ser subestimado. Embora alguns procedimentos possam inicialmente parecer simplistas e diretos, o paciente deve ser alertado para o fato de que o cumprimento regular e consistente do programa como um todo, incluindo o exercício de casa, é a chave para um bom resultado.

Muitas vezes, é necessário comparar a abordagem da TCC-I com o tratamento medicamentoso para insônia. É essencial salientar que, com a TCC-I, não há “solução rápida” para insônia crônica. Para evitar

interrupção prematura, o paciente é alertado de que não deve esperar resultados imediatos, após uma ou duas consultas. É necessário um compromisso de 6 a 8 semanas. Esse formato limitado em termos de tempo é enfatizado para maximizar o cumprimento do tratamento. Considerando que a maioria dos pacientes terá sofrido de insônia durante anos, o tempo investido é muito curto.

Também é importante transmitir uma sensação de esperança e apresentar um modelo de atitude positiva, mas realista, em relação aos resultados. Uma má noite de sono ocasional, principalmente se associada a um fator de estresse, é normal e deve ser prevista. Além disso, é importante ressaltar que um dos objetivos do tratamento é equipar o paciente com ferramentas e métodos para continuar melhorando o sono quando a terapia terminar.

Por fim, os terapeutas trabalham com os pacientes para incentivar um sistema de recompensas regulares e reforço positivo para facilitar a mudança de comportamento. Os pacientes podem ser motivados a cumprir as recomendações do tratamento por meio de pequenas recompensas diárias, tais como uma ida à cafeteria pela manhã ou tomar um banho agradável. Da mesma forma, os terapeutas devem destacar os êxitos nas sessões, em vez dos fracassos. Por exemplo, se o diário do sono semanal de um paciente revelar que houve sextas em quatro de sete dias, elogia-se o paciente pelos três dias em que *não* houve sexta, e se pode fazer uma análise funcional de como as sextas foram evitadas. Ressalte parâmetros noturnos de sono positivos (p. ex., menos tempo para pegar no sono ou menos vigília noturna) em dias em que não houve sexta.

AVALIAÇÃO

Estimativas subjetivas

Como fica claro a partir dos critérios do DSM-5, a insônia é definida subjetivamente. Assim, coletam-se três níveis de dados sobre o sono dos pacientes durante uma autoavaliação para identificar insônia (ver Buysse, Ancoli-Israel, Edinger, Lichstein e Morin, 2006, para obter mais informações sobre a avaliação de insônia). Em primeiro lugar, levanta-se o histórico clínico do sono para avaliar os critérios de diagnóstico e a presença de problemas comórbidos. A informação coletada inclui duração, frequência e gravidade dos problemas noturnos do sono, incluindo estimativas de parâmetros fundamentais de sono: SOL, número de despertares após o início do sono, quantidade total de tempo desperto após o início do sono, TST, e uma estimativa da qualidade do sono (SQ). Coletam-se informações sobre o início e a duração da insônia e o tipo de sintomas (ou seja, início do sono, manuten-

ção do sono, problema para acordar cedo de manhã ou combinações destes). É fundamental fazer uma descrição de correlatos e consequências diurnas da insônia. Além disso, também é importante obter informações sobre medicações (com ou sem prescrição) e identificar a presença de transtornos psicológicos e problemas médicos comórbidos (incluindo outros transtornos do sono).

Em segundo lugar, podem-se usar uma ou mais medidas validadas para indexar a existência e a gravidade dos transtornos do sono (p. ex., Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh; Buysse, Reynolds, Monk, Berman e Kupfer, 1989), insônia (p. ex., *Insomnia Severity Index*; Bastien, Vallieres e Morin, 2001) e sonolência diurna (p. ex., *Stanford Sleepiness Scale*; Hoddes, Zarcone, Smythe, Phillips e Dement, 1973). A *Duke Structured Interview for Sleep Disorders* (Edinger et al., 2009), uma entrevista semiestruturada que avalia critérios de diagnóstico de pesquisa para transtornos de sono, também pode ser usada para estabelecer diagnósticos de transtornos do sono.

Em terceiro lugar, pedir que o paciente preencha um diário do sono (Carney et al., 2012) todas as manhãs, assim que acordar, durante duas semanas pode fornecer estimativas de sono. Um diário do sono oferece uma variedade de informações, incluindo variação, noite por noite, das dificuldades para dormir e padrões de sono e vigília, e pode ser usado para determinar a existência de problemas no ritmo circadiano, como um estágio atrasado do sono ou um estágio avançado do sono. Além disso, os diários do sono reduzem vários problemas associados aos métodos que acabamos de discutir, que dependem de relatos retrospectivos, como responder com base em saliência (ou seja, a pior noite) ou recência (i. e., a noite passada) (Smith, Nowakowski, Soeffing, Orff e Perlis, 2003). Curiosamente, o “aumento da percepção” sobre os padrões de sono facilitado pelo diário pode reduzir a ansiedade pela perda de sono e, assim, contribuir para um sono melhor (Morin, 1993, p. 71). A Figura 16.2 apresenta uma amostra de diário do sono.

Estimativas de objetivos

A polissonografia (PSG) é usada para classificar o sono em vários estágios, com a colocação de eletrodos de superfície no couro cabeludo e no rosto para medir a atividade elétrica do cérebro, o movimento dos olhos e o tônus muscular. Os dados obtidos são usados para classificar cada período por estágios do sono e em termos de ciclos de sono (NREM e REM). Entre as desvantagens da PSG estão o custo, o desconforto para os participantes e sua alta demanda por mão de obra.

De manhã, preencha as informações sobre a noite . . . diários	Tarçafara 25/3	— / —	— / —	— / —	— / —	— / —	— / —
1. Ontem, eu cochilei das ____ às ____ (Observe os tempos de todos os cochilos.)	13:30 àe 14:30						
2. Ontem, tomei ____ mg de medicação e/ou ____ ml de álcool para ajudar a dormir.	Zolpidem 5 mg						
3. Na noite passada, eu fui para a cama e apaguei a luz às ____ horas.	22:45 23:15						
4. Depois de apagar a luz, eu peguei no sono em ____ minutos.	40 min.						
5. Meu sono foi interrompido ____ vezes. (Especifique o número de despertares noturnos.)	3						
6. Meu sono foi interrompido por ____ minutos. (Especifique a duração de cada despertar.)	10 45						
7. Na noite passada, eu levantei da cama ____ vezes.	3						
8. Hoje de manhã, eu realmente acordei às ____ horas. (Anote a hora do último despertar.)	06h15						
9. Esta manhã, eu tinha planejado despertar às ____ horas. (Ou deixe em branco se você não planejou um horário específico.)							
10. Esta manhã, eu realmente levantei da cama às ____ horas (especifique a hora).	06h40						
11. Quando me levantei esta manhã eu me sentia _____. (Responda segundo uma escala de 1 a 5: 1 = <i>Exausto</i> , 5 = <i>Revigorado</i> .)	2						
12. Em geral, o meu sono na noite passada foi _____. (Responda segundo uma escala de 1 a 5: 1 = <i>Inquieto</i> , 5 = <i>Muito pesado</i> .)	3						

FIGURA 16.2 Amostra de diário do sono.

Embora não seja necessária para a avaliação de rotina da insônia (Reite, Buysse, Reynolds e Mendelson, 1995), a PSG é importante se houver suspeita de transtorno do sono comórbido, como apnéia do sono ou transtorno do movimento periódico dos membros.

A actigrafia é outra forma de se obter uma estimativa objetiva de sono. Um actígrafo é um pequeno dispositivo de pulso que contém um sensor, um processador e uma memória. O sensor coleta amostras de movimento físico, que podem ser baixadas e analisadas para gerar várias estimativas sobre parâmetros do sono, embora não consiga diferenciar os estágios do sono. A correlação entre estimativas de TST definidas por actigrafia e polissonografia é bastante forte, variando entre 0,88 e 0,97 em adultos não pacientes (Jean-Louis et al., 1997). É interessante notar, no entanto, que a validação por actigrafia para pacientes com insônia tem tido sucesso variável. A actigrafia parece ser menos precisa em populações com sono fragmentado (Paquet, Kawinska e Carrier, 2007) e em períodos de vigília tranquila, tais como o período de início do sono (Lichstein et al., 2006). Vários estudos já documentaram que a actigrafia tem uma tendência a superestimar o TST e subestimar o tempo acordado durante o sono na insônia (Lichstein et al., 2006; Vallieres e Morin, 2003). Assim, embora não seja necessária para a avaliação da insônia e possa superestimar o TST, a actigrafia proporciona uma visão geral do ciclo vigília-sono de uma forma minimamente invasiva (Morgenthaler et al., 2007).

APRESENTANDO O TRATAMENTO

Após avaliar o histórico e a gravidade da insônia e coletar de 7 a 14 dias de dados diários, deve-se agendar uma primeira sessão de tratamento com o paciente. Essa primeira sessão inclui vários componentes importantes do tratamento: apresentar uma visão geral e a fundamentação do tratamento, obter uma formulação de caso individualizada e instruir o paciente sobre processos básicos do sono. Após essa sessão inicial, os processos comportamentais e cognitivos são tratados de forma seletiva. O tratamento termina com uma revisão das ferramentas e foco na prevenção de recaída.

Visão geral do tratamento

Como primeira introdução ao tratamento, o terapeuta apresenta uma visão geral da terapia na primeira sessão, que pode ter o seguinte formato:

“O tratamento que você vai receber se chama terapia cognitivo-comportamental para o sono (resumindo, TCC). A TCC é uma intervenção psicológica projetada para ajudá-lo a alterar

alguns comportamentos (hábitos de sono, horários de sono) e pensamentos e crenças (preocupações com insônia e suas consequências) que contribuem e perpetuam seu problema de sono. Estes são escolhidos como alvo porque a pesquisa mostra que essa é uma estratégia eficaz. As principais características da TCC para insônia são ser focada no sono, ser relativamente breve em comparação com outros tipos de psicoterapia, e você cumprir um papel muito ativo no seu próprio tratamento. O tratamento envolverá 6 a 8 sessões individuais semanais, com duração de 50 minutos. A principal pauta de cada uma destas sessões incluirá repassar seu diário de sono da semana anterior e dar recomendações práticas e exercícios de casa para facilitar a mudança de hábitos de sono, horários, crenças, pensamentos, e assim por diante, e ajudá-lo a resolver problemas que possam interferir em seu progresso e nos exercícios de casa. O principal objetivo é ajudá-lo a melhorar seu sono e seu funcionamento diurno. Para atingir essas metas, você receberá orientação direta, mas será responsável pela implementação das recomendações em casa.”

Depois de apresentar essa visão geral, o terapeuta fornece mais informações sobre como a intervenção foi desenvolvida e sua eficácia clínica. Essa informação é útil para aumentar a credibilidade do tratamento e induzir um sentimento de esperança em pacientes que tenham insônia há muito tempo, enquanto alerta outros contra expectativas de mudanças rápidas em seu sono.

“Este tratamento foi desenvolvido por psicólogos como alternativa às terapias medicamentosas. Ele é baseado em pesquisa clínica e foi testado amplamente em todo o mundo. O tratamento se mostrou eficaz com centenas de indivíduos que sofrem de problemas de insônia semelhantes ao seu. Ele vai ajudar a melhorar o seu sono e, mais importante, desenvolver habilidades de autogerenciamento para recuperar o controle do sono e lidar de forma mais adaptativa com dificuldades ocasionais para dormir, que podem ocorrer mesmo após este programa terminar. Embora possa demorar mais tempo para melhorar o seu sono com esta abordagem do que com a medicação, as pesquisas mostraram que a TCC produz melhorias no sono que se mantêm por muito tempo depois de concluído o tratamento.”

Os terapeutas devem enfatizar a natureza colaborativa e a importância do exercício de casa como alicerces fundamentais do tratamento. A pedra an-

gular desta abordagem, que é comum à maioria das TCCs, é que o paciente assume um papel ativo em seu tratamento. Assim, ele é incentivado a desenvolver novas habilidades para alcançar um melhor controle de seu sono.

O diário do sono é um requisito essencial do tratamento, e isso fica muito claro na primeira sessão. Os terapeutas explicam que o diário é importante para (1) documentar a natureza e a gravidade do problema inicial de sono; (2) avaliar variações nos padrões de sono a cada noite e identificar os fatores que contribuem para um sono melhor ou pior, (3) monitorar o progresso do tratamento e (4) avaliar o cumprimento dos procedimentos de tratamento. O tratamento pode se tornar difícil se um paciente não monitorar seu sono ou se esquecer de trazer o diário. Como o descumprimento do automonitoramento provavelmente está relacionado ao descumprimento de procedimentos de tratamento, os terapeutas devem abordar essa questão diretamente se ela tornar um problema. Não é necessário que o paciente controle o relógio para apresentar horas precisas, bastando uma ideia sobre o tempo de sono. Caso se esqueçam de fazer o automonitoramento em determinado dia, os pacientes não devem voltar e estimar parâmetros do sono retrospectivamente. O cumprimento do diário costuma ser reforçado quando tempo e lugar de preenchimento são identificados. Por exemplo, paciente e terapeuta podem discutir uma hora (café da manhã) e um lugar (cozinha) para o preenchimento do diário.

Análise funcional e formulação de caso

Para obter uma formulação de caso, terapeuta e paciente discutem frequência, intensidade e duração da insônia, e seus antecedentes. Avaliam comportamentos e consequências relacionados ao sono: antes de ir para a cama (p. ex., rotina para dormir), durante a noite (p. ex., telefone celular fica ligado), ao acordar (sonolência, letargia, etc) e durante o dia (uso de cafeína, tirar cochilos). A relação entre pensamentos, emoções e comportamentos específicos do sono é mapeada durante toda a noite e todo o dia. A Figura 16.3 é um exemplo de formulário de conceituação de caso para o período da noite.

A formulação de caso visa provocar a curiosidade do paciente sobre seu sono e começar a formar uma imagem do que está acontecendo. O terapeuta pode introduzir o seguinte exercício:

“Para planejar as nossas sessões, seria útil obter uma imagem muito detalhada de sua experiência com a insônia, quase como colocar o seu sono em um microscópio. Nós fazemos

isso identificando uma noite típica recente e um dia típico recente. Eu vou fazer muitas perguntas sobre cada um deles para ter uma noção do tipo de coisa que está acontecendo. É como uma impressão digital: cada pessoa é um pouco diferente, de forma que o tratamento precisa ser um pouco diferente. Pode ser?”

O primeiro passo é ajudar o paciente a escolher um exemplo recente *muito específico* de “episódio de insônia” durante a noite. Certifique-se de elaborar apenas um modelo de cada vez (ou seja, dia ou noite). Um episódio muito específico é uma situação que aconteceu em determinado dia e em determinada hora. Certifique-se de conferir regularmente para garantir que a noite seja típica. Às vezes, a noite ou o dia selecionados não são típicos ou não foram muito desconfortáveis. O terapeuta deve parar esse modelo assim que isso ficar visível e começar de novo com uma noite típica e desconfortável. Entre os exemplos de alguns episódios recentes muito específicos, podem estar “na noite da última terça-feira eu trabalhei até a 1 hora da manhã e depois não consegui dormir” ou “na sexta-feira, no trabalho, eu tive um dia horrível, me senti mal, tinha uma aparência horrível e um desempenho ruim”. Passe alguns minutos fazendo perguntas para coletar informações, com o objetivo de explorar o conteúdo do modelo diurno ou noturno. O objetivo desta discussão inicial é obter uma descrição muito detalhada sobre o que aconteceu *exatamente*, e as consequências disso.

O que segue é um exemplo de um paciente que acordou às 2 horas da manhã (Fig. 16.3):

TERAPEUTA: O que acordou você?

PACIENTE: Não sei.

TERAPEUTA: Como você sabia que horas eram?

PACIENTE: Eu olhei no relógio e vi que eram 2 horas.

TERAPEUTA: Quando você olhou para o relógio e percebeu que eram 2 horas, o que passou pela cabeça?

PACIENTE: Eu pensei: “Meu Deus!”

TERAPEUTA: OK, então você olhou o relógio e percebeu que eram 2 horas e pensou: “Meu Deus!” Você pode me contar mais? O que você quer dizer com “Meu Deus”?

PACIENTE: Meu Deus, não vou dar conta amanhã, tenho um dia tão cheio, com tanta coisa para fazer!

TERAPEUTA: Então, quando você pensou “Meu Deus, tenho um dia tão cheio, com tanta coisa para fazer”, como se sentiu?

PACIENTE: Muito ansioso.

Antecedentes

Típica quinta-feira, nada de anormal

↓

Situação

Acordei às 2:00

↓

Pensamentos

Meu Deus, são 2 horas! Eu não vou conseguir dar conta da vida amanhã, e eu tenho um dia tão cheio, com tanta coisa para fazer!

↓

Sentimentos e excitação

Ansioso

Frustrado

Assustado

↓

Monitoramento

Olhei o relógio

Notei tensão no pescoço

Notei pálpebras não pesadas

↓

Comportamentos/ respostas de segurança

Fiquei na cama

Liguei a televisão

Resultado:

Tudo isso dificultou voltar a dormir!

FIGURA 16.3 Formulário de conceituação de caso preenchido para a noite.

Baseando-se em um trabalho clássico sobre o desenvolvimento de tratamento, da equipe de David M. Clark (Clark et al., 1999, 2006), as perguntas a seguir são úteis para formular o modelo. Seguem perguntas para modelos noturnos, com perguntas análogas para o dia, entre colchetes []:

Para identificar pensamentos negativos:

- “O que passou pela sua cabeça/no que você estava pensando antes de ir para a cama [ao acordar], ao ir para a cama [ao se preparar para o dia], e quando você percebeu que não estava pegando no sono [não estava tendo um bom desempenho]?”
- “O que você achou que aconteceria como resultado disso?”
- “O que isso significaria? O que seria tão ruim nisso?”

Para identificar comportamentos de segurança:

- “Ao pensar que X poderia acontecer, você fez algo para tentar impedir isso?”
- “Você faz alguma coisa para garantir que vai pegar no sono [ter um bom desempenho durante o dia]?”

Para identificar sentimentos:

- “Quando você está com medo de que X aconteça, o que percebe acontecer em seu corpo?”
- “Que tipo de emoções você sente quando pensa em X?”
- “E o seu nível de energia?”

Para identificar o monitoramento:

- “Como você sabia que X iria acontecer?”
- “Como você determinou ou mediu o quão perto estava de pegar no sono ou que horas eram [que você estava se sentindo tão cansado]?”
- “Como você monitora/mede quando a insônia voltou?”
- “Como você sabe que não pegou no sono [ainda estava cansado]?”

É importante que o terapeuta faça perguntas para ilustrar a relação cíclica entre pensamentos, sentimentos e comportamentos que muitas vezes fica clara na insônia. Essas perguntas se concentram nas setas. Muitas vezes, é importante conectar *monitoramento* e *comportamentos de segurança* com pensamentos. Aqui estão algumas perguntas que ajudarão:

Para conectar pensamentos, sentimentos e comportamentos:

- “Quando está se concentrando em (dar exemplos de monitoramento, como olhar o relógio),

quais pensamentos ocorrem? Passa alguma coisa pela sua mente?”

- “Quando está se concentrando em (dar exemplos de comportamentos de segurança, como ficar na cama por longos períodos), como isso influencia sua volta a dormir?”
- “Quando você monitora essas coisas (quando enfrenta fazendo X), isso ajuda a se preocupar menos ou desencadeia mais preocupações?”

Identificando as consequências:

- “Observar a fadiga e a tensão tem qualquer consequência para o seu [dia]?”
- “Esses pensamentos, emoções e comportamentos tiveram alguma consequência sobre você voltar a dormir [como foi o resto do seu dia]?”

Uma vez que o modelo foi formulado, o terapeuta descreve a *versão personalizada* ao paciente, pede *feedback* e reações. O terapeuta pode dizer o seguinte:

“Isso foi muito útil. Deixe eu mostrar o que escrevi aqui, e gostaria que você me desse um *feedback* sobre quais partes entendi e quais partes que compreendi mal. Isso é muito semelhante ao que encontramos muitas vezes. Esses tipos de pensamentos [citar alguns] parecem levar a esses tipos de sentimentos [citá-los]. Juntos, eles dificultam o sono. Além disso, os pensamentos e sentimentos podem nos colocar em um estado de vigilância. Começamos a monitorar o ambiente e nossos corpos [dê alguns exemplos de tipos de monitoramento que o paciente faz], o que muitas vezes provoca mais pensamentos, o que, por sua vez, desencadeia mais sentimentos. Então, muito compreensivelmente, tentamos lidar com isso fazendo coisas como [citar alguns dos comportamentos de segurança]. Agora, alguns deles realmente podem ser úteis para voltarmos a dormir, mas, por vezes, durante o tratamento, testamos até onde eles são úteis fazendo um experimento, verificando duas vezes. É por isso que nós os chamamos de comportamentos de segurança. Comportamentos de segurança são coisas que as pessoas fazem para tentar corrigir o problema que têm, mas que, inadvertidamente, às vezes contribuem para o problema. Podemos testar se esses comportamentos são úteis ou inúteis. Como esse modelo se encaixa em você?”

Quando o modelo tiver sido concluído, é importante perguntar aos pacientes se eles podem pensar em maneiras de intervir. Se uma área for identificada, trace uma linha dupla entre as setas de manutenção para representar visualmente a quebra do ciclo. Na

maioria das vezes, os pacientes não conseguem apresentar formas de intervir, de modo que o terapeuta pode ajudar, dizendo algo como o seguinte:

“Eu sugiro que um dos nossos alvos seja esses pensamentos... se conseguirmos mudá-los, vamos mudar os seus sentimentos. Só isso já vai ser muito útil para ajudar a voltar a dormir. Além disso, também vamos objetivar o monitoramento. Quando mudamos o monitoramento, as pessoas normalmente se sentem muito mais relaxadas e dormem muito melhor. Então, como já disse, se você estiver interessado, vamos testar com experimentos as coisas que você está fazendo para lidar com a situação agora, para ver se algumas estão alimentando o ciclo.”

Resuma, salientando que uma mudança em uma ou mais partes do ciclo de perpetuação mudará o sistema.

Definição de Objetivos

Uma vez que a conceituação de caso/os modelos de insônia estiverem formulados, os objetivos específicos são identificados e anotados na sessão, de forma colaborativa. Os objetivos são claramente indicados (p. ex., “pegar no sono em 30 minutos todas as noites” em vez de “pegar no sono rapidamente à noite”) e viáveis (p. ex., “dormir à noite toda, apenas com vários despertares breves” em vez de “dormir durante a noite sem acordar”, já que o último não é biologicamente viável). Terapeutas e pacientes podem estabelecer objetivos para o período noturno (adormecer, permanecer dormindo, avançar a hora de dormir) e para o diurno (aumento da energia, reduzir o consumo de cafeína). Os objetivos são revisitados brevemente na metade e na conclusão do tratamento.

Os objetivos da terapia são definidos na primeira sessão, mas podem precisar ser reavaliados e reajustados periodicamente à medida que a intervenção se desenrola. É importante estabelecer objetivos realistas, operacionais e bem definidos. A definição de objetivos é útil para manter a terapia no foco. Ao estabelecer objetivos bem definidos, a aliança terapêutica permanece orientada para as necessidades e desejos do paciente, e minimiza o desvio para aspectos irrelevantes. Isso também fornece informações úteis sobre as expectativas do sono do paciente, que, às vezes, precisa ser ajustada durante o processo de definição de objetivos.

Entrevista Motivacional

A Entrevista Motivacional (EM) é um método de comunicação que enfatiza aceitar o paciente como indivíduo, evitando dar lições e se concentrando no processo de evocar e moldar a linguagem em favor

da mudança (ou seja, “conversa sobre mudança”; Miller e Rollnick, 2002). A EM também inclui revisões regulares e diretas das vantagens e desvantagens percebidas da mudança, pois muitos comportamentos que interferem/são incompatíveis com o sono são gratificantes.

É feita uma revisão direta de vantagens e desvantagens percebidas da mudança. Por exemplo, os pacientes muitas vezes têm dificuldades de acordar na mesma hora em dias de semana e fins de semana. Permitir que o paciente evoque vantagens e desvantagens com orientação do terapeuta facilita a mudança de comportamento. A EM é usada novamente em sessões futuras na medida em que são introduzidas estratégias adicionais.

Instrução sobre o sono e o ritmo circadiano

É apresentada ao paciente a instrução sobre o ritmo circadiano e o impulso homeostático do sono (consulte a seção anterior, “Sono e insônia”). Isso ressalta dois pontos: (1) ir para a cama e acordar na mesma hora todos os dias ajuda o ritmo circadiano a se adaptar ao ciclo sono-vigília de 24 horas; e (2) períodos de cochilo diurno perturbam o acúmulo natural de pressão homeostática do sono. Indivíduos de todas as idades também podem se beneficiar da educação sobre mudanças específicas no sono durante toda a vida. Na adolescência e no início da idade adulta, entender a mudança biológica rumo a horários mais tardios para dormir e acordar, decorrentes da puberdade, é útil para a intervenção posterior. Da mesma forma, pode precisar de muito tempo para estabelecer as bases para a intervenção, explicando aos adultos que o sono fica mais leve e mais fragmentado com a idade e que as necessidades de sono mudam, de modo que sete horas de sono por noite podem ser suficientes.

COMPONENTES COMPORTAMENTAIS

Restrição de sono

A restrição do sono, como foi formulada por Spielman e colaboradores (1987), baseia-se na premissa geral de que o tempo na cama deve ser limitado para maximizar o impulso do sono, para que a associação entre cama e dormir seja reforçada. Esse tratamento comportamental começa com uma redução do tempo passado na cama, para que seja equivalente ao tempo que o paciente estima passar dormindo. Assim, por exemplo, se um indivíduo dorme cerca de seis horas por noite (em média, durante toda a semana, com base em diários de sono), mas normalmente passa cerca de duas horas a mais tentando pegar no sono, a terapia de restrição do sono começaria, limitando o tempo na cama a 6 horas. Essa redução inicial no tempo passado na cama se destina a aumentar o impulso homeostático

do sono (Perlis e Lichtenstein, 2003) e reduzir a associação entre cama e vigília. Após essa restrição, o sono vai se tornando mais eficiente, quando, então, aumenta gradualmente o tempo passado na cama.

Os terapeutas começam a restrição do sono calculando TST, tempo na cama e *eficiência do sono* com base no diário do sono da semana anterior. A *eficiência do sono* é o TST dividido pelo tempo passado na cama, multiplicada por 100 para formar uma porcentagem. Assim, no exemplo anterior, se o paciente dorme uma média de 6 horas por noite durante a semana e passa uma média de 8 horas na cama, a eficiência do sono para a semana será de $(6 \div 8) \times 100$, ou 75%. O objetivo é aumentar a eficiência do sono para mais de 85-90%. O terapeuta deve definir uma *janela do sono* igual ao TST da semana anterior (6 horas), escolhendo uma hora para dormir e uma hora para acordar com o paciente (p. ex., da meia-noite até às 6 horas da manhã). Quando a eficiência do sono atingir 85%, paciente e terapeuta podem ampliar gradualmente a janela (p. ex., em 30 minutos por semana) em direção a um tempo ideal de sono.

Os pacientes muitas vezes hesitam em implementar a restrição do sono. Muitos indivíduos com insônia acreditam que precisam passar uma grande parte do tempo na cama para conseguir obter uma quantidade mínima de sono. Outros, ainda, preocupam-se com a privação do sono no curto prazo que a restrição do sono provavelmente implicará, afinal, os pacientes se apresentam com o desejo de obter *mais* sono, e a restrição do sono é uma estratégia que, no curto prazo, provavelmente dará *menos*. Explique ao paciente que seu cérebro e seu corpo desenvolveram hábitos que levam a tempo acordado na cama e baixa eficiência do sono. A restrição do sono é a maneira mais eficaz para melhorar a eficiência do sono ao consolidar o tempo de sono. Diga ao paciente que, embora inicialmente ele possa não dormir mais, sua qualidade e sua eficiência do sono provavelmente vão melhorar. Esses são os primeiros passos para solucionar problemas de sono. Tranquelize o paciente de que, à medida que sua eficiência do sono melhora, você irá ampliar a *janela do sono* para possibilitar mais tempo na cama.

Controle de estímulos

A fundamentação da terapia de controle de estímulos reside na noção de que a insônia é resultado do condicionamento que ocorre quando a cama passa a ser associada à incapacidade de dormir. A cama, a hora de dormir e o quarto perderam suas propriedades anteriormente associadas ao sono, e o principal objetivo terapêutico é restabelecer ou fortalecer as associações entre o sono e as condições de estímulo nas quais ele

normalmente ocorre. Conforme descrito por Bootzin, Epstein e Wood (1991), o controle de estímulos exige que os pacientes cumpram uma série de recomendações de comportamento específicas. Essas recomendações, juntamente com sugestões para sua introdução, são descritas a seguir.

- *Só vá para a cama quando estiver com sono.* Para restabelecer a associação entre a cama e o sono, os pacientes são orientados a ir para a cama e ficar nela somente quando estiverem sonolentos e quando dormir for iminente. Os terapeutas explicam que *sonolento* é diferente de *cansado* e que, embora um indivíduo possa se sentir cansado à noite, ele deve esperar até ter sono antes de ir para a cama. Note que, se uma janela de sono foi definida como parte da restrição de sono (descrita anteriormente), o paciente é instruído a *permanecer acordado* até o início da janela do sono, mesmo que se sinta sonolento.
- *Saia da cama se não conseguir pegar no sono.* Como o tempo passado acordado na cama muitas vezes pode ser associado a preocupação, ruminação, e excitação, os pacientes são instruídos a sair da cama se não adormecerem dentro de 15 a 20 minutos, e a só voltarem quando se sentirem sonolentos. Isso pode ser introduzido na sessão da seguinte forma:

“Se você não conseguir pegar no sono ou voltar a dormir dentro de 15 a 20 minutos, saia da cama, vá para outra sala e faça uma atividade tranquila que considere relaxante. Você pode ler, ouvir música, fazer palavras cruzadas ou encontrar outra coisa que não seja excitante. Volte para a cama somente quando estiver com sono, e repita essa etapa quantas vezes for necessário durante toda a noite. Portanto, a qualquer hora em que você acordar e ficar acordado por mais de 20 minutos, saia da cama e vá para outro quarto. Esse regime vai ajudar a reassociar sua cama/seu quarto a adormecer rapidamente.”
- Os terapeutas podem discutir ideias para atividades de relaxamento com os pacientes e anotá-las em sessão, ouvindo atentamente para identificar e desencorajar atividades potencialmente estimulantes (navegar na internet, assistir a certos programas de televisão, limpar a casa). Enfatize aos pacientes que será difícil cumprir essa recomendação. Incentive-os a deixar roupas quentes ao lado da cama para aumentar o desejo de sair dela. Discuta com pacientes que vivem em quitinetes ou quartos

individuais a possibilidade de encontrarem outro lugar (uma cadeira ou almofada no chão) aonde ir quando saírem da cama.

- *Reserve o quarto para dormir e fazer sexo.* Elimine todas as atividades incompatíveis com o sono (conversas perturbadoras, estudo, televisão) da cama e do quarto. Muitos indivíduos vão para a cama cedo e leem ou assistem à televisão para facilitar o início do sono, mas lembre os pacientes de que esse tempo passado acordado na cama dilui a associação entre cama e dormir.
- *Recomende não tirar cochilos/segundas.* Explique aos pacientes que os cochilos podem compensar a pressão homeostática do sono, dificultando adormecer ou permanecer dormindo à noite. Muitas vezes, pode ser útil apontar exemplos específicos nos diários do sono onde um cochilo durante o dia causou mais dificuldade de dormir ou mais vigília durante toda a noite, para ilustrar essa questão. Se os pacientes fazem segundas regulares a determinada hora, ajude-os a pensar em atividades que possam ser programadas como alternativa. Diga que, embora possam parecer úteis no curto prazo, os cochilos podem perturbar os ritmos de sono-vigília e perpetuar a insônia no longo prazo.

Higiene do sono

Informações sobre o sono e comportamentos incompatíveis com ele, bem como as consequências diurnas das perturbações no sono, muitas vezes são fornecidas para informar os pacientes sobre os passos básicos que eles podem dar para dormir melhor. As intervenções direcionadas à higiene do sono são de natureza comportamental e têm como alvo rotinas incompatíveis com dormir. As intervenções de higiene do sono geralmente incluem os seguintes componentes (Morin e Espie 2003). Primeiro, o paciente é educado sobre os efeitos prejudiciais ao sono causados por álcool, tabaco e cafeína e é incentivado a evitar a cafeína à noite e álcool/tabaco na hora de dormir. Os pacientes são incentivados a fazer um pequeno lanche antes de dormir, mas evitar refeições pesadas. Da mesma forma, sabe-se que o exercício aumenta a continuidade e a qualidade do sono, e ele é recomendado para o paciente; fazer exercícios algumas horas antes de deitar, no entanto, pode atrasar o início do sono. Por fim, o paciente é incentivado a manter o ambiente do quarto silencioso, escuro e fresco. Embora a educação para a higiene do sono costume ser incluída como um componente da TCC-I, seu uso como única intervenção no tratamento da insônia não tem sustentação empírica (Morin et al., 2006).

Relaxamento progressivo, despertar e regularidade

Rotina de relaxamento progressivo

Os pacientes precisam de ajuda para planejar um relaxamento progressivo de 30 a 60 minutos, na qual são introduzidas atividades relaxantes, que melhoram o sono, em condições de pouca luz. Uma rotina de relaxamento progressivo regular é benéfica em vários aspectos: promove relaxamento, aumenta associações positivas com a cama/hora de dormir e, quando feita em condições de pouca luz, ajuda o avanço do ritmo circadiano em pacientes que são “pessoas da noite”, mantendo a indução ao sono (Wyatt, Stepanski e Kirkby, 2006). Atividades incentivadas na rotina de relaxamento progressivo incluem leitura, aparência/higiene, banho, fazer palavras cruzadas leves, ouvir música suave e outras atividades de relaxamento que o paciente escolha. Uma questão central é o uso de mídia interativa eletrônica (navegar na internet, usar telefone celular, redes sociais). Embora possam reconhecer que essas atividades são estimulantes, os pacientes podem relutar em abrir mão delas no período antes de dormir. A EM pode ser útil, uma vez que muitos pacientes estão isolados socialmente e dependem da interação social via internet antes de dormir. Um experimento comportamental que se estende pela semana (p. ex., três noites com hora de dormir “normal”, seguidas por três noites com uma “rotina de relaxamento progressivo”, com classificações diárias de relaxamento antes de deitar e SOL) pode *ilustrar* os efeitos de uma boa rotina de relaxamento progressivo para melhorar o sono (Harvey e Talbot, 2012a). Muitos pacientes escolhem voluntariamente um “toque de recolher” eletrônico e uma hora em que o relaxamento progressivo terá início, optando por usar o alarme de um telefone celular como lembrete.

Rotina para despertar

Como mencionado anteriormente, os pacientes se beneficiam da instrução sobre a inércia do sono ao acordar e sobre comportamentos que podem aumentá-la ou diminuí-la. Os comportamentos úteis para conter a inércia do sono incluem não apertar o botão “soneca” do despertador, exposição à luz solar ao acordar (p. ex., abrir as cortinas para deixar entrar a luz do sol, tomar café da manhã ao ar livre), estimular a atividade física de manhã, tomar banho, ouvir música agitada e incentivar o contato social. Recomendações comportamentais podem ser introduzidas para combater o desejo de dormir mais, incluindo a colocação de um despertador longe da cama para que seja necessário levantar para desligá-lo e fazer a cama para reduzir o incentivo

a voltar para ela. Incentivos de parentes e amigos também podem ajudar a pessoa a cumprir a hora de despertar.

Regularizar e mudar horas de dormir e acordar

A regularização das horas de dormir e acordar ao longo da semana pode ser uma intervenção útil, principalmente se a variabilidade de horários parecer ser uma característica importante da perturbação do sono. É fundamental construir motivação para o paciente acordar na mesma hora, inclusive nos fins de semana (Crowley e Carskadon, 2010). Isso promove sonolência constante à noite, especialmente quando se evitam sestas.

Costuma ser útil comparar a variabilidade de horários com o fenômeno do *jet lag*, como segue:

TERAPEUTA: Você já teve *jet lag*?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Quando foi a última vez?

PACIENTE: Ah, eu acho que foi na última vez que voei para o Leste, para visitar parentes.

TERAPEUTA: O que você notou?

PACIENTE: Vamos ver... Eu me senti meio desconectado, como se não conseguisse me concentrar. Era difícil pegar no sono, mais do que já costumava ser para mim!

TERAPEUTA: E voando para o Leste... é uma diferença de 3 horas em relação a aqui, correto?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Vamos dar uma olhada no seu diário de sono da semana passada. O que você percebe entre dias de semana e fim de semana?

PACIENTE: Bom... Eu fui para a cama às 2 horas da manhã na sexta-feira e no sábado, porque saí ambas as noites. E acho que eu dormi demais por isso.

TERAPEUTA: E a que horas você foi para a cama no domingo e na segunda-feira?

PACIENTE: Acho que tentei dormir às 11, porque tenho de acordar para trabalhar.

TERAPEUTA: Então você simplesmente passou de 2 horas da manhã no fim de semana para 11 horas no dia da semana. Você atravessou o país!

PACIENTE: Ah... Eu acho que nunca pensei nisso dessa forma.

TERAPEUTA: Não surpreende que você tenha tido dificuldades de adormecer no domingo e na segunda-feira. Seu corpo sentiu *jet lag*, e com a “mudança de horário”, era difícil adormecer.

PACIENTE: É previsível que eu tenha tantos problemas nas noites de domingo!

Para pacientes que desejem avançar seus horários de sono, nós trabalhamos para obter ajustes comportamentais para que se adaptem aos horários anteriores. Fazemos isso em mudanças pequenas, sistemáticas (p. ex., antecipando a hora de dormir em 20 a 30 minutos por semana) para garantir que o paciente consiga. Incentivamos a exposição à luz ao acordar, o que ajudará o avanço do ritmo circadiano, e trabalhamos com os pacientes para minimizar a variabilidade dos tempos de vigília. Reafirmamos aos pacientes que qualquer pressão do sono (ou seja, perda de sono) acumulada inicialmente com avanço da hora de dormir, na verdade, vai ajudar a alinhar os horários de dormir e acordar ao aumentar a probabilidade de antecipar o início do sono nas noites seguintes.

COMPONENTES COGNITIVOS

Preocupação

Está bem estabelecido que indivíduos com insônia crônica se preocupam com vários assuntos enquanto estão na cama, incluindo a incapacidade de pegar no sono (Harvey, 2002b; Wicklow e Espie, 2000). Modelos cognitivos que implicam preocupação (p. ex., Harvey, 2002a) postulam que a preocupação ativa o sistema nervoso simpático e a excitação fisiológica correspondente, o que dificulta o início do sono (Espie, 2002). Portanto, uma intervenção que vise a preocupação é uma importante área clínica no tratamento da insônia. Segundo abordagens de terapia cognitiva bem estabelecidas (Beck, 1995; Young, Rygh, Weinberger e Beck, Cap. 7), o primeiro passo na abordagem da preocupação envolve a instrução sobre pensamentos automáticos negativos (NAT) e erros na maneira de pensar. Os NATs podem ser apresentados aos pacientes da seguinte forma:

TERAPEUTA: Imagine que existam duas pessoas em frente a um cinema, cada uma esperando uma amiga chegar. As amigas estão atrasadas, e essas duas pessoas estão esperando. A Pessoa 1 está pensando: “Puxa, por que será que ela está atrasada. Eu espero que tudo esteja bem com ela! Será que ela teve um acidente vindo para cá?”. A Pessoa 2 está pensando: “Puxa, eu não acredito que ela esteja atrasada! Ela sempre faz isso! Ela não respeita o meu tempo, não é boa amiga”. Que tipos de emoções você acha que a Pessoa 1 está se sentindo?

PACIENTE: Provavelmente um pouco de medo e preocupação.

TERAPEUTA: Certo. E a Pessoa 2?

PACIENTE: (*Rindo.*) Raiva, talvez ressentimento.

TERAPEUTA: Exatamente! Assim, duas pessoas na mesma situação podem ter respostas emocionais *muito* diferentes a um evento, dependendo do que estejam pensando. Em outras palavras, nossos pensamentos podem influenciar diretamente as nossas emoções. Muitas vezes, temos dezenas de pensamentos em rápida sucessão, e nem sequer percebemos. Nós os aceitamos como são, sem parar para olhar para eles. Vamos procurar e responder a alguns pensamentos automáticos relacionados ao sono nas próximas semanas.

A seguir, o terapeuta dá mais instrução sobre pensamentos automáticos: (1) Muitas vezes, eles são uma linha de pensamento que corre em paralelo ao pensamento falado; (2) muitas vezes, não estamos plenamente conscientes deles; (3) os pensamentos automáticos são extremamente rápidos e, às vezes, são apenas algumas palavras, em vez de frases; (4) eles não surgem como resultado de deliberação, mas simplesmente acontecem como reflexos; (5) costumam ser difíceis de desligar; (6), muitas vezes, aceitamos sua validade sem parar para questioná-los; e (7) eles frequentemente precedem uma emoção poderosa. O terapeuta deve sublinhar que temos centenas e centenas de NATs por dia, e costuma ser útil olhar para eles, prestando atenção às mudanças na emoção.

A seguir, o terapeuta trabalha com o paciente para identificar uma emoção poderosa recente, dos dois dias anteriores, e usar a emoção como ponto de partida para descobrir NATs relacionados. Estes são anotados em um formulário simples, em três colunas (Situação-Pensamentos-Emoções). O paciente é convidado a praticar a identificação de outros NATs ao longo da semana, prestando atenção às mudanças na emoção e as anotando nas três colunas, enfatizando aqueles relacionados a insônia (“Estou exausto” ou “Eu não vou conseguir dar conta hoje”). O terapeuta também fornece psicoeducação sobre distorções cognitivas comuns (pensamento em preto e branco, catastrofização, personalização, confusão de sentimentos e fatos, etc.) e pede aos pacientes que categorizem alguns dos NATs que identificarem durante a semana.

Na sessão seguinte, o terapeuta examina o formulário de NATs do paciente em três colunas e faz uma breve discussão/revisão desses NATs e temas relacionados. A seguir, introduz um registro de pensamentos ampliado, que orienta o paciente a avaliar a validade do pensamento com uma série de questões, incluindo evidências a favor e contra o pensamento, formas alternativas de interpretá-lo, o pior que poderia acontecer e se o paciente seria capaz de viver com isso, a utilidade do pensamento e o efeito de pensar

dessa maneira, como os outros podem ver a situação, a importância do pensamento quando o paciente tiver 80 anos, e se é um dos “erros de pensamento”. Paciente e terapeuta escolhem, juntos, um NAT e trabalham no formulário conjuntamente, em sessão.

Uma vez que o paciente tenha entendido completamente esse procedimento, o terapeuta dá o exercício de casa de completar um registro ampliado diariamente ou, pelo menos, vários exemplos a cada semana, e isso continua durante várias semanas. O terapeuta apresenta a seguinte fundamentação para *continuar* preenchendo o registro ampliado diariamente: (1) observando, relatando e avaliando os NATs, é mais fácil vê-los de forma objetiva e obter alguma distância deles; (2) observar, relatar e avaliar NATs são uma oportunidade para testar sua realidade/lógica e reconhecer que os pensamentos podem não ser confiáveis; e o mais importante (3), como leva muito tempo para mudar hábitos de pensamento que têm muitos anos, reverter os velhos hábitos demandará prática. O preenchimento de um formulário por dia, durante um período de semanas, vai tornar o novo estilo de pensamento habitual.

Estratégias de preocupação úteis e inúteis

Um conjunto de outras intervenções relacionadas a preocupação é oferecida ao paciente para que ele consiga criar uma lista personalizada de estratégias úteis e inúteis para administrar a preocupação. As estratégias inúteis podem incluir supressão (Harvey, 2003a), crenças positivas sobre a preocupação (Harvey, 2003b) e perguntas com base em “por que” (Watkins e Baracaa, 2001). Apresente as consequências adversas da supressão de pensamentos sempre que ela se tornar relevante, às vezes já na primeira sessão. Por exemplo, assim que o paciente mencionar algo na linha de “eu tento suprimir os meus pensamentos” ou “eu limpo a minha mente”, o terapeuta pode fazer um “experimento do urso branco” (“durante o próximo minuto, vamos fechar os olhos e pensar sobre qualquer coisa que quisermos, com exceção de um urso branco grande e fofo”) para ilustrar os efeitos paradoxais da supressão de pensamentos. Isso ajuda o paciente a entender que, muitas vezes, a supressão causa “rebote do pensamento” ou monitoramento do pensamento suprimido, o que torna sua ocorrência mais provável. Há uma avaliação útil para supressão de pensamentos e outras estratégias de controle (Ree, Harvey, Blake, Tang e Shawe-Taylor, 2005). Os terapeutas também devem estar atentos a pacientes que tenham crenças positivas sobre a utilidade de se preocupar antes de dormir. Os terapeutas podem usar o questionamento socrático para discutir as vantagens disso ou fazer experimentos comportamentais para

coletar dados sobre a utilidade ou não das crenças positivas sobre se preocupar na cama. Por fim, perguntas do tipo “por que” costumam estar envolvidas na insônia. Muitos pacientes fazem perguntas como “por que estou acordado?” ou “por que eu não durmo tão bem quanto o meu parceiro?”. Apresente a seu paciente a fundamentação sugerida por estudos experimentais, de que as perguntas do tipo “por que” bloqueiam o processamento e promovem ruminação.

Depois de analisar o que *não* fazer para administrar a preocupação, examine com o paciente outras estratégias mais úteis de administração de pensamentos. Em primeiro lugar, sugira a ideia de não controlar ou reprimir os pensamentos, e fazer o oposto: deixá-los vir. Deixe-os entrar e sair livremente. Deixar que os pensamentos vão e venham pode diminuir sua força e poder, e até mesmo transferi-los à categoria dos chatos. Outra alternativa útil é captar os pensamentos e avaliá-los com o registro de pensamento ampliado descrito anteriormente. Apresentar a importância de uma zona de relaxamento progressivo ou tampão para processar o dia e desconectar dele pode ser uma resposta útil à preocupação. Por fim, pratique “saborear” para se concentrar nos aspectos positivos na vida do paciente. Saborear é prestar atenção, valorizar e reforçar experiências positivas que o paciente teve durante o dia. Pode ser um evento pequeno/cotidiano, como olhar pela janela e observar árvores e flores encantadoras, relembrar umas férias que foram prazerosas ou pensar sobre uma reunião de família ou um encontro com o cônjuge/parceiro que esteja para acontecer. Incentive o paciente a se concentrar na experiência positiva, e quando surgirem pensamentos negativos, volte à experiência positiva e desfrute dela. A fundamentação é associar pensamentos positivos à hora de dormir. Trabalhe com o paciente na sessão para identificar momentos presentes, passados e futuros de que ele possa desfrutar, pratique esse desfrutar com ele, na sessão, e permita que ele reflita sobre a experiência.

Estabeleça uma ou mais dessas estratégias alternativas como exercício de casa, introduzindo-o como experimento comportamental. Os experimentos comportamentais, explicados na Tabela 16.1, são métodos poderosos usados em todos os componentes cognitivos da TCC-I (Para ler mais sobre experimentos comportamentais, ver Perlis, Aloia e Kuhn, 2012; Ree e Harvey, 2004a). O objetivo é dar ao paciente alguma experiência e prática com cada um deles. Sinta-se livre para prosseguir com outros experimentos em sessões subsequentes, se necessário.

Atenção e monitoramento

Como observado anteriormente, uma série de estudos documentou que os indivíduos com insônia subestimam

seu tempo de sono e superestimam o tempo que gastam acordados à noite (p. ex., Harvey e Tang, 2012). Os indivíduos podem ficar mais ansiosos com seu problema de sono percebido e, com a maior vigilância em relação a esse estado, tirar conclusões imprecisas sobre seu sono anterior. Da mesma forma, podem monitorar os sinais de fadiga durante o dia. Há uma medida útil de monitoramento relacionada ao sono (Neitzert Semler e Harvey, 2004). Podem-se introduzir experimentos comportamentais, dentro e fora das sessões, para ilustrar os efeitos do viés de atenção e do monitoramento (Harvey e Talbot, 2012b; Ree e Harvey, 2004a).

Para introduzir o conceito de monitoramento, o terapeuta pode fazer o seguinte:

TERAPEUTA: Feche os olhos e se concentre nas articulações do joelho e nas sensações que estão lá. Eu vou fazer o mesmo. Vamos levar dois minutos para fazer isso. (*Após dois minutos.*) O que você notou?

PACIENTE: Hmm... algum formigamento, e alfinetadas. Uma dor leve, talvez.

TERAPEUTA: Imagine, por um momento, que tenha havido muita pesquisa para indicar que as coisas que você menciona são sinais suaves de uma doença grave do sistema imunológico. Se você acreditasse nisso, como afetaria sua atenção pelo resto do dia?

PACIENTE: Eu estaria prestando atenção ao meu joelho o dia todo!

TERAPEUTA: E como você se sentiria com relação a essas sensações?

PACIENTE: Bom, preocupado, eu acho, querendo saber se elas tinham piorado.

TERAPEUTA: E se o seu sono for como esse joelho, e quanto mais você procurar sintomas de cansaço ou fadiga, mais eles aparecerem?

O terapeuta pode usar esse diálogo para discutir com o paciente sobre o monitoramento que ele pode fazer durante dia e noite. A seguir, pode introduzir um ou mais dos seguintes experimentos comportamentais para avaliar o monitoramento.

Monitoramento de fadiga

Façam uma breve caminhada juntos, em sessão. Instrua o paciente a passar cinco minutos concentrando-se internamente, para monitorar como seu corpo se sente, prestando especial atenção a sinais de cansaço e fadiga. Peça ao paciente para avaliar o quão cansado ele se sente. Em seguida, passe cinco minutos concentrado externamente em árvores, flores e céu. Peça ao paciente para avaliar novamente o quanto ele se sente cansado. Volte ao consultório para avaliar.

TABELA 16.1 Etapas envolvidas em criar, testar e processar experimentos comportamentais

Etapas e descrição	Exemplo
• <i>Etapa 1. Identifique o pensamento, a crença, o comportamento ou o processo que o experimento visará.</i> A fundamentação para realizar o experimento, assim como o alvo ou objetivo, deve ser clara. Os alvos podem incluir questionar um comportamento ou crença inútil, ou testar um novo. A meta é anotada na sessão.	Victor não sabe se é útil olhar o relógio quando adormece. Ele acredita que saber a hora e calcular quanto tempo resta para dormir pode aumentar a ansiedade durante a noite, mas também acha que <i>não</i> saber a hora pode aumentar a preocupação e a ansiedade durante a noite. Victor e o terapeuta se propõem a testar o seguinte: “Olhar o relógio à noite é útil ou prejudicial para o meu sono?”.
• <i>Etapa 2. Trabalhem em conjunto para discutir possíveis ideias para um experimento.</i> Incentive o paciente a ser mais específico, definindo um local e horário para o experimento. Seja criativo e desperte a curiosidade dele. Esteja aberto e flexível a ideias que o paciente tenha, pois isso pode aumentar a motivação para realizar o experimento. Às vezes, o paciente gosta de dar títulos criativos a seus experimentos.	Victor e o terapeuta concordam em criar um experimento para testar o impacto da observação do relógio sobre o sono. Eles concordam em olhar o relógio, como de costume, por três noites, seguidas de três noites sem olhá-lo. Victor afirma que será tentado a virar o relógio para si nas noites “sem relógio”, de forma que ele e o terapeuta discutam de forma colaborativa levar o relógio para o outro lado do quarto, para reduzir essa tentativa.
• <i>Etapa 3. Anote previsões sobre o resultado e elabore um método para registrar o resultado o mais rápido possível, após o experimento ser concluído.</i> Isso é muito importante: um atraso no registro do resultado pode gerar uma lembrança vaga e imprecisa do próprio experimento.	Victor tem a seguinte previsão: “Não olhar o relógio à noite vai aumentar minha ansiedade e me manter acordado por mais tempo, porque vou passar a noite toda me perguntando que horas são”. Ele e o terapeuta decidem registrar a “ansiedade da noite passada” em uma escala de 1 a 10, <i>imediatamente após acordar</i>, e usar o diário de sono para observar o tempo que leva para pegar no sono.
• <i>Etapa 4. Preveja problemas e debata soluções.</i> Pergunte ao paciente o que pode impedi-lo de concluir o experimento. Identifique os obstáculos e colabore em sua superação. Se o experimento gira em torno de uma nova habilidade, pratique-a junto em sessão, antes de tornar parte do experimento.	Victor e o terapeuta discutem os obstáculos à conclusão do experimento. Victor tem uma festa para ir em uma das noites, o que irá atrasar um pouco a hora de dormir; ele e o terapeuta decidem não fazer a experiência de observação de relógio nessa noite “não típica” e concluí-la nas outras seis noites da semana.
• <i>Etapa 5. Faça o experimento.</i>	Victor passa três noites olhando para o relógio e três noites sem olhar, registrando a ansiedade e as variáveis do sono padrão em seu diário do sono.
• <i>Etapa 6. Revise o experimento.</i> Peça ao paciente para resumir os pontos principais que aprendeu com a experiência. Ajude-o no preenchimento das lacunas, e anote as conclusões junto com ele. Relembre-o das conclusões de cada experimento em sessões futuras. Se o resultado for diferente do previsto, faça perguntas de seguimento para avaliar quaisquer fatores (humor, comportamento, cognições) que possam ter influenciado o resultado de forma diferente do esperado. Normalmente, por meio de questionamento cuidadoso, pode-se aprender com um experimento, independentemente do resultado.	<i>Noites de relógio:</i> Classificações de ansiedade (em uma escala de 1-10): 8, 6, 7 Tempo para pegar no sono (em minutos): 120, 45, 60 <i>Noites sem relógio:</i> Classificações de ansiedade (em uma escala de 1-10): 10, 6, 4 Tempo para pegar no sono (em minutos): 140, 50, 15 À primeira vista, os números acima não parecem “resolver” a experiência de uma forma ou de outra. No entanto, com questionamento cuidadoso, gera-se uma hipótese subsequente testável. Victor relata que seus níveis de ansiedade e tempo para pegar no sono foram constantes nas noites de observação de relógio. Nas noites sem relógio, ele relata que sua ansiedade foi muito elevada inicialmente enquanto se perguntava que horas seriam; no terceiro dia, no entanto, reconheceu que pouco pensou sobre a hora. Victor e o terapeuta discutem a possibilidade de que ele estivesse experimentando ansiedade inicial com a nova mudança de comportamento, e especulam que ele possa precisar de mais tempo na condição sem relógio para “se acostumar” à mudança.
• <i>Etapa 7. Identifique experimentos subsequentes, se necessário.</i> Se o experimento não for realizado integralmente ou se o resultado for ambíguo e/ou levantar outra questão, retorne à Etapa 1 e conceba uma nova experiência.	Victor e o terapeuta decidem prolongar a condição “sem relógio” por mais uma semana, ainda classificando a ansiedade e o tempo para pegar no sono imediatamente ao acordar.

Monitoramento de sons

Para instruir o paciente sobre o monitoramento durante a noite, muitas vezes é útil usar a metáfora do “radar”. Uma paciente que monitorava o caminhão de lixo tinha seu “radar” ligado a noite toda para identificar esse som. Ela acordava com muitos sons durante a noite e pensava: “Ah, não, é o caminhão do lixo, já devem ser 5 horas, eu nunca vou conseguir dormir o suficiente”. Esse pensamento gerava ansiedade, que tornava difícil voltar a dormir. Usamos várias estratégias para lidar com esse monitoramento: (1) avaliar se ouvir o caminhão de lixo era realmente uma indicação de vigília ou se o caminhão poderia ter feito com que a paciente acordasse de um sono leve, (2) discutir as vantagens e desvantagens de se ter um “radar” ligado durante a noite e (3) pedir que a paciente ouvisse sons no quarto e longe, no quarto ao lado, e ainda mais longe, sons na rua, e mais longe ainda, incentivando a habituação a toda a gama de sons.

Monitoramento de aparência física

Uma paciente com quem trabalhamos costumava reclamar de sua aparência física nos dias seguintes a noites mal dormidas. Ela acordava e imediatamente olhava no espelho, observando as bolsas sob os olhos. Quando perguntamos se as bolsas estavam feias nos dias em que ela não tinha dormido mal, a paciente admitiu que nunca olhava para elas. Nós criamos um experimento comportamental em que ela deveria olhar as bolsas sob os olhos quando acordasse todos os dias da semana, independentemente de como tivesse dormido, e avaliar a aparência das olheiras. A paciente descobriu que suas bolsas não mudavam de uma manhã a outra, e que ela apenas as ignorava nos dias em que não dormia mal.

Monitoramento do relógio

Prestar atenção ao relógio durante a noite toda pode aumentar a ansiedade e a vigilância, interferindo no sono. Paciente e terapeuta podem criar um experimento em que o relógio está visível durante três noites da semana e escondido da visão (ou seja, virado para a parede ou debaixo da cama) durante três noites. Peça ao paciente para avaliar a ansiedade geral da noite de sono anterior na parte da manhã e a registrar no diário de sono. Na sessão seguinte, o diário de sono pode ser revisto para comparar ansiedade e vigília nas noites de observação de relógio com aquelas em que o relógio ficou escondido.

Crenças inúteis sobre o sono

Em pesquisas seminais sobre insônia a partir dos anos 1990, Morin (p. ex., 1993) destacou o papel das crenças inúteis sobre o sono. Sugeriu que essas crenças inúteis podem exacerbar pensamentos invasivos e

preocupantes ao longo do dia e da noite, contribuindo para o desenvolvimento e a manutenção de transtornos do sono (Harvey, 2002a). Uma crença inútil sobre a insônia pode ser a pessoa acreditar que precisa dormir a noite toda, sem despertar, para se sentir revigorada. Essa crença é inútil na medida em que os despertares são uma parte natural do sono noturno (p. ex., Akerstedt et al., 2002). A preocupação relacionada a essa crença pode assumir a forma de um indivíduo que, uma vez acordado à noite, acredita que esse sono fragmentado irá resultar em mau desempenho no trabalho no dia seguinte. Um grande estudo correlacional (Jansson e Linton, 2007) pesquisou crenças inúteis sobre sono, depressão, ansiedade e excitação em dois momentos, espaçados com um ano de intervalo. Os pesquisadores descobriram que as crenças inúteis sobre o sono – principalmente sobre as consequências negativas da insônia no longo prazo – predisseram um padrão crônico de sono de má qualidade, além de excitação, depressão, ansiedade e crenças sobre consequências de curto prazo. Essa pesquisa sugere que trabalhar as crenças inúteis sobre o sono é importante para reverter a insônia crônica.

Além dos registros de pensamentos, as crenças inúteis geralmente podem ser abordadas de duas maneiras: (1) questionamento socrático suave para explorar uma crença inútil e (2) criação de um questionário para coletar dados relacionados à crença (Harvey e Eidelman, 2012). A história a seguir ilustra como o terapeuta pode usar o questionamento socrático para orientar o paciente a explorar e corrigir algumas expectativas irreais sobre as necessidades de sono e energia de manhã:

TERAPEUTA: Algumas de suas respostas sugerem que você acredita fortemente na necessidade de oito horas de sono todas as noites.

PACIENTE: Bom, eu sempre pensei que nós precisamos dormir 8 horas para nos manter saudáveis.

TERAPEUTA: Todas as pessoas que você conhece têm a mesma altura?

PACIENTE: Claro que não!

TERAPEUTA: Qual é a altura normal para um adulto?

PACIENTE: Bom, não há nenhuma norma que se aplique a todo mundo. Varia...

TERAPEUTA: É a mesma coisa com o sono. Existem diferenças individuais na quantidade de sono de que precisamos para nos sentir descansados e funcionar bem durante o dia. Embora a maioria das pessoas informe dormir cerca de 7 ou 8 horas, algumas podem se satisfazer com menos do que isso e ainda se sentir descansadas pela manhã. É possível que 6 horas e meia de sono

ininterrupto sejam mais satisfatórias e revigorantes do que 8 horas de sono interrompido. Assim, será importante fazer experiências com várias durações de sono para determinar qual é ideal para você. O que acha que acontece se você achar que precisa de 8 horas de sono, mas realmente só precisar de 7?

PACIENTE: Eu acho que fico acordado 1 hora... e passo essa hora me preocupando com as razões de não estar dormindo!

TERAPEUTA: Exatamente. Objetivos irreais são contraproducentes e podem, na verdade, torná-lo ansioso e, como consequência, perpetuar as dificuldades de sono subjacentes. Eu também observei que você fica muito preocupado quando não está totalmente descansado pela manhã.

PACIENTE: Bem, isso me preocupa porque suponho que, se não estiver bem descansado pela manhã, isso deve significar que não dormi bem na noite anterior.

TERAPEUTA: Essa pode ser uma hipótese válida. No entanto, mesmo as pessoas que dormem melhor nem sempre se levantam de manhã se sentindo bem descansadas e cheias de energia.

PACIENTE: Então você está me dizendo que quando acordar de manhã me sentindo cansado, não é necessariamente uma indicação de falta de sono.

TERAPEUTA: O que estou sugerindo é que você precisa ter cuidado com suas expectativas e interpretações. Mesmo com o sono de boa qualidade, você simplesmente não pode esperar sempre se sentir revigorado e com energia durante o dia. A forma como nos sentimos e a energia que temos variam de um dia a outro.

PACIENTE: Eu acho que já notei isso em relação a mim.

TERAPEUTA: Então, que pensamentos alternativos você deve ter na próxima vez que se surpreender definindo padrões que podem ser irreais?

PACIENTE: Que 8 horas de sono não são necessariamente um “padrão-ouro” que se aplique a todas as pessoas e que, mesmo que não esteja totalmente descansado em alguns dias, posso simplesmente ter de aceitar isso e não concluir que dormi mal na noite anterior e que não vou ser capaz de funcionar no dia seguinte.

TERAPEUTA: Muito bom! Isso também deve reduzir sua ansiedade com relação ao sono.

Como ilustra a história, muitos pacientes têm expectativas irreais sobre as suas necessidades de sono e seu nível de energia durante o dia. Um objetivo importante é ajudar o paciente a perceber que sono re-

duzido e menos energia durante o dia nem sempre são patológicos, e que mesmo quem dorme bem pode não conseguir dormir oito horas ou se sentir completamente revigorado a cada manhã. Com questionamento socrático suave, os pacientes podem se beneficiar de uma reavaliação de suas expectativas em relação a necessidades de sono e energia durante o dia.

Também se pode elaborar questionários para avaliar crenças irreais sobre o sono. Antes da sessão, o terapeuta deve ter uma ideia de crenças irreais a ser abordadas (p. ex., “quem dorme bem dorme oito horas”, “só quem tem insônia se sente cansado durante o dia” ou “eu não sou normal se acordo quatro vezes por noite”). A Escala de Crenças e Atitudes Disfuncionais (Morin e Espie, 2003) é uma medida excelente para avaliar e documentar mudanças em crenças inúteis sobre o sono. O terapeuta pode apresentar o questionário dizendo:

“Um dos componentes deste tratamento que temos considerado muito eficaz é trabalharmos juntos para criar e administrar um questionário. Há uma série de coisas que começa a partir disto: o conselho de pessoas que dormem bem sobre as razões para isso, um lembrete de como quem dorme bem realmente dorme e dados sobre as nossas crenças a respeito do sono. A maioria de nós desenvolveu ideias sobre o sono a partir de artigos de revistas, com um dos pais, ou com base em nossa própria experiência. O que ou quem mais influenciou suas ideias sobre o sono? [Deixe o paciente responder.] Para visar mais os dados, vamos elaborar um questionário juntos e administrá-lo a pessoas em sua faixa etária. Este é sempre um exercício interessante e uma oportunidade de aprender com os outros sobre como eles administram seu sono. Nós nos concentramos em pessoas em torno de sua idade, já que o sono muda muito ao longo da vida. Aqui estão algumas perguntas que consideramos úteis no passado.”

Nesse momento, o terapeuta faz perguntas que dizem respeito especificamente às crenças inúteis do paciente sobre o sono. As perguntas do questionário podem incluir:

- “Você dorme bem ou tem insônia?” Essa pergunta pode ser particularmente útil para ilustrar que os indivíduos que consideram “dormir bem” muitas vezes se sentem cansados de manhã, acordam durante a noite e têm sono durante a tarde.
- “Quantas horas de sono você dorme por noite?”
- “Quanto tempo você leva para adormecer à noite?”

- “Quantas vezes você acorda durante a noite?”
- “Até onde você se sente alerta ao acordar, em uma escala de 1 a 10? O que você considerou útil para aumentar o estado de alerta?”
- “Quantas vezes você tirar um cochilo? Isso afeta o seu sono posterior?”
- “Você tem uma rotina para a hora de dormir? Uma rotina para a manhã?”
- “Você se sente cansado durante o dia? Quando? O que você faz para aumentar a energia quando se sente cansado?” Essa pergunta costuma gerar muitas estratégias sugeridas por outros, e apenas uma pequena proporção delas inclui descansar ou dormir. Entre as alternativas comuns estão mudar o ambiente, receber ar fresco, dar uma caminhada, beber água fria ou fazer um lanche. Os pacientes muitas vezes percebem que a energia pode ser aumentada por outras coisas além de descansar e dormir, e que o tédio é um grande gatilho para se sentir cansado.

Certifique-se de também acrescentar perguntas de escolha do paciente, de modo que o questionário seja verdadeiramente colaborativo e gere entusiasmo e interesse. Os pacientes costumam ter curiosidade sobre sonhos, pesadelos ou padrões de sono, que podem ser acrescentados ao questionário na forma de perguntas. Além disso, perguntas sobre humor (“Com que frequência você se sente triste?” ou “Você já observou alguma relação entre o seu humor durante o dia e o sono noturno?”) podem fornecer evidências normalizadoras de que o sono e o humor são inter-relacionados, mesmo em pessoas que dormem bem.

Comportamentos de segurança

Intimamente relacionados às crenças inúteis são os chamados “comportamentos de segurança”, que são ações para evitar resultados temidos que são mal-adaptativos de duas maneiras: (1) impedem que se refutem as crenças inúteis e (2) aumentam a probabilidade de que os resultados temidos ocorram. Indivíduos com insônia, em uma tentativa de lidar com a ansiedade relacionada às crenças inúteis sobre o sono, muitas vezes empregam comportamentos de segurança (Salkovskis, 1991). Na seção anterior, descrevemos um indivíduo que tinha a crença inútil de que apenas o sono pesado e ininterrupto permitiria o bom desempenho no trabalho no dia seguinte. Para prevenir despertares noturnos, esse indivíduo pode desenvolver uma rotina de comportamentos de segurança, como nunca sair à noite, usar tampões e usar uma máquina de efeitos de som ao dormir. Esses comportamentos, embora compreensíveis de um modo geral, vão claramente impedir de saber que pode ter um sono adequado mes-

mo que a rotina seja rompida. Paradoxalmente, esses comportamentos podem aumentar a probabilidade de que os resultados ocorram. Não sair à noite aumenta a chance de preocupação com o sono e pode contribuir para ruminação/preocupação e humor triste. Os tampões de ouvido podem ser eficazes em determinadas circunstâncias, mas também podem contribuir para problemas de sono se forem desconfortáveis ou se fizerem com que se esforce para tentar ouvir coisas no ambiente. Uma máquina de efeitos de som pode facilitar despertares no meio da noite.

Está disponível um instrumento de avaliação útil para trabalhar com comportamentos de segurança (Ree e Harvey, 2004b). Elaboram-se experimentos comportamentais em que o comportamento de segurança é seletivamente adotado e depois abandonado, proporcionando uma demonstração muitas vezes impressionante de seu impacto negativo. Por exemplo, se um paciente evita sair à noite por causa do impacto temido sobre o sono, terapeuta e paciente podem estabelecer um experimento comportamental em que duas das noites da semana são passadas em casa (a condição de *controle*) e duas noites são passadas fora de casa (convivendo com outros, indo ao cinema, etc. – a condição *experimental*). O terapeuta instrui o paciente a medir não apenas as variáveis de sono padrão no diário semanal (SOL, TST, etc.), mas também acrescentar uma escala simples para avaliar a satisfação noturna ou humor a cada noite. Muitas vezes, é útil recordar que o humor e satisfação aumentaram nas noites em que o paciente saiu de casa, bem como enfatizar alterações mínimas (ou inconstantes) no sono como resultado de sair de casa.

Energia diurna

Os indivíduos com sono perturbado muitas vezes se monitoram em busca de sinais de cansaço ao acordar ou durante o dia. Normalizar sentimentos de sonolência ao acordar (a chamada *inércia do sono*) e introduzir experimentos comportamentais e estratégias de atenção para o monitoramento diurno podem reduzir a ansiedade e a preocupação com o sono. Muitas vezes, os pacientes acreditam que a única maneira de se sentirem menos cansados durante o dia é dormir mais. Assim, concebe-se um experimento comportamental para permitir que o paciente *experimente* os efeitos geradores de energia da atividade (Ree e Harvey, 2004a). Essa também é uma oportunidade para desenvolver uma lista de atividades que geram e consomem energia, que podem ser usadas para administrar o cansaço durante o dia e inevitáveis surtos de privação ocasional do sono.

Muitos pacientes acreditam que a energia é drenada gradualmente durante o dia, e que a única manei-

ra de gerar energia é dormir ou descansar. Da mesma forma, muitos pacientes se esforçam bastante para conservar energia depois de uma noite de sono ruim. Como tal, um experimento comportamental tem como alvo as seguintes cognições: “a energia é aumentada apenas pelo descanso ou o sono” e “eu não tenho muita energia, então preciso cuidar para conservá-la”. Esperamos usar o experimento para ilustrar quais fatores influenciam o sono além dos níveis de energia.

Para fazer esse experimento comportamental, paciente e terapeuta começam usando o diário de sono como base para discutir sono e energia durante o dia. Eles anotam exemplos em que o sono noturno foi bom, mas os níveis de energia durante o dia estavam baixos, ou nos quais o sono noturno foi ruim, mas os níveis de energia durante o dia estavam bons. O terapeuta pode querer dizer algo como: “Isso é realmente interessante. Portanto, se o sono não responde completamente por como você se sente durante o dia, deve haver outras coisas que possam ser responsáveis por isso”. Faça o seguinte experimento, de dois dias, para testar a energia: no primeiro dia, passe um bloco de 3 horas *conservando* energia, depois, um bloco de 3 horas *usando* energia. Depois de cada bloco de 3 horas, o paciente classifica sua energia e seu humor. No dia seguinte, o paciente faz isso na ordem inversa. Tenha o cuidado de definir o que significa conservar energia para o seu paciente. Os exemplos incluem evitar a convivência com colegas, definir tarefas de trabalho em um ritmo lento, tentar fazer apenas tarefas banais, não sair para almoçar com os amigos do trabalho e não retornar telefonemas. Além disso, passe um tempo na sessão discutindo estratégias para usar energia. Elas podem incluir dar uma caminhada de 10 minutos, retornar todos os telefonemas, organizar-se para tomar um café com um colega, lidar com papelada, ir ao refrigerador buscar uma bebida ou andar até uma loja local para comprar uma revista ou um lanche. Peça ao paciente para avaliar seu humor e sua fadiga em um formulário desenvolvido de forma colaborativa em sessão. O paciente normalmente descobre que seu humor e sua energia foram *melhorados* ao “usar” a energia, de forma que usar energia passa a ser sinônimo de gerar energia. O terapeuta pode comentar que os níveis de energia são como um elástico que pode ser esticado com bastante facilidade.

RESUMO DO TRATAMENTO E PREVENÇÃO DE RECAÍDA

A última sessão gira em torno da consolidação de habilidades e preparação para retrocessos. A prevenção de recaída visa desenvolver habilidades para minimizar ou prevenir a recorrência de perturbações do sono

no longo prazo. No fim do tratamento, o terapeuta orienta o participante a identificar potenciais situações de alto risco para a insônia no futuro e discute habilidades para prevenir ou lidar com elas. Juntos, paciente e terapeuta discutem obstáculos potenciais para a manutenção de ganhos, e resolvem problemas em torno de áreas de perturbação do sono no futuro. Um resumo individualizado de aprendizados e conquistas orienta o trabalho de prevenção de recaída. Áreas que necessitam de mais intervenções são abordadas definindo metas específicas e criando planos para alcançar cada objetivo.

Na sessão final, terapeuta e paciente diferenciam um lapso (uma noite ocasional de insônia), que é normal, mesmo para quem dorme bem, de recaída (retorno da insônia frequente e crônica). Discuta com o paciente a inevitabilidade de se ter uma má noite de sono ocasional e o alerta para que não interprete isso como evidência de que a insônia crônica voltou. Identificar situações que foram problemáticas no passado e formular uma *nova* resposta a retrocessos temporários podem ser fundamentais na manutenção de ganhos.

O terapeuta pode orientar o paciente a imaginar um cenário típico em que a insônia esteja presente em duas ou três noites e depois seguir explorando estratégias que o paciente possa usar para lidar com essa situação no futuro. Essa é uma boa oportunidade para verificar, mais uma vez, se o paciente assimilou as habilidades necessárias para lidar com essas noites de insônia. Discuta como ele pode evitar cair nos velhos padrões de sono de má qualidade.

Os pacientes são fortemente incentivados a rever os seus materiais de tratamento, e a fazer a sua própria avaliação do problema e identificar o melhor curso de ação. Os terapeutas também os incentivam a continuar usando as ferramentas após a conclusão do tratamento. Eles trabalham com pacientes para avaliar ferramentas e a forma como elas podem ser usadas para prevenir o ressurgimento da insônia. Por exemplo, o terapeuta pode dar ao paciente várias cópias do registro de pensamento ampliado ou materiais que o paciente tenha considerado particularmente úteis na sessão.

PROBLEMAS COMUNS NO TRATAMENTO

Há pelo menos três problemas comuns que os terapeutas podem encontrar ao usar a TCC-I para tratar insônia: dificuldade de regularizar o ciclo vigília-sono, oposição à restrição de sono e crenças sobre a causa da insônia que possam dificultar o cumprimento do tratamento. A seguir, discutimos brevemente soluções para cada problema.

Muitas vezes, os pacientes relutam em ir para a cama e acordar na mesma hora todos os dias, inclusive nos fins de semana. Isso pode ser particularmente problemático para adolescentes ou adultos jovens, que muitas vezes convivem socialmente e/ou agendam atividades prazerosas nas noites do fim de semana. Conforme descrito anteriormente, uma EM que analise honestamente as vantagens e as desvantagens da regularização de uma agenda de sono pode ser uma forma de esclarecer a ambivalência e preparar os pacientes para a mudança. Os terapeutas também podem considerar útil orientar os pacientes em algum agendamento geral de atividades comportamentais (p. ex., incentivar os pacientes a marcar um café da manhã, uma caminhada ou uma visita social nas manhãs do fim de semana, em vez de à noite, para aumentar a motivação). Por fim, familiares e amigos podem ser fundamentais para incentivar a mudança. Um paciente considerou útil que um dos pais viesse e acender a luz do quarto, todas as manhãs, incluindo os fins de semana; outro aceitou que um amigo telefonasse na mesma hora, todas as manhãs, e deixou seu telefone ao lado da cama para atender.

Além de regularizar horários de sono, os pacientes muitas vezes resistem à implementação da restrição de sono. É útil permitir que os pacientes expressem suas preocupações com esse componente do tratamento (p. ex., receio de sono reduzido), e depois prosseguir com instrução básica e solução de problemas para abordar áreas específicas observadas. Muitas vezes, é útil caracterizar a privação de sono leve engendrada pela restrição do sono como uma “ferramenta” que permite que a pressão do sono cresça e o sistema se reorganize ou como um efeito colateral de curto prazo no caminho para ganhos duradouros de longo prazo. Incentive os pacientes a fazer experiências com o sono.

Por fim, os pacientes podem ter uma variedade de crenças sobre a causa de sua insônia, as quais podem moldar as expectativas de tratamento e seu cumprimento. Alguns pacientes consideram sua insônia puramente biológica; outros reconhecem componentes psicológicos; outros, ainda, atribuem o surgimento da insônia a causas ambientais (p. ex., o nascimento de um filho ou um trauma). Cada uma dessas pode influenciar a motivação para implementar componentes da TCC-I. O terapeuta pode reconhecer as crenças do paciente sobre sua insônia, enquanto explica o modelo de Spielman (veja a seção anterior, “Modelos de insônia”), destacando o fato de que, independentemente de fatores predisponentes/precipitantes que tenham iniciado a insônia, fatores perpetuadores (ficar na cama tempo demais, preocupar-se, tirar cochilos) a

estão mantendo. Esses fatores perpetuadores serão o foco do tratamento com TCC-I.

CONCLUSÃO E RUMOS FUTUROS

A TCC-I está surgindo como uma opção de tratamento eficaz para insônia. Administrada como um tratamento estruturado breve e ambulatorial, a TCC-I tem como alvo processos comportamentais, cognitivos e de atenção, que mutuamente mantêm a insônia. Embora ela seja estruturada, queremos sublinhar a ideia de que a TCC-I pode ser adaptada de forma *flexível*, de acordo com as conceituações individualizadas dos pacientes. Os terapeutas podem usar dados de avaliação, diários de sono e intuição clínica para formular um plano que enfatize e aborde áreas específicas de interesse (p. ex., horários de sono irregulares, preocupação e ruminação ou dependência em relação a comportamentos de segurança). Por fim, a TCC-I pode ser adaptada a pacientes com transtornos comórbidos e até ser usada como uma plataforma para abordar os problemas de sono como o transtorno de hipersonolência. Nesta seção final, examinamos variáveis terapeuta-paciente que predizem o sucesso ou fracasso no tratamento, questões específicas relacionadas ao tratamento da insônia nos transtornos do humor e uso de princípios da TCC-I para tratar hipersonolência.

Preditores de resultados clínicos

Há pouca pesquisa sobre os fatores que predizem o sucesso ou o fracasso da TCC-I, embora essa seja uma área interessante para futuras pesquisas. As evidências sugerem que os fatores relacionados aos pacientes que predizem o abandono do tratamento incluem a duração curta do sono e níveis iniciais elevados de sintomatologia depressiva (Ong, Kuo e Manber, 2008), mas em pessoas que completam o tratamento, insônia mais grave e comprometimento funcional no início do estudo realmente predizem melhorias clínicas (Van Houdenhove, Buysse, Gabriëls e Van den Bergh, 2011). Mudanças nas crenças inúteis sobre o sono também são preditoras de melhora clínica (Edinger, Wohlgemuth, Radtke, Marsh e Quillian, 2001; Morin, Blais e Savard, 2002). As qualidades do terapeuta que parecem predizer o sucesso na TCC-I em grupo incluem percepções do paciente sobre a postura continente e afetiva do terapeuta, enquanto terapeutas percebidos como tendo uma atitude de mais confronto têm mais abandono entre seus pacientes (Constantino et al., 2007). Em nossa própria experiência clínica, verificamos que reforçar um sentimento de curiosidade e experimentação, e fornecer uma justificativa clara para o exercício de casa fazem muita diferença na motivação do paciente e no resultado do tratamento.

Tratando insônia em transtornos de humor

A perturbação do sono costuma ser comórbida com outros transtornos do humor (Armitage, 2007), e a TCC-I pode ser uma intervenção particularmente útil para estabilizar o sono e os ritmos circadianos. Por exemplo, indivíduos com transtorno bipolar têm variabilidade de TST a cada noite (Gruber et al., 2009), juntamente com menos eficiência do sono e aumento da vigília noturna (Eidelman, Talbot, Gruber, Hairston e Harvey, 2010; Harvey, Schmidt, Scarna, Semler e Goodwin, 2005) que podem responder particularmente bem a restrição de sono e controle de estímulos. Estudos preliminares sugerem que a TCC-I melhora a depressão unipolar quando administrada em combinação com antidepressivos (Manber et al., 2008) ou como tratamento autônomo (Taylor, Lichstein, Weinstock, Sanford e Temple, 2007).

Para profissionais que desejem resolver problemas de sono no contexto de depressão ou transtorno bipolar, oferecemos as recomendações a seguir. Primeiro, monitorar rotineiramente sintomas de depressão, ansiedade e/ou mania, conforme o caso, no início de cada sessão. Negociar um plano de segurança com o paciente antes do início da terapia para o caso de seu humor ficar instável durante o tratamento. Se surgirem sintomas de depressão ou mania, avaliar as alterações na TST que possam estar contribuindo para o problema e cogitar modificar ou suspender temporariamente a restrição do sono ou o controle de estímulos, se necessário. Por fim, recomendamos que os profissionais monitorem regularmente a sonolência, usando um instrumento como a Escala de Sonolência Excessiva de Epworth (Johns, 1991). Quando os níveis de Epworth atingirem significância clínica (um escore de 10), recomende que os pacientes não dirijam nem tenham outros comportamentos potencialmente inseguros durante os períodos de sonolência.

Adaptando a TCC-I para o tratamento de hipersonolência

Tal como acontece com a insônia, vários autores levantaram a possibilidade de que mecanismos psicológicos contribuam para a manutenção da hipersonolência ou sono *demais* (Billiard, Dolenc, Aldaz, Ondze e Besset, 1994; Jacobson, Martell e Dimidjian, 2001; Nofzinger et al., 1991). Se essas hipóteses estão sustentadas empiricamente, pode ser útil desenvolver uma intervenção psicológica para hipersonolência. Temos desenvolvido uma intervenção psicológica com múltiplos componentes, de quatro a oito sessões, descrita a seguir, mas ressaltamos que essa abordagem aguarda avaliação empírica. Vários componentes usados para tratar a hipersonolência são adaptações

ou ampliações das intervenções para a insônia vistas anteriormente.

Assim como no tratamento de insônia, o tratamento para hipersonolência começa com uma análise funcional e uma formulação de caso. Os terapeutas sondam a frequência, a intensidade e a duração da hipersonolência, bem como seus antecedentes, comportamentos e consequências. Os pacientes preenchem um diário do sono, respondendo a perguntas padrão de diário de sono para sondar ainda mais a energia, os níveis de atividade e outros dados contextuais/psicológicos relevantes. A primeira sessão também envolve a EM, incluindo uma revisão simples de vantagens e desvantagens de se trabalhar para administrar a hipersonolência (Miller e Rollnick, 2002). A seguir, terapeuta e paciente definem metas para o tratamento. A primeira e mais óbvia é relacionada ao sono (geralmente, reduzindo o sono a cerca de 8 horas por noite), embora consideremos igualmente importante definir metas para a vida. Isso é baseado em nossa experiência clínica de que “não ter nada pelo que se levantar” contribui muito para a hipersonolência diurna em pacientes com transtornos de humor. A combinação do transtorno do humor e do transtorno do sono muitas vezes levou a desemprego e rompimento de redes sociais. Sem trabalho pelo qual se levantar e família/amigos para ver, a motivação de alguns indivíduos para reduzir o sono parece ser frágil. Depois de definir as metas de *sono e vida* para o tratamento, o paciente é convidado a identificar um pequeno passo em direção a essas metas para a próxima semana. Dedicamo-nos à solução de problemas para limitar o impacto desses obstáculos em alcançar o objetivo, e se desenvolve um método para monitorar até onde o objetivo foi alcançado (p. ex., marcação de atividades).

Pacientes com hipersonolência também se beneficiam de educação sobre uma gama de questões relacionadas ao sono. Dois domínios têm sido particularmente importantes. O primeiro envolve a instrução sobre o funcionamento do ritmo circadiano, as influências ambientais estimulantes que agem sobre ele (p. ex., luz) e a tendência, se não for controlada, a se deslocar em direção a um estágio atrasado. A segunda envolve a instrução sobre a inércia do sono descrita anteriormente. Por fim, nós trabalhamos com os pacientes para estabelecer um período de relaxamento progressivo, um “protocolo para despertar” (p. ex., não apertar o botão “soneca” no despertador, fazer a cama, de modo que o incentivo para voltar seja reduzido, ir para o chuveiro, dar uma caminhada rápida, receber a luz do sol) e minimizar a flutuação do ciclo vigília-sono nas noites da semana.

Por fim, muitos dos mesmos experimentos comportamentais e questionários descritos neste capítulo parecem tratar de forma eficaz a diminuição da energia e a fadiga que vemos na hipersonolência. Por exemplo, os pacientes se beneficiam de um “experimento de energia” para vivenciar como gastar energia pode ser uma maneira útil de gerar energia. Outras vezes, montamos um experimento no qual os pacientes devem avaliar seu estado de espírito e energia antes e depois de uma atividade social ou de sair de casa, para ilustrar variáveis contextuais que podem melhorar o humor e a sonolência. Criar um questionário que enfatize a coleta de dados sobre o que os outros fazem para gerar energia, sair da cama ou preencher seu tempo quando entediados podem ser estratégias úteis. Por fim, educação e experiências sobre monitoramento de fadiga contra estímulos externos podem ajudar a romper vieses de atenção na hipersonolência. Como sempre, concluímos com uma sessão sobre prevenção de recaída onde se examina o progresso, os ganhos são consolidados e são discutidos possíveis retrocessos. Desse modo, muitos dos princípios de tratamento úteis para insônia também podem ser usados para tratar hipersonolência.

REFERÊNCIAS

- Achermann, P., & Borbely, A. A. (2010). Sleep homeostasis and models of sleep regulation. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (5th ed., pp. 431-444). Philadelphia: Elsevier.
- Akerstedt, T., Billiard, M., Bonnet, M., Ficca, G., Garma, L., Mariotti, M., et al. (2002). Awakening from sleep. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 267-286.
- American Academy of Sleep Medicine. (2005). *International classification of sleep disorders (ICSD): Diagnostic and coding manual* (2nd ed.). Westchester, IL: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Ancoli-Israel, S. (2009). Sleep and its disorders in aging populations. *Sleep Medicine*, 10 (Suppl. 1), S7-S11.
- Armitage, R. (2007). Sleep and circadian rhythms in mood disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 433 (Suppl.), 104-115.
- Banks, S., & Dinges, D. F. (2010). Chronic sleep deprivation. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (5th ed., pp. 67-75). Philadelphia: Elsevier/Saunders.
- Bastien, C. H., Vallieres, A., & Morin, C. M. (2001). Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Medicine*, 2, 297-307.
- Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: Guilford Press.
- Belleville, G., Guay, C., Guay, B., & Morin, C. M. (2007). Hypnotic taper with or without self-help treatment of insomnia: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 75, 325-335.
- Beset, A., Villemain, E., Tafti, M., & Billiard, M. (1998). Homeostatic process and sleep spindles in patients with sleep-maintenance insomnia: Effect of partial (21 h) sleep deprivation. *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology*, 107(2), 122-132.
- Billiard, M., Dolenc, L., Aldaz, C., Ondze, B., & Beset, A. (1994). Hypersomnia associated with mood disorders: A new perspective. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (Suppl. 1), 41-47.
- Bixler, E. O., Kales, A., Leo, L. A., & Slye, T. A. (1973). A comparison of subjective estimates and objective sleep laboratory findings in insomnia patients. *Sleep Research*, 2, 143.
- Bootzin, R. R. (1972). Stimulus control treatment for insomnia. *Proceedings of the American Psychological Association*, 7, 395-396.
- Bootzin, R. R., Epstein, D., & Wood, J. M. (1991). Stimulus control instructions. In P. J. Hauri (Ed.), *Case studies in insomnia* (pp. 19-28). New York: Plenum Press.
- Borbely, A. A. (1982). A two process model of sleep regulation. *Human Neurobiology*, 1, 195-204.
- Borkovec, T. D. (1982). Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 880-895.
- Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., & Andreski, P. (1996). Sleep disturbance and psychiatric disorders: A longitudinal epidemiological study of young adults. *Biological Psychiatry*, 39(6), 411-418.
- Buyse, D., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Lichstein, K. L., & Morin, C. M. (2006). Recommendations for a standard research assessment of insomnia. *Sleep*, 29, 1155-1173.
- Buyse, D. J., Reynolds, C. F., Monk, T. H., Berman, S. R., & Kupfer, D. J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Research*, 28, 193-213.
- Carney, C. E., Buyse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L., et al. (2012). The consensus sleep diary: Standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*, 35(2), 287-302.
- Carskadon, M. A., Dement, W. C., Mitler, M. M., Guilleminault, C., Zarcone, V. P., & Spiegel, R. (1976). Self-reports versus sleep laboratory findings in 122 drug-free subjects with complaints of chronic insomnia. *American Journal of Psychiatry*, 133(12), 1382-1388.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported theories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1, 7-18.
- Chesson, A. L., Jr., Anderson, W. M., Littner, M., Davila, D., Hartse, K., Johnson, S., et al. (1999). Practice parameters for the nonpharmacologic treatment of chronic insomnia (An American Academy of Sleep Medicine report, Standards of Practice Committee of the American Academy of Sleep Medicine). *Sleep*, 22, 1128-1133.
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., et al. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A

- randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 568-578.
- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Wells, A., Ludgate, J., & Gelder, M. (1999). Brief cognitive therapy for panic disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 583-589.
- Clarke, G., & Harvey, A. G. (2012). The complex role of sleep in adolescent depression. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 21(2), 385-400.
- Constantino, M. J., Manber, R., Ong, J., Kuo, T. F., Huang, J., & Arnow, B. A. (2007). Patient expectations and the therapeutic alliance as predictors of outcome in group cognitive-behavioral therapy for insomnia. *Behavioral Sleep Medicine*, 5(3), 210-228.
- Crick, F., & Mitchison, G. (1983). The function of dream sleep. *Nature*, 304, 111-114.
- Crowley, S. J., & Carskadon, M. A. (2010). Modifications to weekend recovery sleep delay circadian phase in older adolescents. *Chronobiology International*, 27, 1469-1492.
- Edinger, J. D., Bonnet, M. H., Bootzin, R. R., Doghramji, K., Dorsey, C. M., Espie, C. A., et al. (2004). Derivation of research diagnostic criteria for insomnia: Report of an American Academy of Sleep Medicine Work Group. *Sleep*, 27, 1567-1596.
- Edinger, J. D., Wohlgemuth, W. K., Radtke, R. A., Marsh, G. R., & Quillian, R. E. (2001). Does cognitive-behavioral insomnia therapy alter dysfunctional beliefs about sleep? *Sleep*, 24, 591-599.
- Edinger, J. D., Wyatt, J. K., Olsen, M. K., Stechuchak, K. M., Carney, C. E., Chiang, A., et al. (2009). Reliability and validity of the Duke Structured Interview for Sleep Disorders for insomnia screening. *Sleep*, 32, A265.
- Eidelman, P., Talbot, L. S., Gruber, J., Hairston, I., & Harvey, A. G. (2010). Sleep architecture as correlate and predictor of symptoms and impairment in inter-episode bipolar disorder: Taking on the challenge of medication effects. *Journal of Sleep Research*, 19(4), 516-524.
- Espie, C. A. (2002). Insomnia: Conceptual issues in the development, persistence, and treatment of sleep disorder in adults. *Annual Review of Psychology*, 53, 215-243.
- Ford, D. E., & Kamerow, D. B. (1989). Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *Journal of the American Medical Association*, 262, 1479-1484.
- Gruber, J., Harvey, A. G., Wang, P. W., Brooks, J. O., III, Thase, M. E., Sachs, G. S., et al. (2009). Sleep functioning in relation to mood, function, and quality of life at entry to the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Journal of Affective Disorders*, 114(1-3), 41-49.
- Harvey, A. G. (2001). Insomnia: Symptom or diagnosis? *Clinical Psychology Review*, 21, 1037-1059.
- Harvey, A. G. (2002a). A cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 869-894.
- Harvey, A. G. (2002b). Trouble in bed: The role of pre-sleep worry and intrusions in the maintenance of insomnia [Special issue]. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 16, 161-177.
- Harvey, A. G. (2003a). The attempted suppression of presleep cognitive activity in insomnia. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 593-602.
- Harvey, A. G. (2003b). Beliefs about the utility of presleep worry: An investigation of individuals with insomnia and good sleepers. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 403-414.
- Harvey, A. G. (2005). A cognitive theory of and therapy for chronic insomnia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 41-60.
- Harvey, A. G. (2008). Sleep and circadian rhythms in bipolar disorder: Seeking synchrony, harmony, and regulation. *American Journal of Psychiatry*, 165, 820-829.
- Harvey, A. G. (2009). The adverse consequences of sleep disturbance in pediatric bipolar disorder: Implications for intervention. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 18(2), 321-338.
- Harvey, A. G., & Eidelman, P. (2012). Intervention to reduce unhelpful beliefs about sleep. In M. Perlis, M. Aloia, & B. Kuhn (Eds.), *Behavioral sleep medicine treatment protocols* (pp. 79-90). New York: Academic Press.
- Harvey, A. G., Schmidt, D. A., Scarna, A., Semler, C. N., & Goodwin, G. M. (2005). Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *American Journal of Psychiatry*, 162, 50-57.
- Harvey, A. G., Sharpley, A. L., Ree, M. J., Stinson, K., & Clark, D. M. (2007). An open trial of cognitive therapy for chronic insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2491-2501.
- Harvey, A. G., & Talbot, L. (2012a). Behavioral experiments. In M. Perlis, M. Aloia, & B. Kuhn (Eds.), *Behavioral sleep medicine treatment protocols* (pp. 71-78). New York: Academic Press.
- Harvey, A. G., & Talbot, L. S. (2012b). Intervention to reduce misperception. In M. Perlis, M. Aloia, & B. Kuhn (Eds.), *Behavioral sleep medicine treatment protocols* (pp. 91-96). New York: Academic Press.
- Harvey, A. G., & Tang, N. K. (2012). (Mis)perception of sleep in insomnia: A puzzle and a resolution. *Psychological Bulletin*, 138(1), 77-101.
- Harvey, A. G., Tang, N. K. Y., & Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 593-611.
- Hoddes, E., Zarcone, V., Smythe, H., Phillips, R., & Dement, W. C. (1973). Quantification of sleepiness: A new approach. *Psychophysiology*, 10, 431-436.
- Hohagen, F., Rink, K., Kappler, C., Schramm, E., Riemann, D., Weyerer, S., et al. (1993). Prevalence and treatment of insomnia in general practice: A longitudinal study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 242, 329-336.
- Irwin, M. R., Cole, J. C., & Nicassio, P. M. (2006). Comparative meta-analysis of behavioral interventions for insomnia and their efficacy in middle-aged adults and in older adults 55+ years of age. *Health Psychology*, 25, 3-14.
- Jacobson, N., Martell, C., & Dimidjian, S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 8, 255-270.

- Jansson, M., & Linton, S. J. (2007). Psychological mechanisms in the maintenance of insomnia: Arousal, distress, and sleep-related beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3), 511-521.
- Jean-Louis, G., von Gizycki, H., Zizi, F., Spielman, A., Hauri, P., & Taub, H. (1997). The actigraph data analysis software: II. A novel approach to scoring and interpreting sleep-wake activity. *Perceptual and Motor Skills*, 85, 219-226.
- Jenni, O. G., Achermann, P., & Carskadon, M. A. (2005). Homeostatic sleep regulation in adolescents. *Sleep*, 28, 1446-1454.
- Johns, M. W. (1991). A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*, 14, 540-545.
- Karni, A., Tanne, D., Rubenstein, B. S., Askenasy, J. J. M., & Sagi, D. (1994). Dependence on REM sleep of overnight improvement of a perceptual skill. *Science*, 265, 679-682.
- Klerman, E. B., & Dijk, D. J. (2008). Age-related reduction in the maximal capacity for sleep-implications for insomnia. *Current Biology*, 18(15), 1118-1123.
- Kryger, M. H., Roth, T., & Dement, W. C. (2010). *Principles and practice of sleep medicine* (5th ed.). Philadelphia: Saunders.
- Lack, L. C., & Bootzin, R. R. (2003). Circadian rhythm factors in insomnia and their treatment. In M. Perlis & K. Lichstein (Eds.), *Treatment of sleep disorders: Principles and practice of behavioral sleep medicine* (pp. 305-343). New York: Wiley.
- Lichstein, K. (2000). Secondary insomnia. In K. Lichstein & C. Morin (Eds.), *Treatment of late-life insomnia* (pp. 297-319). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Taylor, D. J., Bush, A. J., & Riedel, B. W. (2003). Quantitative criteria for insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 427-445.
- Lichstein, K. L., Peterson, B. A., Riedel, B. W., Means, M. K., Epperson, M. T., & Aguillard, R. N. (1999). Relaxation to assist sleep medication withdrawal. *Behavior Modification*, 23(3), 379-402.
- Lichstein, K. L., & Rosenthal, T. L. (1980). Insomniacs' perceptions of cognitive versus somatic determinants of sleep disturbance. *Journal of Abnormal Psychology*, 89, 105-107.
- Lichstein, K. L., Stone, K. C., Donaldson, J., Nau, S. D., Soeffing, J. P., Murray, D., et al. (2006). Actigraphy validation with insomnia. *Sleep*, 29, 232-239.
- Manber, R., Edinger, J. D., Gress, J. L., San Pedro-Salcedo, M. G., Kuo, T. F., & Kalista, T. (2008). Cognitive behavioral therapy for insomnia enhances depression outcome in patients with comorbid major depressive disorder and insomnia. *Sleep*, 31(4), 489-495.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Montgomery, P., & Dennis, J. (2003). Cognitive behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1, CD003161.
- Morgenthaler, T., Alessi, C., Friedman, L., Owens, J., Kapur, V., Boehlecke, B., et al. (2007). Practice parameters for the use of actigraphy in the assessment of sleep and sleep disorders: An update for 2007. *Sleep*, 30(4), 519-529.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: Guilford Press.
- Morin, C. M., Blais, F., & Savard, J. (2002). Are changes in beliefs and attitudes about sleep related to sleep improvements in the treatment of insomnia? *Behaviour Research and Therapy*, 40, 741-752.
- Morin, C. M., Bootzin, R. R., Buysse, D. J., Edinger, J. D., Espie, C. A., & Lichstein, K. L. (2006). Psychological and behavioral treatment of insomnia: An update of recent evidence (1998-2004). *Sleep*, 29, 1396-1406.
- Morin, C. M., Culbert, J. P., & Schwartz, S. M. (1994). Nonpharmacological interventions for insomnia: A meta-analysis of treatment efficacy. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1172-1180.
- Morin, C. M., & Espie, C. A. (2003). *Insomnia: A clinical guide to assessment and treatment*. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Morin, C. M., Gaulier, B., Barry, T., & Kowatch, R. A. (1992). Patients' acceptance of psychological and pharmacological therapies for insomnia. *Sleep*, 15, 302-305.
- Morin, C. M., Hauri, P. J., Espie, C. A., Spielman, A. J., Buysse, D. J., & Bootzin, R. R. (1999). Nonpharmacologic treatment of chronic insomnia: An American Academy of Sleep Medicine review. *Sleep*, 22, 1134-1156.
- Morin, C. M., Koetter, U., Bastien, C., Ware, J. C., & Wooten, V. (2005). Valerian-hops and diphenhydramine for treating insomnia: A randomized placebo-controlled clinical trial. *Sleep*, 28(11), 1465-1471.
- Morin, C. M., Vallieres, A., Guay, B., Ivers, H., Savard, J., Merette, C., et al. (2009). Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 301(19), 2005-2015.
- Murtagh, D. R., & Greenwood, K. M. (1995). Identifying effective psychological treatments for insomnia: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 79-89.
- Neitzert Semler, C., & Harvey, A. G. (2004). Monitoring for sleep-related threat: A pilot study of the sleep associated monitoring index (SAMI). *Psychosomatic Medicine*, 66, 242-250.
- National Institutes of Health. (2005). National Institutes of Health State of the Science Conference Statement: Manifestations and management of chronic insomnia in adults. *Sleep*, 28, 1049-1057.
- Nofzinger, E. A., Thase, M. E., Reynolds, C. F., III, Himelbach, J. M., Mallinger, A., Houck, P., et al. (1991). Hypersomnia in bipolar depression: A comparison with narcolepsy using the multiple sleep latency test. *American Journal of Psychiatry*, 148(9), 1177-1181.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: What we know and what we still need to learn. *Sleep Medicine Reviews*, 6, 97-111.

- Ong, J. C., Kuo, T. F., & Manber, R. (2008). Who is at risk for dropout from group cognitive-behavioral therapy for insomnia? *Journal of Psychosomatic Research*, 64(4), 419-425.
- Paquet, J., Kawinska, A., & Carrier, J. (2007). Wake detection capacity of actigraphy during sleep. *Sleep*, 30(10), 1362-1369.
- Perlis, M., Aloia, M., & Kuhn, B. (Eds.). (2012). *Behavioral sleep medicine treatment protocols*. New York: Academic Press.
- Perlis, M., & Lichstein, K. (Eds.). (2003). *Treating sleep disorders: Principles and practice of behavioral sleep medicine*. New York: Wiley.
- Perlis, M. L., Smith, M. T., & Pigeon, W. R. (2005). Etiology and pathophysiology of insomnia. In M. H. Kryger, T. Roth, & W. C. Dement (Eds.), *Principles and practice of sleep medicine* (4th ed., pp. 714-725). Philadelphia: Elsevier/Saunders.
- Ree, M., & Harvey, A. G. (2004a). Insomnia. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackman, M. Mueller, & D. Westbrook (Eds.), *Oxford guide to behavioural experiments in cognitive therapy* (pp. 287-305). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ree, M., & Harvey, A. G. (2004b). Investigating safety behaviours in insomnia: The development of the Sleep-Related Behaviours Questionnaire (SRBQ). *Behaviour Change*, 21, 26-36.
- Ree, M. J., Harvey, A. G., Blake, R., Tang, N. K., & Shawe-Taylor, M. (2005). Attempts to control unwanted thoughts in the night: Development of the thought control questionnaire-insomnia revised (TCQI-R). *Behaviour Research and Therapy*, 43, 985-998.
- Reite, M., Buysse, D., Reynolds, C., & Mendelson, W. (1995). The use of polysomnography in the evaluation of insomnia. *Sleep*, 18, 58-70.
- Roth, T., Coulouvrat, C., Hajak, G., Lakoma, M. D., Sampson, N. A., Shahly, V., et al. (2011). Prevalence and perceived health associated with insomnia based on DSM-IV-TR; International Statistical Classification of Diseases and related health problems, Tenth Revision; and Research Diagnostic Criteria/International Classification of Sleep Disorders, Second Edition criteria: Results from the America Insomnia Survey. *Biological Psychiatry*, 69, 592-600.
- Rybarczyk, B., Lopez, M., Schelble, K., & Stepanski, E. (2005). Home-based video CBT for comorbid geriatric insomnia: A pilot study using secondary data analyses. *Behavioral Sleep Medicine*, 3, 158-175.
- Salkovskis, P. M. (1991). The importance of behaviour in the maintenance of anxiety and panic: A cognitive account. *Behavioural Psychotherapy*, 19, 6-19.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., et al. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 295, 2851-2858.
- Smith, L. J., Nowakowski, S., Soeffing, J. P., Orff, H. J., & Perlis, M. L. (2003). The measurement of sleep. In M. L. Perlis & K. L. Lichstein (Eds.), *Treating sleep disorders: Principles and practice of behavioral sleep medicine* (pp. 29-73). New York: Wiley.
- Smith, M. T., Huang, M. I., & Manber, R. (2005). Cognitive behavior therapy for chronic insomnia occurring within the context of medical and psychiatric disorders. *Clinical Psychology Review*, 25, 559-592.
- Spielman, A. J., Caruso, L. S., & Glovinsky, P. B. (1987). A behavioral perspective on insomnia treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 10, 541-553.
- Spielman, A. J., Saskin, P., & Thorpy, M. J. (1987). Treatment of chronic insomnia by restriction of time in bed. *Sleep*, 10, 45-56.
- Stepanski, E. J., Zorick, F., Roehrs, T., & Roth, T. (2000). Effects of sleep deprivation on daytime sleepiness in primary insomnia. *Sleep*, 23, 215-219.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Weinstock, J., Sanford, S., & Temple, J. R. (2007). A pilot study of cognitive-behavioral therapy of insomnia in people with mild depression. *Behavior Therapy*, 38(1), 49-57.
- Vallieres, A., & Morin, C. M. (2003). Actigraphy in the assessment of insomnia. *Sleep*, 26, 902-906.
- Van Houde-nhove, L., Buysse, B., Gabriëls, L., & Van den Bergh, O. (2011). Treating primary insomnia: Clinical effectiveness and predictors of outcomes on sleep, daytime function and health-related quality of life. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 18(3), 312-321.
- Van Someren, E. J. (2000). Circadian rhythms and sleep in human aging. *Chronobiology International*, 17, 233-243.
- Walker, M. P., & Stickgold, R. (2006). Sleep, memory, and plasticity. *Annual Review of Psychology*, 57, 139-166.
- Watkins, E., & Baracaia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric moods? *Personality and Individual Differences*, 30, 723-734.
- Watts, F. N., Coyle, K., & East, M. P. (1994). The contribution of worry to insomnia. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 211-220.
- Wicklow, A., & Espie, C. A. (2000). Intrusive thoughts and their relationship to actigraphic measurement of sleep: Towards a cognitive model of insomnia. *Behaviour Research and Therapy*, 38(7), 679-693.
- Wyatt, J. K., Stepanski, E. J., & Kirkby, J. (2006). Circadian phase in delayed sleep phase syndrome: Predictors and temporal stability across multiple assessments. *Sleep*, 29, 1075-1080.
- Yoo, S. S., Gujar, N., Hu, P., Jolesz, F. A., & Walker, M. P. (2007). The human emotional brain without sleep—a prefrontal amygdala disconnect. *Current Biology*, 17, R877-R878.
- Zee, P. C., & Turek, F. W. (2006). Sleep and health: Everywhere and in both directions. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1686-1688.

CAPÍTULO 17

TRANSTORNOS ALIMENTARES

UM PROTOCOLO TRANSDIAGNÓSTICO

Christopher G. Fairburn

Zafra Cooper

A quinta edição do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (DSM-5) define e separa claramente a anorexia nervosa e a bulimia nervosa, e descreve, pela primeira vez, o transtorno de compulsão alimentar como um transtorno específico. Contudo, muitas pessoas com transtornos alimentares graves não correspondem bem aos atuais critérios diagnósticos e são jogadas na categoria “outros transtornos alimentares especificados”. As pessoas com transtornos alimentares também são trocadas de uma categoria a outra ao longo do tempo. Os autores deste capítulo, envolvidos na criação das categorias dos transtornos alimentares do DSM, também se encontram entre os criadores dos tratamentos mais eficazes já elaborados para esses transtornos. Dessa forma, é significativo que Fairburn e colaboradores tenham se adiantado e criado uma teoria e um protocolo de tratamento “transdiagnóstico” unificados que são aplicáveis a todos os transtornos alimentares, incluindo os que se enquadram na categoria “outro transtorno alimentar especificado”. (Para uma abordagem semelhante aos transtornos emocionais, ver Payne, Ellard, Farchione, Fairholme e Barlow, Cap. 6 deste volume). Neste capítulo, Fairburn e Cooper descrevem esse tratamento de ponta. No que pode ser uma saída notável para alguns leitores, os autores observam que o problema central que demanda a intervenção não é necessariamente fazer dieta, comer compulsivamente, diminuir o peso ou purgar, e sim as atitudes e crenças anormais reforçadas culturalmente com relação à forma e ao peso. A recomendação para se aplicarem vários componentes terapêuticos de maneira *modular* está relacionada à arte de administrar este tratamento. A explicação detalhada da terapia cognitivo-comportamental como é aplicada ao tratamento dos transtornos alimentares deve ser muito útil aos profissionais clínicos que trabalham com esses difíceis problemas. — D. H. B.

Os transtornos alimentares clínicos como a anorexia nervosa, a bulimia nervosa e a compulsão alimentar são causas de morbidade física e psicossocial considerável entre meninas adolescentes e mulheres adultas jovens, sendo muito menos comum entre homens. Geralmente, têm início na adolescência e podem desenvolver um curso crônico. Seu efeito é difuso, porque prejudicam o funcionamento psicológico, físico e social. Uma vez estabelecidos, são difíceis de tratar e impõem um fardo significativo aos serviços de saúde. Neste capítulo, descrevemos a psicopatologia dos transtornos alimentares e os mecanismos que os fazem com persistir. A seguir, descrevemos um tra-

tamento cognitivo-comportamental transdiagnóstico voltado a romper esses mecanismos.

CLASSIFICAÇÃO E DIAGNÓSTICO

A estrutura do DSM-5

A estrutura do DSM-5 para classificar e diagnosticar transtornos alimentares reconhece três transtornos específicos: anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar. Além disso, existem duas categorias residuais chamadas *outro transtorno alimentar especificado* e *transtorno alimentar não especificado*, respectivamente (American Psychiatric Association, 2013).

Em essência, três características precisam estar presentes para formar um diagnóstico de anorexia nervosa:

1. A superestimação da forma e do peso, ou seja, julgar a si próprio, em grande parte ou, até mesmo, exclusivamente, em termos de forma e peso.
2. Isso se expressa muitas vezes como um forte desejo de ser magro combinado com um medo intenso de ganhar peso e ficar gordo.
3. A manutenção ativa de um peso corporal indevido (p. ex., menos de 85% do esperado ou um índice de massa corporal $\leq 17,5$).¹

A amenorreia (em mulheres pós-menarca), outro requisito para o diagnóstico de anorexia nervosa na edição anterior do DSM, foi removida devido à sua validade questionável, ou seja, a maioria das pacientes que cumprem os outros dois critérios diagnósticos também é de amenorreicas, e as que não são se parecem muito com as que são.

Três características também devem estar presentes para se fazer um diagnóstico de bulimia nervosa:

1. Superestimação de forma e peso, como na anorexia nervosa.
2. Compulsão alimentar recorrente. Um episódio de compulsão é ingerir uma quantidade objetivamente grande de comida e ter uma sensação de perda de controle no momento.
3. Comportamento de controle de peso extremo, como restrições alimentares rígidas, vômitos autoinduzidos recorrentes ou uso frequente e indevido de laxantes.

Além disso, para diagnosticar bulimia nervosa, há um critério excludente, ou seja, que os critérios diagnósticos para anorexia nervosa não sejam cumpridos, o que garante que os pacientes não possam ter os dois diagnósticos ao mesmo tempo.

O transtorno de compulsão alimentar, que era um diagnóstico provisório no DSM-IV, é reconhecido como um transtorno pleno no DSM-5. Ele busca indicar um problema alimentar caracterizado pela compulsão alimentar recorrente na ausência do comportamento extremo de controle de peso visto na bulimia nervosa e na anorexia nervosa.

Não há critério diagnóstico especificado para os dois diagnósticos residuais de transtorno alimentar.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Assim como a maioria dos casos de outros transtornos alimentares especificados, a anorexia nervosa e

a bulimia nervosa têm em comum uma *psicopatologia central* que é a mesma em mulheres e homens, adultos e adolescentes: a superestimação da forma e do peso. Enquanto a maioria das pessoas avalia a si mesma com base em seu desempenho percebido em uma série de domínios da vida (p. ex., a qualidade de seus relacionamentos, desempenho profissional, desempenho esportivo), as pessoas que têm transtornos alimentares julgam seu valor, em grande parte ou até mesmo exclusivamente, em termos de sua forma e seu peso e de sua capacidade de controlá-los. Essa psicopatologia é peculiar aos transtornos alimentares (e ao transtorno dismórfico corporal) e raramente se observa na população em geral. Ela deve ser diferenciada da insatisfação corporal, que é não gostar de aspectos da própria aparência. Um grau de insatisfação com a forma do corpo é muito disseminado e sua presença é chamada, às vezes, de *descontentamento normativo*.

A superestimação da forma e do peso resulta na busca de perder peso (observe que geralmente se busca perder peso, e não um peso específico) e em um medo intenso de ganhar peso e ficar gordo. A maioria das outras características desses transtornos é secundária em relação a essa psicopatologia e suas consequências (p. ex., comer pouco, perder peso demais). Dessa forma, na anorexia nervosa, uma tentativa sustentada e bem-sucedida de perder peso faz com que os pacientes fiquem excessivamente abaixo do peso recomendado. Essa busca não é considerada como um problema, ao contrário, é valorizada e, em consequência disso, os pacientes têm pouca vontade de mudar. Por essa razão, muitas vezes, outras pessoas são responsáveis por esses indivíduos iniciarem o tratamento. Na bulimia nervosa, tentativas equivalentes de restringir a ingestão de comida são pontuadas por episódios repetidos de perda de controle em relação à comida (comer compulsivamente). Em geral, essa compulsão é aversiva e constitui uma fonte de aflição e levam o paciente a buscar ajuda. Consequentemente, pessoas com bulimia nervosa são mais fáceis de envolver no tratamento, ainda que, em função da vergonha e do sigilo que acompanham o problema, costuma haver uma postergação de muitos anos antes que eles divulguem seu problema alimentar e iniciem o tratamento.

A psicopatologia central da anorexia nervosa e da bulimia nervosa também tem outras expressões. Muitos pacientes chamam erroneamente estados físicos e emocionais adversos de “sentir-se gordo” e os igualam a estar realmente gordo. Além disso, muitos deles repetidamente examinam seus corpos, concentrando-se em partes de que não gostam, o que pode

contribuir para que superestimem seu tamanho. Outros evitam ativamente ver seus corpos, pressupondo que têm aparência de gordos e asquerosos. Há um comportamento equivalente com relação a se pesar (verificar o peso), com muitos pacientes se pesando com muita frequência como resultado de ficarem preocupados com flutuações comuns e cotidianas, ao passo que outros evitam saber seu peso, mas continuam muito preocupados com ele.

Anorexia nervosa

Na anorexia nervosa, perseguir a perda de peso leva os pacientes a desenvolver restrições graves e seletivas à ingestão de alimentos, evitando aqueles que consideram que engordam. Em geral, não existe uma verdadeira “anorexia” (perda de apetite) como tal. Comer pouco também pode ser uma expressão de outros motivos, incluindo asceticismo, competitividade e um desejo de atrair atenção de outros. Nas etapas iniciais do transtorno, comer menos do que o necessário pode ser um objetivo em si, com o paciente valorizando a sensação de autocontrole que transmite. Alguns pacientes também passam a fazer um tipo compulsivo de exercício que contribui para a perda de peso, caracterizado por um impulso forte a fazer exercícios, uma tendência a exagerar e dar preferência ao exercício em relação a outros aspectos da vida. O vômito autoinduzido e outras formas extremas de controle de peso (p. ex., mau uso de laxantes e diuréticos) são praticados por um subgrupo desses pacientes, e um grupo que se sobrepõem tem episódio de perda de controle sobre a comida, embora a quantidade que comem pode não ser objetivamente grande (“compulsão alimentar subjetiva”). Características depressivas e de ansiedade, irritabilidade, labilidade do humor, prejuízos à concentração, perda de apetite sexual e sintomas obsessivos também costumam estar presentes. Geralmente, essas características pioram à medida que se perde peso e melhoram quando se ganha. O interesse no mundo externo também desaparece quando os pacientes ficam abaixo do peso, tornando a maioria socialmente retraída e isolada. Isso também tende a se reverter com a recuperação do peso.

Bulimia nervosa

Os hábitos alimentares dos indivíduos com bulimia nervosa se parecem com os dos que têm anorexia nervosa, e a principal característica distintiva é que as tentativas de limitar a ingestão de comida são interrompidas por episódios repetidos de compulsão alimentar. A frequência desses episódios vai de uma ou duas vezes por semana (o limiar diagnóstico do DSM-5) a várias vezes por dia, e a quantidade

de comida ingerida por episódio varia, mas geralmente está entre 1.000 e 2.000 quilocalorias (kcal). Na maioria dos casos, cada episódio é seguido por vômito autoinduzido compensatório ou uso indevido de laxantes, mas há um subgrupo de pacientes que não faz purga. O peso da maioria dos pacientes com bulimia nervosa está na faixa saudável (IMC entre 18,5 e 25,0) em razão dos efeitos de comer de menos e comer de mais, anulando um ao outro. Como resultado, esses pacientes não experimentam os efeitos psicossociais e físicos secundários de se manter um baixo peso. As características depressivas e ansiosas são destacadas na bulimia nervosa – na verdade, mais até do que na anorexia nervosa – e há um subgrupo de pacientes que faz uso de substâncias ou autoagressão, ou ambos. Esse subgrupo, que também está presente entre alguns pacientes com anorexia nervosa que comem compulsivamente, atrai com frequência o diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline*.

Transtorno de compulsão alimentar

Pacientes com transtorno de compulsão alimentar descrevem episódios recorrentes, como na bulimia nervosa, mas seus hábitos alimentares fora dos episódios são bastante diferentes. Como observado anteriormente, na bulimia nervosa há um elevado nível de restrição alimentar, com a maioria dos pacientes tentando aderir a uma dieta altamente restritiva quando não estão em compulsão. Em contraste, no transtorno de compulsão alimentar, há uma tendência a comer demais fora dos episódios. Na verdade, os hábitos alimentares dos pacientes com transtorno de compulsão alimentar se assemelham aos de pessoas com obesidade, embora com episódios de compulsão sobrepostos. Assim, o vômito autoinduzido e o uso indevido de laxantes não estão presentes, nem há qualquer tendência a se exercitar demais. A maioria das pessoas que procuram tratamento para o transtorno de compulsão alimentar tem excesso de peso ou cumpre os critérios para obesidade (IMC $\geq 30,0$).

Outros transtornos alimentares especificados ou não especificados

A psicopatologia do outro transtorno alimentar *especificado* e *não especificado* no DSM-5, que era chamado de transtorno alimentar SOE no DSM-IV, é muito parecida com a que se observa na anorexia nervosa, na bulimia nervosa e no transtorno de compulsão alimentar, e é de duração e gravidade comparáveis (Fairburn et al., 2007). Conceitualmente, pode-se fazer uma distinção entre dois subgrupos

dentro dessa categoria, embora não haja limite nítido entre eles. O primeiro compreende casos muito semelhantes à anorexia nervosa ou à bulimia nervosa, mas que não cumprem critérios diagnósticos: por exemplo, o peso corporal pode estar um pouco acima do limiar para anorexia nervosa, ou a frequência de episódios de compulsão alimentar pode não ser suficiente para um diagnóstico de bulimia nervosa. Esses casos podem pertencer à categoria de *outros transtornos alimentares especificados*. O segundo maior subgrupo compreende casos em que as características clínicas da anorexia nervosa e da bulimia nervosa são combinadas de uma forma diferente daquela vista nos dois transtornos prototípicos. Esses estados podem ser descritos como de caráter *misto* e pertencem à categoria de *transtornos alimentares não especificados*. Casos desse tipo são comuns (Fairburn e Cooper, 2011).

Os leitores podem encontrar referências ao chamado *transtorno de purga*, um termo que se refere a um estado caracterizado pela purga recorrente na ausência de compulsão alimentar. No DSM-5, esses casos são situados na categoria de *outro transtorno alimentar especificado*. Segundo nossa experiência, a grande maioria das pessoas que atendem a esses critérios vivencia episódios de compulsão subjetivos e, portanto, é melhor considerá-las com uma variante da bulimia nervosa.

Por último, os pacientes que descrevem excesso alimentar limitado à noite ou à madrugada são considerados como tendo *síndrome do comer noturno*, um estado relativamente negligenciado e que está fora do escopo deste capítulo. Para obter informações sobre a síndrome do comer noturno e seu tratamento, recomenda-se o livro de Lundgren, Allison e Stunkard (2012).

DESENVOLVIMENTO E CURSO SUBSEQUENTE

A anorexia nervosa geralmente começa na adolescência, com o início da restrição alimentar que se torna cada vez mais extrema e inflexível. Em suas etapas iniciais, o transtorno pode ser autolimitante e responder ao tratamento, mas, se persistir, tende a se tornar mais arraigado e demanda tratamento mais intensivo. Em 10 a 20% dos casos, mostra-se impossível de tratar e não entra em remissão. Mesmo nos pacientes que se recuperam, são comuns características residuais, especialmente algum grau de preocupação exagerada com a forma, o peso e a alimentação. Uma ocorrência frequente é o desenvolvimento da compulsão alimentar e, em cerca de metade dos casos, o avanço para a bulimia nervosa plena. Entre os fatores prognósticos favoráveis, destacam-se

o início em idade precoce e uma história breve, ao passo que os desfavoráveis são uma história longa, grave perda de peso, além de compulsão alimentar e vômitos. Anorexia nervosa é o transtorno alimentar especificamente associado a uma taxa de mortalidade mais alta, com a taxa de mortalidade padronizada em cerca de 10 para os primeiros 10 anos desde o surgimento. A maioria das mortes é resultado direto de complicações médicas ou suicídio.

A bulimia nervosa tem uma idade de início um pouco mais alta, geralmente no fim da adolescência ou início da idade adulta. Em geral, começa de forma semelhante à anorexia nervosa – na verdade, em cerca de um quarto dos casos, o diagnóstico de anorexia nervosa se cumpre durante certo tempo. Com o tempo, entretanto, os episódios de compulsão alimentar interrompem a restrição alimentar e, como resultado disso, o peso corporal sobe a um nível normal ou próximo do normal. O transtorno é altamente autoperpetuante, de forma que os pacientes muitas vezes se apresentam com uma história de oito anos ou mais de problemas da alimentação. Não foram identificados preditores consistentes de resultados, embora haja evidências de que a obesidade infantil, a baixa autoestima e os sinais de transtornos da personalidade estejam associados a um prognóstico pior.

O transtorno de compulsão alimentar tem idade de apresentação e curso diferentes. A maioria dos pacientes está na meia-idade, e um terço ou mais é de homens. Isso é bastante diferente dos pacientes que têm anorexia nervosa, bulimia nervosa e os dois grupos de transtornos alimentares residuais, que geralmente são mulheres adolescentes ou adultas jovens (cerca de 10% são homens). A experiência clínica sugere que o transtorno de compulsão alimentar também difere em seu curso, no sentido de que tende a ser fásico em vez de persistente, com a maioria dos pacientes descrevendo períodos sem episódios de compulsão, que duram muitos meses. No decorrer desse tempo, esses pacientes têm uma tendência a comer demais e ganhar peso e poucos relatam uma história de anorexia nervosa ou bulimia nervosa.

Pouco se sabe sobre o desenvolvimento e a evolução dos transtornos alimentares residuais. A maioria dos pacientes se apresenta na adolescência ou entre 20 e 30 anos, como na bulimia nervosa, e com um histórico de duração semelhante (Fairburn et al., 2007). Como entre um quarto e um terço dos pacientes teve no passado anorexia nervosa ou bulimia nervosa, sua apresentação atual é simplesmente a última apresentação clínica de um transtorno alimentar em evolução.

A PERSPECTIVA TRANSDIAGNÓSTICA

A estrutura do DSM-5 para classificar os transtornos alimentares estimula a visão de que anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno de compulsão alimentar são estados clínicos distintos, cada um demandando sua própria forma de tratamento. A partir do exame de suas características clínicas e seu curso ao longo do tempo, deve ficar claro que as evidências não sustentam isso (Fairburn e Harrison, 2003). Excetuando-se o transtorno de compulsão alimentar, os transtornos alimentares têm muitas características em comum, a maioria das quais não é observada em outros transtornos psiquiátricos. Os estudos de seu curso indicam que os pacientes migram entre esses transtornos com o tempo: de fato, a migração temporal é a norma, mais do que uma exceção. Esse movimento temporal, com o fato de que os transtornos compartilham a mesma psicopatologia, sugerem que mecanismos *transdiagnósticos* comuns estão envolvidos na manutenção da psicopatologia do transtorno alimentar (Fairburn, Cooper e Shafran, 2003). Caso isso esteja correto, implica que os tratamentos que são capazes de abordar com êxito esses mecanismos de manutenção devem ser eficazes com todas as formas de transtorno alimentar em vez de apenas com uma.

A TEORIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Bulimia nervosa

Em comum com a maioria dos tratamentos cognitivo-comportamentais baseados em evidências, a teoria que embasa a terapia cognitivo-comportamental para bulimia nervosa (TCC-BN) está preocupada basicamente com os *processos que mantêm o transtorno*, em lugar daqueles responsáveis por seu desenvolvimento. Segundo a teoria, o esquema disfuncional de autoavaliação desses pacientes é central à manutenção do transtorno. Como observado anteriormente, enquanto a maioria das pessoas se avalia com base em seu desempenho percebido em uma série de domínios da vida, as pessoas com transtornos alimentares se julgam em grande parte, ou até exclusivamente, em termos de sua forma corporal e peso e de sua capacidade de controlá-los. Como resultado, suas vidas passam a estar voltadas à forma, ao peso e alimentação, com controle de dieta, magreza e perda de peso sendo os objetivos perseguidos, enquanto comer demais, “ser gordo” e ganhar peso são evitados com dedicação. A maioria das outras características da bulimia nervosa pode ser entendida como consequência direta de sua *psicopatologia central*, incluindo o comportamento do controle do peso, as várias formas de verificação e de evitação do corpo e a preocupação

com pensamentos sobre forma, peso e alimentação. A Figura 17.1 apresenta uma representação esquemática (ou “formulação”) dos principais processos envolvidos.

A única característica da bulimia nervosa que não é obviamente uma expressão direta da psicopatologia central é a compulsão alimentar desses pacientes. A teoria cognitivo-comportamental propõe que a compulsão alimentar é, em grande parte, produto da forma particular com que *tentam* restringir o que comem (ou seja, sua forma de controle alimentar), independentemente de eles realmente comerem pouco. Em vez de adotar diretrizes gerais em relação a como devem comer, esses pacientes tentam aderir a várias regras alimentares extremas e altamente específicas. Com essas regras, uma tendência – que envolve reagir de forma extrema e negativa ao seu frequente e quase inevitável rompimento – faz mesmo pequenos deslizes alimentares serem interpretados como evidências de falta de autocontrole. O resultado é que os pacientes respondem abandonando temporariamente seus esforços para restringir sua alimentação e cedem à premência de comer. Isso produz um padrão altamente diferenciado de alimentação, no qual tentativas de restringir a comida são repetidamente interrompidas por episódios de compulsão alimentar. Essa compulsão alimentar mantém a psicopatologia central ao intensificar as preocupações do paciente em relação à sua capacidade de controlar alimentação, forma e peso e estimula restrições alimentares ainda maiores, aumentando, assim, o risco de mais compulsão alimentar.

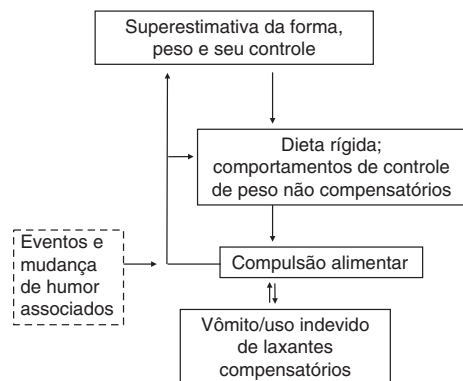


FIGURA 17.1 A teoria cognitivo-comportamental da manutenção da bulimia nervosa. De Fairburn (2008, p. 19). Direitos autorais de The Guilford Press. Adaptada com permissão. Esta figura pode ser obtida em www.credo-oxford.com.

Deve-se observar que os deslizamentos alimentares e os episódios de compulsão alimentar desses pacientes não vêm do nada, tendo mais probabilidade de ocorrer em resposta às dificuldades em suas vidas e às mudanças de humor associadas, em parte porque comer compulsivamente melhora por um tempo os estados de humor negativos, e em parte porque distrai os pacientes de pensar em suas dificuldades.

Um processo posterior mantém a compulsão alimentar entre aqueles pacientes que praticam a *purga* compensatória (ou seja, que induzem o vômito ou tomam laxantes em resposta a episódios de compulsão alimentar). A crença equivocada na eficácia da purga para evitar a absorção de calorias (ou seja, de energia) prejudica um importante impedimento contra a compulsão alimentar. Eles não se dão conta de que o vômito só retira parte do que foi comido, e que os laxantes têm pouco ou nenhum efeito na absorção de energia (ver Fairburn, 2013).

Essa explicação cognitivo-comportamental bastante estabelecida sobre a manutenção da bulimia nervosa tem implicações claras para o tratamento. Ela sugere que, para ter um impacto duradouro sobre a compulsão alimentar e a purga, o tratamento também tem que abordar as tentativas extremas dos pacientes de restringir a alimentação, superestimação da forma e do peso, e tendência a comer em resposta a eventos adversos e estados negativos do humor.

Anorexia nervosa e outros transtornos alimentares especificados

A explicação cognitivo-comportamental da manutenção da bulimia nervosa pode ser estendida a todos os transtornos alimentares. Como observado anteriormente, a teoria *transdiagnóstica* destaca o fato de que a anorexia nervosa e a bulimia nervosa têm muito em comum (Fairburn et al., 2003). Elas compartilham essencialmente a mesma psicopatologia central, com ambos os grupos superestimando a forma, peso e controle, e essa psicopatologia se expressa em atitudes e comportamentos semelhantes.² Assim, os pacientes com anorexia nervosa restringem sua ingestão alimentar da mesma forma rígida e extrema com que o fazem os pacientes com bulimia nervosa, e também vomitam, usam laxantes ou diuréticos equivocadamente, e fazem exercícios em demasia. A compulsão alimentar tampouco faz distinção entre os dois transtornos, pois há o subgrupo de pacientes com anorexia nervosa que come compulsivamente (com ou sem purga compensatória). A principal diferença entre os dois transtornos reside no equilíbrio relativo de comer menos ou mais do que o indicado e seu efeito no peso corporal. Na buli-

mia nervosa, o peso corporal geralmente não é muito importante, ao passo que a alimentação insuficiente predomina na anorexia nervosa, e o resultado é que o peso corporal é extremamente baixo e as características da inanição contribuem para o quadro clínico e sua manutenção. Um aspecto particularmente importante nesse sentido é o retraimento social intenso que se observa na inanição, que estimula a preocupação consigo mesmo ao mesmo tempo em que isola os pacientes das influências externas que possam reduzir sua preocupação exagerada com o comer, com a forma e peso. A Figura 17.2 mostra a formulação cognitivo-comportamental da forma *restritiva* clássica da anorexia nervosa.

Os processos que mantêm a bulimia nervosa e a anorexia nervosa também parecem sustentar as apresentações clínicas vistas em outros transtornos alimentares especificados. A Figura 17.3 mostra uma formulação transdiagnóstica composta que é essencialmente uma combinação das formulações da bulimia nervosa e da anorexia nervosa do tipo restritivo. Segundo nossa experiência, esse compósito representa bem os processos centrais que sustentam qualquer transtorno alimentar, seja qual for a sua forma exata. Os processos específicos que operam em qualquer paciente dependem da natureza da psicopatologia do transtorno alimentar que esteja presente. Em alguns casos, apenas um número limitado desses processos

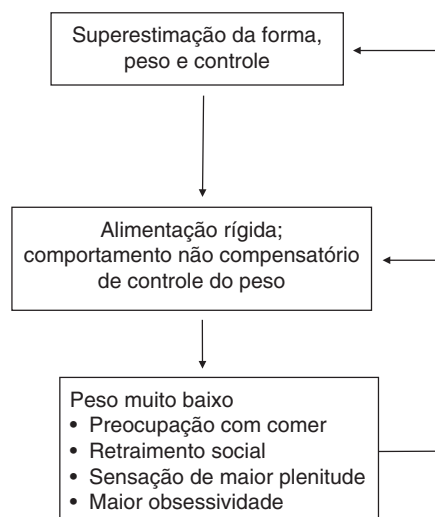


FIGURA 17.2 A teoria cognitivo-comportamental sobre a manutenção da anorexia nervosa. De Fairburn (2008, p. 21). Direitos autorais de 2008 de The Guilford Press. Adaptada com permissão. Esta figura pode ser obtida em www.credo-oxford.com.

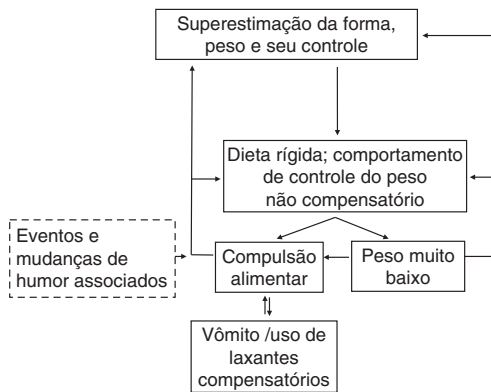


FIGURA 17.3 A teoria cognitivo-comportamental *transdiagnóstica* dos transtornos alimentares. De Fairburn (2008, p. 21). Direitos autorais de 2008 de The Guilford Press. Adaptada com permissão. Esta figura pode ser obtida em www.credo-oxford.com

está ativo (como na maioria dos casos de transtorno de compulsão alimentar), enquanto em outros (p. ex., casos de anorexia nervosa do tipo compulsão alimentar-purga), a maioria dos processos está operando. Assim como na explicação cognitivo-comportamental da manutenção da bulimia nervosa, a explicação transdiagnóstica destaca os processos que devem ser abordados no tratamento, ajudando assim o profissional a formular um tratamento que seja adequado à psicopatologia específica do paciente.

PESQUISAS SOBRE O TRATAMENTO

Em sintonia com a forma atual de classificar os transtornos alimentares, as pesquisas sobre o tratamento têm se concentrado em determinados transtornos isoladamente. Essas pesquisas já foram revisadas por Hay e Claudino (2010) e o *U.K. National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, *National Collaborating Centre for Mental Health*, 2004), elaborou uma metanálise competente. A maioria dos estudos randomizados controlados se concentrou em adultos com bulimia nervosa, e o tratamento de adolescentes recebeu muito menos atenção. As conclusões indicam haver um tratamento principal claro, uma forma específica de terapia cognitivo-comportamental para bulimia nervosa (TCC-BN), mas esse tratamento está longe de ser uma panaceia. No máximo, metade dos pacientes que completam o tratamento tem uma resposta total e duradoura. A psicoterapia interpessoal (TIP) é uma alternativa potencial à TCC-BN, mas leva entre 8 e 12 meses mais para chegar a um efeito comparável. A medicação antidepressiva (principalmente a fluoxetina em uma dose de

60 mg pela manhã) também tem um efeito benéfico, mas não tão bom quanto o obtido com a TCC-BN, e as limitadas evidências disponíveis sugerem que muitas vezes não é sustentado. A combinação da TCC-BN com a medicação antidepressiva traz pouca ou nenhuma vantagem em relação à TCC-BN isolada.

Houve muito menos pesquisa sobre o tratamento da anorexia nervosa, e nenhum tratamento é sustentado por evidências de pesquisa consistentes. Nesse caso, a maior parte do trabalho se concentrou em adolescentes e grande parte tratou de uma forma bastante específica de tratamento baseado na família (FBT, Lock, le Grange, Agras e Dare, 2001). Apesar do amplo entusiasmo a esse tratamento (muitas vezes descrito como o “Método Maudsley” porque foi concebido no Maudsley Hospital, em Londres), ele tem suas limitações (Lock, 2011; Lock et al., 2010). O tratamento não é aceitável por algumas famílias e pacientes; ele torna alguns deles incapazes de comer sem o incentivo de seus pais, e menos da metade responde completamente.

Existe um corpo de pesquisa crescente sobre o tratamento do transtorno de compulsão alimentar. Vários tratamentos psicológicos parecem razoavelmente eficazes, ainda mais quando são usados para tratar bulimia nervosa ou anorexia nervosa (Wilson, Grilo e Vitousek, 2007). Três tratamentos têm maior sustentação: uma adaptação da TCC-BN, TIP e uma versão simplificada da TCC-BN denominada *autoajuda guiada*. Os efeitos da TCC-BN e da TIP sobre o transtorno de compulsão alimentar são muito semelhantes em extensão e tempo, o que é muito diferente da resposta observada na bulimia nervosa. No geral, parece que o transtorno de compulsão alimentar responde melhor ao tratamento do que os outros transtornos alimentares, e que processos psicoterapêuticos *não específicos* compartilhados podem ter forte influência. Talvez o mais notável seja o efeito da autoajuda guiada (Wilson e Zandberg, 2012). Essa intervenção breve (geralmente, 8 a 10 sessões de 20 minutos com um *facilitador* não especializado) demonstrou ser tão eficaz como 20 sessões de 50 minutos de TIP no fim do tratamento e no seguimento de dois anos (Wilson, Wilfley, Agras e Bryson, 2010). Não há tratamento medicamentoso para o transtorno de compulsão alimentar. Por fim, deve-se observar que nenhum desses tratamentos tem um efeito significativo sobre a obesidade comórbida. Isso não é de todo surpreendente, dado que grande parte do excesso de ingestão de calorias desses pacientes resulta de comer fora dos episódios de compulsão alimentar.

Apenas um estudo foi feito sobre o tratamento de transtornos alimentares residuais, o que é uma omissão impressionante, dada a sua prevalência. Os resultados desse estudo são discutidos a seguir.

A pesquisa sobre terapia cognitivo-comportamental ampliada

Uma forma transdiagnóstica de terapia cognitivo-comportamental foi desenvolvida em um momento relativamente recente para toda a gama de transtornos alimentares observada em adultos, incluindo outros transtornos alimentares especificados (Fairburn, 2008; Fairburn et al., 2003). Ela se baseia na teoria transdiagnóstica descrita anteriormente e foi elaborada a partir da TCC-BN. A terapia cognitivo-comportamental com tratamento ampliado (TCC-A) é descrita como *ampliada* porque usa uma série de novas estratégias e procedimentos voltados a aumentar a adesão ao tratamento e seus resultados. Além disso, tem módulos que abordam certos obstáculos à mudança que são “externos” ao transtorno alimentar central, a saber, perfeccionismo, baixa autoestima e dificuldades interpessoais. Assim, há duas formas de TCC-A: uma forma dirigida que se concentra exclusivamente na psicopatologia do transtorno alimentar, e uma forma ampla que também trata dos quatro obstáculos externos à mudança.³ O tratamento também existe em duas durações, uma de 20 semanas, para pacientes que não estejam muito abaixo do peso, definido como um IMC acima de 18,5 ou mais, e uma versão que pode ter o dobro dessa duração, para pacientes com um IMC abaixo de 18,5.

A TCC-A, um tratamento fundamentalmente ambulatorial, visa ser aplicado individualmente, em vez de em grupo, embora tenham sido desenvolvidas versões para hospital-dia ou internação (Dalle Grave, 2012). Foram feitas adaptações para adolescentes (Cooper e Stewart, 2008; Dalle Grave, Calugi, Doll e Fairburn, 2013).

A pesquisa sobre TCC-A ainda está em um estágio relativamente inicial. No primeiro estudo do tipo, Fairburn e colaboradores (2009) recrutaram, de dois centros comunitários do National Health Service no Reino Unido, uma amostra transdiagnóstica de pacientes com transtornos alimentares, todos com IMC acima de 17,5 (ou seja, em termos do DSM-IV, eles tinham bulimia nervosa ou transtorno alimentar não especificado). Os pacientes foram randomizados a uma condição de controle em lista de espera ou às formas focada ou ampla de TCC-A, e então entraram em um período fechado de 60 semanas de seguimento.

Houve dois resultados principais:

1. As duas formas de TCC-A foram igualmente eficazes em termos gerais. O tamanho da resposta ao tratamento sugeriu que a TCC-A foi

mais eficaz que sua antecessora, a TCC-BN, especialmente considerando-se o uso de poucos critérios de exclusão (Crow e Peterson, 2009).

2. Não houve diferença na resposta ao tratamento entre os pacientes com bulimia nervosa e com transtorno alimentar não especificado.

Um segundo estudo (inédito) de Oxford reproduziu essas conclusões. Além disso, um estudo transdiagnóstico aberto feito na Austrália obteve resultados muito semelhantes, pelo menos entre os que completaram o tratamento (Byrne, Fursland, Allen e Watson, 2011). Infelizmente, os terapeutas desse estudo não foram treinados nem supervisionados por um especialista em TCC-A, de forma que é difícil ter total confiança em suas conclusões.

O estudo original do Reino Unido também incluiu um plano de análise com o diagnóstico do transtorno alimentar como moderador (Fairburn et al., 2009). Suas conclusões sugerem que a versão ampla do tratamento foi mais eficaz com pacientes que tinham psicopatologia externa extrema do tipo que ele foi projetado para tratar, enquanto a versão focada foi mais eficaz com os demais pacientes.

Outro estudo merece ser mencionado. Ele envolveu uma comparação notável das TCC-A (forma focada, 20 sessões em 20 semanas) com um tratamento psicanalítico de longo prazo (cerca de cem sessões ao longo de dois anos) no tratamento da bulimia nervosa (Poulsen et al., no prelo). Foram usados dois grupos de terapeutas, e cada um foi bem treinado e supervisionado. Os resultados foram impressionantes no sentido de que a TCC-A foi muito superior ao tratamento psicanalítico, tanto após 20 semanas (o fim da TCC-A) e em dois anos (o fim do tratamento psicanalítico). Isso apesar da discrepância acentuada no número de sessões e na duração do tratamento; além disso, era contrário a qualquer efeito de fidelidade, pois os investigadores principais eram psicanalistas. A conclusão é uma das refutações mais claras ao chamado “veredicto do pássaro dodô”, que conclui que todas as psicoterapias são equivalentes em seus efeitos (Luborsky, Singer e Luborsky, 1975).

Até recentemente, a maior questão pendente sobre a TCC-A era se ela poderia ser usada para tratar pacientes com baixo peso (i.e., aqueles com anorexia nervosa ou formas de outros transtornos alimentares especificados com baixo peso). Agora está claro que pode. Assim, demonstrou-se que está associada a um bom resultado em três coortes de pacientes com o transtorno, duas coortes com adultos (total $N=99$) (Fairburn, Cooper, Doll, Palmer e Dalle Grave, 2013), e uma coor-

te com adolescentes ($N=49$) (Dalle Grave et al., 2013), todos os quais estavam gravemente abaixo do peso.

Para concluir, há três questões principais a ser observadas a partir da pesquisa da TCC-A:

1. A TCC-A pode ser usada para tratar todas as formas de transtornos alimentares em adultos. Portanto, ela é verdadeiramente transdiagnóstica em seu escopo. Isso não se aplica a nenhum outro tratamento baseado em evidências para transtornos alimentares. Portanto, a disponibilidade de TCC-A torna redundante a necessidade de aprender diferentes tratamentos para os diferentes transtornos alimentares (Fairburn e Wilson, 2013).
2. É preciso ressaltar que existem bons dados sobre o uso da TCC-A para tratar adultos com anorexia nervosa, já que isso costuma ser questionado. Na verdade, existem mais dados sobre essa aplicação da TCC-A do que para qualquer outro tratamento.
3. A TCC-A também pode ser usada para tratar adolescentes com anorexia nervosa. Isso a torna uma alternativa potencial para tratamento baseado na família. É importante fazer uma comparação entre as duas abordagens (Dalle Grave et al., 2013).

O restante deste capítulo é dedicado a uma descrição da principal forma de TCC-A, a versão focada. Esta é a versão principal do tratamento, e constitui a base das variantes de TCC-A. É a versão usada para tratar a grande maioria dos adultos com transtorno alimentar, desde que eles possam ser atendidos em nível ambulatorial. Uma descrição completa do tratamento focado é apresentada no guia completo do tratamento (Fairburn, 2008; Fairburn, Cooper, Shafran, et al., 2008b), com detalhes da versão ampla (Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn e Hawker, 2008). Um livro de Dalle Grave (2012) descreve como a TCC-A pode ser modificada para adequá-la a contextos de internação, hospital-dia e ambulatorial intensivo, e há duas descrições das modificações necessárias para adolescentes (Cooper e Stewart, 2008; Dalle Grave et al., 2013).

O CONTEXTO DO TRATAMENTO

O paciente

A TCC-A é um tratamento para pacientes com transtorno alimentar de gravidade clínica (i.e., a psicopatologia do transtorno alimentar é persistente e prejudica de forma significativa o funcionamento psicossocial ou a saúde física). É formulada para pacientes de 18 anos ou mais. Também é adequada para homens ou mulheres. Por ser um tratamento ambulatorial, é essen-

cial que se garanta que o paciente seja tratado assim, tanto em termos físicos quanto do ponto de vista psiquiátrico. Na prática, isso significa que o estado físico do paciente deve ser estável e que ele não deve estar com risco de suicídio. O tratamento está destinado a pacientes com um IMC entre 15,0 e 40,0. Embora alguns pacientes com IMC abaixo de 15,0 possam ser tratados com TCC-A ambulatorial, isso provavelmente será feito melhor por terapeutas experientes. O manejo desses pacientes é discutida por Dalle Grave (2012). O livro organizado por Mitchell e de Zwaan (2012) trata do manejo de pacientes com IMC acima de 40.

O terapeuta

Não há qualificações profissionais específicas necessárias para a prática da TCC-A, mas é desejável ter certa bagagem de conhecimento e experiência. Em primeiro lugar, em termos ideais, o terapeuta deve estar bem informado sobre psicopatologia em geral e da psicopatologia dos transtornos alimentares em particular, e deve ter experiência com pacientes com transtornos alimentares. Em segundo lugar, os terapeutas também devem estar cientes das complicações médicas dos transtornos alimentares e ser capazes de manejá-los de forma adequada (Fairburn, Cooper e Waller, 2008b). Em terceiro, devem aceitar implementar um tratamento de curto prazo, com foco na psicopatologia, e, de preferência, ter alguma experiência nesse tipo de trabalho.

Em contraste com muitas outras aplicações da TCC, o sexo do terapeuta tem alguma relevância no tratamento de pacientes com transtornos alimentares. A maioria dos pacientes com transtorno alimentar é de mulheres e, como resultado disso, as terapeutas podem ter algumas vantagens, podendo ser consideradas pelas pacientes como com mais probabilidades de entender suas dificuldades e, além disso, podem servir como modelo de comportamento em termos de aceitação da forma e do peso. Contudo, essas considerações são menores em comparação com a competência na aplicação do tratamento. Nossa experiência indica que homens e mulheres podem ser excelentes terapeutas de TCC-A.

AVALIAÇÃO DE PACIENTES E PREPARAÇÃO PARA O TRATAMENTO

Entrevista(s) de avaliação inicial

A entrevista inicial tem três objetivos inter-relacionados. O primeiro é deixar o paciente à vontade e começar a desenvolver um relacionamento terapêutico positivo. Isso é importante por uma série de razões. Em primeiro lugar, muitos pacientes com transtorno alimentar têm uma postura muito ambivalente em relação ao tratamento por causa da natureza

egossintônica de sua psicopatologia (o que se aplica principalmente a pacientes abaixo do peso), por vergonha (o que se aplica principalmente aos que estão comendo compulsivamente) ou por experiências adversas com o tratamento no passado. O profissional que faz a avaliação precisa ser sensível à atitude do paciente em relação ao tratamento e perguntar diretamente sobre o assunto. O objetivo é ser uma atividade conjunta que termine com o profissional dando ao paciente uma opinião especializada em relação à natureza dos seus problemas e, se for o caso, opções de tratamento.

O segundo objetivo é estabelecer um diagnóstico. Um suposto transtorno alimentar pode acabar revelando ser, por exemplo, um transtorno de ansiedade (p. ex., dificuldade de comer com outras pessoas em função de fobia social; algum transtorno de humor, por exemplo, perda de peso grave em função de depressão clínica), ou simplesmente comer demais (em casos de obesidade). Portanto, é fundamental diagnosticar precisamente o problema ou problemas (se houver comorbidade), e avaliar a gravidade para decidir qual é o passo mais adequado a seguir.

O terceiro objetivo é garantir que seja seguro manejar o paciente em nível ambulatorial. Isso exige verificar que não haja razões para estar preocupado com a saúde física do paciente ou com risco de suicídio. A orientação para isso é fornecida no guia de tratamento completo (Fairburn, Cooper, Shafran, et al., 2008b; Fairburn, Cooper e Waller, 2008b).

Os pacientes são convidados a trazer outras pessoas à consulta, se assim desejarem. Elas podem simplesmente dar apoio moral (e ficar na sala de espera) ou também servir como informantes. A perspectiva dos informantes interessa porque pode dar uma visão diferenciada das dificuldades do paciente. Podem ser descritos problemas que não foram expostos pelo próprio paciente (p. ex., que ele leve um tempo indevido para fazer as refeições ou que coma porções extremamente pequenas). Entretanto, não é adequado insistir na presença de informantes porque alguns pacientes adultos que ocultaram seu problema alimentar de outros não compareceriam se fosse exigida a divulgação do seu problema. Essa situação é diferente no caso de pacientes mais jovens em que o envolvimento dos pais costuma ser essencial.

Próximo ao fim da primeira entrevista, pesamos os pacientes e medimos sua altura. Essa é uma questão extremamente sensível para a maioria deles e alguns resistem a ela. Como o paciente deve ser pesado para que a avaliação seja completa, nós explicamos isso. Não é adequado se basear no peso ou na altura informados pelo próprio paciente porque os dados po-

dem não ser precisos. Segundo nossa experiência, os pacientes esperam ser pesados, embora muitos preferissem que isso não acontecesse. Nesse momento, não insistimos em que saibam seu peso se não quiserem, mas gostamos de dizer seu IMC quando discutimos o resultado da avaliação.

Não somos favoráveis a consultas de avaliação longas, porque elas são cansativas para o paciente. Por outro lado, costumamos atender pacientes duas vezes como parte do processo de avaliação. Nossa opinião é que uma segunda consulta, uma ou duas semanas mais tarde, traz novas informações importantes. Nessa segunda ocasião, os pacientes estão mais relaxados e às vezes expõem conteúdos que haviam retido anteriormente, e temos a oportunidade de investigar questões que demandam exploração especialmente cuidadosa (p. ex., a natureza e a extensão de quaisquer características depressivas comórbidas). A segunda consulta também é um bom momento para discutir opções de tratamento.

Costumamos pedir que os pacientes preencham alguns questionários antes da consulta inicial, o que nos dá informações padronizadas sobre a natureza e a gravidade de seus problemas alimentares. Os dois questionários que preferimos são o *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn e Beglin, 2008) e a *Clinical Impairment Assessment* (CIA; Bohn e Fairburn, 2008). O EDE-Q é uma medida da gravidade das características atuais do transtorno alimentar, e a CIA avalia o impacto dessa psicopatologia sobre o funcionamento psicossocial. Ambos os questionários são curtos e fáceis de responder, se concentram nos 28 dias anteriores e são sensíveis à mudança. Além disso, incluímos uma das medidas bem estabelecidas de características psiquiátricas gerais.

Resultado da avaliação

No fim da segunda consulta, deverá ser possível decidir sobre as melhores opções de tratamento. Geralmente, há cinco passos possíveis a partir daqui:

1. Fazer “nada”. É adequado com problemas alimentares menores que provavelmente serão autolimitados.
2. Observar. É adequado se a natureza ou a gravidade do problema não estiverem claras. Por exemplo, se o problema parecer estar entrando em remissão.
3. Recomendar TCC-A ambulatorial. É adequado para a ampla maioria dos casos. Recomendamos a TCC-A a praticamente todos os pacientes com algum transtorno alimentar que tenham um IMC entre 15,0 e 40,0.

4. Recomendar tratamento mais intensivo. Recomendamos tratamento mais intensivo (principalmente hospital-dia ou internação) para pacientes cujo IMC esteja abaixo de 15,0 e para aqueles cujo estado físico não seja estável. Esse tratamento pode ser seguido de TCC-A ambulatorial. Também recomendamos tratamento mais intensivo quando a TCC-A não consegue ajudar o paciente.
5. Recomendar indicação a outros lugares. Isso é adequado quando o problema não é um transtorno alimentar (p. ex., um transtorno de ansiedade ou do humor).

Se os pacientes não se beneficiaram da TCC no passado, é necessário avaliar se é apropriado oferecer o mesmo tratamento uma segunda vez. Por outro lado, é possível que as circunstâncias de um paciente sejam mais favoráveis agora a um bom resultado do que no passado, ou que o paciente esteja mais motivado do que antes. É importante observar que, embora os pacientes possam relatar ter feito TCC antes, muitas vezes se descobre que foi bastante diferente da TCC-A. Sempre vale a pena saber exatamente como foi o tratamento anterior.

Contraindicações ao início imediato da TCC-A

Há algumas contraindicações para iniciar a TCC-A imediatamente. A maioria delas se aplica a qualquer tratamento psicológico para transtornos alimentares. As principais contraindicações são as seguintes:

Depressão clínica comórbida

A maioria dos pacientes que têm um transtorno alimentar tem características depressivas secundárias, mas um subgrupo considerável tem depressão clínica independente, mas que interage. A identificação e o manejo da depressão clínica em pacientes com transtornos alimentares são discutidas em detalhe no guia de tratamento completo (Fairburn, Cooper e Waller, 2008a). A existência de uma depressão clínica interfere no tratamento psicológico de várias maneiras. O pensamento depressivo torna os pacientes indevidamente negativos sobre a possibilidade de mudança, e a redução do estímulo tem um efeito semelhante. O prejuízo à concentração também é um problema, já que as informações não são retidas. Uma vez que a depressão tenha sido tratada, no entanto, a TCC-A pode começar e esses pacientes costumam ser muito motivados.

É importante acrescentar que outras formas concomitantes de psicopatologia (p. ex., transtorno de ansiedade, transtornos da personalidade) não são contraindicações à TCC-A. Dessa forma, as pesquisas

sobre a TCC-BN geralmente têm incluído pacientes com transtornos de Eixo I e Eixo II comórbidos, nenhum dos quais demonstrou ser preditor consistente de resultados.

Uso incorreto e significativo de substâncias

Estar intoxicado nas sessões praticamente as invalida, e a intoxicação persistente fora das sessões prejudica muito a capacidade do paciente de aproveitar a TCC-A. Quando o emprego incorreto da substância for tratado, pode-se dar início à terapia.

Dificuldades ou crises graves na vida

Essas circunstâncias tiram o rumo e prejudicam o tratamento. Por exemplo, muitas vezes é melhor postergar o tratamento até a crise ter passado.

Incapacidade de comparecer ao tratamento

Uma característica fundamental da TCC-A é gerar e manter um *bom ritmo terapêutico*, o que requer que as consultas sejam frequentes (principalmente nas primeiras etapas) e regulares. Pedimos que os pacientes garantam que não haverá interrupções em seu comparecimento nas primeiras seis semanas e nenhuma interrupção maior do que duas semanas consecutivas durante o restante do tratamento. Se isso for impossível, digamos, em função de férias planejadas anteriormente, preferimos postergar o início do tratamento. Os pacientes geralmente entendem e respeitam o argumento por trás dessa postura firme. Eles conseguem entender que estamos levando sério o tratamento e não queremos que tenham um “falso começo”.

Ausência do terapeuta

A necessidade de estabelecer e manter a dinâmica terapêutica também estabelece uma obrigação ao terapeuta. Se ele tiver que se afastar nas primeiras seis semanas de tratamento, é melhor adiar o início. Formas de minimizar o impacto da ausência do terapeuta são discutidas no guia do tratamento (Fairburn, Cooper, Shafran, et al., 2008b).

Descrevendo a TCC-A ao Paciente

Se a TCC-A for recomendada, é importante que ela seja descrita corretamente. Uma vez que isso tenha sido feito, possivelmente com a ajuda de uma ficha de informações (obtida em www.credo-oxford.com), e os pacientes tenham tido a oportunidade de fazer perguntas, é nossa prática pedir que reflitam sobre o que foi proposto e nos informem sobre o que decidiram dentro de uma semana. Em nossa experiência, praticamente todos dizem que gostariam de prosseguir com o tratamento.

PANORAMA GERAL DO TRATAMENTO

Duração do tratamento

A TCC-A é um tratamento psicológico de curto prazo, com duração limitada, altamente individualizado, razão pela qual se aplica melhor individualmente. Para pacientes que não estejam muito abaixo do peso (neste contexto, com um IMC acima de 18,5)⁴ geralmente é suficiente uma consulta de avaliação inicial seguida de 20 sessões de tratamento de 50 minutos ao longo de 20 semanas. Para pacientes abaixo desse peso, o tratamento deve ser mais longo, muitas vezes envolvendo cerca de 40 sessões ao longo de 40 semanas. Neste capítulo, descrevemos inicialmente o tratamento de 20 semanas, e depois, as adaptações necessárias para pacientes abaixo do peso.

O fato de a TCC-A ser de tempo limitado pode ser considerado incoerente com a afirmação de que é individualizada. Isso é verdade em certo sentido, mas nossa experiência é que o número recomendado de sessões é suficiente, mas não excessivas, para a grande maioria dos pacientes. Há grandes vantagens de se trabalhar com um tempo limitado e, em nossa visão, elas superam as desvantagens potenciais de padronizar a duração do tratamento. A principal vantagem é que um tempo limitado concentra a mente do paciente e do terapeuta. Isso estimula o estabelecimento do ritmo terapêutico que é necessário no início e ajuda a garantir que o terapeuta e o paciente se mantenham trabalhando para ajudar o paciente a mudar. Também torna muito mais provável que o tratamento tenha um final formal em vez de fracassar, como algumas vezes acontece nos tratamentos abertos. Ter um ponto final definido é importante porque garante que se trabalhem tópicos voltados ao futuro (p. ex., como minimizar os riscos de recaída) nas últimas sessões.

Há circunstâncias nas quais é adequado ajustar a duração do tratamento. Ele raramente precisa ser encurtado, embora isso se aplique aos casos em que a mudança é tão profunda e rápida que sobra pouca ou nenhuma psicopatologia para tratar. É mais comum haver razões para se estender o tratamento. As indicações para se fazer isso são descritas brevemente mais perto do final do capítulo.

Estrutura do tratamento

A versão do tratamento em 20 semanas tem quatro estágios:

- *Estágio 1.* Esse é muito importante. Os objetivos são envolver o paciente no tratamento e na mudança, criar conjuntamente uma formulação

dos processos de manutenção do transtorno alimentar, proporcionar educação, abordar as preocupações com o peso e introduzir um padrão regular de alimentação. Após a sessão preparatória inicial, as consultas acontecem duas vezes por semana, durante quatro semanas.

- *Estágio 2.* Os objetivos desse estágio são fazer um balanço, rever o progresso, identificar as barreiras à mudança, modificar a formulação conforme necessário e planejar o Estágio 3. Essa etapa geralmente leva duas consultas, com uma semana de intervalo.
- *Estágio 3.* Esse é o corpo principal do tratamento. O objetivo é abordar os principais mecanismos que estão mantendo o transtorno alimentar do paciente. São oito consultas, uma a cada semana.
- *Estágio 4.* Essa é a fase final do tratamento, e o foco está no futuro. Tem duas finalidades: a primeira é assegurar que as mudanças feitas durante o tratamento sejam mantidas durante os meses seguintes, e a segunda é minimizar o risco de recaída no longo prazo. Normalmente inclui três consultas com duas semanas de intervalo entre cada uma.

Além disso, há uma entrevista de revisão única que ocorre 20 semanas após a conclusão do tratamento.

A implementação da TCC-A

A TCC-A é formulada para ser um tratamento completo em si. Em nossa visão, ela não deve ser combinada com outras formas de terapia, nem deve coexistir com elas. Ambas podem prejudicar o tratamento.

O que quer que aconteça, a TCC-A se mantém mais ou menos com o foco no transtorno alimentar. Se o paciente tiver uma crise durante o tratamento, que não puder ser ignorada (p. ex., os pais de um de nossos pacientes mais jovens desapareceram inesperadamente, deixando o paciente perdido em relação ao que fazer), providenciamos uma ou mais “sessões de crise” para tratar do problema em questão, além das sessões de TCC-A. Contudo, isso raramente acontece. Muito ocasionalmente, suspendemos a TCC-A por algumas semanas, quando continuar parece inadequado. Temos observado que alguns terapeutas são tentados a mudar de rumo se os progressos estiverem lentos ou difíceis. Somos da opinião de que isso raramente é adequado. Embora possa ser tentador mudar para outra modalidade terapêutica ou acrescentar ou tentar “integrar” outras técnicas, recomendamos que o terapeuta continue trabalhando com a estrutura da TCC-A, ao mesmo tempo em que tenta entender

a base para a relativa falta de avanços. Na verdade, esta é a estratégia que levou ao desenvolvimento da TCC-A e de sua forma ampla, em particular (Cooper e Fairburn, 2011).

O PROTOCOLO DE TRATAMENTO

Estágio 1: Começando bem

Este é o estágio inicial e intensivo do tratamento. Uma série de objetivos inter-relacionados se aplica, independentemente da natureza exata do problema alimentar do paciente.

A sessão inicial de preparação

A sessão inicial costuma levar até 2 horas e tem quatro objetivos principais.

Vincular o paciente ao tratamento e a perspectiva de mudança

Um desafio específico quando se trabalha com pacientes com transtorno alimentar é envolvê-los no tratamento. Muitos vêm ao tratamento com receios e com vários níveis de relutância, sendo essencial que o terapeuta entenda isso e seja constantemente sensível à provável ambivalência do paciente.

A sessão inicial é especialmente importante nesse aspecto. O paciente está avaliando o terapeuta tanto quanto o terapeuta está avaliando o paciente. Alguns profissionais defendem uma fase inicial de *fortalecimento da motivação*. Nós concordamos que o envolvimento no tratamento e, principalmente, na mudança é crucial, mas afirmamos que a TCC-A administrada de forma competente fortalece a motivação para a mudança e coincide significativamente com as estratégias da Entrevista Motivacional (Wilson e Schlam, 2004). Não consideramos necessário haver procedimentos especiais diferentes da TCC-A.

Uma parte do envolvimento dos pacientes é explicar o que o tratamento engloba. Com isso em mente, é importante que os pacientes sejam totalmente informados sobre o tratamento em que estão entrando. Vários tópicos devem ser abordados:

1. *Natureza e estilo do tratamento.* Os pacientes precisam ser informados do nome, da natureza e do estilo do tratamento.
2. *Questões práticas do tratamento.* Os pacientes também devem ser informados acerca do número, da duração e da frequência das sessões.
3. *Pesagem na sessão.* Os pacientes devem ser avisados com antecedência sobre a pesagem na sessão, que se torna um elemento do tratamento desde a primeira ou segunda consulta. O argumento para isso deve ser explicado (ver “Estabelecendo a pesagem colaborativa”).

Muitas vezes nos perguntam se os pacientes alguma vez se recusam a se pesar. A resposta é que o paciente ocasional é muito relutante, mas no contexto de uma primeira sessão *de vinculação* e sendo bem explicada a razão, não consideramos que a recusa seja um problema. Nossa experiência é que se cedermos ao medo do paciente de pesagem em sessão, é difícil introduzir o procedimento mais tarde.

4. *Induzir a “apropriação”, o entusiasmo e a esperança.* A noção de que o tratamento é do paciente, e não do terapeuta, também deve ser mencionada. No decorrer do tratamento, os pacientes devem ter clareza sobre o que está acontecendo e por quê. Embora muitos pacientes estejam entusiasmados para superar seu problema alimentar e ávidos para que o tratamento comece, é importante maximizar o entusiasmo e a esperança. Isso, em parte, envolve transmitir que se tem conhecimento de transtornos alimentares em geral e do tipo de problema do paciente em particular.

Não é raro nos depararmos com pacientes a quem foi dito que nunca superarão seu transtorno alimentar. Raramente achamos que esse tipo de declaração se justifica. Afirmar esse tipo de coisa é uma profecia autorrealizada que prejudica qualquer esperança de recuperação que o paciente possa ter. As pesquisas não geraram preditores confiáveis de resultados do tratamento, e nossa experiência com o passar dos anos nos ensinou a não confiar em nosso julgamento clínico nesse aspecto. Somos surpreendidos todo o tempo (em geral, favoravelmente) com as respostas de nossos pacientes ao tratamento.

Avaliando a natureza e a gravidade da psicopatologia atual

Dependendo do contexto em que se trabalha, a pessoa que faz a(s) entrevista(s) inicial(is) de avaliação pode ser ou não a que irá tratar o paciente mais tarde. Em nosso contexto, o terapeuta muitas vezes está se encontrando com o paciente pela primeira vez. Isso quer dizer que é necessária uma segunda avaliação do transtorno alimentar para que o terapeuta tenha o quadro completo. Inevitavelmente, essa avaliação se sobrepõe em certa medida à primeira. Isso não pode ser evitado.

Essa avaliação específica é orientada ao tratamento, e não diagnóstica, de modo que difere um pouco daquela realizada quando o paciente foi atendido pela primeira vez. Embora se trate de uma ampla gama de tópicos, o foco principal deve ser di-

recionado ao estado atual do paciente. Usa-se principalmente um estilo de entrevista para a coleta de informações, mas o terapeuta permanece ciente da provável sensibilidade do paciente a determinados temas (p. ex., compulsão alimentar, vômito autoinduzido).

Criando conjuntamente a formulação

O passo seguinte é a criação da *formulação*, ou seja, uma representação visual personalizada (um diagrama) do processo que parece estar mantendo o problema alimentar do paciente. Isso se faz na sessão inicial, a menos que o paciente esteja significativamente abaixo do peso (ver a seguir) ou o transtorno alimentar seja incomum e difícil de entender. Nesses casos, é melhor postergar a formulação até a sessão seguinte, para que o terapeuta tenha bastante tempo para refletir sobre sua provável forma.

A criação da formulação tem uma série de propósitos: ajuda a envolver o paciente no tratamento; visa o *descentramento*, que é fundamental para ajudar os pacientes a mudar, transmite a noção de que os problemas alimentares são compreensíveis e são mantidos por uma série de mecanismos autoperpetuadores que interagem, e ao destacar os mecanismos que mantêm o problema alimentar do paciente, proporciona um guia sobre quais devem ser as metas do tratamento.

Um compósito de formulação transdiagnóstica foi mostrado na Figura 17.3, e deve ser usado como modelo para elaborar uma formulação personalizada que seja adequada às características clínicas específicas do paciente. Quanto mais o terapeuta se familiariza com o modelo de formulação, mais fácil será de criar uma formulação individualizada. Não encontramos pacientes cujos problemas alimentares não pudessem ser formulados dessa maneira.

A formulação deve se concentrar nos principais mecanismos que parecem provavelmente estar mantendo o transtorno alimentar do paciente. Não precisa ser abrangente (isso leva ao risco de ser demasiado detalhada e confusa) e não deve se preocupar com as origens do problema.

A formulação, melhor chamada de *diagrama* ou *quadro*, deve ser desenhada, passo a passo, sem pressa, com o terapeuta assumindo a liderança, mas com o paciente ativamente envolvido. É melhor começar por algo que o paciente queira mudar (p. ex., compulsão alimentar) ou que seja um problema claro (p. ex., peso muito baixo). Sempre que for possível e adequado, devem ser usados os termos do próprio paciente. Como a formulação se baseia em informações que acabam de ser obtidas, o terapeuta deveria indicar com clareza que ela é provisória e será mo-

dificada segundo a necessidade durante o tratamento. É importante que o paciente aceite a formulação como uma explicação plausível para o transtorno alimentar. A maioria se identifica com ela.

Uma vez criada a formulação, o terapeuta deve discutir suas implicações para o tratamento. As questões a ser apontadas são que, para superar o transtorno alimentar, o paciente deverá tratar não apenas das coisas que gostaria de mudar (p. ex., perda de controle sobre a comida), mas também dos mecanismos responsáveis por sua manutenção (os “ciclos viciosos”). Dessa forma, por exemplo, com pacientes que têm episódios de compulsão alimentar, o tratamento geralmente deve se concentrar em mais do que simplesmente interromper esse comportamento, podendo também ser necessário abordar as várias formas de dieta do paciente, sua capacidade de lidar com eventos e humores adversos sem a compulsão alimentar e suas preocupações com forma e peso. Não abordar o leque de processos de manutenção aumenta bastante a probabilidade de recaída.

Estabelecendo o automonitoramento em tempo real

A tarefa final da primeira sessão é estabelecer automonitoramento em tempo real, ou seja, o registro permanente, “no momento”, de comportamentos, pensamentos, sentimentos e eventos relevantes. Precisa ser iniciado desde o começo do tratamento e afinado na primeira sessão. Continua no decorrer do tratamento e é central a ele. Tem dois propósitos principais. Primeiro, ajuda o paciente a identificar precisamente o que está acontecendo, dia a dia. Segundo, ao adquirir essa consciência clara sobre seus pensamentos, sentimentos e comportamentos no exato momento em que as coisas estiverem acontecendo, os pacientes aprendem que têm opções, e que muitas coisas que eles achavam que eram automáticas e estavam fora do seu controle podem ser mudadas.

O registro de monitoramento que usamos é simples de preencher e de usar. O que se registra, exatamente, evolui com o tratamento. No início, a ênfase repousa amplamente nos hábitos alimentares do paciente. Ao descrever como monitorá-los, é nossa prática refletir sobre um exemplo (criado para este propósito) que mais ou menos corresponde, na forma, aos hábitos alimentares do paciente em questão. A Tabela 17.1 mostra nossas instruções para o monitoramento e a Figura 17.4 mostra um registro de monitoramento preenchido.

Não recomendamos o uso de aplicativos de smartphones para o registro. Em nossa experiência, eles são uma fonte muito menos rica de informações e, como resultado, atrapalham a terapia.

TABELA 17.1 Instruções de automonitoramento

Durante o tratamento, é importante registrar *tudo* o que você come ou bebe, e o que está acontecendo no momento. Chamamos isso de *automonitoramento*. Isso tem duplo propósito: em primeiro lugar, dá um quadro detalhado de como você come, trazendo, assim, à sua atenção e à do seu terapeuta a natureza exata de seu problema alimentar; em segundo, ao torná-lo mais consciente do que está fazendo, bem no momento em que isso acontece, o automonitoramento ajuda a mudar o comportamento que antes parecia automático e fora do seu controle. O automonitoramento preciso “em tempo real” é central ao tratamento. Ele vai ajudá-lo a mudar.

Inicialmente, pode ser irritante e inconveniente anotar tudo o que se come, mas em seguida se tornará algo natural e de valor evidente. Ainda não encontramos alguém cujo estilo de vida seja impossível monitorar. Considere isso um desafio.

Observe o exemplo da planilha de monitoramento para ver como funciona. Deve-se iniciar uma nova planilha (ou planilhas) todos os dias.

- A primeira coluna é para anotar a hora em que come ou bebe qualquer coisa, e a segunda, para registrar a natureza da comida e da bebida consumidas. Não se devem anotar as calorias, e sim uma descrição simples (não técnica) do que comeu ou bebeu. Cada item deve ser anotado o mais rápido possível depois de ser consumido. Lembrar o que você comeu ou bebeu algumas horas mais tarde não vai funcionar, pois não o ajudará a modificar seu comportamento no momento. Obviamente, se você registrar da forma que está sendo solicitada, vai ter de levar suas planilhas de monitoramento com você. Não importa se as suas planilhas ficaram confusas ou se a escrita ou grafia não estiverem boas. O importante é que você registre *tudo* o que comeu ou bebeu assim que for possível.
- Os episódios alimentares que você considere como refeições principais devem ser identificados com colchetes. Lanches rápidos e outros episódios em que você come não devem estar entre colchetes.
- A terceira coluna deve especificar onde a comida ou a bebida foi consumida. Se foi em sua casa, especifique em que aposento.
- Coloque asteriscos na quarta coluna, ao lado dos episódios de comer e beber que você ache (no momento) que foram excessivos. Essa é a sua impressão, independentemente do que outra pessoa possa pensar. É essencial registrar toda a comida que você comer durante os episódios compulsivos.
- A quinta coluna serve para registrar quando você vomita (escreva “V”), toma laxantes (escreva “L” e o número ingerido) ou diuréticos (comprimidos dilúveis, escreva “D” e o número ingerido) ou faz exercício excessivo.
- A última coluna é usada de várias formas durante o tratamento. De momento, deve ser usada como diário para registrar eventos e sentimentos que tenham influenciado o que você come. Por exemplo, se uma discussão precipitou um episódio de compulsão alimentar ou fez com que você não comesse, deve ser anotado. Tente fazer um comentário breve cada vez que comer. Pode ser interessante registrar outros eventos ou circunstâncias importantes nessa coluna, mesmo que não tenham qualquer efeito sobre o que você come. A última coluna também deve ser usada para registrar seu peso (e seus pensamentos sobre ele), sempre que se pesar.

Todas as sessões incluirão uma revisão detalhada de suas mais recentes planilhas de monitoramento. Assim, você deve se lembrar de trazê-las consigo!

Fonte: De Fairburn (2008, p. 61). Direitos autorais de 2008 The Guilford Press. Reimpressa com permissão. Esta tabela pode ser obtida em www.credo-oxford.com.

Para estabelecer o registro preciso e em tempo real, é fundamental revisar os registros do paciente em detalhe, principalmente na primeira sessão, quando ele traz os formulários preenchidos pela primeira vez. A revisão dos registros deve ser um processo conjunto, com o paciente levando o terapeuta pelo registro de cada dia. Há dois aspectos a revisar na primeira sessão: avaliar a qualidade do monitoramento e as informações obtidas em relação aos hábitos alimentares do paciente. Nas sessões seguintes, o foco estará, em grande parte, no que foi registrado, embora o terapeuta deva fazer perguntas, de forma intermitente, sobre o processo de registro e a precisão dos registros. Nas sessões subsequentes, a revisão dos registros não deve

levar mais de 10 minutos, em termos gerais. Os terapeutas devem se lembrar de não abordar os problemas identificados enquanto fazem isso, e sim reconhecê-los e colocá-los na pauta da sessão.

A parte principal do Estágio 1

Após a sessão preparatória inicial, há oito consultas, duas por semana. Nós achamos que as consultas duas vezes por semana são necessárias para criar a dinâmica terapêutica e começar a fazer incursões na forma de comer problemática do paciente. Sessões semanais uma vez por semana *não são suficientes para a maioria dos pacientes*. O Estágio 1 tem quatro elementos distintos.

Dia: Quinta.

Data: 21 de março

Hora	Comida e bebida consumidas	Lugar	*	purga	Contexto e comentários
7:30	Copo d'água	Cozinha			[60 quilos –nojenta] Com sede, depois de ontem.
8:10	Pãozinho de canela e passas inteiro Queijo cremoso <i>light</i> Café preto	Café	*		Deveria ter comido só metade do pãozinho. Não posso ter compulsão hoje.
10:35	Meia banana Café preto	Trabalho – minha mesa			Melhor, na linha.
11:45	Sanduíche de pão integral com peru defumado Maionese <i>light</i> Coca <i>diet</i>	Café			Almoço normal.
18:40 a 19:30	Pedacço de torta de maçã 2 litros de sorvete 4 fatias de torrada com creme de amendoim Coca <i>diet</i> Pãozinho com passas 2 fatias de torrada com creme de amendoim Coca <i>diet</i> Creme de amendoim direto do pote Pãozinho com passas Barra de chocolate Coca <i>diet</i> – grande	Cozinha	* * * * * * * *	V V	Socorro, não consigo parar de comer. Perdi totalmente o controle. Eu me odeio. Sou nojenta. Por que eu faço isso? Comecei assim que cheguei aqui. Estraguei mais um dia.
21:30	Biscoito de arroz com queijo sem gordura Coca <i>diet</i>	Cozinha			Muito só. Me sinto gorda e nem um pouco atraente. Vontade de desistir.

FIGURA 17.4 Um registro de automonitoramento preenchido. V = vômito. Pode-se obter um registro em branco em www.credo-orford.com.

Estabelecer a pesagem colaborativa

A intervenção de pesagem colaborativa tem uma série de propósitos. Em primeiro lugar, à medida que os hábitos alimentares dos pacientes mudam com o tratamento, eles provavelmente ficarão ansiosos em relação às mudanças resultantes em seu peso. A pesagem realizada na sessão fornece dados de boa qualidade, semana por semana, sobre o peso. Em segundo lugar, a pesagem feita regularmente nas sessões dá ao terapeuta a oportunidade de ajudar os pacientes a interpretar os números na balança, o qual, caso contrário, eles tendem a interpretar de forma equivocada. Em terceiro, a pesagem colaborativa aborda uma forma de verificação do corpo, a saber, a verificação do peso. Muitos pacientes com transtorno alimentar se pesam em intervalos frequentes, até muitas vezes por dia. Como resultado, passam a se preocupar com flutuações diárias do peso que em outras circunstâncias passariam despercebidas. Outros evitam ativamente saber seu peso, mas continuam

muito preocupados com ele. De modo geral, esses pacientes já se pesaram frequentemente no passado, mas mudaram para a evitação quando consideraram essa pesagem frequente muito aversiva. A evitação da pesagem é tão problemática quanto a pesagem frequente, porque o resultado é os pacientes não terem dados para confirmar ou refutar seus receios sobre ganho de peso.

Os pacientes precisam aprender a avaliar e interpretar seu peso. Eles devem ser informados que o peso do corpo flutua durante o dia e de um dia para outro, segundo seu estado de hidratação, intestino e bexiga, seu momento no ciclo menstrual e outros fatores. (Todas essas informações podem ser encontradas na segunda edição de *Overcoming Binge Eating* [Fairburn, 2013]; ver a seção seguinte.) Pesagens frequentes resultam em preocupação com flutuações sem importância no peso, que tendem a ser mal interpretadas e levar muitos pacientes a restringir o que comem, seja qual for a leitura da balança. Esse importante pro-

cesso de manutenção é rompido pela intervenção de pesagem colaborativa.

Na pesagem colaborativa, terapeuta e paciente verificam, juntos, o peso do paciente no começo da sessão. Isso é feito uma vez por semana (para pacientes abaixo do peso, ver adiante). O terapeuta e o paciente colocam os dados mais recentes em um gráfico individualizado de peso e interpretam juntos o padrão que aparece, dando ênfase específica às tendências das últimas quatro semanas em vez de se concentrar na última pesagem. Um elemento crucial da intervenção é que os pacientes não se pesem fora desses momentos.

Os pacientes também são informados sobre o IMC, o índice deles próprios e seu significado do ponto de vista da saúde. Recomenda-se que não tenham um peso desejado exato, que impossibilite as flutuações diárias, e sim que aceitem uma faixa de peso de cerca de 3 quilos.

Quase todos os pacientes estão ansiosos em relação ao efeito que o tratamento terá sobre seu peso. Os que têm bulimia nervosa ou outros transtornos alimentares especificados (que não os que estão abaixo do peso) geralmente não mudam muito de peso. Deve-se dizer aos pacientes que o objetivo do tratamento é dar controle sobre o que comem, para que tenham o máximo controle possível de seu peso. É melhor que posterguem a decisão sobre uma faixa de peso específica como objetivo até perto do fim do tratamento, quando seus hábitos alimentares terão se estabilizado e eles estarão menos sensíveis em relação ao seu peso e forma. Em um momento posterior do tratamento, os pacientes são aconselhados a não ter um objetivo de peso (faixa) que demande qualquer coisa além do controle alimentar leve, pois esse tipo de controle mantém a preocupação com a comida e os hábitos alimentares e aumenta o risco de comer compulsivamente.

Educando o paciente sobre problemas alimentares
São muitos os mitos sobre comer e controlar o peso, e alguns deles servem para manter os problemas alimentares dos pacientes. Para garantir que os pacientes tenham uma fonte confiável de informações, recomendamos que leiam algum livro fidedigno sobre transtornos alimentares. Usamos com frequência o *Overcoming Binge Eating* porque apresenta todas as informações necessárias e é apreciado pelos pacientes.⁵ Além disso, é voltado à TCC-A, sendo muito compatível com o tratamento – na verdade, alguns terapeutas usam como manual para pacientes à medida que avançam na TCC-A. Deve-se observar que esse livro é pertinente a todos os pacientes com transtornos alimentares, quer eles comam compulsivamente,

quer não, porque discute a psicopatologia do transtorno alimentar em geral, e não apenas os episódios de compulsão alimentar.

Costumamos dar aos pacientes um exemplar do livro, de modo a poder garantir que eles o tenham no momento certo do tratamento (geralmente, na segunda semana). Pedimos que os pacientes marquem nas margens as partes que se aplicam especificamente a eles, risquem as que não se aplicam e coloquem pontos de interrogação em partes que não entendam ou que gostariam de discutir. Chamamos esse procedimento de *leitura guiada*, já que ele permite que os pacientes sejam educados de maneira eficiente, minuciosa e personalizada.

Estabelecendo os hábitos alimentares regulares

A alimentação regular é fundamental para o sucesso do tratamento, seja qual for o tipo de transtorno alimentar. Para pacientes com comer compulsivo, pode-se confiar nela para uma redução rápida da frequência dos episódios de comer compulsivo. Para os que têm dietas altamente restritivas, essa intervenção aborda um tipo importante de dieta, chamada de *alimentação retardada*, ou seja, postergar comer durante o dia. E para os pacientes que estão abaixo do peso, introduz refeições e lanches regulares que podem ser aumentados de tamanho posteriormente (ver a seguir).

Os hábitos alimentares regulares são introduzidos na terceira sessão. É a primeira vez em que se pede que os pacientes mudem a maneira com que comem. Há dois aspectos na intervenção. Primeiro, o paciente deve comer em intervalos regulares ao longo do dia (geralmente, três refeições planejadas durante o dia, mais dois lanches planejados). Segundo, os hábitos alimentares devem ficar limitados, em muito, a essas refeições e esses lanches. Uma série de questões relacionadas à intervenção devem ser enfatizadas:

1. Os pacientes devem poder escolher o que comem em suas refeições e lanches planejados. A única condição é que essas refeições e lanches não devem ser seguidos de vômito, laxantes ou qualquer outro comportamento compensatório.
2. Os pacientes não devem ser pressionados para mudar o que ou quanto comem nesse momento do tratamento, pois isso tende a fazer com que eles não consigam adotar hábitos alimentares regulares.
3. Se procuram aconselhamento sobre o que comer, os pacientes devem ser informados de que a prioridade é seu padrão de alimentação, e não o que eles comem. No entanto, se querem orientação, devem ser informados de que o ideal seria se adotassem uma dieta variada com o número mínimo de alimentos evitados.

4. Embora deva ser respeitado, sejam quais forem as circunstâncias ou o apetite dos pacientes, o novo padrão alimentar deve ser ajustado aos compromissos dos pacientes no dia a dia.
5. Os pacientes devem planejar com antecedência. Eles sempre devem saber quando vão fazer sua próxima refeição ou lanche, e só raramente deve haver um intervalo de mais de 4 horas entre refeições e lanches. Se o dia vai ser imprevisível, eles devem planejar com antecedência tanto quanto possível e identificar um momento em que possam fazer um balanço e, se necessário, replanejar o resto do dia.
6. Pacientes cujos hábitos alimentares não são caóticos nem altamente restritivos podem precisar introduzir esse padrão em etapas. Os pacientes devem ser informados de que suas sensações de apetite, fome e plenitude provavelmente estarão perturbadas nesse momento e, por enquanto, não devem ser usadas para determinar o que eles vão comer. Em vez disso, eles devem aderir ao padrão alimentar combinado.

Duas estratégias distintas podem ajudar os pacientes a resistir a comer nos períodos entre as refeições e lanches planejados. A primeira delas é ajudá-los a identificar as atividades que sejam incompatíveis com o comer, ou que o tornem menos provável. Eles devem tentar prever quando é provável que surjam as dificuldades e intervir cedo, organizando atividades que tenham mais probabilidade de ajudá-los a aderir seu padrão de hábitos alimentares regulares. Aconselhamento sobre como fazer isso está em *Overcoming Binge Eating*. A outra estratégia é muito diferente: pedir aos pacientes que se concentrem no desejo de comer e reconheçam que ele é um fenômeno temporário, ao qual eles não precisam ceder. Dessa forma, aprendem a tirar a atenção da premência e simplesmente observá-lo, em vez de tentar eliminá-lo. Assim como acontece com a sensação de plenitude gástrica, eles descobrirão que essa premência se dissipa com o tempo. Essa última estratégia é difícil para a maioria dos pacientes, principalmente nos primeiros estágios do tratamento. Caso venha a ser utilizada, é melhor deixá-la para um momento posterior do tratamento, quando a premência de comer entre as refeições e os lanches será intermitente e menos avassaladora.

Envolvendo pessoas significativas

A TCC-A foi desenvolvida como um tratamento individual para adultos, de forma que não envolve a participação ativa de outras pessoas. Apesar disso, é nossa prática conversar com pessoas significativas na vida

do paciente se isso tiver probabilidade de facilitar o tratamento e o paciente quiser que isso aconteça. Fazemos isso com o objetivo de criar um ambiente ideal para o paciente mudar. Há duas indicações específicas para o envolvimento de outras pessoas:

1. Se elas forem ajudar o paciente a fazer mudanças.
2. Se elas estiverem dificultando ao paciente fazer mudanças, por exemplo, fazendo comentários negativos em relação à aparência ou aos hábitos alimentares do paciente.

Geralmente, as sessões com outras pessoas duram 45 minutos e acontecem imediatamente depois de uma sessão de rotina. Nós fazemos uma média de três dessas sessões com cerca de três quartos de nossos pacientes (às vezes mais, no caso de pacientes abaixo do peso). Os tópicos que estejam fora do transtorno alimentar geralmente não são abordados. Com pacientes adolescentes, há um envolvimento muito maior de outras pessoas (Cooper e Stewart, 2008; Dalle Grave et. al., 2013).

Estágio 2: Fazendo um balanço

O segundo estágio é de transição no tratamento e tem três objetivos:

1. Realizar uma análise conjunta dos avanços.
2. Revisar a formulação, se for necessário.
3. Preparar o estágio 3.

Ao mesmo tempo, o terapeuta continua a implementar procedimentos introduzidos no estágio 1. As sessões agora acontecem uma vez por semana.

A razão para se realizar essa avaliação formal dos avanços é a forte evidência, em uma série de transtornos psiquiátricos (Wilson, 1999), incluindo a bulimia nervosa (Fairburn, Agras, Walsh, Wilson e Stice, 2004) e transtorno de compulsão alimentar (Masheb e Grilo, 2007), de que a quantidade de mudança do paciente nas primeiras semanas de tratamento é um potente preditor de resultados. Assim, se os avanços forem limitados, isso precisa ser reconhecido cedo, e se deve buscar uma explicação, para que o tratamento possa ser ajustado segundo a necessidade.

Realizando uma revisão conjunta dos avanços

A revisão dos avanços se faz melhor sistematicamente, com o paciente respondendo mais uma vez o EDE-Q, a CIA e instrumentos psiquiátricos gerais. Dessa forma, o paciente e terapeuta podem avaliar o alcance da mudança. A análise dos registros de monitoramento do paciente também pode ser útil. Além disso, o paciente e o terapeuta devem considerar o grau no qual o paciente tem cumprido os vários elementos do tratamento.

A visão que os pacientes têm de seu avanço costuma ser indevidamente negativa, de modo que uma tarefa importante para o terapeuta é ajudar o paciente a chegar a uma avaliação equilibrada sobre o que mudou e o que não mudou. Geralmente, terá acontecido uma redução na frequência dos episódios de compulsão alimentar e purga compensatória, e uma melhora no padrão alimentar, enquanto as preocupações com a forma não terão mudado (em grande parte, porque não terão sido abordadas).

Uma razão importante e, por vezes, subestimada para que o avanço não seja tão grande como se poderia esperar é a presença de depressão. Em termos ideais, esses episódios depressivos devem ser detectados e tratados antes de iniciar o tratamento, mas é inevitável que alguns deles não sejam percebidos e que outros se desenvolvam. Se parecer que existe depressão, é nossa prática tratá-la com medicação antidepressiva (Fairburn, Cooper e Waller, 2008a) e cogitar suspender a TCC até que o paciente tenha respondido.

Revisão da formulação

É importante revisar a formulação à luz do que se aprendeu durante o estágio 1. É comum que não se note mudança alguma, mas se detectaram alguns problemas e processos que não estavam óbvios quando se criou a formulação. Por exemplo, pode ter surgido a informação de que o excesso de exercícios é um problema muito maior do que se pensava. Nesse caso, a formulação pode ter que ser revisada. Se o paciente estiver recebendo uma forma “ampla” de TCC-A, é nesse momento que se examina a contribuição do perfeccionismo, baixa autoestima e dificuldades interpessoais (ver Fairburn, Cooper, Shafran, Bohn e Hawker, 2008a).

Planejando o estágio 3

Por fim, o estágio 2 é o momento em que se formula o estágio 3. É nesse estágio que o tratamento se torna muito individualizado. O terapeuta tem que decidir quais elementos do estágio 3 serão mais relevantes ao paciente e em que ordem devem ser implementados (ver a seguir).

Estágio 3: Abordando os principais mecanismos de manutenção

Essa é parte central do tratamento. O foco está nos principais mecanismos que estão mantendo o transtorno alimentar desse paciente específico, que podem ser classificados em seis categorias amplas:

1. Superestimação da forma e do peso
2. Superestimação do controle sobre comer

3. Restrição alimentar
4. Mudanças na alimentação relacionadas a humor e eventos
5. Privação alimentar
6. Estar abaixo do peso

As contribuições relativas desses mecanismos variam de indivíduo para indivíduo. Apenas alguns dos mecanismos funcionam em pessoas com transtorno de compulsão alimentar, enquanto a maioria opera em casos de anorexia nervosa em que há compulsão alimentar e purga. Os quatro primeiros são examinados aqui. Privação alimentar e estar abaixo do peso são tratados separadamente, quando discutimos as adaptações necessárias para aqueles que estão abaixo do peso. A ordem em que esses mecanismos são abordados depende da sua importância relativa na manutenção da psicopatologia do paciente e do tempo que leva para tratar deles. Geralmente, é melhor começar abordando as preocupações com a forma e o peso porque são mecanismos mais complexos e levam mais tempo.

Enquanto isso, o terapeuta continuará a implementar os procedimentos introduzidos no Estágio 1. Se o paciente estiver recebendo a forma ampla de TCC-A, um ou mais dos módulos adicionais de tratamento também serão usados (Fairburn, Cooper, Shafran et al., 2008a).

Abordando a superestimação da forma e do peso

No centro da maioria dos transtornos alimentares está a *psicopatologia central* que os distingue, a superestimação de forma e peso, ou seja, o julgamento do valor de si mesmo, em grande parte ou até exclusivamente, em termos de forma e peso, e da capacidade de controlá-los. Como descrito anteriormente, a maioria das apresentações desses transtornos é secundária a essa psicopatologia e as suas consequências. Essa psicopatologia ocupa um lugar central na formulação da maioria dos pacientes e é uma meta fundamental do tratamento. A experiência clínica e as evidências de pesquisa sugerem que, a menos que essa psicopatologia seja abordada com sucesso, os pacientes têm muito risco de recaída.

Há cinco aspectos nesse processo:

1. Identificar a superestimação e suas consequências
2. Desenvolver domínios de autoavaliação que estejam marginalizados
3. Abordar a verificação do corpo
4. Abordar a evitação do corpo
5. Abordar o “sentir-se gordo”

Com exceção do aspecto inicial, eles não são apresentados necessariamente nessa ordem. Além disso, próximo ao fim do estágio 3, é importante desenvolver as habilidades dos pacientes para lidar com reveses.

Identificar a superestimação e suas consequências
O ponto de partida é informar o paciente sobre a noção de autoavaliação. A seguir, o terapeuta ajuda a identificar seu esquema de autoavaliação. Por fim, discutem-se as implicações desse esquema e se elabora um plano para abordar as expressões da superestimação. Visto que os terapeutas muitas vezes não sabem ao certo como entrar no tema da autoavaliação, o guia de tratamento completo fornece um diálogo detalhado demonstrando como explicar isso aos pacientes.

Em poucas palavras, o terapeuta começa explicando que a maioria das pessoas tende a se julgar com base no cumprimento de normas pessoais em áreas da vida que elas valorizam. A seguir, o paciente é ajudado a gerar uma lista das áreas em sua vida que dão uma contribuição importante a sua autoavaliação. Quase invariavelmente, isso inclui aparência e, talvez, o controle da alimentação. O terapeuta explora a importância relativa desses domínios da autoavaliação; o sinal para a sua importância relativa é a magnitude (em termos de intensidade e duração) da resposta do paciente quando as coisas vão mal na área em questão. Dessa forma, as várias áreas da vida que foram listadas podem ser classificadas e representadas por meio de um gráfico-*pizza* que terapeuta e paciente fazem juntos. O gráfico de alguém sem transtorno alimentar é mostrado na Figura 17.5 e pode ser comparado a um que seja típico de alguém com um problema alimentar (Fig. 17.6), em que há um grande “fatia” representando a superestimação de forma e peso.

É útil o paciente avaliar seu gráfico-*pizza* em várias ocasiões antes da próxima sessão, para que possa continuar a ser discutido e ajustado conforme necessário. Em geral, qualquer revisão toma a forma de ampliar o tamanho da fatia que representa a importância da forma e do peso.

O passo seguinte é pedir ao paciente que reflita sobre as implicações de seu esquema de autoavaliação (como representado no gráfico-*pizza*) e pensar se pode haver problemas inerentes. Essa discussão geralmente leva à identificação de três problemas principais:

1. Ter um gráfico-*pizza* com uma fatia dominante é *arriscado*. Uma fatia dominante torna as pessoas particularmente vulneráveis se algo ameaçar sua capacidade de cumprir seus padrões pessoais na área em questão.
2. Julgar-se principalmente com base em aparência é especialmente problemático porque esse aspecto da vida só é controlável até certo ponto e, portanto, faz com que a pessoa se sinta, às vezes, um fracasso.
3. Dar muita importância a forma e peso leva as pessoas a fazer dieta e, no caso do paciente, isso mantém seu problema alimentar.

Essa discussão leva naturalmente ao passo final do exame de autoavaliação, ou seja, à criação de uma formulação que inclua as consequências da superestimação (a *formulação ampliada*). O terapeuta começa perguntando ao paciente o que ele faz, ou vivencia, como resultado da importância dada a forma e aparência. A meta é obter uma figura que se assemelhe à Figura 17.7, com o terapeuta acrescentando as setas de retroalimentação ascendentes e explicando que essas consequências da superestimação também servem para mantê-la.

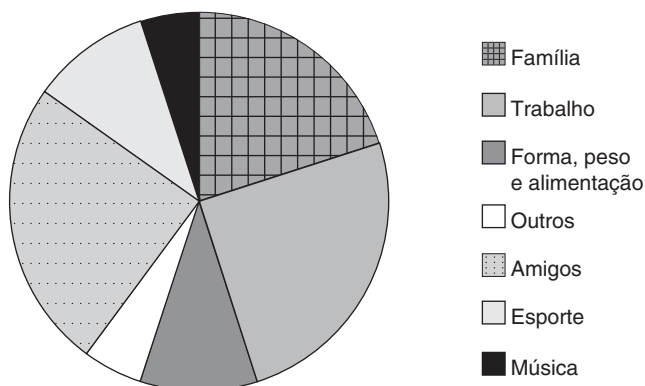


FIGURA 17.5 Gráfico de uma jovem sem problema alimentar. Baseada em Fairburn (2008, p. 99). Direitos autorais 2008, The Guilford Press. Reimpressa com permissão.

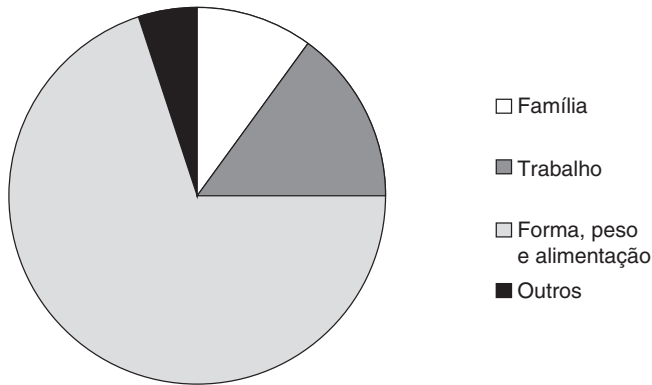


FIGURA 17.6 Gráfico de uma jovem com problema alimentar. Baseada em Fairburn (2008, p. 98). Direitos autorais 2008, The Guilford Press. Reimpressa com permissão.

Tendo feito isso, o terapeuta precisa elaborar um plano para abordar as preocupações em relação à forma e peso, havendo duas estratégias gerais:

1. Desenvolver novos domínios para a autoavaliação
2. Reduzir a importância atribuída à forma e peso. Ambas são importantes e se complementam.

Desenvolver domínios de autoavaliação que estejam marginalizados

Enfrentar as expressões da superestimação da forma e peso reduz aos poucos o alcance da superestimação. A “fatia” do gráfico relacionada à forma e ao peso começa a murchar. Entretanto, ao mesmo tempo, é importante aumentar o número e a importância de outros

domínios de autoavaliação, para reduzir ainda mais a importância relativa dada à forma e ao peso. Para chegar a isso, os pacientes precisam de ajuda para começar a se envolver ativamente com outros aspectos da vida. Há seis passos nesse processo, que precisam ser tema permanente durante o restante do tratamento:

1. Explicar a fundamentação para se desenvolver novos domínios de autoavaliação.
2. Ajudar o paciente a identificar novas atividades que possam ser envolventes.
3. Concordar em uma, talvez duas, atividades que o paciente irá experimentar.
4. Garantir que o paciente realmente faça a atividade identificada, muitas vezes usando uma

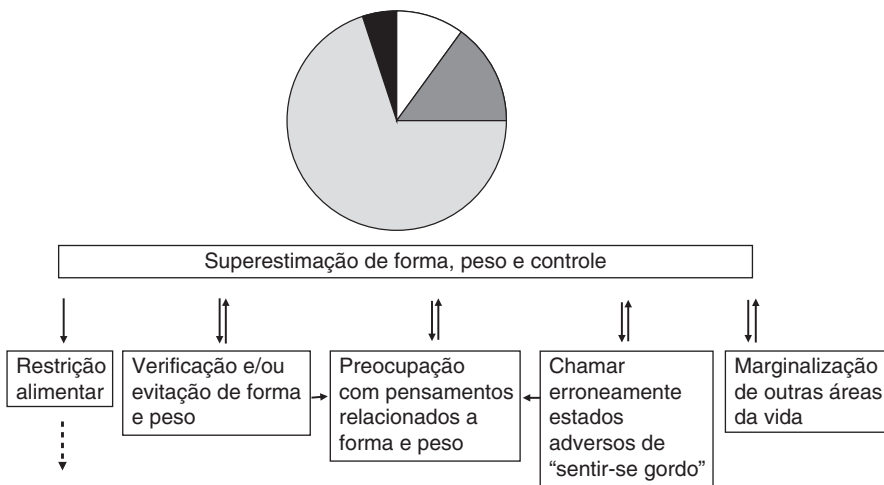


FIGURA 17.7 Superestimação de forma e peso: uma formulação *ampliada*. De Fairburn (2008, p. 101). Direitos autorais 2008 de The Guilford Press. Reimpressa com permissão. Esta figura pode ser obtida em www.credo-oxford.com.

abordagem de solução de problemas (descrita mais adiante nesse capítulo).

5. Revisar o processo semanalmente, com o terapeuta tendo uma atitude estimuladora e facilitadora.
6. Ao mesmo tempo, tratar diretamente da superestimação da forma e do pelo paciente, geralmente começando com a verificação do corpo, que muitas vezes é de importância central na manutenção das preocupações do paciente.

Abordar a verificação do corpo

A importância da verificação e a evitação do corpo foi identificada há pouco tempo. A razão é bastante simples: poucos profissionais estão cientes delas porque os pacientes não expõem seu comportamento a menos que se pergunte, e muitos deles nem estão conscientes disso.

O primeiro passo para tratar da verificação e evitação do corpo é dar informações sobre a verificação do corpo, a evitação do corpo e suas consequências, enfatizando os dois pontos a seguir:

1. Todas as pessoas verificam seu corpo em algum nível, mas muitas pessoas que têm problemas alimentares o fazem repetidas vezes, e, com frequência, de maneira incomum. Essa verificação pode se tornar “natural”, de modo que elas podem nem se dar conta de que estão fazendo isso. Nas pessoas com problemas alimentares, essa verificação pode manter a insatisfação com a aparência.
2. Algumas pessoas com problemas alimentares evitam ver seus corpos e não gostam que outras pessoas os vejam. Geralmente, essas pessoas já realizaram verificação do corpo no passado, mas mudaram para a evitação porque a verificação repetida se tornou insuportável. A evitação do corpo também é problemática no sentido de que permite que as preocupações com a forma e a aparência persistam na ausência de qualquer informação precisa. Portanto, também precisa ser enfrentada.

A seguir, o terapeuta precisa descobrir quais são os comportamentos de verificação e evitação que o paciente tem. Um registro de monitoramento específico pode ser usado para esse fim (ver www.credo-oxford.com). Considerando-se que registrar a verificação do corpo é altamente incômodo para alguns pacientes, o melhor é pedir que façam isso por apenas dois períodos de 24 horas, em um dia de trabalho e em um dia de folga. Pode ser útil avisar aos pacientes que, mesmo que seja incômoda, essa ação produzirá informações úteis para superar seu transtorno alimentar.

É comum os pacientes ficarem surpresos com quantas vezes verificam sua forma. Tendo identificado as várias formas de verificação do corpo, eles podem ser divididos em dois grupos, em relação a sua condição de *normativos* ou não.

Formas incomuns de verificar o corpo. Formas incomuns de verificar o corpo devem ser simplesmente interrompidas. Entre os exemplos estão medir as dimensões de certas partes do corpo e se fotografar. Os pacientes geralmente conseguem fazer isso se a fundamentação for bem explicada e eles receberem apoio. Há duas questões a enfatizar:

1. A verificação do corpo geralmente envolve o foco em aspectos da aparência dos quais a pessoa não gosta e costuma ter efeitos adversos.
2. A interrupção de formas incomuns de verificação geralmente é sentida como um alívio (depois de cerca de uma semana).

Abordando formas mais normativas de verificar o corpo. Uma estratégia diferente precisa ser adotada com formas mais normais de verificar o corpo. Nesse caso, um problema é a frequência da verificação, a forma como é feita e a interpretação que os pacientes fazem do que encontram. O terapeuta precisa ajudá-los a refletir sobre as seguintes questões cada vez que eles estão por verificar a si mesmos:

- O que estou tentando descobrir?
- Esse tipo de verificação pode produzir a informação que eles estão buscando?
- Pode haver efeitos adversos devidos a essa verificação?
- Há alguma alternativa melhor?

O uso de espelhos merece uma atenção especial, já que eles têm o potencial de dar informações equivocadas, mas altamente verossímeis, e é provável que cumpram um papel potencialmente importante na manutenção da insatisfação de muitos pacientes com o corpo. Assim, a educação sobre os espelhos e seu uso é importante. Uma questão a destacar é que defeitos aparentes que normalmente passam despercebidos se tornam o foco de atenção quando as pessoas estudam em detalhe aspectos de sua aparência dos quais não gostam. Outra é que o exame tende a aumentar os defeitos aparentes, de modo que os pacientes precisam questionar o uso que fazem dos espelhos, já que eles são a principal forma com que determinamos como olhamos. Os espelhos são úteis para aplicar maquiagem, escovar o cabelo/fazer penteados, barbear-se e assim por diante. Os espelhos de corpo inteiro são úteis para ver como as roupas combinam, mas os terapeutas devem perguntar se há alguma razão para

se olhar nu em um espelho de corpo inteiro. Se a pessoa já está insatisfeita com sua aparência, fazer isso tem probabilidade de aumentar a insatisfação com a própria forma por meio do processo de aumento mencionado anteriormente. Isso não significa que se recomende a evitação total, e sim que se restrinja (por um tempo) o uso de espelhos a esses propósitos.

Outra forma de verificação do corpo que mantém ativamente a insatisfação com a forma é se comparar com outras pessoas. A natureza dessas comparações geralmente resulta em que os pacientes concluam que seus corpos não são atraentes em relação aos dos outros. Como observamos anteriormente, as avaliações dos pacientes sobre sua própria forma muitas vezes envolvem o escrutínio e a atenção seletiva às partes do corpo de que eles não gostam. O escrutínio tende a resultar no aumento dos defeitos percebidos e a atenção seletiva aumenta a insatisfação geral com a forma. Em contraste, a avaliação que os pacientes fazem dos outros é muito diferente. Eles tendem a fazer julgamentos superficiais e muitas vezes sem critérios das outras pessoas. Além disso, quando fazem essas comparações, elas tendem a escolher grupos de referência tendenciosos, geralmente pessoas magras e atraentes.

Os passos para abordar as comparações por parte dos pacientes são os seguintes:

1. O terapeuta ajuda os pacientes a identificar quando e como eles fazem comparações.
2. Quando essa informação tiver sido coletada, o terapeuta ajuda os pacientes a examinar se a comparação foi inerentemente tendenciosa em termos da pessoa escolhida e como sua forma foi avaliada. Vale a pena destacar dois pontos:
 - A verificação oferece aos pacientes uma perspectiva sobre seus corpos que é difícil, se não impossível, de obter a partir do corpo de outra pessoa. Por exemplo, o que eles veem quando se olham no espelho é muito diferente do que veem quando olham para outra pessoa.
 - Comparar-se com pessoas mostradas na mídia (modelos, astros de cinema e outras celebridades) é problemático porque elas são um grupo não representativo e as imagens deles podem muito bem ter sido manipuladas.
3. Certos exercícios de casa são úteis para complementar essas discussões, por exemplo, pode-se pedir que os pacientes que sejam mais científicos ao escolher alguém com quem se comparar. Em vez de escolher pessoas magras, o terapeuta pode pedir que eles escolham uma pessoa a cada três (de sua idade e sexo) que en-

contrarem em uma rua movimentada. Também se pode pedir que examinem os corpos de outras pessoas. Uma forma de fazer isso é ir a um vestiário (p. ex., de uma piscina ou academia), escolher alguém próximo, que pareça atraente à primeira vista, e depois examinar sem ser invasivo o corpo dessa pessoa, concentrando-se exclusivamente nas partes em relação às quais o paciente é mais sensível. Os pacientes descobrem que até as pessoas atraentes têm defeitos visíveis quando examinadas.

4. Partindo do pressuposto de que as comparações que o paciente faz são tendenciosas (como quase sempre é o caso), o terapeuta deve explorar as implicações dessa tendência em termos da validade das visões do paciente sobre sua aparência. O objetivo é os pacientes entenderem que suas comparações e verificações produziram informações enganosas sobre os corpos de outras pessoas em relação aos seus.

Abordando a evitação do corpo

A estratégia nesse caso é a *exposição* em seu sentido técnico e literal. Os terapeutas precisam ajudar os pacientes a se acostumar com a visão e sensação de seus corpos e aprender a fazer comparações justas com os de outros. Eles tem que se acostumar com ver seus próprios corpos e deixar que os outros também os vejam. Os pacientes precisam parar, aos poucos, de se vestir e se despir no escuro e devem abandonar gradualmente o uso de roupas largas que não deixam distinguir formas. A participação em atividades que envolvam algum grau de exposição corporal pode ser útil (p. ex., natação). Dependendo da amplitude do problema, podem ser necessárias muitas sessões sucessivas para enfrentar a evitação do corpo. Em função do risco de que o paciente retorne à verificação repetida do corpo, o terapeuta precisa ajudá-lo a adotar formas normais e sem riscos de verificação.

Abordar o “sentir-se gordo”

“Sentir-se gorda” é uma experiência relatada por muitas mulheres, mas a intensidade e a frequência dessa sensação parecem ser muito maiores entre pessoas com transtornos alimentares. Sentir-se gorda é um importante alvo do tratamento porque tende a ser igualada a estar gordo, seja qual for o peso e a forma real do paciente. Sendo assim, não é apenas uma expressão de preocupação exagerada com forma e peso, mas também os mantém.

Praticamente não foram feitas pesquisas e pouco se escreveu sobre o tema. Um aspecto curioso é que o “sentir-se gorda” tende a flutuar muito de um dia para outro, e mesmo dentro do mesmo dia, o que é bastante diferente de muitos outros aspectos da

psicopatologia central desses pacientes, que é relativamente estável. Nossa impressão é que no caso das pessoas que têm transtornos alimentares, a sensação de ser gordo é resultado de uma identificação equivocada de certas emoções e experiências corporais. É importante enfatizar que “sentir-se gordo” e “estar gordo” são coisas bem diferentes, mas podem ocorrer simultaneamente. Muitas pessoas com obesidade não têm problemas com sentirem-se gordas, apesar de se sentir insatisfeitas com sua forma, mas algumas estão insatisfeitas da mesma maneira que as pessoas com transtorno alimentar. Como sentir-se gorda contribui para a manutenção da insatisfação com o corpo, é essencial que se trate o “sentir-se gordo” também com esses pacientes.

Em geral, é melhor trabalhar com esse problema depois que o paciente tenha avançado na questão da verificação e da evitação de seu corpo, mas nem sempre é esse o caso. No paciente para o qual sentir-se gordo é uma característica particularmente importante, é aconselhável tratá-la antes do que a verificação e a evitação do corpo.

Há cinco passos para se abordar o “sentir-se gordo”:

1. O terapeuta deve primeiro explicar que “sentir-se gordo” não deve ser equiparado a “ser gordo”, e que sentir-se gordo pode mascarar outros sentimentos ou sensações que ocorrem ao mesmo tempo.
2. Pede-se aos pacientes que registrem quando têm esse tipo de sentimento com intensidade especial. Esse monitoramento pode ser parte do processo de registro normal do paciente, usando a coluna da direita da planilha para esse propósito. Isso exige registro preciso em tempo real. Quando registram que se sentem gordos, os pacientes também devem pensar sobre o que mais estão sentindo nesse momento (e registrar).
3. Tendo dominado isso, os pacientes devem se fazer duas perguntas, cada vez que se sentirem gordos:
 - O que aconteceu na última hora que possa ter desencadeado esse sentimento?
 - O que mais estou sentindo agora?
4. Em geral, as experiências de se sentir gordo do paciente são desencadeadas pela ocorrência de certos estados de humor negativos ou por sensações físicas que aumentam a consciência corporal. Exemplos desses dois tipos de estímulos são os seguintes:
 - Sentir-se entediado, deprimido, solitário ou cansado.

- Sentir plenitude gástrica, inchado, suado, sentir que o corpo bamboleia ou que as coxas raspam uma na outra, a sensação de que a roupa está apertada.

5. Ao longo das semanas seguintes, os pacientes devem continuar a fazer isso sempre que tiveram fortes sentimentos de estar gordo. Além disso, devem abordar qualquer problema mascarado (p. ex., sentir-se entediado), usando a abordagem de solução de problemas (descrita posteriormente, neste capítulo). Em alguns pacientes, a solução de problemas já terá sido ensinada no contexto de lidar com mudanças na alimentação desencadeadas por eventos. Em outros, a abordagem precisa ser introduzida neste momento. No que diz respeito a enfrentar a resposta dos pacientes à consciência corporal elevada, os terapeutas devem ajudá-los a perceber que o problema é sua interpretação negativa dessas sensações, e não as sensações em si.

Para se abordar o sentimento de estar gordo, geralmente serão necessárias muitas semanas e será uma questão recorrente na agenda de cada sessão. O que geralmente acontece é que a frequência e a intensidade do sentimento vão diminuindo gradualmente e a *relação* dos pacientes com a experiência muda, até ela não ser mais equacionada com estar gordo. Essa mudança metacognitiva é importante porque, uma vez tendo acontecido, o sentir-se gordo deixa de sustentar a insatisfação com o corpo.

Abordando a restrição alimentar e a evitação de alimentos

Fazer dieta é uma das características mais importantes dos pacientes com transtornos alimentares. Um dos principais objetivos do tratamento é reduzir, se não eliminar totalmente, a forte tendência desses pacientes à dieta. Como observado anteriormente, as tentativas para restringir a ingestão de alimentos (*restrição alimentar*) pode ou não ser bem sucedida. Assim, está longe de ser inevitável que elas resultem em comer abaixo das necessidades em termos fisiológicos (*privação alimentar*) e perda de peso. Nesta seção, vamos nos concentrar na restrição alimentar e em regras alimentares. O enfrentamento da privação alimentar é abordado em uma seção posterior, sobre o tratamento daqueles que estão abaixo do peso.

A restrição alimentar dos pacientes com transtornos alimentares é extrema em intensidade e rígida na forma. Esses pacientes estabelecem para si mesmo muitas regras alimentares exigentes com relação a quando comem (p. ex., não comer depois das 6 horas da tarde), o quanto comem (p. ex., menos de 600

kcal por dia), e, principalmente, o que devem comer; a maioria dos pacientes tem um grande número de alimentos que tenta não comer (*evitação de alimentos*). Muitos têm todos os três tipos de regras dietéticas e, como resultado disso, sua alimentação é inflexível e restrita. Apesar disso, a restrição alimentar é valorizada, com os pacientes tendendo a ignorar seus efeitos prejudiciais.

Um primeiro passo importante quando se lida com a restrição alimentar é o terapeuta chamar a atenção do paciente para os efeitos prejudiciais dessas dietas. Isso se faz com referência à formulação, que, na maioria dos casos, mostra que a dieta cumpre um papel central na manutenção do seu problema alimentar. Se for esse o caso, terá de ser enfrentado para superar o problema. Segundo, sua dieta pode muito bem ter vários efeitos negativos em sua vida cotidiana, que podem ser descobertos usando a CIA (Bohn e Fairburn, 2008); por exemplo, impedir de comer fora, o que pode resultar em tensão na hora das refeições, e causar preocupação com pensamentos sobre comida e sobre comer.

Quando se chegar a um acordo de que a restrição alimentar é um problema, terapeuta e paciente devem identificar as várias regras da dieta do paciente. Muitas delas já estarão evidentes nesse estágio do tratamento. Os princípios que embasam o enfrentamento dessas regras são os seguintes:

1. Identificar uma regra específica que o esteja motivando.
2. Explorar com o paciente as prováveis consequências de descumprir a regra. O paciente pode acreditar que descumpri-la vai levar a ganho de peso ou resultar invariavelmente em compulsão alimentar.
3. Elaborar um plano com o paciente para descumprir a regra em questão e explorar as consequências de fazê-lo, ajudando o paciente a implementar esse plano.
4. Analisar as implicações do descumprimento planejado da regra.
5. Planejar outras ocasiões para descumprir a mesma regra, até que ela deixe de ser importante.

Com pacientes que têm compulsão alimentar, é importante prestar atenção específica à evitação de alimentos. O primeiro passo é identificar os alimentos que são evitados. Uma boa forma de fazer isso é pedir que os pacientes visitem um supermercado local e anotem todas as coisas que eles relutariam em comer em função de seu possível efeito sobre a forma e peso, ou porque temem que comê-las poderia desencadear um episódio compulsivo. A seguir, os pacientes po-

deriam classificar esses alimentos (muitas vezes 40 itens ou mais) segundo a dificuldade que teriam de comê-los. Nas semanas seguintes, os pacientes devem ser ajudados a introduzir progressivamente esses alimentos em sua dieta, começando com o grupo mais fácil e avançando aos mais difíceis. A quantidade ingerida não é importante, embora o objetivo final seja que os pacientes consigam comer quantidades normais com impunidade. A introdução sistemática de alimentos evitados continua até que os pacientes não sintam mais ansiedade ao comê-los. Isso muitas vezes dura o restante do tratamento, e um pouco mais. Outras regras dietéticas devem ser tratadas de forma semelhante, com um foco tanto na crença de que está mantendo a regra quanto que está quebrando a própria regra. É especialmente importante abordar regras que interfiram com os hábitos de comer socialmente.

Abordando as mudanças na alimentação relacionadas a eventos e humores

Entre pacientes com transtornos alimentares, os hábitos alimentares podem mudar em resposta a eventos externos e humor. Isso se aplica especialmente à compulsão alimentar. Entre os diferentes mecanismos que podem estar envolvidos, estão os seguintes:

- Comer compulsivamente ou vomitar, ou ambos, podem ser uma resposta a eventos negativos ou humores adversos. A compulsão alimentar tem duas propriedades relevantes: distrai, tirando a atenção da pessoa dos pensamentos adversos, e tem um efeito direto de modulação do humor. A segunda propriedade se aplica a vomitar e a praticar exercícios intensos.
- Comer menos ou parar de comer para adquirir uma sensação de controle pessoal quando eventos externos parecem estar fora do controle do paciente. Isso é visto com mais frequência em pacientes abaixo do peso.
- Comer menos para influenciar os outros; por exemplo, pode ser uma maneira de expressar sentimentos de incômodo ou raiva, ou pode ser um ato de desafio.

Se, no Estágio 3, eventos e humores parecerem contribuir para a manutenção do transtorno alimentar, essa contribuição deve ser avaliada e, muito provavelmente, tratada, com o objetivo de ajudar os pacientes a lidar com esses eventos e humores de forma direta e eficaz, sem influenciar sua alimentação. Com a maioria dos pacientes, o primeiro passo é identificar essas mudanças na alimentação por meio de registro em tempo real, e na sessão seguinte, examinar detalhadamente um ou mais exemplos, na tentativa de identificar os gatilhos envolvidos. A seguir, o pa-

ciente deve ser treinado em uma variante da técnica cognitivo-comportamental tradicional para solução de problemas, denominada *solução proativa de problemas*. A característica distintiva dessa abordagem é sua ênfase na identificação precoce de problemas. Ela é descrita em detalhe no guia de tratamento completo, e também é tratada, da perspectiva do paciente, em *Overcoming Binge Eating*. Se bem ensinada, a abordagem é muito eficaz na maioria dos casos. As exceções são aqueles pacientes que têm dificuldade de tolerar estados de humor que envolvam excitação. Esses pacientes (que tendem a atrair o diagnóstico de transtorno da personalidade *borderline*) têm o que chamamos de *intolerância ao humor*. Eles se beneficiam da solução proativa de problemas, mas também precisam de ajuda mais direta para lidar com seus humores. Para esse fim, usamos uma abordagem que mescla elementos da terapia comportamental dialética (Linehan, 1993) e é descrita no guia do tratamento.

Reveses e mentalidades

A psicopatologia central dos transtornos alimentares pode ser vista como uma *mentalidade* ou estado de espírito. Embora a mentalidade normal de uma pessoa varie com a mudança das circunstâncias, em quem tem transtornos alimentares ela tende a ficar bloqueada, e o pensamento dos pacientes passa a ser persistentemente dominado por pensamentos relacionados ao transtorno alimentar. Isso leva os pacientes a filtrar estímulos internos e externos de forma distinta, leva às formas de comportamento características dos transtornos alimentares e a identificar equivocadamente várias experiências físicas e emocionais como “sentir-se gordo”.

As estratégias cognitivo-comportamentais usadas na TCC-A são voltadas a atender tanto às características centrais dos transtornos alimentares quanto – e mais importante – os processos que as mantêm. Em pacientes que estão fazendo um bom progresso, esses mecanismos se desgastam gradualmente durante o Estágio 3, com o resultado de que as mentalidades saudáveis e circunstancialmente mais apropriadas começam a se estabelecer, ainda que temporariamente, no início. Essas mudanças de mentalidade geralmente ficam visíveis durante o último terço do tratamento. Elas são relatadas pelos pacientes com surpresa, usando frases como “no domingo à noite me esqueci que tinha um transtorno alimentar!”. No começo, a mentalidade do transtorno alimentar tende a se restabelecer, mesmo com provocações menores (p. ex., uma amiga discutindo uma dieta que ela acaba de começar) e, com ela, retorna o comportamento, os pensamentos e sentimentos do transtorno alimentar do paciente. Esses *reveses* podem facilmente se transformar em uma

recaída total, a menos que sejam cortados prontamente pela raiz. Assim, é importante levantar o tema das mentalidades nesse estágio do tratamento, para que os pacientes possam aprender a detectar sua mentalidade relacionada ao transtorno alimentar se instalando ao identificar as mudanças iniciais características em seu comportamento. Uma vez que consigam fazer isso, os pacientes podem continuar aprendendo a “ejetar” essa mentalidade, impedindo que o revés se instale. Identificá-la se restabelecendo na prática e lidar com ela de forma eficaz têm muito valor, pois essa habilidade – intervir muito cedo, no início de um revés – pode explicar a baixa taxa de recaída após a TCC-A. Por isso, é útil os pacientes experimentarem reveses ocasionais no final do tratamento, pois isso dá a oportunidade de usar essas estratégias e esses procedimentos ainda durante o tratamento. Detalhes completos sobre como ajudar os pacientes a manipular sua mentalidade e enfrentar reveses são fornecidos no guia de tratamento.

Estágio 4: Terminando bem

É o último estágio do tratamento. Com pacientes que estejam recebendo 20 sessões de tratamento, ele inclui três sessões durante cinco semanas (ou seja, as sessões são separadas por duas semanas). Esse estágio tem dois amplos objetivos:

1. Garantir que as mudanças feitas no tratamento sejam mantidas e ampliadas.
2. Minimizar o risco de recaída no futuro.

Ao mesmo tempo, os pacientes interrompem o automonitoramento e transferem a pesagem na sessão para suas casas.

Garantir que as mudanças feitas no tratamento sejam mantidas.

O primeiro passo com esse objetivo é revisar em detalhe os avanços do paciente e quais são os problemas que permanecem. Isso pode ser feito de forma semelhante ao Estágio 2, com o EDE-Q e a CIA como guias. A seguir, dependendo dos problemas que permaneçam, terapeuta e paciente formulam conjuntamente um plano de curto prazo para que o paciente siga até a revisão pós-tratamento, em cinco meses. Geralmente, isso inclui trabalhar mais a verificação do corpo e a evitação de comida, além de estimular o paciente a manter seus esforços para desenvolver novos interesses e atividades.

Minimizar o risco de recaídas no futuro

As recaídas não são um fenômeno do tipo tudo ou nada. Elas ocorrem em graus e podem começar como um *deslize* ou um revés que se estabelece. É comum que o deslize compreenda a retomada da restrição alimentar, muitas vezes desencadeada por um even-

to adverso relacionado à forma (como um comentário crítico ou roupas que parecem mais justas do que o normal). Em pacientes que já tiveram tendência à compulsão alimentar, esse retorno da restrição alimentar pode levar a um episódio de compulsão alimentar por meio dos mecanismos descritos, o que, por sua vez, estimula ainda mais a restrição alimentar, aumentando assim o risco de mais episódios de compulsão alimentar. Em alguns dias, a maioria dos aspectos do transtorno alimentar pode ter voltado. A reação do paciente a essa sequência de eventos é crucial para determinar o que acontece. Se for detectado no início, como discutido anteriormente, é relativamente fácil de intervir, mas se não for, torna-se progressivamente mais difícil lidar com o revés.

O terapeuta deve fazer o seguinte para minimizar o risco de recaída no longo prazo:

1. *Educar o paciente sobre o risco de recaída, destacando gatilhos comuns e a provável sequência de eventos no caso do paciente.* Alguns pacientes têm uma tendência a esperar nunca mais ter o problema alimentar, especialmente os que interromperam a compulsão alimentar, mas isso também é visto em outros pacientes. Sem lançar uma sombra negativa sobre as esperanças de futuro dos pacientes, os terapeutas devem garantir que elas sejam realistas, caso contrário, há um risco de que eles não levem a sério a necessidade de elaborar um plano de manutenção. Além disso, estarão vulneráveis a reagir negativamente a qualquer revés que surja. Os pacientes devem ser ensinados a considerar seu transtorno alimentar como seu calcanhar de Aquiles, ou seja, como sua resposta ao estresse em geral e a certos gatilhos em particular.
2. *Enfatizar a importância de detectar os problemas cedo, antes de eles se tornarem arraigados.* Com isso em mente, terapeuta e paciente devem identificar prováveis sinais precoces de recaída iminente. Para pacientes que tendem a compulsão ou purga, esse tipo de comportamento acontece no início de alguma recaída e é prontamente visível. Os pacientes cujo transtorno alimentar está basicamente caracterizado pela restrição alimentar podem precisar de ajuda para identificar sinais negativos.
3. *Construir com o paciente um plano de ação (um “plano de manutenção de longo prazo” personalizado e por escrito) elaborado para usar no futuro, caso surja algum problema.* Há dois elementos importantes: o foco no problema alimentar que está surgindo e como corrigi-

-lo, e abordar o gatilho do revés. Em geral, o primeiro se obtém fazendo o que foi aprendido no tratamento (fazendo a coisa certa), possivelmente seguindo a orientação de *Overcoming Binge Eating*, enquanto o segundo é conseguido usando a solução de problemas.

4. *Discutir quando o paciente deveria buscar mais ajuda.* É importante que os pacientes busquem mais ajuda se for necessário. A estratégia descrita anteriormente deve recolocar os pacientes no caminho dentro de algumas semanas. Se, após algumas semanas tentando corrigir as coisas, o problema não for resolvido em boa medida, o paciente deve buscar ajuda externa.

Finalizando ou estendendo o tratamento

É incomum não terminar a TCC-A como foi planejado. Desde que os pacientes tenham atingido o ponto em que os principais mecanismos de manutenção tiverem sido rompidos, o tratamento pode e deve ser terminado. Caso contrário, os pacientes (e os terapeutas) correm o risco de atribuir a continuidade da melhora à manutenção da terapia em vez de à resolução natural do transtorno alimentar. Na prática, isso significa que é aceitável terminar o tratamento mesmo que os pacientes ainda façam um pouco de dieta, talvez com episódios de compulsão alimentar e vômitos ocasionais e que tenham preocupações residuais com a forma e peso.

Às vezes, há bases para se ampliar o tratamento. Em nossa opinião, a principal indicação para fazer isso é a presença de características do transtorno alimentar que continuem a prejudicar significativamente o funcionamento do paciente e não tenham probabilidade de se resolver de modo espontâneo. Outra razão para estender o tratamento é compensar o impacto deletério das interrupções no tratamento, geralmente devidas à emergência de uma depressão clínica ou à ocorrência de uma crise vital.

Ocasionalmente, algum paciente se beneficia pouco da TCC-A. Temos por hábito encaminhá-lo a um hospital-dia ou para a internação.

A consulta de revisão pós-tratamento

Costumamos realizar uma consulta de revisão pós-tratamento cerca de 20 semanas após a finalização. Durante esse intervalo, os pacientes não recebem quaisquer intervenções terapêuticas. A sessão de avaliação tem várias finalidades:

1. Reavaliar o estado do paciente e a necessidade de mais tratamento. Se houver características residuais do transtorno alimentar interferindo significativamente no funcionamento do pa-

ciente, deve-se considerar a continuação do tratamento. Se tiver havido um revés, podem ser necessárias algumas sessões breves para restabelecer a situação do paciente.

2. Analisar a implementação, pelo paciente, do plano de manutenção de curto prazo. O terapeuta deve rever o plano para identificar características residuais do transtorno alimentar que o paciente precise continuar enfrentando.
3. Discutir como foram enfrentados os reveses. A capacidade do paciente para detectar e abordar reveses deve ser analisada minuciosamente.
4. Rever o plano de manutenção de longo prazo.

A TCC-A PARA PACIENTES ABAIXO DO PESO

A grande maioria dos pacientes com transtorno alimentar come pouco em algum momento, e muitos podem ficar abaixo do peso por um tempo. Em geral, isso não dura, e eles recuperam o peso perdido, mas uma minoria mantém um controle rígido da alimentação e permanece abaixo do peso. Uma parte desses pacientes cumpre critérios diagnósticos atuais para anorexia nervosa, enquanto outros podem ter um ou outro dos dois diagnósticos de transtorno alimentar residuais. A TCC-A para pacientes abaixo do peso não exige grandes modificações, pois a psicopatologia central e o comportamento deles são muito semelhantes aos da maioria dos pacientes com transtorno alimentar. No entanto, ela necessita ser ajustada para dar conta de três problemas observados nesse grupo, mas não necessariamente limitados a ele:

1. Pouca motivação à mudança
2. Estar abaixo do peso
3. Comer pouco (*privação alimentar*).

Para fazer isso, a TCC-A precisa ter sua duração aumentada, porque leva tempo para se gerar motivação para a mudança, e ainda mais tempo para se recuperar o peso. Assim, como mencionado anteriormente, para pessoas com IMC entre 15,0 e 18,5, o tratamento costuma levar até 40 semanas, com sessões realizadas duas vezes por semana até que o paciente esteja constantemente ganhando peso. Uma vez que isso esteja acontecendo, as sessões passam a ser semanais; em seguida, perto do fim do tratamento, elas acontecem a cada 2 a 3 semanas.

A saúde e a segurança dos pacientes são sempre de extrema importância, principalmente para pacientes que estejam abaixo do peso, porque sua saúde física está invariavelmente comprometida. Os terapeutas precisam estar cientes das potenciais complicações físicas, e pacientes que não estejam qualificados em termo de saúde devem consultar um médico que possa orientar sobre o manejo dos problemas médicos.

Panorama geral

Os quatro estágios da versão de 20 semanas da TCC-A não correspondem exatamente à versão para pacientes abaixo do peso. O tratamento para esses pacientes pode ser pensado em três fases:

- *Fase I.* Dura até oito semanas e o foco está em vincular os pacientes e ajudá-los a chegar à decisão de que precisam recuperar o peso.
- *Fase II.* Esta é a fase de ganho de peso. O objetivo é que os pacientes ganhem peso a um ritmo de cerca de 0,5 kg por semana. Portanto, a duração dessa fase é determinada pela quantidade de peso a ser recuperado. Durante essa fase, trata-se a psicopatologia do transtorno alimentar do paciente.
- *Fase III.* Esta é a fase de manutenção de peso, em que os pacientes praticam manter seu novo peso saudável. Ela dura cerca de oito semanas.

Como resultado da ênfase específica dessas fases, os gráficos de peso dos pacientes, em geral, têm um padrão diferente nos três estágios, como é mostrado na Figura 17.8.

Fase I

As duas primeiras sessões de tratamento são semelhantes às do tratamento de 20 semanas, embora haja determinadas modificações para incluir a instrução sobre os efeitos de estar abaixo do peso, e incorporar essa informação na formulação. Na prática, isso envolve o seguinte:

- Indagar cuidadosamente, na avaliação inicial, sobre as características prováveis de quando se está abaixo do peso. Esse questionamento deve fazer parte da avaliação normal.
- Oferecer educação personalizada sobre os efeitos de estar abaixo do peso antes de criar a formulação conjuntamente. Isso envolve posicionar a formulação para a segunda sessão de tratamento, em vez de criá-la na sessão inicial, como na versão de 20 semanas.
- Criar conjuntamente uma formulação que destaque a contribuição provável de se estar abaixo do peso para a manutenção do problema alimentar do paciente (p. ex., preocupação com a comida e com o comer, maior necessidade de rotinas e previsibilidade, indecisão, sentimento mais forte de plenitude, humor baixo, retraimento social). Uma descrição desses recursos orientada ao paciente é apresentada na segunda edição de *Overcoming Binge Eating* (Fairburn, 2013).
- Discutir as implicações da formulação para o tratamento. A questão principal é que quase

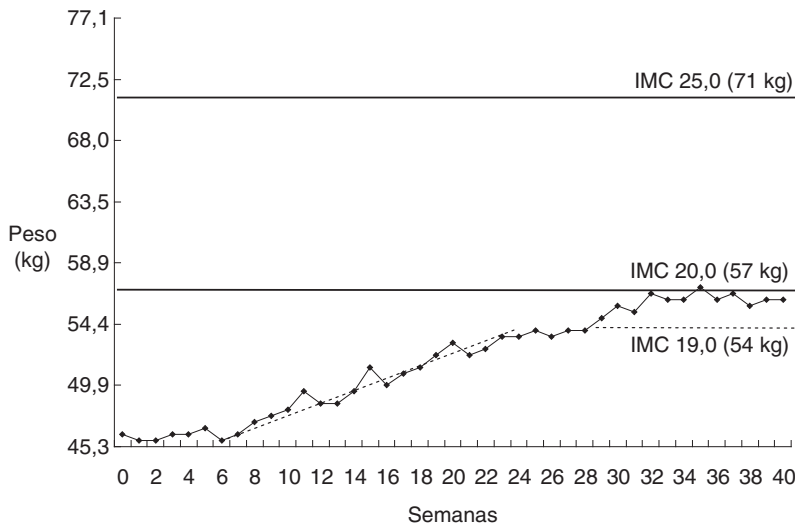


FIGURA 17.8 O gráfico de peso de um paciente com anorexia nervosa. A partir de Fairburn (2008, p. 180). Direitos autorais: 2008, The Guilford Press. Adaptada com permissão.

todos os efeitos identificados se resolverão se o paciente recuperar o peso e, ao mesmo tempo, os pacientes vão descobrir sua verdadeira personalidade, que foi mascarada por estarem abaixo do peso. Ao mesmo tempo, ressalta-se que o tratamento irá envolver muito mais do que uma simples recuperação do peso.

A seguir, a ênfase passa a ser ajudar os pacientes a decidir mudar. O objetivo é que os pacientes tomem essa decisão por conta própria, em vez de ela ser imposta. Ela visa o interesse do paciente nos benefícios da mudança e a possibilidade de um “novo começo”. Esse processo tem cinco passos:

1. Criar uma tabela de “Vantagens e desvantagens atuais da mudança”.
2. Criar uma tabela de “Vantagens e desvantagens futuras da mudança”.
3. Criar uma tabela de “Conclusões”. Um exemplo é mostrado na Tabela 17.2.
4. Ajudar o paciente a identificar e aceitar as implicações dessas conclusões.
5. Ajudar o paciente a decidir agir e a “dar o salto”.

Ao mesmo tempo, a pesagem colaborativa e a alimentação regular também são introduzidas, como no tratamento de 20 semanas. Uma diferença é que a pesagem acontece a cada sessão, porque o baixo peso dos pacientes é um problema de saúde importante e um dos principais alvos do tratamento. Outra é que o padrão de alimentação regular deve incluir três refeições e três

lanches, isto é, os pacientes devem comer seis vezes, em vez de cinco, como no tratamento de 20 semanas.

Se o paciente decide recuperar o peso, começa a Fase II. Se, no entanto, o paciente nunca chega a essa decisão apesar de se haver explorado intensamente o tema, de forma não diretiva (durante pelo menos oito semanas), a TCC-A fracassou, e devem ser consideradas outras opções de tratamento. Isso se aplica a cerca de um em cada cinco casos.

Fase II

Na Fase II, o foco está na recuperação do peso, enquanto se trata da psicopatologia do transtorno alimentar do paciente, da mesma forma descrita anteriormente. Assim, haverá uma ênfase em modificar a superestimação da forma e do peso, restrição alimentar e mudanças na alimentação relacionadas a eventos e humor.

A recuperação do peso é muito difícil para esses pacientes. É um processo longo e trabalhoso, que exige que o paciente mantenha um excedente de energia a cada dia, de cerca de 500 kcal, se quiser recuperar peso a uma taxa de cerca de 0,5 kg por semana.

É nossa prática ter como meta um IMC acima de 19,0. Esse valor garante que a grande maioria dos pacientes esteja livre dos efeitos psicobiológicos do baixo do peso, enquanto continua sendo magra. É importante não comprometer essa cifra. Muitas pacientes querem parar de recuperar o peso quando o IMC está na faixa de 17,0 a 18,0, possivelmente porque é aí que sua forma começa a se tornar mais feminina. Esse é um erro grave, porque elas ainda estão experi-

TABELA 17.2 Vantagens e desvantagens da mudança: As “conclusões” de uma paciente

Eu quero melhorar e recuperar o peso porque...

- *Vou conseguir ter uma vida integral, e não baseada apenas em alimentação e peso.*
- *Vou ser saudável: meus ossos e meu coração serão mais fortes, eu não ficarei com frio nem desmaiarei, e vou conseguir dormir direito. Eu não vou ficar doente!*
- *Vou conseguir ter boas relações com outras pessoas e, espero, um parceiro e filhos para quem eu possa ser um bom modelo.*
- *Vou conseguir desfrutar do meu trabalho e ser bem-sucedida nele.*
- *Atualmente, o problema alimentar me impede de fazer as coisas bem feitas. Quando eu estiver melhor, não vou precisar de desculpas.*
- *Recuperar o peso significará que vou me tornar magra e saudável, e não que vou me tornar gorda.*
- *Melhorar não significará ceder; não melhorar é que seria. Melhorar é uma questão de me permitir ter uma vida.*
- *Quero mostrar o quanto posso ser forte comendo, já que agora não comer é a coisa fácil a fazer.*
- *Comer o suficiente para ter um peso saudável não é gula, é ser normal.*
- *Ter um peso saudável e comer o suficiente vai ajudar a me dar verdadeiro controle sobre a minha alimentação. Eu vou poder fazer escolhas sobre o que como. Atualmente, o problema alimentar tem controle sobre mim. Ficar bem vai me proteger de comer e ganhar peso descontroladamente.*
- *Estar bem me permitirá desenvolver meus talentos como pessoa e descobrir o meu verdadeiro eu.*
- *Melhorar vai me dar escolhas na vida. O problema alimentar tem me imobilizado. A mudança só pode ser boa.*

Fonte: A partir de Fairburn (2008, p. 167). Direitos autorais: 2008, The Guilford Press. Reimpressa com permissão.

mentando os efeitos adversos de estar abaixo do peso e sentem algumas das vantagens de recuperá-lo. Os pacientes com IMC nesse nível também tendem a continuar perdendo peso.

Os detalhes completos de como ajudar os pacientes a recuperar o peso são fornecidos no guia de tratamento completo.

Fase III

O objetivo desta fase é ajudar os pacientes a manter um peso, de forma que seu IMC flutue entre 19,0 e 20,0. Pacientes e terapeutas têm preocupações opostas neste sentido. Enquanto os pacientes estão com receio de que seu peso continue a aumentar, os terapeutas temem que ele diminua. Os receios dos terapeutas geralmente são mais realistas. Os riscos e os perigos de perda de peso devem ser discutidos abertamente com os pacientes.

Essa fase do tratamento geralmente acontece sem problemas, e mais ainda em comparação com a Fase II. Os terapeutas devem incentivar os pacientes a viver a vida plenamente, agora que eles estão livres dos efeitos debilitantes do baixo peso. Os pacientes devem ser ajudados a prosperar, correr riscos e se divertir, ao mesmo tempo em que não perdem de vista a importância de manter seu novo peso saudável.

As sessões finais precisam tratar dos mesmos temas da versão de 20 semanas. Assim, eles abordam (nas mesmas linhas):

1. Mentalidades e reveses
2. Garantir que as mudanças atingidas sejam mantidas
3. Procedimentos para minimizar o risco de recaída no futuro

OBSERVAÇÕES FINAIS

São muitos os mitos e as visões equivocadas sobre a TCC. Dois são particularmente comuns. O primeiro é o de que o tratamento é orientado ao diagnóstico, ou seja, a forma de tratamento é determinada quase exclusivamente pelo diagnóstico do paciente segundo o DSM. O segundo é o de que o tratamento está estruturado de forma rígida. Esperamos que fique claro que nenhuma das críticas se aplica à TCC-A, cuja forma de tratamento do paciente é ditada por uma formulação altamente personalizada, que é independente do diagnóstico. Ela se baseia na psicopatologia do transtorno alimentar dos pacientes, e não seu diagnóstico no DSM. Além disso, essa formulação é modificada e mais personalizada conforme o tratamento avança e a psicopatologia do paciente se modifica. O que acontece na Sessão 10 com o paciente A pode ter pouca relação com o que acontece na Sessão 10 com o paciente B. O que se especifica na TCC-A são as estratégias e subestratégias usadas e os procedimentos empregados para gerar mudanças, mas como e quando eles são aplicados variam consideravelmente de caso a caso. Como resultado disso, a TCC-A é mais um desafio a ser aprendido do que os tratamentos mais prescritivos, mas a compensação é que é mais gratificante de implementar, principalmente por sua eficácia.⁶

AGRADECIMENTOS

Somos gratos ao Wellcome Trust por seu apoio: Christopher G. Fairburn tem uma bolsa Principal Research Fellowship (046.386), e Zafra Cooper tem uma bolsa Strategic Award (094.585). Nossa pesquisa sobre transtornos alimentares é patrocinada por uma bolsa de programa do Wellcome Trust (046.386). Sarah Collins deu opiniões valiosas sobre o manuscrito.

NOTAS

1. O índice de massa corporal (IMC) é uma forma muito usada de representar o peso ajustado à altura. É o peso (em quilogramas) dividido pela altura ao quadrado (ou seja, peso/(altura)²). O IMC se aplica aos adultos de ambos os sexos, entre 18 e 60 anos. A faixa saudável é de 18,5 a 25,0.
2. Se há uma diferença em sua psicopatologia central, é que alguns pacientes com anorexia nervosa estão primariamente preocupados em controlar sua comida *per se*, em vez de sua forma e peso. Isso é especialmente verdadeiro no caso de pacientes mais jovens, cujo transtorno é de curta duração.
3. Originalmente, a versão ampla do tratamento abordava um quarto obstáculo à mudança, chamado de “intolerância ao humor”, que foi posteriormente incorporado à forma focada de TCC-A.
4. Nossa pesquisa da versão de 20 semanas da TCC-A incluiu pacientes com um IMC acima de 17,5, mas nossa experiência clínica sugere que pacientes que estejam um pouco abaixo do peso têm melhores resultados com um tratamento mais longo e, portanto, recomendamos um limiar de IMC abaixo de 18,5.
5. C. G. F. reconhece o óbvio conflito de interesses.
6. A página www.credo-oxford.com oferece informações atualizadas sobre a situação empírica da TCC-A e as oportunidades para fazer formação. Todos os materiais necessários para implementar a TCC-A podem ser obtidos gratuitamente nessa página.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Bohn, K., & Fairburn, C. G. (2008). The Clinical Impairment Assessment Questionnaire (CIA 3.0). In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 315-317). New York: Guilford Press.
- Byrne, S. M., Fursland, A., Allen, K. L., & Watson, H. (2011). The effectiveness of enhanced cognitive behavioural therapy for eating disorders: An open trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 219-226.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2011). The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: Learning from treatment non-response. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 394-402.
- Cooper, Z., & Stewart, A. (2008). CBT-E and the younger patient. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 221-230). New York: Guilford Press.
- Crow, S., & Peterson, C. B. (2009). Refining treatments for eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166, 266-267.
- Dalle Grave, R. (2012). *Intensive cognitive behavior therapy for eating disorders*. New York: Nova Science.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., Doll, H. A., & Fairburn, C. G. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adolescents with anorexia nervosa: An alternative to family therapy? *Behaviour Research and Therapy*, 51, R9-R12.
- Fairburn, C. G. (2005). Evidence-based treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 37, S26-S30.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. (2013). *Overcoming binge eating* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., Wilson, G. T., & Stice, E. (2004). Early change in treatment predicts outcome in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2322-2324.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (2008). Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0). In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 309-313). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): An example of the troublesome “not otherwise specified” (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 691-701.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2011). Eating disorders, DSM-5 and clinical reality. *British Journal of Psychiatry*, 198, 8-10.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Bohn, K., O'Connor, M. E., Doll, H. A., & Palmer, R. L. (2007). The severity and status of eating disorder NOS: Implications for DSM-V. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1705-1715.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Bohn, K., Hawker, D. M., et al. (2009). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: A two-site trial with 60-week follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 166, 311-319.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behavior therapy for adults with anorexia nervosa: A UK-Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51, R2-R8.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509-528.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2008). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders (“CBTE”): An overview. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 23-34). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., & Hawker, D. M. (2008a). Clinical perfectionism, core low self-esteem and interpersonal problems. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 197-220). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., Hawker, D. M., Murphy, R., et al. (2008b). Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders: The core protocol. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 47-193). New York: Guilford Press.

- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Waller, D. (2008a). "Complex cases" and comorbidity. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior therapy and eating disorders* (pp. 245-258). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Waller, D. (2008b). The patients: Their assessment, preparation for treatment and medical management. In C. G. Fairburn, *Cognitive behavior and eating disorders* (pp. 35-44). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407-416.
- Fairburn, C. G., & Wilson, G. T. (2013). The dissemination and implementation of psychological treatments: Problems and solutions. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 516-521.
- Hay, P. J., & Claudino, A. M. (2010). Evidence-based treatment for the eating disorders. In W. S. Agras (Ed.), *The Oxford handbook of eating disorders* (pp. 452-479). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lock, J. (2011). Evaluation of family treatment models for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 274-279.
- Lock, J., le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press.
- Lock, J., le Grange, D., Agras, S., Moye, A., Bryson, S. W., & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1025-1032.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lundgren, J. D., Allison, K. C., & Stunkard, A. J. (Eds.). (2012). *Night eating syndrome: Research, assessment, and treatment*. New York: Guilford Press.
- Masheb, R. M., & Grilo, C. M. (2007). Rapid response predicts treatment outcomes in binge eating disorder: Implications for stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 639-644.
- Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (2012). *Psychosocial evaluation and treatment in bariatric surgery*. New York: Routledge.
- National Institute for Clinical Excellence. (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. London: Author.
- Poulsen, S., Lunn, S., Daniel, S. I. F., Folke, S., Mathiesen, B. B., Katznelson, H., et al. (in press). A randomized controlled trial of psychoanalytic psychotherapy versus cognitive behavior therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*.
- Wilson, G. T. (1999). Rapid response to cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 289-292.
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62, 199-216.
- Wilson, G. T., & Schlam, T. R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review*, 24, 361-378.
- Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Agras, W. S., & Bryson, S. W. (2010). Psychological treatments of binge eating disorder. *Archives of General Psychiatry*, 67, 94-101.
- Wilson, G. T., & Zandberg, L. (2012). Cognitive-behavioral guided self-help for eating disorders: Effectiveness and scalability. *Clinical Psychology Review*, 32, 343-357.

CAPÍTULO 18

PROBLEMAS DO CASAL

Andrew Christensen

Jennifer G. Wheeler

Brian D. Doss

Neil S. Jacobson

A segunda edição deste livro apresentou, pela primeira vez, uma abordagem bastante diferente à terapia de casal – diferente tanto em conceituação quanto nas estratégias de tratamento. Observou-se que essas mudanças de técnica e conceituação foram profundas o suficiente para justificar um novo nome para a abordagem: *terapia de casal comportamental integrativa* (*integrative behavioral couple therapy* – IBCT). Como descrito nesta quinta edição, a IBCT amadureceu e se tornou um conjunto de estratégias sofisticadas e intuitivas. Essas estratégias são muito bem ilustradas neste capítulo, no contexto do tratamento abrangente de um casal com problemas relevantes. Como essas estratégias requerem habilidades clínicas e talento consideráveis, os terapeutas iniciantes, particularmente, devem aprender muito das descrições de caso apresentadas neste capítulo muito acessível e envolvente. — D. H. B.

Diferentemente de outros capítulos deste livro, o termo *problemas do casal* não se refere a um transtorno clínico ou da personalidade específico. No DSM-5, os problemas do casal são tratados como eram no DSM-IV-TR, ou seja, não representam um *transtorno mental*, sendo relegados à categoria de “outras condições que podem ser foco de atenção clínica” e recebem um “código V”, inferior, de “sofrimento na relação com o cônjuge ou parceiro íntimo”. Ainda assim, com certeza se pode dizer que os problemas do casal geram tanto sofrimento psicológico e físico quanto muitos, se não a maioria, dos transtornos do DSM (p. ex., Beach et al., 2006). Ademais, os problemas do casal podem iniciar, exacerbar e complicar os transtornos do DSM, como a depressão, ou desencadear sua recaída (Whisman, 2007; Whisman e Bruce, 1999). Além disso, esses problemas podem ter um impacto importante sobre os filhos, desencadeando ou exacerbando transtornos externalizantes e internalizantes (Buehler et al., 1997). Na verdade, há um movimento para dar mais atenção aos processos ligados aos relacionamentos, como problemas conjugais, no DSM-5 e talvez incluir alguns

problemas de relacionamento na condição de transtornos, mas esses esforços não tiveram sucesso (American Psychiatric Association, 2013; Beach et al., 2006). Sejam quais forem os méritos e os resultados dessas iniciativas, não resta dúvida de que os problemas do casal têm consequências psicológicas graves e merece atenção terapêutica.

Neste capítulo, descrevemos uma promissora abordagem ao tratamento dos problemas do casal, chamada de terapia de casal comportamental integrativa (IBCT; Christensen e Jacobson, 2000; Christensen, Jacobson e Babcock, 1995; Jacobson e Christensen, 1998). Examinamos brevemente o desenvolvimento dessa abordagem, a partir de suas origens na terapia de casal tradicional, seguido de uma descrição das teorias e técnicas da IBCT. A seguir, descrevemos sua aplicação, incluindo as etapas da terapia e o uso de intervenções específicas. Por fim, discutimos as evidências empíricas que a sustentam e apresentamos um exemplo de caso para demonstrar a aplicação da IBCT ao tratamento de problemas do casal.

TERAPIA DE CASAL COMPORTAMENTAL TRADICIONAL

O termo *terapia de casal* (diferenciando-se de terapia *individual* ou de *grupo*) se refere a abordagens clínicas para melhorar o funcionamento de dois indivíduos dentro do contexto de seu relacionamento.¹ Embora a terapia de casal seja única em sua ênfase em uma díade específica, por definição, ela é uma abordagem contextual ao tratamento de dois *indivíduos*. Assim, os tratamentos bem-sucedidos para problemas do casal têm enfatizado a avaliação e modificação da contribuição de cada indivíduo e sua resposta a interações específicas em seu relacionamento (p. ex., Baucom e Hoffman, 1986; Gurman, Knickerson e Pinsof, 1986; Holtzworth-Munroe e Jacobson, 1991; Jacobson, 1978a, 1984; Jacobson e Holtzworth-Munroe, 1986; Jacobson e Margolin, 1979; Stuart, 1980; Weiss, Hops e Patterson, 1973).

Por mais de duas décadas, o “padrão-ouro” para o tratamento de problemas do casal tem sido a terapia de casal comportamental (para revisões de terapias de casal, ver Baucom, Shoham, Kim, Daiuto e Stickle, 1998; Christensen e Heavey, 1999; Jacobson e Addis, 1993; Snyder, Castellani e Whisman, 2006). Aplicada inicialmente a problemas do casal por Stuart (1969) e Weiss e colaboradores (1973), a terapia de casal comportamental tradicional (*traditional behavioral couple therapy*, TBCT) usa princípios de reforço, modelagem e ensaio comportamental para facilitar a colaboração e o compromisso entre os parceiros. Voltada a facilitar as mudanças no comportamento do casal, a TBCT ensina como aumentar ou reduzir os comportamentos-alvo (intercâmbio de comportamento), a se comunicar de forma mais eficaz (treinamento de comunicação) e a avaliar e resolver problemas (solução de problemas) para melhorar a satisfação geral no relacionamento. A monografia de Jacobson e Margolin (1979) é um manual de tratamento usado com frequência para a TBCT.

Em estudos iniciais, a TBCT demonstrou sucesso empírico significativo (Jacobson 1977, 1978b) e em pouco tempo se tornou o foco de vários manuais de tratamento, programas e publicações que sustentavam a aplicação de técnicas comportamentais para o tratamento de problemas do casal (p. ex., Floyd e Markman, 1983; Gottman, Notarius, Gonso e Markman, 1976; Jacobson e Margolin, 1979; Knox, 1971; Liberman, 1970; Liberman, Wheeler, de Visser, Kuehnell e Kuehnell, 1981; Stuart, 1980). Pesquisas posteriores sobre resultados continuaram sustentando a eficácia das abordagens comportamentais para o tratamento de problemas do casal (Baucom e Hoffman, 1986; Gurman et al., 1986; Jacobson, 1984; Jacobson,

Schmaling e Holtzworth-Munroe, 1987). A pesquisa mostrou inclusive o impacto positivo da TBCT para casais nos quais um dos parceiros tem um transtorno individual, como depressão (Gupta, Coyne e Beach, 2003), alcoolismo (O’Farrell e Fals-Stewart, 2000), e/ou ansiedade (Baucom et al., 1998).

Apesar do aparente sucesso da TBCT, entretanto, as pesquisas com resultados também revelaram algumas limitações em sua eficácia e generalizabilidade. Por exemplo, cerca de um terço dos casais não apresenta melhorias mensuráveis na qualidade do relacionamento depois do tratamento com TBCT (Jacobson et al., 1987). Além disso, muitos casais que inicialmente responderam ao tratamento tiveram recaída dentro de 1 a 2 anos depois da terapia (Jacobson et al., 1984, 1987). Quatro anos após a terapia, Snyder, Wills e Grady-Fletcher (1991) encontraram uma taxa de divórcio de 37% em casais tratados com TBCT.

As conclusões sobre a eficácia limitada da TBCT geraram o desenvolvimento de outras abordagens terapêuticas. Foram feitas várias modificações e melhorias na TBCT, numa tentativa de aprimorar sua eficácia (p. ex., Baucom e Epstein, 1990; Baucom, Epstein e Rankin, 1995; Epstein e Baucom, 2002; Floyd, Markman, Kelly, Blumberg e Stanley, 1995; Halford, 2001), mas os estudos comparativos de tratamento não demonstraram qualquer aumento na eficácia em vários reforços à TBCT, como a adição de estratégias cognitivas, que criou um tratamento tão bom quanto a TBCT, mas não melhor (p. ex., Baucom et al., 1998).

Além de examinar os resultados do tratamento, a pesquisa com terapia de casal visava a entender como os “êxitos no tratamento” diferiam dos “fracassos no tratamento”. Pesquisas iniciais sobre resposta ao tratamento identificaram vários fatores que pareciam afetar o sucesso da TBCT. Em comparação com casais que responderam positivamente, os que foram considerados como “fracasso no tratamento” ou “difíceis de tratar” eram, em geral, mais velhos, mais distanciados emocionalmente, mais polarizados em questões básicas e tinham problemas mais graves (Baucom e Hoffman, 1986; Hahlweg, Schindler, Revenstorf e Brengelmann, 1984; Jacobson, Follette e Pagel, 1986; ver Jacobson e Christensen, 1998, para uma revisão). Apesar de esses casais terem, supostamente, a maior necessidade de tratamento eficaz, cada um desses fatores teve um efeito deletério evidente em sua capacidade de colaborar, ceder e facilitar a mudança comportamental. Casais de mais idade, por exemplo, tiveram mais tempo do que os mais jovens para “empacar” em seus padrões de comportamento

destrutivos. Os casais que estavam mais polarizados em questões fundamentais (p. ex., o quanto eram *tradicionais* em relação a seus papéis de gênero) podem nunca conseguir chegar a um meio-termo satisfatório a ambos. E os parceiros muito distanciados podem ser incapazes de colaborar entre si. Cada um desses fatores provavelmente estaria associado com padrões de comportamento antigos, muito arraigados e até mesmo “imutáveis”. Dessa forma, é previsível que as técnicas orientadas a mudanças da TBCT sejam ineficazes para esses casais.

UMA TERAPIA INTEGRATIVA

Essas conclusões serviram de ímpeto para o desenvolvimento da IBCT. As evidências sobre o sucesso limitado da TBCT, especialmente durante o seguimento, desencadearam um esforço para encontrar um tratamento com efeitos mais duradouros. As evidências dos fracassos da TBCT desencadearam iniciativas para encontrar tratamentos que fossem aplicáveis até mesmo a esses casos difíceis. Três evoluções da IBCT estão dirigidas a tornar o tratamento mais duradouro e a ampliar sua aplicação:

1. foco nos *temas* dos relacionamentos do casal, em vez de em comportamentos-alvo específicos;
2. ênfase no comportamento *moldado pelas contingências* em detrimento do *comandado por regras*;
3. foco na aceitação emocional.

O primeiro aspecto da IBCT voltado a torná-la mais amplamente aplicável e mais duradoura é o seu foco nos *temas* relacionais do casal, ou seja, seus padrões antigos de comportamento incompatíveis, mas, ainda assim, funcionalmente semelhantes. Embora seja semelhante à TBCT no sentido de que requer uma avaliação abrangente dos padrões de comportamento do casal, esse foco difere da TBCT na medida em que se consideram interações comportamentais múltiplas e complexas, e não apenas alvos comportamentais específicos.

Um ponto de destaque em todas as abordagens comportamentais, e certamente na TBCT, é um processo de avaliação que transforme queixas amplas e globais e comportamentos específicos e observáveis. Por exemplo, uma mulher pode vir à terapia reclamando de que seu marido não a ama, enquanto o marido se queixa de que a mulher não acredita nele. O terapeuta de TBCT ajudaria a mulher a definir sua queixa geral em alvos específicos para seu marido, como beijá-la e abraçá-la com mais frequência. O terapeuta também ajudaria o marido a definir sua reclamação

geral em comportamentos específicos para sua mulher, como elogiar as coisas que ele consegue com mais frequência. Contudo, a IBCT sugere que se podem perder informações valiosas na transformação de uma informação global em um alvo comportamental específico. Ao sintetizar rapidamente queixas globais em alvos comportamentais específicos, a TBCT limita inadvertidamente os meios com que os parceiros podem satisfazer um ao outro. Por exemplo, se “sentir-se amado” for definido somente em termos de afeto físico e o marido tiver dificuldades em aumentar e/ou sustentar um nível mais alto de afeto físico, as necessidades da mulher de se sentir amada não serão satisfeitas. O marido poderia até mesmo realizar uma série de outros comportamentos além de demonstrações físicas de afeto que funcionassem para fazer com que sua mulher se sentisse amada, como telefonar para ela durante o trabalho para ver como ela está, ouvir os problemas que ela tem com a família ou notar que o ar nos pneus do carro dela está perigosamente baixo. Ela pode não ser capaz de descrever muitos comportamentos que funcionem como forma de fazê-la se sentir amada, seja porque não está ciente de seus comportamentos desejados ou talvez, sinta-se vulnerável para expressar essa necessidade. Sem uma exploração mais elaborada e uma análise funcional dos pensamentos, sentimentos e comportamentos da mulher e do marido, essas oportunidades importantes para facilitar a mudança terapêutica se perdem. Além disso, essas definições muito específicas podem ter efeitos iatrogênicos. No exemplo anterior, a mulher pode começar a definir o amor de seu marido mais e mais em termos de sua capacidade limitada de ser afetivo, por causa da forma como o “amor” foi operacionalizado no contexto da intervenção da TBCT. Se o marido não conseguir fazer com que ela se sinta “amada” somente por meio do afeto físico, sua raiva e sua sensação de perda poderiam aumentar em vez de ser aliviadas pelo tratamento.

Em contraste com a ênfase da TBCT em comportamentos-alvo específicos, a IBCT se concentra em *temas* mais amplos da história do casal, ou seja, no desenvolvimento de uma visão comum das muitas circunstâncias em que a mulher se sentiu amada e não amada, em que o marido sentiu que ela acreditava nele ou não. Essa visão comum certamente inclui alguns exemplos comportamentais que ilustram o que faz com que a mulher se sinta não amada e o que faria com que ela se sentisse amada, bem como o que faz com que o marido sinta que a mulher não acredita nele e o que faria sentir que ela acredita. Entretanto, a IBCT tenta manter abertas todas as possibilidades de comportamentos que funcionam para proporcio-

nar a cada cônjuge o estado emocional que deseja. Dessa forma, se um dos parceiros tem dificuldades de realizar um determinado comportamento (p. ex., afeto físico), ele pode ainda conseguir realizar outros, talvez menos óbvios, que cumpram a mesma função (p. ex., telefonar para a mulher no trabalho). Ao tratar do *tema* emocional mais amplo (a história dela de se sentir não amada, o dele de sentir que não acreditam nele), em vez de tentar operacionalizar esse tema completamente em um comportamento específico, a IBCT mantém suas raízes funcionais, ao mesmo tempo em que aumenta as chances de cada parceiro ser capaz de atender às necessidades do outro.

Um segundo avanço que visa a tornar a IBCT aplicável a mais casais e a criar mudança mais duradoura se baseia na distinção entre comportamento “comandado por regras” e “moldado pelas circunstâncias” (Skinner, 1966). Neste último, o indivíduo recebe uma regra para orientar seu comportamento e é reforçado se a cumpre. Usando o exemplo anterior, o terapeuta pode desenvolver uma lista de comportamentos afetivos possíveis para o marido, como dar um beijo em sua mulher quando sai para trabalhar e quando chega do trabalho, e depois recomendar que o marido implemente esses comportamentos. Ao implementá-los, o marido receberia reforços da mulher e do terapeuta. A TBCT se baseia, em muito, no emprego de estratégias “comandadas por regras” para criar as mudanças positivas. O intercâmbio comportamental não apenas é uma estratégia “comandada por regras”, mas, mais importante, as estratégias de treinamento para a comunicação e a solução de problemas da TBCT também são dominadas por estratégias “comandadas por regras”. Em ambas, o terapeuta da TBCT ensina ao parceiro determinadas regras da boa comunicação e boa solução de problemas para usar durante suas discussões de problemas. As orientações para que se usem declarações “na primeira pessoa” ou para “definir o problema claramente antes de propor uma solução” são exemplos disso.

Com o comportamento “moldado pelas circunstâncias”, eventos que ocorrem naturalmente na situação servem para evitar e reforçar o comportamento desejado. Por exemplo, o marido seria afetivo com sua mulher quando alguma coisa na interação desencadeasse nele um desejo de abraçá-la ou beijá-la. A experiência de proximidade ou contato físico no próprio gesto afetivo ou a resposta de sua mulher a esse gesto serviriam para reforçar seu comportamento afetivo. Ao contrário da TBCT, a IBCT desenvolve o comportamento “moldado pelas circunstâncias”. Os terapeutas da IBCT tentam descobrir os eventos que funcionam para desencadear experiências dese-

jadas em cada parceiro, e depois tentam orquestrar esses eventos. Por exemplo, os terapeutas da IBCT podem trabalhar com a hipótese de que as críticas de uma mulher afastam seu marido, mas que suas expressões de solidão poderiam aproximá-la dele. Os terapeutas da IBCT ouvem as críticas dela (p. ex., de que o marido a ignora), sugerem que ela pode estar solitária (como resultado de se sentir ignorada) e, se ela reconhece esse sentimento, encorajam-na a falar disso. O objetivo terapêutico é que essa “mudança” em sua conversa (de criticar a se abrir) também possa “mudar” a postura geralmente defensiva do marido quando ouve (ou ignora) sua mulher. Embora essa estratégia de enfatizar o comportamento “moldado pelas circunstâncias” torne a intervenção mais complicada e menos direta do que uma abordagem puramente baseada no “comandado por regras”, a IBCT sugere que uma abordagem “moldada pelas circunstâncias” leva a mudanças mais profundas e duradouras nos padrões de relação do casal.

Um terceiro avanço da IBCT que visa mantê-la aplicável a mais casais e criar uma mudança mais duradoura é seu foco na aceitação emocional. Na TBCT, a ideia para resolver os problemas do casal é gerar mudanças positivas. Se o marido no casal que discutimos conseguisse ser mais afetivo fisicamente e a mulher, fazer mais elogios verbais, os problemas do casal supostamente seriam resolvidos. Entretanto, se o marido não for capaz ou não estiver disposto a ser mais afetivo e a mulher não fizer mais elogios, será um caso de fracasso do tratamento. Se o marido e a mulher conseguem fazer essas mudanças inicialmente, mas não conseguem mantê-las no longo prazo, o caso é de sucesso temporário seguido de recaída.

Diferentemente da TBCT, o foco da IBCT está na aceitação emocional. Enquanto a TBCT está voltada à mudança, o objetivo básico da IBCT é promover a *aceitação* do outro e de suas diferenças. Em vez de tentar *eliminar* os conflitos antigos de um casal, um objetivo da IBCT é ajudar os casais a desenvolver uma nova compreensão das suas diferenças aparentemente irreconciliáveis e usá-las para promover a intimidade, a empatia e a compaixão um com o outro. Com foco na *aceitação* em vez de na *mudança*, a IBCT cria um ambiente para que os parceiros entendam o comportamento um do outro antes de decidir se conseguem modificá-lo. No exemplo anterior, a IBCT exploraria as dificuldades do marido de expressar afeto e da mulher de elogiar, dificuldades essas que podem não ter muito a ver com o quanto eles se amam. Por meio dessa exploração dos indivíduos, os parceiros podem chegar a um entendi-

mento maior um do outro e sentir mais proximidade emocional, adquirindo assim os sentimentos de amor que antes buscavam solicitando mudanças no comportamento do outro (ou seja, aumentando o afeto físico e os elogios verbais).

Embora *haja* uma expectativa de “mudança” na IBCT, esta expectativa difere muito da que está presente na TBCT, no sentido de *qual* parceiro e *qual* comportamento se esperam que mudem. Na TBCT, a “mudança” envolve uma modificação, pelo Parceiro A, da frequência ou intensidade de determinado comportamento em resposta a uma queixa do Parceiro B. Na IBCT, entretanto, a “mudança” terapêutica também envolve uma alteração, por parte do Parceiro B, de sua *reação emocional* ao comportamento “problemático” do Parceiro A. Quando uma diferença entre parceiros é identificada como inconciliável, a estratégia terapêutica da IBCT é mudar a resposta do parceiro que está se “queixando”, em vez de direcionar todos os esforços terapêuticos a tentar mudar aquilo que tem sido historicamente um comportamento essencialmente “imutável”. Em termos ideais, por meio da exploração dos pensamentos e dos sentimentos subjacentes aos comportamentos do Parceiro A, o Parceiro B desenvolve uma nova visão do comportamento de seu parceiro, e a “queixa” é transformada em uma resposta menos destrutiva. Por sua vez, essa mudança na reação do Parceiro B muitas vezes acaba tendo um impacto saudável na frequência e na intensidade do comportamento do Parceiro A. Usando essa abordagem, em vez de uma postura voltada exclusivamente à mudança, até mesmo os casais mais polarizados, distanciados e “imutáveis” têm uma oportunidade de aumentar sua satisfação conjugal geral.

É importante observar que, nesse contexto, a aceitação não se confunde com a resignação. Enquanto “resignação” envolve um parceiro ceder de má vontade e abrir mão da esperança de um relacionamento melhor, a “aceitação” envolve um parceiro “abrir mão” do *esforço para mudar* o outro. Em termos ideais, os parceiros “abririam mão” do esforço não de má vontade, mas como resultado de uma nova apreciação pela experiência de seu parceiro. Entendendo os problemas do casal em termos de diferenças individuais e aprendendo a aceitar as diferenças um do outro, espera-se que o desconforto gerado historicamente por seu esforço para mudar um ao outro seja reduzido. Assim, para que a IBCT seja eficaz no tratamento de problemas do casal, é importante que os parceiros entendam os fatores que contribuíram para o desenvolvimento e a manutenção de seus problemas.

A ETIOLOGIA DOS PROBLEMAS DO CASAL

Segundo a IBCT, os problemas se desenvolvem como resultado de duas influências básicas – diminuição das interações de reforço, por exemplo, pelo desgaste dos reforços, e desenvolvimento de interações punitivas, por exemplo, por meio do desenvolvimento de conflitos. O *desgaste dos reforços* é o fenômeno no qual os comportamentos que costumavam ser reforçadores começam a ser menos reforçadores com a exposição repetida. Por exemplo, demonstrações de afeto físico podem gerar sentimentos poderosos de carinho e prazer para cada parceiro durante as primeiras etapas de seu relacionamento, mas quando já passaram muito anos juntos, a propriedade reforçadora desses comportamentos afetivos pode desaparecer. Em alguns casais, esses reforços passam a ser considerados naturais enquanto para outros podem até se tornar aversivos. Em alguns casos, comportamentos que antes eram considerados atraentes, carinhosos ou prazerosos se tornam exatamente os que geram ou aprofundam os problemas do casal.

Assim como acontece com o desgaste dos comportamentos reforçadores, podem surgir conflitos à medida que os parceiros passam mais e mais tempo juntos. Nos primeiros tempos de um relacionamento, as diferenças em suas origens, seus objetivos e interesses podem ser subestimadas ou ignoradas. Por exemplo, se o Parceiro A prefere economizar dinheiro e o Parceiro B prefere gastá-lo, essa diferença pode não ficar visível durante o namoro, quando gastar dinheiro é uma expectativa tácita de ambos. Se for detectada cedo, talvez essa diferença possa ser considerada *positiva*, no sentido de que cada parceiro é estimulado a ser um pouco mais semelhante ao outro em seus hábitos relacionados a gastos. Ou talvez cada um espere que o outro acabe por encontrar um meio-termo ou passe a fazer as coisas à sua maneira, mas com o passar do tempo, essas incompatibilidades e sua relevância para a relação são inevitavelmente expostas. Diferenças que um dia foram percebidas como novidades, interessantes ou desafiadoras podem acabar sendo vistas como impedimentos aos objetivos e interesses pessoais. E, além de qualquer incompatibilidade existente, podem surgir outras, não previstas, com novas experiências de vida (p. ex., ter filhos, mudar de profissão). Dessa forma, mesmo os casais que inicialmente haviam feito uma avaliação realista de suas diferenças podem descobrir incompatibilidades inesperadas com o passar do tempo.

Essas incompatibilidades, embora desafiadoras em si, podem ser agravadas pelas sensibilidades ou vulnerabilidades emocionais de cada parceiro. Voltan-

do ao nosso exemplo anterior, se o nosso “poupador” vem de uma origem de privação econômica e desenvolveu um medo justificável de ser pobre, as questões relacionadas a poupar podem ser motivadas por fortes emoções, o que pode prejudicar sua capacidade de compreender o desejo do parceiro de gastar e desfrutar do que eles têm. As incompatibilidades também podem ser exacerbadas por estressores externos. Por exemplo, se um membro de nosso casal “poupador-gastador” perde o emprego, isso pode ressaltar ainda mais as diferenças entre eles. Os esforços dos parceiros para lidar com o conflito por dinheiro podem, paradoxalmente, piorar o problema. Se o poupador, por exemplo, tem comportamentos como investigar e interrogar o gastador enquanto este evita e esconde suas compras do primeiro, o problema deles pode ficar mais intenso. Um dos objetivos da IBCT é ajudar os parceiros a identificar e reenquadrar suas incompatibilidades de uma maneira que minimize sua natureza destrutiva, incentivando uma forma mais eficaz de se comunicar sobre elas, ao mesmo tempo em que maximiza o nível de intimidade e satisfação dos parceiros com o relacionamento.

APLICAÇÃO DA IBCT

A formulação

O princípio organizador mais importante da IBCT é a *formulação*, termo usado para indicar a forma como o terapeuta conceitua e descreve os problemas do casal. A formulação se baseia em uma análise funcional dos problemas do casal e tem três componentes básicos: um *tema*, uma *análise DEEP* e uma *armadilha mútua*. O terapeuta consulta a formulação e seus componentes ao longo do processo de tratamento, sempre que os casais têm conflitos durante ou entre as sessões.

Um dos objetivos mais básicos da IBCT é os parceiros adotarem a formulação como parte da história de seu relacionamento. Dali em diante, eles podem usá-la como contexto para entender seu relacionamento e seus conflitos. Ela também dá aos casais uma linguagem com a qual discutir seus problemas e permite que os parceiros se distanciem deles. É importante lembrar, contudo, de que a formulação é um conceito dinâmico que pode demandar alteração e modificação (ou *reformulação*) no transcorrer do tratamento.

O tema

O *tema*, a descrição do conflito básico do casal, é geralmente descrito por uma palavra ou expressão que capte os problemas que o casal enfrenta. Por exemplo, um tema comum de muitos casais com problemas é o da *proximidade-independência*, no qual um parceiro busca maior proximidade enquanto o outro busca

maior independência. Outros temas comuns giram em torno de confiança, sexualidade, dinheiro e parentalidade. Um casal pode ter conflitos sobre um determinado tema e, certamente, com muitos problemas, mas muitas vezes esses conflitos giram em torno de um ou dois temas amplos.

A análise DEEP

Na IBCT, os terapeutas fazem uma análise DEEP sobre o tema ou problema do casal. A sigla DEEP é um acrônimo (*profundo*, em português) que descreve os quatro principais fatores que contribuem para os problemas de um casal: **D**iferenças, **S**ensibilidade **E**mocional, **C**ircunstâncias **E**xternas e **P**adrões de interação. A IBCT sugere que os parceiros têm seu conflito ou tema básico por causa de **D**iferenças entre eles e por causa das sensibilidades **E**mocionais de cada um, ou de vulnerabilidades associadas a essas diferenças, ambas sujeitas a ser exacerbadas por **C**ircunstâncias **E**xternas. Por exemplo, no tema de proximidade-independência, o parceiro A pode querer mais proximidade e conexão, e o Parceiro B, mais independência, simplesmente porque eles são pessoas diferentes, com diferentes genes e diferentes histórias de aprendizagem social. Talvez essa diferença não tenha ficado muito clara no início, pois ambos estavam encantados com a relação que se desenvolvia. Ou talvez houvesse realmente pouca diferença em seus desejos de intimidade e independência até eles terem filhos ou até a carreira de um deles decolar. Seja qual for a base da diferença, ela cria problemas para o casal na medida em que as **D**iferenças são percebidas como deficiências. Por exemplo, o que busca proximidade pode ver no outro *medo de intimidade*; o que busca independência pode considerar o outro *neuroticamente dependente*. Os parceiros descobrem que não podem, ambos, ter suas necessidades plenamente satisfeitas. O meio-termo pode ser relativamente fácil, a menos que também estejam presentes sensibilidades **E**mocionais ou vulnerabilidades que forneçam combustível emocional para as diferenças. Se o Parceiro A quer mais proximidade do que o Parceiro B e é emocionalmente vulnerável a se sentir facilmente abandonado, as negociações sobre proximidade podem ser uma ameaça ao Parceiro A. Da mesma forma, se o Parceiro B quer mais independência e é emocionalmente vulnerável a sentir-se facilmente controlado e restringido, as negociações sobre proximidade também podem ser uma ameaça ao Parceiro B. **C**ircunstâncias **E**xternas podem conspirar para tornar o problema ainda maior. Se o casal vive em uma área onde o Parceiro A, que quer mais proximidade, está longe de outras fontes de apoio social, e onde o Parceiro B, que quer mais independência, está perto de atividades de la-

zer das quais quer participar de maneira autônoma, o conflito entre eles será ainda maior. A combinação de suas diferenças (D), suas sensibilidades emocionais (E) e circunstâncias externas (E) pode levá-los a se envolver em um padrão (P) destrutivo de interação que pode polarizá-los ainda mais.

O *padrão de interação* se refere à comunicação, muitas vezes frustrante e destrutiva, que resulta quando um casal em sofrimento entra em um conflito relacionado a um tema. Uma resposta natural para os parceiros confrontados com suas diferenças é cada um tentar mudar o outro. Em muitos casos, esses esforços para mudar podem ter sucesso, mas muitas vezes resultam na acentuação das diferenças entre os parceiros e os dois polarizam suas posições conflitantes. Quando os parceiros se tornam polarizados em uma questão, as tentativas de ambos de mudar o outro apenas aumentam o conflito e perpetuam sua postura polarizada. Por exemplo, em um casal cujo tema é a proximidade-independência, o processo de polarização provavelmente vai ocorrer quando a pessoa que busca independência “recuar” das tentativas do parceiro que busca proximidade de obter mais intimidade, o que gera mais iniciativas “invasivas” por parte deste. Quanto mais um “avança”, mais o outro “recua”, quanto mais este parceiro “recua”, mais o outro “avança”. Além disso, ser privado de um objetivo desejado pode fazer com que esse objetivo pareça ser ainda mais importante, os parceiros podem ficar desesperados, aumentando seus fúteis esforços e destacando ainda mais suas diferenças. Pode começar a parecer que o que busca proximidade não tem necessidade de independência e o que busca independência não tem necessidade de proximidade. Por meio de sua interação, eles vão ficando ainda mais diferentes do que eram no início.

A armadilha mútua

A armadilha mútua, que descreve o resultado do processo de polarização, é chamada de *armadilha* porque geralmente deixa os parceiros se sentindo *trancados* ou *presos* em seu conflito. Parceiros em uma armadilha mútua acham que fizeram tudo o que podiam para mudar o outro, mas nada parece funcionar. Contudo, eles relutam em desistir de seus esforços para mudar o outro, pois isso significaria resignar-se a um relacionamento insatisfatório. Como resultado, suas posições se tornam ainda mais arraigadas.

A experiência de parceiros muito polarizados é de desamparo e futilidade, e essa experiência raramente é discutida entre eles abertamente. Como resultado, cada um pode não estar ciente de que o outro também se sente preso. Fazer com que cada parceiro esteja ciente da sensação de aprisionamento do outro

é uma parte importante do trabalho de aceitação e estimular que cada um experimente a sensação do outro de *emperramento* pode ser o primeiro passo na promoção da empatia e intimidade entre eles.

Estágios da terapia

Na IBCT, há uma distinção clara entre a fase de avaliação e a de tratamento propriamente dito. A fase de *avaliação* compreende pelo menos uma sessão conjunta entre o casal, seguida de sessões individuais com cada um dos parceiros. A fase de avaliação é seguida por uma sessão de *feedback* durante a qual o terapeuta descreve sua *formulação* sobre os parceiros e seus problemas, bem como o plano do terapeuta para o tratamento. Essa sessão é seguida por sessões de *tratamento*, cujo número exato deverá ser determinado caso a caso, dependendo das necessidades de tratamento de cada casal. Entretanto, o protocolo usado em um ensaio clínico recente de IBCT para casais em sofrimento grave e crônico (a ser discutido a seguir) continha um máximo de 26 sessões, incluindo as fases de avaliação e tratamento.

O uso de escalas objetivas

Os instrumentos objetivos de avaliação (ver Tab. 18.1) podem ser úteis para a avaliação inicial e para monitorar os avanços do casal nos vários pontos do tratamento. Embora não necessariamente levem à IBCT, essas escalas podem oferecer informações adicionais sobre as áreas de desacordo que não foram abordadas na sessão, ou podem fornecer dados objetivos sobre o nível de problema e satisfação de um casal. Além disso, a pesquisa mostrou que compartilhar e discutir ativamente o progresso de um casal (ou a falta dele) na terapia podem melhorar seus resultados (p. ex., Halford et al., 2012). Por exemplo, a satisfação com um relacionamento pode ser avaliada usando o Índice de Satisfação do Casal (Funk e Rogge, 2007), o compromisso dos parceiros com o relacionamento e medidas tomadas para a separação ou o divórcio podem ser avaliados por meio do Inventário da Situação Conjugal (*Marital Status Inventory*; Crane e Mead, 1980; Weiss e Cerreto, 1980); áreas de conflito e comportamentos problemáticos dos parceiros podem ser avaliados com o Questionário de Áreas Problemáticas (*Problem Areas Questionnaire*; Heavey, Christensen e Malamuth, 1995), e o Inventário de Frequência e Aceitabilidade do Comportamento do Parceiro (*Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory*; Christensen e Jacobson, 1997; Doss e Christensen, 2006) e o nível de violência física do casal, com as Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (Straus, Hamby, Boney-McCoy e Sugarman, 1996).

TABELA 18.1 Instrumentos úteis para avaliação e triagem

- Índice de Satisfação dos Casais (Funk e Rogge, 2007): Mede o sofrimento no relacionamento. (Para obter esse instrumento gratuito, acesse www.courses.rochester.edu/surveys/funk.)
- Questionário do Casal (Christensen, 2009): Avaliação breve da satisfação de casais, violência entre parceiros íntimos, e compromisso, bem como descrições abertas de interações típicas positivas e negativas. (Para obter esse instrumento gratuito, acesse <http://ibct.psych.ucla.edu>.)
- Inventário de Frequência e Aceitabilidade de Comportamento dos Parceiros (Christensen e Jacobson, 1997; Doss e Christensen, 2006): Avalia a frequência e a aceitabilidade de 24 categorias de comportamento de cônjuges. (Para obter esse instrumento gratuito, acesse <http://ibct.psych.ucla.edu>.)
- Inventário da Situação Conjugal (Crane e Mead, 1980; Weiss e Cerreto, 1980): Avalia o compromisso com o relacionamento e os passos dados para a separação ou o divórcio. (Para obter esse instrumento, entre em contato com Robert L. Weiss, PhD, Oregon Marital Studies Program, Department of Psychology, University of Oregon, Eugene, OR 97403-1227; darkwing.uoregon.edu/~rlweiss/msi.htm.)
- Questionário de Áreas Problemáticas (Heavey, Christensen e Malamuth, 1995): Avalia áreas problemáticas comuns ou áreas de discordância em casais. (Para obter este instrumento gratuito, acesse <http://ibct.psych.ucla.edu>.)
- Escala de Táticas de Conflito – Revisada (Straus, Hamby, Boney-McCoy e Sugarman, 1996): Avalia a violência doméstica. (Para obter esse instrumento, entre em contato com *Multi-Health Systems*, P. O. Box 950, North Tonawanda, NY 14120; www.mhs.com.)
- Questionário Semanal (Christensen, 2010): Avalia eventos positivos e negativos importantes desde a sessão anterior e inclui uma forma curta do Índice de Satisfação de Casais. (Para obter esse instrumento gratuito, acesse <http://ibct.psych.ucla.edu>.)

Recomendamos que, no mínimo, os profissionais administrem medidas que avaliem satisfação no relacionamento, violência por parte de parceiro íntimo, compromisso e áreas problemáticas. A medida de satisfação no relacionamento serve para avaliar resultado e deve ser repetida periodicamente. Medidas de violência, compromisso e áreas problemáticas são necessárias porque os parceiros podem indicar preocupações em um questionário que não mostrariam espontaneamente. Por exemplo, os casais muitas vezes não mencionam temas como violência ou problemas sexuais durante o tratamento, mesmo quando eles estão presentes. Christensen (2010) desenvolveu um

breve Questionário de Casais (Christensen, 2010) que os profissionais podem usar para avaliar satisfação, violência e compromisso iniciais. Em geral, os parceiros recebem os questionários na primeira sessão para completar e devolver em suas sessões individuais. Além de fazer parte da fase de avaliação, os questionários podem ser administrados em um momento posterior do tratamento, no fim e no seguimento, para avaliar as mudanças desde os níveis basais de desconforto e satisfação dos parceiros.

Avaliação da violência doméstica

As escalas objetivas são especialmente úteis para avaliar a história de violência física do casal. Avaliar a violência doméstica é uma parte fundamental do processo de admissão de qualquer casal, não apenas para se determinar se a segurança pessoal de qualquer dos parceiros está em perigo iminente, mas também porque a terapia de casal pode ser até *contraindicada* para alguns casais violentos (Jacobson e Gottman, 1998; Simpson, Doss, Wheeler e Christensen, 2007). A terapia de casal requer que ambos os parceiros assumam algum grau de responsabilidade por seus problemas, mas essa perspectiva é inadequada quando os problemas incluem violência doméstica, porque os autores da violência devem assumir, sozinhos, a responsabilidade por seu comportamento. Mais do que isso, como as sessões de terapia podem evocar emoções fortes, a terapia de casal pode, ela própria, desencadear violência após a sessão em alguns casais. Nesses casos, é indicado o tratamento que se concentra no comportamento violento do autor da violência, e não no desconforto interativo do casal. A Escala de Táticas de Conflito – 2 (Straus et al., 1996) e o Questionário do Casal (Christensen, 2010) são ferramentas de triagem úteis para avaliar a frequência e a gravidade das agressões físicas de um casal e determinar se a terapia de casal é contraindicada. Por fim, a história de violência de um casal deve ser abordada diretamente durante a fase de avaliação, principalmente nas sessões individuais, quando cada parceiro pode falar livremente, sem temer consequências de parte do outro.

Avaliação

A fase de *avaliação* geralmente compreende uma sessão conjunta com os dois parceiros (Sessão 1), seguida de sessões individuais com cada um deles (Sessões 2 e 3). O objetivo básico da fase de avaliação é o terapeuta avaliar se o casal é adequado para a terapia e, caso seja, desenvolver a *formulação*. Entretanto, o terapeuta também deve usar o período de avaliação para orientar o casal com relação ao processo terapêutico. Além disso, embora o terapeuta de IBCT não esteja

intervindo ativamente durante a fase de avaliação, é possível ter um impacto terapêutico nessas primeiras sessões.

Orientação (Sessão 1)

Depois de cumprimentos e apresentações, o casal é orientado em relação ao processo terapêutico que virá. Essa orientação inclui repassar e assinar um formulário de consentimento informado, que explica os procedimentos de honorários, define a confidencialidade e suas exclusões, e explica os possíveis riscos e benefícios de se participar da IBCT.

Além das informações gerais apresentadas durante o consentimento informado, o casal também é orientado com relação ao processo específico da IBCT. Os terapeutas devem explicar a diferença entre as fases de avaliação e de tratamento e perguntar se isso difere das expectativas deles ao ir para a terapia. Os terapeutas devem estar preparados para a decepção por parte dos casais ao saberem que a terapia não vai começar imediatamente. Os terapeutas podem ter de explicar aos casais por que é necessário um período de avaliação antes que possam receber alguma ajuda.

Também durante a primeira sessão, os casais são apresentados ao manual *Reconcilable Differences* (Christensen, Doss e Jacobson, 2014; Christensen e Jacobson, 2000), e devem completar a Parte I desse livro antes da sessão de *feedback*. Possivelmente, essa leitura irá ajudá-los a começar a conceituar seus problemas de forma semelhante a como o terapeuta vai enquadrá-los durante a referida sessão.

Os terapeutas devem estar cientes de que pelo menos um dos parceiros, se não ambos, provavelmente estará ambivalente quanto à participação na terapia. Essa ambivalência deve ser normalizada e validada, e o terapeuta deve explicar que o período de avaliação também é uma oportunidade para que *eles* conheçam o terapeuta e determinem se esse tratamento vai ser adequado a eles.

Áreas problemáticas (Sessões 1, 2 e 3)

Depois que o casal tiver sido orientado em relação ao processo terapêutico, o terapeuta começa a avaliação revisando o(s) problema(s) atuais do casal. Grande parte dessa informação pode ser coletada a partir de escalas objetivas e também durante a sessão individual de cada um dos parceiros, de forma que essa discussão na Sessão 1 não deve consumir a sessão inteira. Entretanto, é importante que, durante a primeira sessão, os parceiros se sintam escutados e validados, e que seus problemas e seu desconforto sejam claramente entendidos pelo terapeuta.

Das informações coletadas a partir das escalas objetivas e durante as sessões de avaliação, os

terapeutas devem ser capazes de descrever as áreas problemáticas dos parceiros e desenvolver sua formulação. As seis perguntas a seguir dão uma orientação para a avaliação, e cada uma delas deve ser respondida no fim do período de avaliação.

1. Quanto o casal está desconfortável?
2. Quanto o casal está comprometido com o relacionamento?
3. Quais são as questões que dividem o casal?
4. Por que essas questões representam problemas para eles (a análise DEEP)?
5. Quais são os pontos fortes que mantêm esse casal junto?
6. O que o tratamento pode fazer por eles?

As três primeiras questões podem ser tratadas com questionários objetivos, mas mesmo essas devem ser aprofundadas nas entrevistas. Por exemplo, as sessões individuais podem ser especialmente úteis para avaliar se o desconforto é tanto que a separação é iminente, para avaliar o nível de compromisso de cada parceiro com o relacionamento e a possível presença de casos extraconjugais e para avaliar a história de violência física do casal.

A avaliação das áreas problemáticas deve incluir a determinação da sua *disposição para colaboração* (Jacobson e Margolin, 1979). Esse termo se refere à perspectiva conjunta do casal de que *compartilha* responsabilidades pelos problemas no relacionamento, e que *ambos* terão que mudar para que a relação mude. A força dessa disposição determina se são indicadas intervenções voltadas à mudança ou à aceitação. Quanto mais forte for a disposição de colaboração do casal, mais probabilidade de sucesso terão as intervenções voltadas à mudança, mas os parceiros que não dispõem dessa disposição, que entram na terapia acreditando que são vítimas inocentes do comportamento do outro, precisam se concentrar antes no trabalho de aceitação.

A quarta pergunta – por que as questões dos parceiros representam problemas para eles – requer uma análise funcional na linha da análise DEEP descrita anteriormente. Geralmente, é possível obter informações iniciais sobre todos os quatro aspectos da análise DEEP na entrevista conjunta, mas entendimentos mais matizados sobre esses fatores, particularmente sensibilidades **Emocionais** e **Padrões de interação**, costumam funcionar melhor nas entrevistas individuais. Como esses adultos muitas vezes não estão cientes das contingências que controlam seu comportamento, ou podem estar constrangidos em admitir essas contingências, mesmo que as conheçam, a análise funcional de emoções e padrões

envolve muito mais do que um simples questionamento direto. O terapeuta deve ser particularmente sensível às reações emocionais dos parceiros, que podem indicar reforços ou punições importantes. Por exemplo, suponhamos que os parceiros com um tema de proximidade-independência discutam com frequência em função da quantidade de tempo que passam juntos. Essa questão específica pode não ser onde se situam as contingências mais poderosas. Talvez a história da mulher inclua ter sido abandonada por sua família em um momento em que necessitava de apoio e conforto e seu medo em uma relação conjugal é que seu marido faça a mesma coisa. Para ela, o tempo que eles passam juntos pouco resolve suas preocupações de que ele pode não estar disponível quando ela precisar. Se ela estivesse segura disso, conseguiria tolerar muito menos tempo juntos. Da parte de seu marido, suponhamos que sua história de aprendizagem social o tenha levado a ser particularmente sensível a ser controlado ou restringido por outra pessoa, e assim ele discute com sua mulher em função do tempo que passam juntos não tanto por não querer esse tempo, e sim porque se sente controlado e resiste naturalmente. Nessa situação, o terapeuta de IBCT precisa afastar o debate das discussões repetitivas sobre o tempo passado juntos e aproximar mais das contingências importantes que afetam o comportamento de cada um, por exemplo, as sensibilidades emocionais que cada parceiro traz para o relacionamento e o padrão de interação que desencadeia suas respostas emocionais.

As respostas à quinta pergunta, relacionada aos pontos fortes do casal, também vêm das entrevistas conjunta e individuais, e isso ajuda os casais a não perder de vista seus pontos fortes mesmo ao tratarem de suas dificuldades. Às vezes, há um relacionamento interessante entre os pontos fortes de um casal e seus problemas, no sentido de que estes podem envolver alguma variação daqueles. Por exemplo, suponhamos que os dois parceiros tenham se sentido inicialmente atraídos um pelo outro em parte devido às diferentes abordagens à vida. Ele é muito mais espontâneo, ela é mais ponderada e organizada. Essas diferenças podem ser atraentes e úteis às vezes, mas também podem ser uma fonte de irritação e conflito.

Ao responder a última pergunta, sobre o que o tratamento pode fazer para ajudar, o terapeuta deve primeiro se certificar de que o casal é adequado para a terapia de casal. Se tiver problemas graves de violência ou dependência de substâncias, por exemplo, a terapia de casal geralmente não é uma boa recomendação e será necessário tratamento dirigido a esse problema específico. Se o casal for adequado para a

terapia de casal, o terapeuta vai ter que explicar o foco da terapia e o que ela compreende.

A história do casal (Sessão 1)

Depois que os parceiros tiverem sido orientados em relação à terapia e suas áreas problemáticas tiverem sido avaliadas, o terapeuta coleta a história do relacionamento do casal. O objetivo óbvio é ter um bom conhecimento do vínculo entre eles. Muitas vezes, o desconforto cresceu a ponto de obscurecer as razões pelas quais eles se tornaram um casal. Além disso, essa história pode dar algum benefício terapêutico imediato ao casal. Em geral, quando os parceiros discutem as primeiras (e geralmente mais felizes) etapas de seu relacionamento, seus sentimentos têm probabilidade de se tornar mais positivos. Faz tanto tempo que eles se concentram nos aspectos negativos do seu relacionamento que provavelmente há muito não pensam no romance, no namoro e na atração do início. Assim, fazer com que os casais descrevam a evolução de seu relacionamento pode ser terapêutico em si. Embora alguns casais possam estar sofrendo muito para discutir sua história sem repreender e acusar (caso em que o terapeuta deve abandonar as orientações a seguir e usar a sessão para validar seu sofrimento), a maioria dos casais gosta de relembrar seus tempos mais felizes.

A série de perguntas a seguir dá ao terapeuta informações úteis em relação à história do casal e proporciona aos parceiros uma oportunidade de refletir sobre as razões pelas quais se apaixonaram:

- Como se aproximaram?
- Como foi seu namoro?
- O que os atraiu um no outro?
- Como era o relacionamento antes de começarem os problemas?
- Em que seu relacionamento difere *hoje* dos dias em que se entendiam bem?
- Em que o relacionamento seria diferente se os problemas atuais não existissem mais?

Essas e outras perguntas também podem revelar informações úteis sobre cada parceiro, como suas esperanças e sonhos para o futuro. As informações em relação à história do casal são úteis para que o terapeuta desenvolva uma formulação a respeito deles, que será apresentada a eles na sessão de *feedback*.

História individual (Sessões 2 e 3)

A história individual de cada um dos parceiros muitas vezes pode dar informações úteis para a formulação, no sentido de que proporciona um contexto para o comportamento de cada um e mostra possíveis vulnerabilidades. Por exemplo, talvez o marido consideras-

se sua mãe muito exigente e tenha aprendido a lidar com isso por meio de retraimento, e mantenha essa atitude em resposta às exigências de sua mulher. Ou talvez a mulher tenha tido dois namorados anteriores que a traíam e seja sensível a qualquer sinal de traição por parte de seu marido.

As perguntas a seguir podem ser úteis para orientar uma discussão sobre a história individual de cada parceiro:

- Como era o casamento de seus pais?
- Como era seu relacionamento com seu pai?
- Como era seu relacionamento com sua mãe?
- Como era seu relacionamento com seus irmãos?
- Como era seu relacionamento com parceiros amorosos importantes anteriores?

Cada uma dessas perguntas poderia levar um tempo excessivo. O terapeuta da IBCT tenta evocar características desses relacionamentos anteriores que sejam semelhantes ou possam informar o atual. Por exemplo, se o terapeuta estiver ciente de uma diferença entre o marido e a mulher em termos de o quanto eles estariam confortáveis com o conflito, ele orientará o marido a se afastar de debates sobre como sua família morava e se concentrar na expressão do conflito que acontecia em sua família.

Feedback

A partir das informações coletadas durante as sessões de avaliação e dos questionários, o terapeuta elabora a formulação do casal. A formulação é discutida com o casal em uma sessão de *feedback* (geralmente a quarta). A sessão de *feedback* pode seguir o esquema de seis perguntas usadas para avaliar as áreas problemáticas do casal. É importante que a sessão de *feedback* seja um diálogo e não uma exposição por parte do terapeuta – com este obtendo continuamente o *feedback* do casal em relação à formulação que está sendo apresentada. Os parceiros são especialistas em seu relacionamento e como tal devem ser tratados.

A sessão de *feedback* também é usada para descrever o plano de tratamento, com base em sua formulação. O terapeuta descreve ao casal os objetivos do tratamento e os procedimentos para atingi-los. Os objetivos da terapia são criar um ambiente na sessão, nos quais os problemas do casal possam ser resolvidos por meio de alguma combinação de técnicas de aceitação e de mudança. Em relação à análise DEEP, a IBCT promove a aceitação emocional das Diferenças e das sensibilidade Emocionais dos parceiros, já que é provável que esses fatores só se alterem lentamente, se é que se alteram. Estressores

Externos podem ser mudados às vezes, mas também costumam exigir aceitação. É o Padrão de interação que pode ser alterado, e é o foco de esforços de mudança na IBCT. Os procedimentos para atingir esses objetivos de aceitação e mudança geralmente são:

1. discussão, durante as sessões, dos incidentes e questões relacionados à formulação;
2. exercício de casa a ser realizado fora da sessão, para aprofundar o trabalho realizado nela.

Durante a sessão de *feedback*, o terapeuta apresenta ao casal o Questionário Semanal (Christensen, 2010), explica-o, e pede que cada parceiro o responda antes de cada sessão. Ele proporciona informações sobre as experiências do casal desde a última sessão e serve como base para as sessões. Esse questionário inclui a versão de quatro itens do Índice de Satisfação de Casais (Funk e Rogge, 2007), de forma que os terapeutas possam monitorar semanalmente a satisfação do casal com o relacionamento. O questionário pergunta se houve qualquer mudança importante na vida do casal, e se ocorreu algum incidente de violência ou algum incidente problemático de uso de substâncias/drogas. A seguir, o questionário pede que cada parceiro descreva a interação mais positiva ou significativa que teve na última semana, a interação mais difícil ou negativa da última semana, e se prevê algum evento desafiador futuro. Por fim, os parceiros classificam o que acham que seria mais importante discutir: o evento positivo, o negativo ou o próximo, ou alguma questão não ligada a um incidente específico (p. ex., poupar dinheiro). Finalmente, há espaço para o exercício de casa do casal, se houver algum. Esses eventos positivos, negativos e desafiadores futuros, bem como as questões gerais que os parceiros indicam em seus questionários, proporcionam o conteúdo usual para as sessões.

O propósito da sessão de *feedback* é orientar os parceiros em relação aos objetivos da mudança e da aceitação por meio de comunicação aberta, bem como encontrar novos olhares sobre os problemas. Além disso, a sessão de *feedback* dá aos parceiros alguma ideia sobre o que eles podem esperar da terapia e evoca sua disposição de participar. Por fim, a sessão de *feedback* pode ser usada para implementar algumas intervenções. A primeira é a descrição do terapeuta sobre os pontos fortes do casal. A partir dessa discussão, os parceiros podem ser capazes de ver algumas soluções para seus problemas. O terapeuta pode começar a dar como tarefa a leitura de capítulos da Parte II do *Reconcilable Differences* (Christensen e Jacobson, 2000; Christensen et al., 2014), que tratam especificamente do tópico da aceitação. Após a formula-

ção e o plano de tratamento terem sido descritos ao casal e ambos tiverem concordado com a continuação da terapia, as sessões seguintes são dedicadas a construir a aceitação entre os parceiros e promover a mudança em cada um deles.

Tratamento

Técnicas da IBCT para construir uma aceitação emocional

Geralmente, o tratamento começa com um foco na promoção da aceitação. A exceção é quando os parceiros conseguem trabalhar em conjunto (“o espaço colaborativo”) e ambos querem fazer mudanças específicas em seu relacionamento. Nesse caso, o terapeuta começa com as estratégias de mudança.

No contexto do trabalho de aceitação, o conteúdo real de cada sessão é determinado pelos parceiros e pelo que eles “trazem” a cada semana. O terapeuta busca material que se destaque emocionalmente e que seja relevante à formulação. Os tópicos de discussão costumam ser eventos recentes negativos ou positivos listados no Questionário Semanal e relacionados à formulação. Por exemplo, um casal com um tema de proximidade-independência pode discutir um incidente difícil no qual o que busca independência quer sair à noite com amigos e o que busca proximidade reclama disso. A discussão também pode girar em torno de eventos que acontecerão no futuro próximo, listados no Questionário Semanal, como uma viagem de fim de semana para o casal, na qual a pessoa que busca independência teme que não haja espaço para estar a sós. Questões amplas relacionadas à formulação e listadas no questionário também se prestam à discussão, como se viajar separados, com amigos, é aceitável ao casal.

Às vezes, durante a sessão, ocorrem eventos importantes relacionados à formulação entre os parceiros, e o terapeuta geralmente deve priorizá-los porque as emoções envolvendo eventos durante as sessões tendem a ser mais acessíveis do que eventos que ocorrem entre sessões. Por exemplo, quando o que busca independência olha para outro lado enquanto o que busca proximidade se agita emocionalmente durante uma discussão, o terapeuta de IBCT se concentra nesse exemplo “imediatamente” de seu tema de proximidade-independência, e o explora e enquadra usando a análise DEEP. O terapeuta também pode estruturar interações durante a sessão que imitem as dificuldades deles ou criar possibilidade de um tipo diferente de interação. Por exemplo, o terapeuta pode pedir que o casal reencene uma interação difícil recente, para aprender a partir dela, ou estimular o casal

a tentar uma interação mais positiva em relação ao tópico. Todos esses tópicos são meios úteis de implementar as três estratégias de construção da aceitação: *conexão empática*, *distanciamento unificado do problema* e *construção da tolerância*. Como elas podem criar mais proximidade, bem como maior aceitação, as duas primeiras estratégias são empregadas mais comumente do que a última.

Conexão empática

A *conexão empática* é o processo pelo qual os parceiros deixam de acusar um ao outro por seu próprio sofrimento emocional e desenvolvem empatia pela experiência do outro. Para estimular a conexão empática, o terapeuta de IBCT reformula o problema do casal como resultado de diferenças comuns, em vez de deficiências em cada parceiro, e destaca as sensibilidades emocionais que tornam essas diferenças especialmente difíceis de lidar. Os comportamentos dos parceiros são descritos em termos de suas diferenças entre si e suas respostas a essas diferenças são validadas como normais e compreensíveis, principalmente dadas as sensibilidades emocionais que cada um pode ter.

Ao fazer essa reformulação do comportamento de cada um dos parceiros, é importante que o terapeuta de IBCT enfatize o sofrimento que cada um está sentindo, em vez do que cada um está causando. Uma estratégia para construir empatia entre parceiros é por intermédio de *revelações suaves*. Muitas vezes, os parceiros expressam sua dor emocional expondo sentimentos *duros*, como raiva ou desgosto. Embora revelações duras sejam mais fáceis de fazer, porque não revelam vulnerabilidade, é mais difícil escutá-los de parte do outro parceiro, pois implicam acusações. É a combinação de *sofrimento* e *acusação* que resulta na desavença, mas se o terapeuta estimular os parceiros a expressar seu sofrimento *sem* acusar, o resultado pode ser uma maior aceitação por parte do outro. Os terapeutas da IBCT costumam estimular revelações suaves sugerindo sentimentos *suaves*, como medo, mágoa e vergonha, que podem estar por trás do comportamento de cada parceiro. Embora as revelações suaves sejam mais difíceis de fazer, porque revelam vulnerabilidade, o outro parceiro tem mais facilidade de escutá-las e elas despertam mais empatia. Sendo assim, a conexão empática é promovida por meio de:

1. *reformulação* da desavença de um casal como resultado das *diferenças* comuns aos parceiros e suas reações compreensíveis a essas diferenças;
2. uso de *revelações suaves* para expressar emoções dolorosas.

Essas revelações podem vir pela interação entre o terapeuta e cada parceiro, ou o terapeuta pode estimular os parceiros a fazê-las diretamente um ao outro, aumentando sua intensidade emocional e permitindo que os parceiros tenham a conversa que eles não têm, mas poderiam ter tido (Wile, 2008).

Distanciamento unificado do problema

Esta técnica da IBCT permite aos parceiros “dar um passo atrás” em relação a seus problemas e os descrever sem fazer acusações – ou responsabilidades pela mudança – a nenhum dos parceiros. Dessa forma, eles fazem o *distanciamento unificado* em relação a seus problemas. Essa estratégia pode ser usada para envolver um casal em uma discussão sobre os aspectos DEEP: Diferenças (como essas diferenças resultaram de suas histórias pessoais), sensibilidades Emocionais (quais experiências passadas podem ter compreensivelmente levado a essas sensibilidades), estressores Externos (como esses estressores surgiram) e Padrões de interação (como cada um interage de forma que faça sentido a partir de sua perspectiva). No entanto, na maioria das vezes, ela é usada para ajudar o casal a compreender, aceitar e, com o tempo, alterar seus Padrões de interação. Por exemplo, o terapeuta pode envolver os parceiros em um diálogo em que eles usam termos que não tenham caráter de julgamento para descrever a sequência de um determinado conflito, incluindo quais fatores geralmente desencadeiam suas reações, como determinados eventos estão conectados entre si e como eles podem neutralizar ou superar o conflito no futuro. A abordagem é uma análise intelectual do problema, que é descrito de maneira emocionalmente distanciada, como um *isso* que está em uma terceira posição, em vez de *eu* ou *você*. Quando possível, o terapeuta deve dar nomes ao tema do casal, seu padrão de interação e suas armadilhas mútuas, e usar esse nome para definir o problema como um *isso*. Ao se distanciar do problema, os parceiros têm uma oportunidade de discutir seu conflito sem se *carregar* emocionalmente com ele. Assim, eles podem tentar entender o conflito a partir de uma posição mais neutra e objetiva. Eles se envolvem em uma *mindfulness* conjunta em relação ao problema. O terapeuta também pode usar metáforas e humor para distanciar o casal do problema em termos emocionais, desde que o humor não deprecie de forma alguma qualquer dos parceiros.

Construção da tolerância

Construir aceitação pode ser mais desafiador quando um dos parceiros está sofrendo muito emocionalmente como resultado do comportamento do outro. Nessas circunstâncias, o terapeuta da IBCT deve ajudar um deles a construir tolerância em relação aos comporta-

mentos “ofensivos” do outro. Ao construir tolerância, o parceiro experimentaria uma redução no sofrimento causado pelo comportamento. Para construí-la, contudo, devem cessar os esforços para impedir, evitar ou escapar a esses comportamentos “ofensivos” do parceiro. Em vez disso, expondo-se ao comportamento sem a luta correspondente, o parceiro reduz a sensibilidade a ele e, espera-se, sentem o comportamento “ofensivo” como menos doloroso.

Uma estratégia para construir a tolerância é uma *nova ênfase positiva*, ou se concentrar nos *aspectos positivos do comportamento negativo de um parceiro*. Essa estratégia pode ser relativamente fácil quando um comportamento negativo tem alguma relação com a qualidade que um dos parceiros já considerou atraente no outro. Por exemplo, o que ela considera como a “rigidez” de seu parceiro pode ser a “estabilidade” que um dia a atraiu nele. Ou o que ele vê como sua “instabilidade” ou “irresponsabilidade” pode ser a postura “aventureira” ou “rebelde” que tanto o atraía no início do relacionamento deles. A nova ênfase positiva não nega as qualidades negativas do comportamento em questão, mas ajuda os parceiros a assumir a perspectiva de que qualquer qualidade costuma ter características boas e más.

Outra estratégia para construir a tolerância pelas diferenças é se concentrar nas *formas com que essas diferenças se complementam* e as apresentar como parte daquilo que faz com que a relação “funcione”. A estabilidade de um dos parceiros pode equilibrar a atitude aventureira do outro. O terapeuta pode mostrar aos parceiros como eles estariam “pior” se essas diferenças não existissem. As diferenças podem se tornar um aspecto positivo na relação de um casal, algo de que os parceiros se orgulhem, em vez de considerarem uma ameaça destrutiva.

Uma terceira técnica para construir a tolerância diante do comportamento do parceiro é *preparar os casais para escorregões e lapsos inevitáveis* no comportamento, o que é especialmente importante quando eles começam a detectar pela primeira vez mudanças em seu comportamento e começam a ter sentimentos positivos com relação aos avanços que fazem na terapia. É nesse momento que o terapeuta deve parabenizar os casais por seu esforço e seus avanços, e os alertar de que um “escorregão” ainda é provável. Deve-se pedir que imaginem algumas das circunstâncias em que é provável que ocorra um escorregão e considerem respostas possíveis de antemão. Pensar em como enfrentarão esses lapsos ajuda os casais a construir sua tolerância em relação a eles.

Uma estratégia relacionada à construção da tolerância é instruir os casais a *fingir comportamento*

negativo na sessão ou em casa. Cada parceiro é instruído a ter um determinado “comportamento ruim” – deixando-se claro que devem ter esse comportamento somente quando não tiverem vontade de fazê-lo. O casal é instruído para que cada parceiro saiba que o comportamento ruim que está para testemunhar na sessão ou poderá ver no futuro pode ser, na verdade, fingido. Isso deve introduzir uma ambiguidade em relação a futuros comportamentos negativos que pode mitigar a resposta emocional a eles. Mais importante, contudo, é que fingir o comportamento dá a ambos os parceiros uma oportunidade de observar os efeitos de seu comportamento negativo sobre o outro. Especificamente, como eles estão realizando o “comportamento ruim” quando não têm vontade de fazê-lo, eles fazem essas observações quando estão em um estado emocional tranquilo que permite ter uma postura mais empática. Quando isso é feito na sessão, o terapeuta pode ajudar a entender as reações ao “comportamento ruim”. Quando for em casa, o fingidor é instruído a contar ao parceiro sobre o comportamento fingido em seguida que ele acontece, para que a situação não piore e os parceiros tenham a oportunidade de “compreender” após seu “experimento”.

Uma fonte inevitável de sofrimento para muitos parceiros é o sentimento de que o outro não atende suas necessidades em algum aspecto importante. Contudo, é raro que um parceiro consiga suprir todas as necessidades do outro. Um aspecto importante da construção da aceitação é que os parceiros aumentem sua própria autoconfiança, ou *autocuidado*, para suprir suas necessidades. Deve-se estimulá-los a encontrar formas alternativas de cuidar de si mesmos quando seus parceiros não conseguirem fazê-lo. Os parceiros podem precisar aprender a buscar o apoio de amigos e familiares em momentos de estresse, ou encontrar novas formas de definir e resolver problemas por conta própria. À medida que sua autoconfiança aumenta, reduz-se a dependência do parceiro para suprir todas as suas necessidades emocionais, e isso deve resultar em menor sensibilidade ao insucesso dos parceiros em suprir suas necessidades, reduzindo assim o conflito.

Estratégias tradicionais para promover a mudança

Para alguns casais, podem ser indicadas as intervenções para gerar mudanças. Se um terapeuta de IBCT começa implementando técnicas de *aceitação* em vez de *mudança*, isso vai depender basicamente da disposição de colaboração do casal e das necessidades específicas dos parceiros no tratamento. Em geral, contudo, as técnicas de mudança são mais eficazes se forem implementadas posteriormente na terapia, depois de se fazer o trabalho de aceitação. Muitas ve-

zes, o trabalho de aceitação é suficiente para causar mudança: uma vez que o espaço colaborativo seja restaurado por meio de aceitação, o casal consegue gerar mudanças aplicando habilidades e estratégias que já tem. Nessas situações, não é necessário empregar estratégias deliberadas de mudança.

Intercâmbio de comportamentos

O principal objetivo do intercâmbio de comportamentos (IC) é aumentar a proporção de interações e comportamentos positivos diários de um casal. Essas técnicas são instigantes, no sentido de que visam a aumentar os comportamentos positivos de cada parceiro. Como o IC requer uma grande quantidade de colaboração entre parceiros, ele será melhor implementado na terapia depois do trabalho de aceitação. Além de usar o IC para aumentar as interações positivas do casal, o terapeuta de IBCT também deve considerar o IC como uma ferramenta diagnóstica para avaliar possíveis áreas que precisem de mais trabalho de aceitação.

Os três passos básicos do IC são:

1. identificar comportamentos que cada parceiro poderia ter com o outro, que aumentassem a satisfação no relacionamento;
2. aumentar a frequência desses comportamentos no repertório comportamental diário do casal;
3. compreender a experiência de oferecer e receber comportamentos positivos.

Os parceiros costumam receber o exercício de casa de listar as ações que possam fazer para o outro, para aumentar sua satisfação no relacionamento. Eles são instruídos a não discutir essas listas com o outro, para reduzir a ameaça de crítica e manter cada um concentrado em seu próprio exercício. Na sessão seguinte, as listas dos parceiros são revisadas e discutidas. Seu próximo exercício pode ser realizar uma ou mais ações da lista na semana seguinte, mas eles não devem dizer ao parceiro qual ação é essa. Na seguinte sessão, os parceiros revisam o sucesso de seu exercício e se ele teve o efeito desejado sobre o outro. A lista pode ser modificada para eliminar os itens que não pareçam ter efeito e em sessões posteriores cada um pode pedir *feedback* do outro para otimizar os benefícios das ações na lista.

Treinamento para comunicação

Embora muitos casais sejam comunicadores eficazes sem que tenham qualquer treinamento formal, a má comunicação pode piorar ou até gerar muitos problemas para os casais que já estão com dificuldades no relacionamento. Em suas tentativas de fazer com que o outro mude, os parceiros podem recorrer a táticas de comunicação mal-adaptativas, como a coerção (cho-

rar, ameaçar, não manifestar afeto). Embora a coerção possa ser eficaz no curto prazo, já que o outro pode acabar correspondendo à demanda, seu uso provavelmente vai crescer de tal forma que serão necessárias táticas cada vez mais coercitivas para obter o efeito desejado. Além disso, a coerção tende a gerar coerção, de forma que a coerção por parte de um dos parceiros gera coerção por parte do outro. O resultado inevitável dessas interações é que os casais se tornam extremamente polarizados. O objetivo do treinamento para a comunicação e a solução de problemas é ensinar os casais a discutir seus problemas e negociar a mudança sem recorrer a essas táticas destrutivas. O ideal é que essas habilidades sirvam aos casais mesmo depois de terminada a terapia.

Como parte do treinamento de comunicação, os casais aprendem habilidades de “parceiro que fala” e de “parceiro que ouve”. Para ser o “parceiro que fala” de forma eficaz, os casais são instruídos a:

1. se concentrar em si mesmos ao fazer “declarações em primeira pessoa”;
2. se concentrar na expressão de reações emocionais, como “eu fico decepcionado...” ou “eu fico irritado...”;
3. se concentrar nos comportamentos específicos do parceiro que levam a reações emocionais, tais como “eu fico decepcionado se você não me telefona quando está longe”.

Para se tornar o parceiro que ouve de forma mais eficaz, os parceiros são instruídos a parafrasear e refletir sobre o que o outro disse, o que garante que nenhum esteja sendo mal interpretado durante a conversa, e diminui a tendência do casal a tirar conclusões precipitadas sobre o que está sendo dito, além de serenar a interação em termos gerais.

Tendo recebido alguma instrução sobre essas habilidades de comunicação, os casais são orientados a usá-las em conversas práticas na sessão. A comunicação a partir dessas diretrizes pode parecer estranha durante as práticas, de forma que os terapeutas devem tentar adaptar as diretrizes ao estilo de conversa do casal e explicar que elas parecerão mais naturais com o uso. O terapeuta deve estar preparado para interromper e corrigir se os parceiros se desviarem das diretrizes e iniciarem uma comunicação destrutiva. O terapeuta deve dar *feedback* ao casal após cada sessão de prática, e o exercício deve ser adequadamente examinado e compreendido. Quando estiver confiante de que os parceiros melhoraram suas habilidades de comunicação nas sessões, o terapeuta estimulará que as habilidades sejam praticadas como exercício de casa.

Essas habilidades básicas de comunicação muitas vezes possibilitam que os parceiros contem seus sentimentos um ao outro e discutam questões difíceis que surjam, como quando um fica incomodado com a ação do outro. No entanto, alguns parceiros precisam mais do que compartilhar os sentimentos ou compreender um evento. Eles precisam resolver um problema que está por acontecer ou que é recorrente, que é o objetivo das habilidades de comunicação para solução de problemas.

Treinamento para solução de problemas

Com frequência, mais prejudicial nas lutas dos parceiros por problemas cotidianos do que os problemas em si é sua tentativa destrutiva de solucioná-los. Essas tentativas podem começar com uma acusação por parte de um dos parceiros, que é recebida com uma postura defensiva e raivosa por parte do outro. Em pouco tempo, a discussão pode crescer para contra-acusações e graves injúrias de caráter, e o problema se perde no conflito à sua volta. No treinamento para a solução de problemas, os casais são ensinados a fazer discussões construtivas para resolver seus problemas empregando três conjuntos de habilidades: habilidades de definição, habilidades de solução e habilidades de estruturação de problemas.

Em primeiro lugar, os parceiros são ensinados a *definir* o problema da forma mais específica possível, especificando o comportamento em questão e as circunstâncias em que está inserido. Os parceiros são estimulados a descrever algumas das emoções que experimentam como resultado do problema, em um esforço para aumentar a aceitação emocional. Por fim, ambos devem definir seus respectivos papéis na perpetuação do problema.

Uma vez definido o problema, o casal pode começar a trabalhar para *solucioná-lo*. O primeiro passo na solução de um problema é fazer um *brainstorming*, no qual o casal tenta levantar o maior número possível de soluções. Toda e qualquer solução deve ser considerada, mesmo as que sejam impossíveis ou bobas. Recomenda-se que não se façam comentários imediatos em relação às soluções resultantes dessa prática, e as discussões de quais opções realmente são viáveis são deixadas para depois. As sugestões são anotadas para poder ser revisadas mais tarde. Esse exercício pode ser leve e divertido, muitas vezes gerando afeto positivo durante a sessão. Depois que a lista tiver sido criada, o casal a repassa, eliminando as sugestões que sejam obviamente impossíveis, tolas ou com poucas probabilidades de sucesso. Com a lista ajustada, cada item é analisado em relação a seu potencial para resolver o problema. Para cada um, o casal examina as vantagens e desvantagens e a lista vai sendo mo-

dificada de novo, até que se tenha um conjunto final de opções. Os itens que restaram são usados para se formular uma lista de soluções possíveis para o problema. O acordo a que se chega com relação a essa solução é anotado e, às vezes, assinado por cada um dos parceiros. Por fim, o casal deve examinar quaisquer obstáculos para levar a cabo o acordo e formular estratégias para combatê-los. Sugere-se que os parceiros coloquem o acordo em um local em que ambos possam vê-lo com frequência, e se define uma data para revisar o progresso rumo à solução do problema. Nas sessões seguintes, o terapeuta verifica os progressos que eles fizeram e o acordo pode ser renegociado, se for necessário.

Por fim, os casais aprendem *habilidades estruturantes* para suas discussões de solução de problemas, reservando tempo e local específicos para elas. Eles também são instruídos a não discutir o problema “na cena do crime”, ou seja, postergar a discussão de um problema até o momento designado. Por fim, o casal é instruído a se concentrar em somente um problema de cada vez. Ao longo de suas discussões de solução de problemas, os parceiros devem seguir as diretrizes básicas de parafrasear cada declaração do outro, evitar inferências negativas em relação à intenção do outro e evitar comunicação verbal e não verbal negativa.

As primeiras tentativas que o casal faz de usar as habilidades de solução de problemas devem acontecer na sessão, sob a supervisão do terapeuta, mas depois que os parceiros tiverem praticado e recebido *feedback* em relação à suas habilidades de solução de problemas, eles são estimulados a aplicar essas técnicas em casa, para ajudar a discutir e negociar seus problemas.

Ao implementar essas habilidades de mudança de comportamento, o terapeuta de IBCT tenta adaptá-las às necessidades específicas do casal. Por exemplo, se o casal acha útil ir e vir entre a definição e a solução enquanto discute um problema, o terapeuta eliminaria a diretriz que diz que o problema deve ser cuidadosamente definido antes de se pensar em soluções. Ou se o casal considera o processo de gerar soluções bobas ou impossíveis como uma distração, o terapeuta não recomendaria isso. O terapeuta também tenta adaptar essas estratégias à formulação do casal. Por exemplo, se a pessoa que busca proximidade tende a dominar as discussões e fazer propostas sobre resolver um problema relacionado ao tempo juntos, enquanto a que busca independência tende a se retrair da discussão, o terapeuta pode redirecionar o foco da solução de problemas para a pessoa que busca a independência.

Variáveis do terapeuta e do paciente relevantes à IBCT

Como acontece em qualquer terapia, é importante que os terapeutas da IBCT mantenham uma postura de não julgar seus pacientes, mas no contexto da IBCT, é especialmente importante que o terapeuta pratique a aceitação com os dois parceiros da mesma forma em que se pede que eles a pratiquem entre si. O terapeuta de IBCT deve validar as experiências e as respostas de ambos os parceiros e encontrar formas de desenvolver empatia e compaixão por eles, não importa o quanto isso seja difícil.

Além de praticar a aceitação, é importante que os terapeutas de IBCT escutem com cuidado as interações que os casais têm nas sessões e descubram as funções de seus diversos comportamentos problemáticos. Os terapeutas devem prestar atenção especialmente a sinais verbais e não verbais sutis que possam ser relevantes à formulação dos problemas do casal. Eles também devem estar preparados para abandonar qualquer agenda prescrita e abordar necessidades imediatas do casal a qualquer momento. Quando ocorrem interações destrutivas na sessão, o terapeuta deve não apenas ser capaz de evitar o confronto, mas também interromper a interação de forma efetiva. Outras habilidades importantes da IBCT são usar a linguagem e o jargão do casal ao fazer intervenções. Por fim, não é objetivo dos terapeutas da IBCT “torcer” pelo sucesso do relacionamento, e sim criar um ambiente em que os casais possam vivenciar a esperança de encontrar uma forma diferente de ser e de discutir e avaliar suas relações com segurança.

A eficácia da IBCT

Três estudos atestam a eficácia da IBCT – dois pequenos estudos-piloto e um estudo de resultados, de grande porte. Wimberly (1998) distribuiu aleatoriamente oito casais em um formato de IBCT em grupo e nove em um grupo-controle de lista de espera, e encontrou resultados superiores para os casais em IBCT. Jacobson, Christensen, Prince, Cordova e Eldridge (2000) alocaram aleatoriamente 21 casais à IBCT ou TBCT. No fim do tratamento, 80% dos que tinham recebido IBCT apresentaram melhora clínica significativa em termos de satisfação no relacionamento em comparação com 64% dos casais que tinha recebido TBCT.

O maior estudo até agora sobre terapia de casal em geral e da IBCT em particular foi relatado por Christensen e colaboradores (2004). Em um ensaio clínico realizado em dois centros, UCLA e University of Washington, Christensen e colaboradores alocaram aleatoriamente 134 casais com problemas graves e crônicos à IBCT ou TBCT. Os casais receberam um má-

ximo de 26 sessões de terapia de casal conduzida por terapeutas com PhD, que realizaram IBCT e TBCT e foram cuidadosamente supervisionados em ambas. Os dados sobre a adesão e aproveitamento dos casais revelaram que os tratamentos foram conduzidos conforme o esperado. No fim, 70% dos casais da IBCT e 61% dos de TBCT tiveram melhora clínica significativa em termos de satisfação no relacionamento. Os tamanhos de efeito pré- e pós-tratamento sobre satisfação conjugal foram de $d = 0,90$ para a IBCT e $d = 0,71$ para a TBCT (ver Christensen, Atkins, Baucom e Yi, 2010). Embora os resultados no fim do tratamento não tenham sido significativamente diferentes, a trajetória da mudança para os casais em IBCT e TBCT foi. Os casais em IBCT melhoraram constantemente quanto à satisfação no transcorrer do tratamento, mas os casais em TBCT melhoraram mais rapidamente no início, com seus ganhos estabilizando mais do que os dos em IBCT em um momento posterior do tratamento.

Atkins e colaboradores (2005) examinaram os preditores de resposta ao tratamento no estudo mencionado anteriormente. Uma série de variáveis interpessoais, como qualidade de comunicação, foram preditores da situação inicial dos casais, mas algumas poucas e preciosas variáveis predisseram mudanças desde a admissão até o encerramento do tratamento. Os casais que estavam casados há mais tempo apresentaram maior progresso quanto à satisfação, e análises exploratórias indicaram que casais sexualmente insatisfeitos apresentaram ganhos iniciais, mas os ganhos mais gerais foram mais consistentes na IBCT do que na TBCT.

Doss, Thum, Sevier, Atkins e Christensen (2005) analisaram os mecanismos de mudança nesse estudo de terapia de casal. No início da terapia, as mudanças na frequência dos comportamentos-alvo estavam associadas aos aumentos da satisfação para ambas as condições de tratamento. Entretanto, posteriormente, na terapia, as mudanças na aceitação dos comportamentos-alvo estavam associadas aos aumentos na satisfação para ambas as condições de tratamento. A TBCT gerou aumento significativamente maior do que a IBCT nos comportamentos-alvo no início do tratamento. Entretanto, a IBCT gerou um aumento significativamente maior da aceitação desses comportamentos no decorrer do tratamento. Assim, o estudo validou alguns dos supostos mecanismos de mudança e as diferenças entre os tratamentos no impacto sobre esses mecanismos.

Posteriormente, estudos examinaram esses casais no seguimento: Christensen, Atkins, Yi, Baucom e George (2006) observaram os dados sobre satisfação no relacionamento em casais a cada seis meses, ao longo de um seguimento de dois anos; Baucom, Se-

vier, Eldridge, Doss e Christensen (2011) analisaram os dados observacionais em seguimento de dois anos, e Christensen e colaboradores (2010) analisaram a satisfação do relacionamento e a situação do relacionamento aproximadamente a cada seis meses em um seguimento de cinco anos. Os casais em geral mantiveram os ganhos do tratamento para satisfação por dois anos, e os casais da IBCT tiveram satisfação no relacionamento significativamente superior em comparação com os de TBCT em cada momento durante os primeiros dois anos de seguimento. Embora os casais da TBCT, tendo sido treinados explicitamente em comunicação, tenham apresentado mais melhorias na comunicação observada no fim da terapia do que os da IBCT (Sevier, Eldridge, Jones, Doss e Christensen, 2008), estes apresentaram mais manutenção dos ganhos em dois anos (Baucom et al., 2011). Ao longo dos três anos subsequentes, os casais perderam alguns de seus ganhos, e os resultados de IBCT e TBCT convergiram. Aos cinco anos de seguimento, os resultados para a satisfação conjugal em relação ao pré-tratamento revelaram tamanho de efeito de $d = 1,03$ para IBCT e $d = 0,92$ para TBCT; 50% dos casais da IBCT e 45,9% dos casais da TBCT apresentaram melhora clinicamente significativa. A situação do relacionamento, obtida em todos os 134 casais, revelou que 25,7% dos casais da IBCT e 27,9% dos casais da TBCT se separaram ou divorciaram. Nenhum desses resultados, em cinco anos de seguimento, foi estatisticamente significativo. Esses dados de seguimento foram comparados favoravelmente a outros resultados de longo prazo da terapia de casal.

Baucom, Atkins, Simpson e Christensen (2009) examinaram preditores de dois anos de seguimento. Como no estudo de previsão anterior, havia poucos preditores de resultado. Talvez por causa de um maior compromisso, a duração do casamento indicou melhores resultados em dois anos de seguimento. Duas variáveis de previsão objetivas não usadas no estudo de previsão anterior foram usadas aqui: uma medida de excitação obtida a partir de gravações de voz durante os dados observacionais e medidas de táticas de influência obtidas através de análise linguística de dados observacionais transcritos. Usando essas medidas, casais em sofrimento moderado, nos quais a mulher tinha menores níveis de excitação durante as discussões de solução de problemas e nos quais táticas de influência rígidas (que dão o parceiro pouco espaço para responder) foram usadas com menor frequência, tendiam a um desempenho melhor no tratamento do que casais em sofrimento moderado com maiores níveis de excitação ou aqueles que usaram táticas de influência mais rígidas. Casais em IBCT tenderam a se sair melhor do que os que estavam em TBCT quan-

do a mulher tinha níveis mais elevados de excitação e quando os casais usaram táticas de influência suaves. É claro que esses resultados precisam ser replicados, mas pode ser que as estratégias da IBCT, que enfatizam a expressão emocional, funcionem melhor do que as estratégias da TBCT quando há alta excitação emocional e quando os parceiros estão mais abertos à influência.

É importante notar que essa amostra, embora projetada para incluir casais em sofrimento grave e crônico, excluiu aqueles em que um ou ambos os parceiros estavam apresentando transtorno bipolar, esquizofrenia ou suicidalidade grave; que cumpriam critérios para abuso ou dependência atual de drogas ou álcool, cumpriam critérios para transtornos da personalidade *borderline*, antissocial ou esquizotípica, ou tinham um histórico de violência física grave. A justificativa para esses critérios de exclusão é que, para esses indivíduos, provavelmente seria indicado outro tratamento básico, que não a terapia de casal. No entanto, a amostra *não* excluiu casais em que um ou ambos os parceiros sofriam de outros transtornos psicológicos, como ansiedade ou depressão. A justificativa para a inclusão desses casais é que seu relacionamento ainda pode ser tratado, apesar de os parceiros terem esses problemas individuais. Além disso, os problemas de relacionamento de alguns desses casais podem inclusive estar *contribuindo* para os problemas individuais. Assim, os dados preliminares sugerem que a IBCT pode ser aplicada com sucesso a muitos casais, incluindo aqueles em que um dos parceiros tem algum outro transtorno psicológico. Por exemplo, os estudos de predição anteriores concluíram que os índices de doença mental, incluindo a Entrevista Clínica Estruturada para diagnósticos do DSM-IV, *não* tiveram relação com melhorias durante a terapia de casal. Além disso, Atkins, Dimidjian, Bedics e Christensen (2009) concluíram que a depressão nessa amostra melhorou à medida que melhorou a satisfação com o relacionamento.

A pesquisa em andamento com essa amostra irá analisar mais detalhadamente o processo de terapia de casal, potenciais mecanismos de mudança, na forma como se relacionam com o resultado em cinco anos, e preditores de resultados em cinco anos. Além de pesquisas sobre essa amostra específica, outra pesquisa está sendo feita para ampliar o alcance da IBCT. Brian Doss e Andrew Christensen adaptaram a IBCT a um tratamento *on-line* e, com o apoio do National Institute of Child Health and Development, estão testando a eficácia desse tratamento. Além disso, a IBCT foi escolhida como um dos tratamentos baseados em evidências que a Veteran's Administra-

tions (VA) está implementando em nível nacional. Terapeutas da VA em todo os Estados Unidos estão recebendo treinamento intensivo que envolve vários dias de oficinas seguidos de seis meses de supervisão semanal enquanto eles atendem dois ou mais casais usando IBCT. Um consultor com formação em IBCT ouve as sessões gravadas dos terapeutas; os terapeutas devem atingir a proficiência em uma escala de classificação em critérios para IBCT, a fim de concluir com sucesso o programa de treinamento. Dados de avaliação do programa estão sendo coletados como parte desse trabalho, e as informações iniciais sugerem resultados positivos para a IBCT com essa população de casais da VA. Para obter mais informações sobre a IBCT, incluindo o acesso a artigos de pesquisa na internet e um banco de dados nacional de terapeutas com formação nessa abordagem, consulte ibct.psych.ucla.edu.

ESTUDO DE CASO

Usamos o caso de Anne e Mark² para demonstrar a aplicação da IBCT. Incluímos trechos das sessões de avaliação e de *feedback*, além das sessões selecionadas em função de seu uso eficaz das intervenções de construção de aceitação da IBCT.³

Anne e Mark eram um casal de meia-idade e já estavam juntos há 10 anos quando começou o tratamento. Anne tinha três filhos do casamento anterior.

Avaliação

Sessão 1

Depois de cumprimentos e apresentações, o terapeuta de Anne e Mark (Dr. S.) deu início à Sessão 1, orientando-os em relação ao processo de avaliação, como segue:

“Vamos trabalhar juntos nas próximas 25 sessões. Vocês já deram o primeiro passo do processo de avaliação respondendo a todos aqueles questionários. Suas três próximas consultas, incluindo hoje, serão o segundo passo da fase de avaliação. Hoje eu estou reunido com os dois para conhecer vocês, para ouvir um pouco sobre seu relacionamento [...], com vocês me contando um pouco de como se conheceram e começaram a sair, chegando até hoje. Então, nas duas consultas seguintes, eu gostaria de me reunir com cada um individualmente. Depois disso, na quarta consulta, vou dar meu *feedback*. É aí que eu vou juntar toda a informação dos questionários e de nosso tempo juntos hoje, bem como nas consultas individuais, para elaborar um

quadro e apresentar algum entendimento do que pode estar acontecendo.”

Principalmente se o casal manifestar hesitação ou ambivalência em relação a estar em terapia, o terapeuta deve incluir o seguinte:

“Este período de avaliação também é uma oportunidade de conhecer a mim e ao tipo de terapia que vamos fazer, para que vocês possam sentir se isso vai se adequar a suas necessidades neste momento.”

Depois de verificar se Anne e Mark tinham entendido essa explicação, o Dr. S. pediu que eles dessem uma breve descrição de seus problemas:

“Antes de entrarmos em sua história, talvez vocês possam me dar uma ideia de alguns dos problemas que têm acontecido e que levaram a decidir: ‘vamos buscar ajuda.’”

Depois de Mark e Anne se revezarem descrevendo seu lado dos problemas no relacionamento, o Dr. S. coletou a história de desenvolvimento do casal, usando frases interrogativas como as seguintes:

“Começamos do início. Por que vocês não me contam onde e como se conheceram?”

“Mark, o que o atraiu na Anne, inicialmente? E você, Anne?”

“Anne, como você sabia que Mark estava interessado em você?... Que tipo de coisa ele disse?... Como você flertou com ele? Quem tomou a iniciativa?”

“Quando vocês decidiram passar de morar juntos a se casar, como aconteceu?”

Ao longo de sua descrição, Anne e Mark tiveram muitas oportunidades de dizer coisas elogiosas um sobre o outro. Mark descreveu Anne como sensual, uma qualidade que ele considerava muito atraente, e ela o descreveu como muito simpático e fácil de conviver. O Dr. S. foi muito minucioso e específico em relação aos comportamentos ao evocar detalhes do início do namoro de Mark e Anne, como o fato de que ambos concordavam que seu primeiro beijo foi muito bom.

Mesmo durante essa parte da fase de avaliação, podem se apresentar oportunidades para construir a aceitação. Em determinado momento da Sessão 1, Anne fez uma revelação suave quando descreveu uma época em que havia inicialmente rejeitado Mark (que havia convidado para dançar). Ela disse que, quando ele não ficou zangado com ela após

ela o rejeitar, ela se sentiu segura, pois podia ser ela mesma e ele não ficaria brabo. Ela contou que essa qualidade de Mark a atraiu. Mark, que havia contado que no início se sentiu humilhado pela rejeição dela, respondeu à sua revelação suave dizendo: “Fico meio surpreso com isso. Eu sei que é um sentimento importante para ela, mas não entendi que ela sentia isso naquela época”. Anne disse que também não tinha se dado conta de que se sentia assim até descrever o incidente na sessão.

No fim da Sessão 1, o Dr. S. tinha uma boa visão da história de Anne e Mark juntos, das qualidades que atraíram um ao outro inicialmente e alguma ideia de suas áreas-problema. As duas sessões individuais seguintes ajudaram o Dr. S. a “preencher” alguma informação que faltasse e que ele necessitasse para sua formulação.

Sessões 2 e 3

O Dr. S. introduziu essas sessões individuais com uma breve orientação, seguida de uma apresentação à avaliação em andamento das áreas-problema do casal.

“Há uma série de tópicos diferentes que trataremos hoje, à medida que avançamos. Eu gostaria de passar algum tempo esclarecendo alguns dos problemas que tanto você quanto [Anne/Mark] têm tido. Em nosso primeiro encontro, você descreveu alguns problemas que percebia em relação a [área problemática]. Você pode me contar o que quis dizer com isso?”

Além dos problemas que Anne e Mark levantaram em sua sessão conjunta, o Dr. S. usou as sessões individuais para abordar as áreas-problema que ambos haviam indicado no *Frequency and Acceptability of Partner Behavior Questionnaire*:

“Quando eu dei uma olhada em sua lista de problemas, o item de mais preocupação para você era [área-problema]. Você poderia descrever isso para mim?”

O Dr. S. foi muito específico em seus esforços para fazer Anne e Mark descreverem suas desavenças e suas discussões. Para encorajá-los a ser específicos em termos de comportamentos nessas descrições, ele usou perguntas de sondagem:

“Vocês dois brigam por [área problemática]? Como são essas brigas?”

“Quando os dois estão irritados, o que *vocês* tendem a fazer?”

“Descrevem-me sua discussão mais recente. Descrevam a pior discussão que já tiveram.

Se eu tivesse uma câmera de vídeo lá onde vocês estavam, o que eu teria visto?”

Além de entender os padrões de conflito deles, o Dr. S. também perguntou como os problemas eram tratados nas famílias em que Mark e Anne cresceram (“De que forma os seus pais lidavam com o conflito?”). Essa informação pode ajudar a entender a história de desenvolvimento e as vulnerabilidades emocionais que cada parceiro traz consigo para dentro do conflito, e os padrões que cada um corre o risco de repetir ou de tentar evitar (p. ex., violência física).

Ao evocar as descrições das brigas de Anne e Mark, o Dr. S. também avaliava se o casal se envolveu alguma vez em violência física. Essa análise é uma parte fundamental da avaliação em todas as terapias de casal e uma razão muito importante para que se façam essas entrevistas individuais. Uma pergunta simples e direta pode ser útil nesse momento:

“Alguma vez vocês já tiveram discussões que levassem a empurrões, apertões ou qualquer tipo de violência física?”

Se qualquer dos parceiros responder afirmativamente a essa pergunta ou indicar violência em um questionário como a CTS2, deve-se fazer uma avaliação mais minuciosa da violência e as recomendações apropriadas (Jacobson e Gottman, 1998). Neste exemplo, a violência não era um problema para Anne e Mark.⁴

Por fim, as sessões individuais são uma boa oportunidade para o terapeuta avaliar o nível de compromisso de cada parceiro com a relação. Essa avaliação também inclui verificar se um ou ambos estão envolvidos em casos extraconjugais, que requerem tratamento especial na IBCT (Jacobson e Christensen, 1998), que está além do escopo deste capítulo. Felizmente, a relação de Anne e Mark não sofria desse tipo de problema. Com Anne e Mark, o Dr. S. perguntou:

“Em uma escala de 1 a 10, como você classificaria seu compromisso com [Mark/Anne]?”

No fim das sessões de avaliação de Mark e Anne, o Dr. S. tinha informações suficientes em relação às suas áreas problemáticas, padrões de conflito (incluindo sua história de violência), história familiar relevante e nível de compromisso, para produzir sua formulação e realizar a sessão de *feedback*.

Feedback e formulação

Sessão 4

O Dr. S. começou a sessão de *feedback* orientando Mark e Anne sobre o que esperar e também pedindo que eles participassem dando seu *feedback* sobre sua formulação e sua descrição de suas áreas-problema:

“Durante a sessão, eu gostaria de expor a vocês um pouco do que vi, como mencionei em nossa primeira sessão. Dei uma olhada em seus questionários e conversamos um pouco, o que me ajudou muito a entender melhor vocês dois. À medida que vou falando, eu gostaria muito de receber suas opiniões, suas reações, porque essa é uma parte importante de nosso trabalho juntos – com vocês dois respondendo, em vez de eu dirigir, contando qualquer ideia que tenham, e acrescentando informações que sejam pertinentes ou me dizendo quando não forem.”

O Dr. S. começou seu *feedback* para Anne e Mark com explicações sobre as informações coletadas nos questionários que eles responderam:

“Os instrumentos de avaliação que nós demos a vocês objetivam dar uma ideia de onde vocês estão como casal, em termos da faixa que vai desde casais ‘felizes’, passando pelos que têm problemas ‘cotidianos’ normais, até o outro extremo do espectro, os que estão muito próximos de se divorciar. Vocês dois estão na área dos casais que estão passando por problemas, casais que gostariam que as coisas fossem melhores. Vocês dois estão sofrendo, embora Anne relate níveis mais altos de incômodo.”

O Dr. S. passou a sintetizar os níveis de compromisso de Anne e Mark, que ele caracteriza como um ponto forte para seu trabalho na terapia:

“Com relação a compromisso, vocês dois estão comprometidos com o relacionamento, o que é muito importante para ambos. E isso conta muito no trabalho com casais – o fato de, apesar de tudo o que tem acontecido, ainda haver compromisso. Isso significa muito, e vocês dois demonstraram e expressaram isso.”

A seguir, o Dr. S. passou a sintetizar o conteúdo das áreas problemáticas de Anne e Mark. Ele havia sistematizado os dados relativos aos questionários e às descrições feitas nas sessões em relação às três áreas-problema básicas a seguir:

“Falemos das áreas que estão com problemas no relacionamento de vocês. Uma delas é a das finanças, que tende a ser uma área de conflito. Para você, Anne, é se sentir ressentida às vezes, sentir o peso da responsabilidade, e para você, Mark, se sentir culpado pela maneira que as coisas estão financeiramente. Essa área realmente traz à tona muitos sentimentos diferentes – de ressentimento, de culpa, de peso – em vez

de sentimentos de proximidade e sintonia, sentimentos de controle. É assim? Há outros aspectos das finanças que vocês consigam imaginar?

A outra área que eu vi diz respeito aos filhos de Anne. Vocês dois tem opiniões muito diferentes sobre o tema dos filhos de Anne: Anne, você acha que o Mark não se envolve com os seus filhos, e Mark, você se sente como se não tivesse sido convidado. Para você, Mark, a experiência de ser rejeitado [pelos filhos] é culpa da Anne. Essa é uma área que traz à tona sentimentos muito intensos para vocês dois, sejam expressos diretamente ou não. Talvez vocês não falem disso diretamente, mas eu realmente sinto que é uma panela de pressão para vocês dois. É uma área que eu acho que virá à tona de formas diferentes, especialmente com a aproximação das férias.

A terceira área que eu vi está relacionada à capacidade de resposta. ‘O quanto você responde às minhas demandas?’ Seja fisicamente, (‘Você não responde o suficiente’ ou ‘Você responde demais’), escutando (‘Você está me escutando?’), tocando ou fazendo uma pergunta, suas ações podem transmitir uma mensagem que você queira expressar ou algo que você esteja sentindo. Então, parte do que vamos trabalhar é expressar esses sentimentos que vocês estão tendo. Eles podem surpreender a vocês dois.”

Durante cada uma de suas descrições, o Dr. S. verificava com Anne e Mark o que eles achavam de cada uma das áreas-problema e formas com que eles pudessem complementar essa descrição.

Já durante essa parte da sessão de *feedback*, surgiu uma oportunidade para o trabalho da aceitação. Quando Mark discutia sua relação com os filhos de Anne, ele inicialmente só estava fazendo revelações “duras”, descrevendo-os como grosseiros, e que só conseguiam falar de si. Quando ele fez essas declarações tão críticas sobre os filhos de Anne, o Dr. S. provocou-o para que expusesse revelações mais suaves em relação aos filhos dela:

DR. S.: Além de que eles são grosseiros, o que você sente quando [os filhos de Anne] não falam com você?

MARK: Sinto-me ignorado.

DR. S.: Além de ser ignorado, qual é o sentimento?

MARK: Como se eu não importasse, como se só estivesse ali para servir a eles.

DR. S.: Como se você não fosse parte da família.

MARK: É. Acho que eu simplesmente me resignei a esperar que eles demonstrassem amor pela mãe deles.

DR. S.: Então incomoda você que eles não se interessem pela mãe deles? Então não tem a ver só com *você*, você se interessa por como os filhos de Anne interagem com *ela*?

MARK: É, sim, me interessa.

DR. S.: E isso incomoda?

MARK: Incomoda. Eu me sinto protetor. Eu queria que eles a valorizassem mais, mas o problema é que também queria demonstrar mais que a valorizo. Não acho que eu demonstre o suficiente. Talvez uma coisa tenha a ver com a outra [...], me faz lembrar das coisas que *eu* não estou fazendo bem.

Ao fazer Mark ir além de criticar os filhos de Anne e de expressar seus sentimentos de forma mais suave, o Dr. S. deu a ele uma oportunidade inesperada de entender coisas importantes sobre seu próprio comportamento – sua sensibilidade emocional.

Depois de repassar suas áreas-problema, o Dr. S. passou a descrever os dois temas que tinha observado a partir de sua avaliação de Anne e Mark:

“Parece-me, a partir do que vocês dois descreveram em suas sessões individuais, seus questionários, e mesmo hoje, que há dois temas que se destacam para vocês. Quando eu digo ‘tema’ é como nas nossas sessões, seja qual for o tópico do dia, geralmente tem um tema. O tema é algo que vou mencionar de tempos em tempos. Mais uma vez, é uma coisa que com certeza vamos trabalhar juntos. Isso pode tomar uma forma diferente, então eu quero descrever para vocês, para ter certeza de que está correto, está bem?”

Acho que o primeiro tema é que vocês dois se sentem não amados e não valorizados. Vocês têm uma ideia do que significa ser amado. Vocês têm uma ideia do que significa ser valorizado, mas as definições de vocês são diferentes. E por causa dessas definições diferentes, por causa de suas vivências diferentes, se acontece alguma coisa, vocês ficam se sentindo não amados e não valorizados. Dentro das discussões sobre finanças ou filhos, tem alguma coisa relacionada a isso – sobre não se sentir valorizado. O que vocês acham disso?

O segundo tema é que vocês dois têm suas inseguranças. Vocês dois tem sentimentos de insegurança, por qualquer razão. Algumas das brigas, das diferenças, dos conflitos, das brigas sérias, também vêm disso. Esses senti-

mentos vêm à tona e podem gerar toda a batalha. Um exemplo concreto é que você, Anne, descreveu se sentir insegura consigo mesma, com relação a alguns de seus familiares. Isso afeta como você se sente consigo, em comparação com outras mulheres. Mark descreveu sentir-se inseguro por que Anne não anulou seu casamento anterior. Isso pode afetar o quanto você se sente seguro em comparação com outros homens. Mais uma vez, esses sentimentos de insegurança, de se sentir não amado, não valorizado, esses são os temas.”

Após descrever cada tema – algumas das diferenças relacionadas, das sensibilidades emocionais e dos estressores externos – e receber o *feedback* de Anne e Mark sobre esses temas, o Dr. S. passou a discutir seu processo de comunicação ou polarização e a armadilha mútua resultante:

“Agora, o que é isto, que chamamos de ‘armadilha’, em que vocês dois caem? Cada um de vocês tem formas diferentes de responder ao sentimento de não ser amado nem valorizado. O que eu sinto é que, Mark, quando você começa a sentir essas coisas, você usa o distanciamento. Você, Anne, parece que assume uma postura crítica. Coloquemos os dois juntos, e temos um ciclo: os sentimentos vêm à tona, Mark se afasta, Anne crítica. Mark sente a crítica e se afasta. Anne sente a distância e critica. Afastamento, crítica, crítica, afastamento. Isso é o que chamamos armadilha. Pode ser que vocês se revezem sendo críticos e se afastando, e que cada resposta faça com que a outra pessoa se sinta ainda mais insegura.”

Depois de repassar o processo de polarização e armadilha mútua, o Dr. S. passou a explicar a Anne e Mark o que eles podem esperar das sessões de terapia:

“O que vamos fazer nas próximas semanas é o tipo de coisa de que falamos hoje. Vamos falar do que estiver acontecendo a vocês dois em um determinado dia. Não vai ser estruturado em termos de coisas que *temos* de fazer a cada dia, é com vocês, qualquer coisa que vocês tragam.

O que eu espero fazer é criar aqui um lugar de conforto, suficiente para que vocês dois possam se arriscar a se abrir, a partilhar o que sentem – partilhar algumas de suas reações, suas perguntas, suas vivências. Há um desejo de proximidade aqui, que vai demandar um pouco de compartilhamento e risco. Não há garantia de como a outra pessoa vai reagir. Talvez não seja sempre agradável, mas esse é o preço que temos que pagar para chegar aqui, para nos

abrirmos. Vocês podem pensar mais um pouco sobre isso e, a cada semana, podemos reformular, e vamos tendo um quadro cada vez mais claro e melhor.”

Tendo preparado o cenário com a formulação, incluindo os temas, a análise DEEP e a armadilha mútua, o Dr. S. está preparado para começar o trabalho de construção da aceitação.

Tratamento: construindo a aceitação

A maior parte das sessões seguintes de Anne e Mark foi voltada para a construção da aceitação. A seguir, trechos de algumas sessões nas quais o Dr. S. ajudou Anne e Mark a aumentar a aceitação usando técnicas como a conexão empática, o distanciamento unificado e a construção de tolerância.

Sessão 12

O conteúdo dessa sessão estava relacionado à busca de Anne e Mark por um apartamento, e algumas das dificuldades que estavam tendo. A discussão incluiu Mark admitir que se sente inadequado e inseguro por não ganhar dinheiro suficiente para que eles possam comprar o apartamento dos sonhos de Anne. Isso deu uma oportunidade para explorar o tema de insegurança deles:

MARK: Se nos decidíssemos por um apartamento que não é o que queremos, seria para sempre um monumento à minha incapacidade de comprar o apartamento que ela quer.

DR. S.: Fico me perguntando se tem outra parte que pensa, “Será que um dia eu vou conseguir dar a ela o que ela quer?”

MARK: É, se ela se casasse com alguém com muito dinheiro, ela poderia comprar o apartamento que quisesse.

ANNE: Mas se você se casasse com uma mulher linda, com 20 anos a menos, teria uma esposa-troféu, mas não foi isso que aconteceu. (*Ambos riem.*)

DR. S.: Então isso pode fazer parte de sua insegurança, se você tivesse essa aparência que você sente como “a forma como ele quer as coisas”, talvez ele fosse mais feliz.

MARK: (*Ao Dr. S.*) Eu acho que é assim que ela se sente consigo mesma em seus piores momentos. Como se todos os homens fossem atraídos por mulheres mais jovens e que você tem de se proteger para não perder o que é importante para você [...]. (*À Anne*) talvez seja assim que você veja seu desejo de ter um apartamento dos sonhos. Como você consegue deixar de pensar: “Tem aquele advogado rico que me olha o tem-

po todo?”... (Ao Dr. S.) Acho que seria muito natural que ela pensasse isso.

Esse diálogo também revela o distanciamento unificado que Anne e Mark estão desenvolvendo, quando os dois riem dos comentários dela sobre “esposa-troféu”. O que antes tinha sido um tema sofrido para ela estava se tornando algo com que eles conseguem brincar. A seguir, a discussão passou para explorar as inseguranças de Anne sobre as relações de Mark com outras mulheres:

DR. S.: Então, em sua visão, o que é o ideal de Mark? Você fez referência a uma mulher que é seu ideal.

ANNE: Bom, provavelmente alguém mais jovem, que possa ter filhos, alguém que jogue tênis, que faça corridas e também cozinhe e limpe, que ganhe bem e seja muito boa de cama...

DR. S.: (A Mark.) Porque isso se parece com o homem mais rico que você vê com Anne. (A Anne) Para você, é a mulher que...

ANNE: Mas essa mulher está por aí. Muitas mulheres são assim.

DR. S.: E a forma como você vê e sente que Mark fala com as mulheres. E às vezes você meio que pensa até que ponto ele gosta, e você acha que é só uma questão de tempo se você não estiver disposta a corresponder a isso...

ANNE: Certo, que alguma outra mulher vai conseguir “entrar”, sem problemas.

DR. S.: Quando as inseguranças surgirem para vocês dois. Para você, Mark, é o homem rico que poderia aparecer e dar o que Anne quer, e para você, Anne, é que você não compete fisicamente, com os exercícios, então é só uma questão de tempo até que uma mulher apareça e decida, “Vou lutar por ele”. Anne, você consegue me dizer algumas das coisas que Mark faz e você se sente ameaçada?

ANNE: Quando ele comenta o quanto uma mulher é atraente, como se eu fosse um dos seus amigos. Quando ele diz que eu estou gorda, ou comenta que tenho queixo duplo...

DR. S.: O que, então, indica que você não está correspondendo.

ANNE: É.

O Dr. S. voltou ao assunto da compra do apartamento, e usou isso como uma metáfora para as preocupações de Anne e Mark em relação a “fechar negócio” por menos do que gostariam, em termos de seu mútuo compromisso:

DR. S.: Quando você aceita uma solução de compromisso, seja um apartamento, seja um relacionamento, é uma questão de aceitar, você está aceitando, está dizendo: “É isso”.

ANNE: Essa é uma boa maneira de ver a coisa. Eu não tinha pensado assim, é com isso que estamos tendo problemas [...], a realidade de que não vamos ter tudo o que queremos. A insegurança, o medo de fazer a compra, é saber que nunca vamos ter o que queremos.

MARK: Parte de sua preocupação é que o próximo apartamento que vamos ver seja o que queremos.

ANNE: Certo, é o apartamento que está logo ali, dobrando a esquina.

MARK: Então, você tem que pensar sobre “Devemos nos contentar com 60% do que queremos?”. Fico pensando, 60? Eu estava pensando que era mais uns 90. Então eu não sei quando se deve aceitar as perdas e dizer que se deve fechar o negócio, é isso que a realidade impõe.

DR. S.: E se podemos ir um pouco além disso – pode ser quando vocês dois decidiram se casar – vocês fizeram um acordo. Ambos começam a pensar se o outro aceitou 60 ou 90%. Vocês se perguntam “O que foi que eu aceitei? Eu aceitei 60 ou 90%?”

MARK: Isso mesmo.

ANNE: É.

DR. S.: Agora coloquemos vocês na situação em que estejam inseguros. O que vai acontecer? Quando você está em uma situação insegura, esses 90% podem parecer...

ANNE: 50%.

DR. S.: Exatamente. Quando você está se sentindo bem, você pensa, “Ela recebeu 90% do que queria de mim”, ou “Eu recebi 90%”. Mas quando você está em uma posição insegura, você pensa: “Eu aceitei 50%”. Então, quando observa sua própria insegurança, você pensa, “Meu Deus, ela aceitou 35 ou 40%”. Vocês dois fizeram um acordo quando se casaram. Você decidiu “É isso, vamos nos casar”, e fizeram um acordo.

MARK: Mas “fazer acerto” tem algumas conotações negativas.

DR. S.: Acho que há alguns sentimentos associados a isso, e paralela à palavra “acerto” está “aceitação”.

MARK: Ah, certo.

DR. S.: Quando você passa pelo acerto, você pensa, “é isso que essa pessoa é”. Sejam 90, 80, 60 ou

35%, você fez um acerto, você disse, basicamente, “eu aceito”.

Usando a compra do apartamento como metáfora, o Dr. S. tinha sublinhado como o tema de insegurança de Anne e Mark se alimenta de si próprio, e como leva ambos a questionar o “acerto” por menos do que queriam no relacionamento. Acrescentar o componente da *insegurança em relação ao acerto* ao seu tema ajudou Anne e Mark a entender as coisas que cada um deles faz que “ameaçam” o outro (p. ex., quando Mark fala de sua atração por mulheres mais jovens), e também ajudou a construir uma ponte para a aceitação.

Sessão 17

Nesta sessão, o Dr. S. continua a processar o tema da insegurança com Anne e Mark. Nesta parte específica do diálogo, quando eles estão discutindo um conhecido processo de polarização, Mark sugere a Anne que ela faça mais exercícios. Ela interpreta sua sugestão como uma crítica à sua aparência, o que faz com que se sinta insegura e ameaçada. Anne reage às sugestões de Mark se deprimindo e “não fazendo nada”, o que faz com que ele a critique ainda mais. Nesse momento, o Dr. S. usa duas técnicas de construção de aceitação da IBCT. A primeira é conexão empática. À medida que o Dr. S. tenta “ir fundo” nas sugestões/críticas de Mark à aparência de Anne, Mark faz a seguinte revelação suave em relação a suas próprias inseguranças:

DR. S.: Essa é uma questão real e central. Existem alguns limites básicos em que você diz: “Até aqui, eu aceito você, mas se passar disso, é melhor você mudar”. Por outro lado, isso é o que você é. *Isso é o que você é*. Mas a ironia disso é que, uma vez que se aceite, pode haver mudança. Mas tem esse impulso para se determinar dentro de nós, não apenas os limites da outra pessoa, mas também os nossos. Eu fico com a sensação de que vocês estão ambos explorando a si próprios e os seus próprios limites.

ANNE: Talvez, sim.

DR. S.: Vocês estão ambos observando seus próprios limites. Com você, Anne, é a sua aparência, e você, Mark, é com a sua capacidade de prover financeiramente. E a tentação é, quando isso fica desconfortável, é aí que o seu parceiro entra para redirecionar seu foco para ser capaz de falar sobre como você está se sentindo.

ANNE: É.

MARK: É verdade, eu acho que notei, desde que nós começamos a terapia, é assim que faço. Quando fico inseguro comigo mesmo, começo a olhar para fora, dizendo, “você deveria fazer isso”, e isso me faz sentir melhor.

DR. S.: Certo, é ativo, pode ser uma postura de quem diz o que fazer, uma coisa de homem, “faça isso, faça aquilo”.

MARK: É, eu faço isso com os filhos dela, também, sei que faço.

Em lugar de se concentrar na natureza crítica das sugestões de Mark, o Dr. S. enfatizou as razões *pe-las quais* ele assumia essa postura crítica. Mark é estimulado a examinar as *razões* de seu comportamento e, como resultado disso, ele revela que se torna crítico quando ele próprio se sente inseguro. Mark reconhece que isso acontece não apenas com relação a suas tentativas de direcionar o comportamento de Anne, mas também em suas interações com os filhos dela.

A segunda técnica de construção de aceitação que o Dr. S. usa nesta parte da sessão é uma intervenção de tolerância: enfatizar os aspectos positivos do comportamento negativo do parceiro. O Dr. S. continua:

DR. S.: Em algumas situações, pode funcionar muito bem [dar conselhos]. As pessoas podem gostar disso, como em seu trabalho como consultor, Mark. Você se sente realmente produtivo.

MARK: É, eu mudo a vida das pessoas, eu sei que mudo.

DR. S.: Por outro lado, pode haver algumas circunstâncias em que se sente como crítico, e eu penso nisso em termos de vocês dois. Isso alimenta o sentimento de Anne de ser criticada.

ANNE: É.

DR. S.: E aí parece ameaçador, do tipo “Se você não fizer alguma coisa a esse respeito, então...”

Aqui, o Dr. S. deu nova ênfase positiva às sugestões de Mark à Anne como suas tentativas de dar a ela orientação ou conselhos. Mark, consultor de empregos, está acostumado a dar sugestões aos outros como forma de ser construtivo e útil. O Dr. S. destaca esse aspecto do comportamento de Mark, de que essa mesma qualidade de “consultor” torna-o muito bom no que ele faz em seu trabalho, mas o Dr. S. tenta ressignificar o comportamento de Mark como algo *completamente* positivo. O Dr. S. também destaca como a “orientação” de Mark é sentida por Anne como algo crítico e ameaçador.

No fim da sessão, o Dr. S. recaracteriza o processo de polarização de Mark e Anne em termos de informações que surgiram dessas duas intervenções:

DR. S.: Acho que você define a coisa muito bem, Mark. Quando começa a se sentir desconfortável, esse é seu processo, é isso que você faz. Você começa a olhar para fora de si. De sua

posição, pode parecer que você está sendo consultor quando começa a falar com a Anne. Você quer aconselhar. Mas da posição dela, pode ser que você esteja sendo autoritário, um “sargento”, em vez de um consultor. E você, Anne, começa a se sentir menosprezada. Você começa a se sentir pior consigo mesma.

ANNE: É.

DR. S.: Aí você sente que tem de aceitar aquilo ou revidar.

MARK: Acho que eu posso [...], o revide é... bom, eu consigo entender isso. Consigo, sim.

Sessão 25

Em sua sessão final, Anne descreveu um *insight* que tivera recentemente sobre se sentir “não merecedora” de felicidade, e de sua crença de que a felicidade vem com algum tipo de custo. Ela disse que a felicidade fazia com que se sentisse culpada, porque ela achava que alguma outra pessoa deveria estar sofrendo pela felicidade dela, ou que, de alguma maneira, ela sofreria repercussões negativas por estar feliz. Anne conectou alguns desses sentimentos à sua luta contra um transtorno alimentar na adolescência e a episódios depressivos que ela vivenciou já adulta.

No diálogo a seguir, o Dr. S. usa várias técnicas de IBCT para discutir os *insights* de Anne e a forma como seus sentimentos contribuem para o processo de polarização do casal. Em primeiro lugar, o Dr. S. usa a conexão empática para ajudar Mark a entender a vivência que ela está tendo quando fica deprimida (um momento em que Mark sempre faz sugestões sobre como ela “deveria” pensar, sentir ou se comportar). Aí o Dr. S. distancia Anne e Mark de seu problema, ou seja, que Anne se sente criticada sempre que Mark faz essas sugestões. Em vez de envolvê-los em suas respostas emocionais ao comportamento um do outro, o Dr. S. situou o problema como consequência de problemas básicos de comunicação. Ao descrever os problemas deles em termos de seus métodos de comunicação, o Dr. S. distancia Anne e Mark do problema em si e dá a cada um deles uma nova forma de reagir a um problema antigo (sem fazer qualquer treinamento formal de comunicação):

DR. S.: Acho que a ideia a respeito do conflito em relação à felicidade – ter felicidade – é como saborear uma boa comida, que vai custar alguma coisa: “Certo, tem um pouco de gordura, mas eu vou desfrutar porque mereço, eu mereço esse momento, da mesma forma com que mereço esse momento de felicidade, mesmo se fulano não fez bem o que deveria. Eu mereço

essa felicidade”. E essa vai ser a luta, ser capaz de reagir a Mark de forma que expresse: “Meu Deus, eu realmente estou me sentindo culpada”.

ANNE: Quando eu estou no sofá, totalmente imóvel na minha depressão, é alguma coisa muito parecida com isso que está acontecendo. Eu estou me torturando.

DR. S.: E então Mark tem de escutar, simplesmente *escutar* e dizer, “Puxa, isso deve ser muito difícil”. Mas pode haver um impulso, Mark, para resolver o problema, para dizer, “Bom, você não deveria se sentir assim”, ou “Tal e tal é assim porque...”, mas isso só vai gerar a autocrítica de Anne e poderia se transformar em discussão. Quando você sente a dor, Mark, e o que está custando a Anne, a reação que você tem é “Deixe que eu digo o que você tem de fazer”. Mas isso só faz Anne sentir “viu, sua idiota, você não está fazendo a coisa direito”, o que vai entrar no ciclo da autocrítica. Então ajudaria simplesmente escutar e parafrasear, e ela escutaria que isso não é razoável. Se, em vez de criticar, você só disser “Puxa, você realmente não se sente merecedora das coisas”, se você só parafrasear esse tema da insegurança dela, a postura autocrítica de Anne, isso seria meio que manter a conexão.

Por fim, o Dr. S. usa intervenções de tolerância para possibilitar que Anne e Mark vejam seu problema como uma diferença em seus estilos de comunicação. À medida que continua descrevendo o problema em termos de dificuldades de comunicação, o Dr. S. descreve que Anne reage a situações com base em como ela se *sente*, ao passo que Mark tem mais probabilidade de usar a lógica ou a *razão* para determinar suas respostas às situações. O Dr. S. também mostra como o problema de Anne e Mark muitas vezes é um resultado dessa diferença, e que essas diferenças, na verdade, complementam-se:

DR. S.: (A Mark.) E é isso que eu quero estimular, talvez uma nova forma de responder em vez de usar a *razão*, quando você começa a achar que os sentimentos de Anne não têm sentido. Em vez de dizer “Isso não tem sentido”, diga “O que eu estou ouvindo você dizer é que você não merece isso” – seja lá o que for. E o que eu estou esperando, Anne, é que ouvir Mark expressar que ele a entende faça você se sentir próxima dele.

ANNE: Sim, e definitivamente não seria a pressão de “você deve” (*Mark ri*).

Dr. S.: Anne, você fala das coisas a partir da vivência emocional, e Mark, você fala das coisas a partir da vivência racional; ambas são necessárias, ambas são importantes.

Essa parte do diálogo também revela como Anne e Mark desenvolveram distanciamento unificado em relação a seu problema. Anne usa a expressão “a pressão de ‘você deve’” para descrever o que antes tinha sido o tema central ao se sentir criticada por Mark, e Mark consegue rir de seu próprio comportamento.

CONCLUSÃO

Embora seja útil para propósitos ilustrativos, um único estudo de caso obviamente não estabelece conclusões generalizáveis em relação ao resultado do tratamento. Entretanto, os estudos que descrevemos mostram alguns resultados promissores para a eficácia da IBCT.

A IBCT faz parte daquilo que Hayes (2004) chamou de *terceira onda* da terapia comportamental. A *primeira onda* compreendia as abordagens tradicionais do condicionamento clássico e operante. A *segunda onda* incorporou as estratégias cognitivas. A terceira onda enfatizou “estratégias de mudanças contextuais e vivenciais, em acréscimo a outras mais diretas e didáticas” (p. 6). Aceitação e *mindfulness* são aspectos fundamentais das terapias da terceira onda. Embora essas terapias tenham gerado considerável entusiasmo e dados de confirmação, somente mais pesquisas de resultados estabelecerão se essas terapias em geral ou a IBCT em particular funcionarão para aliviar o sofrimento humano, incluindo o sofrimento substancial que ocorre nos relacionamentos de casal, com maior poder do que as duas primeiras ondas da terapia comportamental.

NOTAS

1. Usamos a expressão mais inclusiva *terapia de casal*, em vez de *terapia conjugal* mais limitada, porque o termo *terapia de casal* pode se referir a casais que não sejam casados, casais homossexuais assim como casais casados.
2. As informações de identificação foram modificadas para proteger a confidencialidade, mas a dinâmica clínica é retratada de forma precisa e as citações são tiradas diretamente de gravações das sessões, um pouco alteradas para ficar mais compreensíveis.
3. Não estão incluídos aqui exemplos de aplicações de intervenções de TBCT, que podem ser encontradas em outros lugares (p. ex., Cordova e Jacobson, 1993; Jacobson e Margolin, 1979).
4. Em nosso projeto, avaliamos a violência usando a CTS2 e excluímos qualquer casal em que a mulher informasse violência moderada a grave por parte do marido. Excluímos o casal antes da consulta com um dos terapeutas do projeto e os encaminhamos para

tratamento individual adequado à violência. O Dr. S. prosseguiu ao saber que a mulher não confirmara esse tipo de violência por parte do marido na CTS2 (embora ainda pudesse fazê-lo na sessão individual). Em um *setting* clínico, recomendamos que os profissionais apliquem o Questionário do Casal ou o CTS2 em todos os pacientes e sigam com as sessões individuais, onde tratarão especificamente de itens sobre violência do formulário que a pessoa tiver confirmado que cometeu ou sofreu. Com base nessas entrevistas, o profissional deve encaminhar os pacientes quando for o caso (Jacobson e Gottman, 1998).

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Atkins, D. C., Berns, S. B., George, W., Doss, B., Gattis, K., & Christensen, A. (2005). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 893-903.
- Atkins, D. C., Dimidjian, S., Bedics, J. D., & Christensen, A. (2009). Couple discord and depression in couples during couple therapy and in depressed individuals during depression treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 1089-1099.
- Baucom, B. R., Atkins, D. C., Simpson, L. E., & Christensen, A. (2009). Prediction of response to treatment in a randomized clinical trial of couple therapy: A 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 160-173.
- Baucom, D. H., & Epstein, N. (1990). *Cognitive behavioral marital therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Baucom, D. H., Epstein, N., & Rankin, L. A. (1995). Cognitive aspects of cognitive behavioral marital therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 65-90). New York: Guilford Press.
- Baucom, D. H., & Hoffman, J. A. (1986). The effectiveness of marital therapy: Current status and application to the clinical setting. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 597-620). New York: Guilford Press.
- Baucom, D. H., Shoham, V. M., Kim, T., Daiuto, A. D., & Stickle, T. R. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 53-88.
- Baucom, K. J. W., Sevier, M., Eldridge, K. A., Doss, B. D., & Christensen, A. (2011). Observed communication in couples two years after integrative and traditional behavioral couple therapy: Outcome and link with five-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 565-576.
- Beach, S. R. H., Wamboldt, M. Z., Kaslow, N. J., Heyman, R. E., First, M. B., Underwood, L. G., et al. (2006). *Relational processes and DSM-V: Neuroscience, assessment, prevention, and treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

- Buehler, C., Anthony, C., Krishnakumar, A., Stone, G., Gerard, J., & Pemberton, S. (1997). Interparental conflict and youth problems behaviors: A meta-analysis. *Journal of Child and Family Studies*, 6, 233-247.
- Christensen, A. (2009). Couple Questionnaire. Unpublished questionnaire. (To obtain this freely available measure, contact Andrew Christensen, PhD, UCLA Department of Psychology, Los Angeles, CA 90095; christensen@psych.ucla.edu.)
- Christensen, A. (2010). Weekly Questionnaire. Unpublished questionnaire. (To obtain this freely available measure, contact Andrew Christensen, PhD, UCLA Department of Psychology, Los Angeles, CA 90095; christensen@psych.ucla.edu.)
- Christensen, A., Atkins, D. C., Baucom, B., & Yi, J. (2010). Marital status and satisfaction five years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 225-235.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Berns, S., Wheeler, J., Baucom, D. H., & Simpson, L. E. (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 176-191.
- Christensen, A., Atkins, D. C., Yi, J., Baucom, D. H., & George, W. H. (2006). Couple and individual adjustment for two years following a randomized clinical trial comparing traditional versus integrative behavioral couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1180-1191.
- Christensen, A., & Heavey, C. L. (1999). Interventions for couples. *Annual Review of Psychology*, 50, 65-102.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1997). *Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory: Unpublished measures*. Los Angeles: University of California, Los Angeles.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (2000). *Reconcilable differences*. New York: Guilford Press.
- Christensen, A., Doss, B. D., & Jacobson, N. S. (2014). *Reconcilable differences* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Christensen, A., Jacobson, N. S., & Babcock, J. C. (1995). Integrative behavioral couple therapy. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 31-64). New York: Guilford Press.
- Cordova, J., & Jacobson, N. S. (1993). Couple distress. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2nd ed., pp. 481-512). New York: Guilford Press.
- Crane, D. R., & Mead, D. E. (1980). The Marital Status Inventory: Some preliminary data on an instrument to measure marital dissolution potential. *American Journal of Family Therapy*, 8(3), 31-35.
- Doss, B. D., & Christensen, A. (2006). Acceptance in romantic relationships: The Frequency and Acceptability of Partner Behavior Inventory. *Psychological Assessment*, 18, 289-302.
- Doss, B. D., Thum, Y. M., Sevier, M., Atkins, D. C., & Christensen, A. (2005). Improving relationships: Mechanisms of change in couple therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 624-633.
- Epstein, N., & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced cognitive-behavioral therapy for couples: A contextual approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Floyd, F. J., & Markman, H. J. (1983). Observational biases in spouse observation: Toward a cognitive/behavioral model of marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 450-457.
- Floyd, F. J., Markman, H. J., Kelly, S., Blumberg, S. L., & Stanley, S. M. (1995). Preventive intervention and relationship enhancement. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 212-230). New York: Guilford Press.
- Funk, J. L., & Rogge, R. D. (2007). Testing the ruler with item response theory: Increasing precision of measurement for relationship satisfaction with the Couples Satisfaction Index. *Journal of Family Psychology*, 21, 572-583.
- Gottman, J., Notarius, C., Gonso, J., & Markman, H. (1976). *A couple's guide to communication*. Champaign, IL: Research Press.
- Gupta, M., Coyne, J. C., & Beach, S. R. H. (2003). Couples treatment for major depression: Critique of the literature and suggestions for some different directions. *Journal of Family Therapy*, 25, 317-346.
- Gurman, A. S., Knickerson, D. P., & Pinsof, W. M. (1986). Research on the process and outcome of marital and family therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 565-624). New York: Wiley.
- Hahlweg, K., Schindler, L., Revenstorf, D., & Brengelmann, J. C. (1984). The Munich Marital Therapy Study. In K. Hahlweg & N. S. Jacobson (Eds.), *Marital interaction: Analysis and modification* (pp. 3-26). New York: Guilford Press.
- Halford, W. K. (2001). *Brief therapy for couples: Helping partners help themselves*. New York: Guilford Press.
- Halford, W. K., Hayes, S., Christensen, A., Lambert, M., Baucom, D. H., & Atkins, D. C. (2012). Toward making progress feedback an effective common factor in couple therapy. *Behavior Therapy*, 43, 49-60.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S. C. Hayes, V. M. Follette, & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition* (pp. 1-29). New York: Guilford Press.
- Heavey, C. L., Christensen, A., Malamuth, N. M. (1995). The longitudinal impact of demand and withdrawal during marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 797-801.
- Holtzworth-Munroe, A., & Jacobson, N. S. (1991). Behavioral marital therapy. In A. S. Gurman & D. P. Knickerson (Eds.), *Handbook of family therapy* (2nd ed., pp. 96-133). New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S. (1977). Problem solving and contingency contracting in the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 92-100.
- Jacobson, N. S. (1978a). A review of the research on the effectiveness of marital therapy. In T. J. Paolino & B. S.

- McGrady (Eds.), *Marriage and marital therapy: Psychoanalytic, behavioral, and systems theory perspectives* (pp. 395-444). New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S. (1978b). Specific and nonspecific factors in the effectiveness of a behavioral approach to the treatment of marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 442-452.
- Jacobson, N. S. (1984). A component analysis of behavioral marital therapy: The relative effectiveness of behavior exchange and problem solving training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 295-305.
- Jacobson, N. S., & Addis, M. E. (1993). Research on couple therapy: What do we know? Where are we going? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 85-93.
- Jacobson, N. S., & Christensen, A. (1998). *Acceptance and change in couple therapy: A therapist's guide to transforming relationships*. New York: Norton.
- Jacobson, N. S., Christensen, A., Prince, S. E., Cordova, J., & Eldridge, K. (2000). Integrative behavioral couple therapy: An acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 351-355.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Pagel, M. (1986). Predicting who will benefit from behavioral marital therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 518-522.
- Jacobson, N. S., Follette, W. S., Revenstorf, D., Baucom, D. H., Hahlweg, K., & Margolin, G. (1984). Variability in outcome and clinical significance of behavior marital therapy: A reanalysis of outcome data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 497-564.
- Jacobson, N. S., & Gottman, J. (1998). *When men batter women: New insights into ending abusive relationships*. New York: Simon & Schuster.
- Jacobson, N. S., & Holtzworth-Munroe, A. (1986). Marital therapy: A social learning/cognitive perspective. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Eds.), *Clinical handbook of marital therapy* (pp. 29-70). New York: Guilford Press.
- Jacobson, N. S., & Margolin, G. (1979). *Marital therapy: Strategies based on social learning and behavior exchange principles*. New York: Brunner/Mazel.
- Jacobson, N. S., Schmalings, K. B., & Holtzworth-Munroe, A. (1987). Component analysis of behavioral marital therapy: Two-year follow-up and prediction of relapse. *Journal of Marital and Family Therapy*, 13, 187-195.
- Knox, D. (1971). *Marital happiness: A behavioral approach to counseling*. Champaign, IL: Research Press.
- Lieberman, R. P. (1970). Behavioral approaches to family and couple therapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 40, 106-118.
- Lieberman, R. P., Wheeler, E. G., deVisser, L. A., Kuehnelt, J., & Kuehnelt, T. (1981). *Handbook of marital therapy: A positive approach to helping troubled relationships*. New York: Plenum Press.
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of Substance Abuse and Treatment*, 18, 51-54.
- Sevier, M., Eldridge, K., Jones, J., Doss, B., & Christensen, A. (2008). Observed communication and associations with satisfaction during traditional and integrative behavioral couple therapy. *Behavior Therapy*, 39, 137-150.
- Simpson, L. E., Doss, B. D., Wheeler, J., & Christensen, A. (2007). Relationship violence among couples seeking therapy: Common couple violence or battering? *Journal of Marital and Family Therapy*, 33, 270-283.
- Skinner, B. F. (1966). *The behavior of organisms: An experimental analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Snyder, D. K., Castellani, A. M., & Whisman, M. A. (2006). Current status and future directions for couple therapy. *Annual Review of Psychology*, 57, 317-344.
- Snyder, D. K., Wills, R. M., & Grady-Fletcher, A. (1991). Long-term effectiveness of behavioral versus insight-oriented marital therapy: A 4-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 138-141.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316.
- Stuart, R. B. (1969). Operant interpersonal treatment for marital discord. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33, 675-682.
- Stuart, R. B. (1980). *Helping couples change: A social learning approach to marital therapy*. New York: Guilford Press.
- Weiss, R. L., & Cerreto, M. C. (1980). The Marital Status Inventory: Development of a measure of dissolution potential. *American Journal of Family Therapy*, 8(2), 80-85.
- Weiss, R. L., Hops, H., & Patterson, G. R. (1973). A framework for conceptualizing marital conflict, technology for altering it, some data for evaluating it. In L. A. Hamerlynck, L. C. Handy, & E. J. Mash (Eds.), *Behavior change: Methodology, concepts, and practice* (pp. 309-342). Champaign, IL: Research Press.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 638-643.
- Whisman, M. S., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 108, 674-678.
- Wile, D. B. (2008). *After the honeymoon: How conflict can improve your relationship* (Rev. ed.). Oakland, CA: Collaborative Couple Therapy Books.
- Wimberly, J. D. (1998). An outcome study of integrative couples therapy delivered in a group format (Doctoral dissertation, University of Montana, 1997). *Dissertation Abstracts International B: Sciences and Engineering*, 58(12), 6832.

ÍNDICE ONOMÁSTICO

A

- Aaronson, C. J., 16-17
Aasland, O. G., 539
Abbott, M. J., 122, 207
Abel, G. G., 66-67
Abela, J. R. Z., 291
Abramowitz, J. S., 11-12, 156, 157, 162-169, 174-176, 181-182
Abrams, D. B., 550-551, 562-563, 590, 608
Acarturk, C., 114
Achermann, P., 636-637
Acierno, R., 354, 368-369, 591
Adams, D., 465
Addington, D., 509-510
Addington, J., 509-510
Addis, M. E., 354, 355, 357, 698
Aderka, I. M., 114, 121
Adessky, R. S., 147-149
Adler, G., 394
Ager, R. D., 539
Agras, W. S., 1-2, 4, 12-13, 245, 331-332, 407, 408, 671, 682-683
Ahern, D., 166-167
Ahrens, A., 212-213
Aikins, D., 27-28
Akerstedt, T., 653-655
Akiskal, H. S., 156, 463, 475
Aksut, D., 157
Alarcon, R., 74-75
Albano, A. M., 239
Alberti, R., 629-630
Albon, J. S., 277
Alcaine, O. M., 207
Aldaz, C., 659-660
Alden, L. E., 117-118
Alford, B. A., 277
Alimohamed, S., 625-626
Allain, A. N., 73-74
Allen, B. A., 544
Allen, J. J., 168-169
Allen, K. L., 672
Allen, L. B., 14-15, 207, 241, 242, 394
Allison, K. C., 668
Allmon, D., 398
Allot, K., 508-509
Alloy, L. B., 466-467
Alneas, R., 5
Aloia, M., 652-653
Alonso, J., 615-616
Alpers, G., 240
Alterman, A. I., 588
Altman, B., 72-73, 77-78
Altshuler, L. L., 465, 474
Amass, L., 596-597
Amering, M., 4, 5
Ametaj, A. A., 238
Amick, A. E., 74-75
Amiri, M., 356-357
Amrhein, C., 9-10
Ancoli-Israel, S., 636-637, 641-642
Anderson, D. J., 4
Anderson, R. A., 165-166
Andersson, G., 10-11, 279, 617-618
Andreski, P., 78-79, 637-638
Andrews, B., 526
Andrews, G., 6, 11-12, 14-15, 24, 123, 162-163, 210-212, 240, 281
Angst, J., 157
Annis, H. M., 545-546
Anstee, J. A., 10-11
Anstey, K. J., 292
Antonuccio, D. O., 280, 281, 353, 619-620
Antony, M. M., 7-10, 13-14, 123, 157, 242
Appelbaum, A. H., 394
Appelo, M. T., 397
Appleton, C., 285-286
Arancio, C., 9-10
Arata, C. M., 72-73
Arch, J. J., 30-31, 208-209
Arendt, M., 11-12
Arkowitz, H., 251
Armento, M. E. A., 356-357, 368-369
Armitage, R., 659-660
Armstrong, H. E., 398
Arnow, B. A., 12-13, 301-302
Arntz, A., 12-15, 26-27
Arrindell, W., 12-13
Artz, C. E., 78-79
Asbahr, F. R., 165-166
Asberg, M., 175-176
Ashbaugh, A., 123
Askenasy, J. J. M., 636-637
Astin, M. C., 63, 77-78
Atkins, D. C., 404, 712-714
Auchterlonie, J. L., 66-67
Auerbach, R. P., 291
Austin, D. W., 10-12
Aveneoli, S., 240
Averill, P. M., 25-26
Aviram, R. B., 393
Axelrod, R., 66-67
Axelson, D. A., 461-462, 471-472, 475, 495-496
Azrin, N., 551-552
Azrin, N. H., 591, 594

B

- Babcock, J. C., 697
Babor, T. F., 539
Bachofen, M., 10-11, 164-165
Bachorowski, J. A., 349
Badger, G. J., 590, 596-597
Baer, L., 157-159, 181-182
Bagby, R. M., 278
Baier, A., 563-564
Bailey, E., 367-368
Bailleux, S., 289
Bain, J. D., 620-621
Baker, M., 501-502
Baker, R., 620-621
Baldessarini, R. J., 465-466
Baldwin, D. S., 14-15
Baldwin, L. E., 25-26
Ball, J. R., 292
Ball, R., 587
Ball, S. A., 589
Ballenger, J. C., 207
Bandelow, B., 7-8
Banks, S., 636-637
Baracaia, S., 652-653
Barbee, J. G., 207
Barber, J. P., 285-286, 348-349

- Barbui, C., 396
 Barkham, M., 626-627
 Barlow, D. H., 1-16, 18-23, 25-28, 30-35, 62, 114, 115, 122, 129-130, 155, 206, 209-211, 231-233, 237-241, 244, 245, 248, 249, 252, 254, 255, 275, 276, 331, 352, 393, 394, 423-424, 461, 501, 531, 584, 613, 636, 665, 697
 Barnes, T. R. E., 511-512
 Barnhofer, T., 283
 Barnoski, R., 349, 400
 Barns, T. R. E., 508-509
 Barraca, J., 356-357
 Barratt, S., 509-510
 Barrera, M., Jr., 354
 Barrett, P., 165-166
 Barrowclough, C., 501-502, 504-505, 508-509, 526, 527
 Barry, T., 639-640
 Barsky, A. J., 1-2, 166-167
 Bartlett, T. S., 291
 Baruch, D. E., 367-368
 Basco, M. R., 292
 Basoglu, M., 16-17, 27-28, 157, 172-173
 Bastien, C. H., 641-642
 Bateman, A., 394, 395, 396
 Baucom, B. R., 712-713
 Baucom, D. H., 698, 712-713
 Baucom, K. J. W., 712-713
 Bauer, M. S., 469
 Baumeister, S. E., 557-558
 Beach, B., 408
 Beach, B. K., 292
 Beach, S. R. H., 291, 697, 698
 Bearden, C., 465
 Beauchaine, T. P., 413-414
 Bebbington, P., 508-509
 Bebbington, P. E., 504-505
 Beck, A. T., 30-31, 124, 160-161, 166-167, 244, 252, 254, 275-277, 281, 284-286, 291, 297-298, 311-312, 332-333, 336-337, 354, 356-357, 359-360, 364-365, 375-376, 388, 397, 436-437, 501-503, 587, 602-603, 651-652
 Beck, J. G., 25-28
 Beck, J. S., 130-131, 133-134, 277, 651-652
 Becker, E., 116
 Becker, E. S., 115
 Becker, J. V., 66-67
 Becker, R. E., 115, 118-119, 121, 128-130, 147-149
 Bedics, J. D., 404, 714
 Beekman, A. T. F., 279
 Beem, C., 545-546
 Beens, H., 166-167
 Beesdo, K., 4
 Beesdo-Baum, K., 4
 Beglin, S. J., 674
 Behar, E., 207, 208-209
 Beidel, D. C., 115, 123
 Bejerot, S., 117-118
 Belanger, L., 207
 Bell, J. L., 368-369
 Bellack, A. S., 115, 123, 591
 Belleville, G., 640
 Bellino, S., 278
 Bellodi, L., 9-10, 157
 Belluardo, P., 279
 Belnap, B. H., 249
 Benefield, R., G., 564-565
 Bengner, M., 117-118
 Benjamin, L., 356-357
 Benjamin, L. S., 415
 Bennett, M. E., 535, 591
 Bennett, S., 5
 Bennett, S. M., 238
 Bennett-Levy, J., 355
 Bentley, K. H., 248
 Berchick, R. J., 436-437
 Berger, M., 117-118
 Berger, P., 118-119
 Berglund, M., 554-555
 Berglund, P., 4, 65-66, 77-78
 Bergman, R. L., 168-169
 Berk, M., 465
 Berlin, K. S., 356-357
 Berman, S. R., 641-642
 Bernal, G., 617-618
 Bernat, J. A., 79-80
 Berndt, E. R., 276
 Berrettini, W., 464
 Berry, C., 331
 Bertani, A., 9-10
 Besalel, V. A., 591, 594
 Besset, A., 636-637, 659-660
 Best, C. L., 64, 66-67
 Beutler, L. E., 291, 292, 613, 615-618, 620-621, 625-626
 Bhangoo, R. K., 461-462
 Bhar, S. S., 277
 Bhaskara, L., 25-26
 Biancosino, B., 396
 Bickel, W. K., 596-597
 Biddle, D., 80-81
 Biederman, J., 4
 Bigda-Peyton, J., 291
 Bigelow, G. E., 589
 Biggs, M. M., 278
 Biglan, A., 353
 Billiard, M., 636-637, 659-660
 Billings, A., 533
 Binder, J. L., 301-302
 Biondi, F., 8-9
 Birchwood, M., 502-503, 525
 Bird, V., 503-504, 508-509
 Birmaher, B., 461-462, 471-472, 495-496
 Birnbaumer, N., 9-10
 Bishop, S., 277, 278
 Bittencourt, J., 212-213
 Bittner, A., 4
 Biuckians, A., 466-467
 Bixler, E. O., 638-639
 Black, D. W., 5, 397
 Blackburn, I. M., 277, 279, 355
 Blais, F., 659-660
 Blake, D. D., 70-72
 Blake, R., 652-653
 Blanchard, E. B., 63, 72-73, 75-78
 Blanco, C., 115, 117-118, 120, 125
 Bland, J. M., 367-368
 Bland, K., 12-13
 Blatt, S. J., 348-349
 Blazer, D. G., II, 331-332
 Bledsoe, S. E., 292
 Bleiberg, K. L., 331-332, 334, 338-340
 Blendell, K. A., 116
 Blevins, D., 211-212
 Block, R. I., 8-9
 Blum, N., 397
 Blumberg, S. L., 698
 Blumenthal, R., 249
 Bockting, C. L. H., 280
 Bodden, D., 165-166
 Boden, M. T., 147-149
 Bodenlos, J. S., 368-369
 Boelen, P. A., 240
 Boesky, L., 408
 Bogels, S. M., 165-166
 Bogetto, F., 278
 Bohart, A. C., 615-616
 Bohlmeijer, E. T., 249
 Bohn, K., 673, 674, 682-683, 688-689
 Bohn, P., 9-10
 Bohni, M. K., 11-12
 Bohus, M., 394-396, 349, 400, 423-424
 Bolland, R. J., 276, 279, 283, 321-322
 Bolton, C., 504-505
 Bolton, E., 501-502
 Bond, F. W., 213-214
 Boney-McCoy, S., 545-546, 703, 704
 Bongar, B., 617-618
 Bonn, J. A., 27-28
 Bootzin, R. R., 636-639, 648-649
 Borbely, A. A., 636-637
 Borden, J. W., 181-182

- Borkovec, T. D., 207-213, 231-233, 244, 253, 254, 355, 638-639
 Bos, E. H., 397
 Bose, A., 212-213
 Boswell, J. F., 240-241
 Bothwell, S., 356-357
 Bottlender, R., 461-462
 Bouchard, S., 10-11, 26-27
 Bouchery, E. E., 584
 Boulougouris, J. C., 163-164
 Boulter, N., 165-166
 Bouman, T. K., 4
 Bouton, M. E., 7-10, 17-18, 28-29, 239, 240
 Bowen, G. R., 74-75
 Bowers, C. A., 590, 627-628
 Bowers, W., 5
 Bowers, W. A., 278, 279
 Bowlby, J., 332-333
 Bowler, K., 292
 Boyd, J. L., 472-473
 Brabban, A., 501-502, 508-509
 Bradley, R., 77-78, 413-414
 Bradley, R. G., 400
 Bradwejn, J., 117-118, 277
 Brengelmann, J. C., 698
 Brent, D. A., 393
 Breslau, N., 78-79, 637-638
 Breuer, P., 7-8
 Brewer, R. D., 584
 Brewin, C. R., 16-17, 68-70
 Brief, D. J., 73-74
 Briere, J., 72-73
 Bright, P., 9-10, 22-23
 Brodaty, H., 292
 Brodsky, B. S., 393
 Brom, D., 74-75
 Bromet, E., 64, 276
 Brondino, M. J., 591
 Bronson, D., 551-552
 Broocks, A., 27-28
 Brooker, C., 501-502
 Brouillard, M., 4
 Brouwers, C., 14-15
 Brovko, J., 550-551
 Brown, B., 231-233
 Brown, C. H., 591
 Brown, E. J., 115, 116, 123, 135-136
 Brown, G., 436-437
 Brown, G. K., 124, 244, 332-333, 356-357, 397
 Brown, G. S., 626-627
 Brown, J. M., 544
 Brown, L., 28-29
 Brown, L. A., 211-212
 Brown, M. Z., 398
 Brown, S. M., 240
 Brown, T., 157
 Brown, T. A., 1-2, 4, 6-10, 13-15, 18-19, 22-23, 27-28, 30-32, 122, 209-210, 231-233, 238-241, 244, 249
 Browning, L., 638-639
 Brozovich, F. A., 117-120
 Bruce, M. L., 697
 Bruce, S. E., 115, 206
 Bruce, T. J., 30-31
 Bruch, M. A., 115, 116, 118-119
 Bryant, R. A., 77-78
 Bryson, S. W., 331-332, 671
 Buckley, T. C., 63, 72-73
 Budney, A. J., 591, 596-597
 Buehler, C., 697
 Buglass, P., 12-13
 Buie, D. H., 394
 Buitelaar, J. K., 165-166
 Bullis, J. R., 238
 Burbeck, R., 469
 Burgess, P., 63
 Burlingame, G., 615-616
 Burns, D., 627-628
 Burns, D. D., 292, 299-300
 Burns, T., 501-502
 Burt, M. R., 78-79
 Busch, A. M., 356-357, 368-369
 Bush, A. J., 637-638
 Butler, A. C., 30-31
 Butler, S. F., 301-302
 Butzlaff, R. L., 466-467
 Bux, D. A., 168-169
 Buyse, B., 659-660
 Buysse, D., 641-643
 Byrne, S. M., 672
 Bystritsky, A., 9-12
C
 Cacciola, J. C., 588
 Caddell, J. M., 66-67, 70-72
 Cahill, S. P., 161-162
 Cain, C. K., 28-29
 Calabrese, J. R., 463
 Calam, R., 518-519
 Calhoun, K. S., 79-80
 Callahan, J. L., 617-618
 Calugi, S., 672
 Cameron, O. G., 4
 Camilleri, A. J., 63
 Campbell, B. N., 122
 Campbell, C. D., 117-118
 Campbell, L., 157
 Campbell, L. A., 5, 18-19, 122, 240, 242, 244
 Campbell, M., 368-369
 Campbell, W., 554-555
 Campbell-Sills, L., 9-10, 29-30, 238, 240, 241, 248
 Canestrari, R., 280
 Caputo, G., 9-10, 22-23
 Carey, R., 181-182
 Carise, D., 588
 Carl, J. R., 238, 248
 Carlbring, P., 10-12
 Carleton, R. N., 123
 Carlson, G. A., 475
 Carlson, J. G., 67-68
 Carney, C. E., 642-643
 Carpenter, K. M., 357
 Carr, A. C., 394
 Carr, A. T., 160-161
 Carrier, J., 642-643
 Carroll, K. M., 589, 590, 595
 Carskadon, M. A., 636-639, 650-651
 Carter, G. L., 400
 Carter, M. M., 15-16
 Carter, R., 281
 Carter, S. R., III, 263
 Caruso, L. S., 638-639
 Carvalho, J. P., 356-357
 Carver, C. S., 466-467
 Caspi, A., 240
 Castellani, A. M., 698
 Castonguay, L. G., 285-286, 301-302, 355, 615
 Castriotta, N., 4
 Cath, D. C., 159-160
 Cavanaugh, M. M., 401
 Cerny, J., 12-13
 Cerny, J. A., 12-14, 30-31
 Cerreto, M. C., 703, 704
 Chalkley, A., 24
 Chambers, W. J., 475
 Chambless, D. L., 5, 8-10, 12-16, 22-23, 116, 121, 128, 147-149, 157, 161-162, 208-209, 212-213, 639-640
 Chaney, E. F., 559-560
 Chapman, D. P., 276, 283
 Chapman, J. E., 30-31
 Chaput, Y., 11-12
 Chard, K. M., 67-68, 77-81
 Charlesworth, S. E., 397
 Charney, D. S., 1-2, 461-462
 Chartier, M., 283
 Chemtob, C., 67-68
 Chemtob, C. M., 79-80
 Chen, E., 9-10
 Cheng, Y., 495-496
 Cherry, S., 331-332
 Chesin, M. S., 394
 Cheslow, D., 156
 Chesson, A. L., Jr., 638-639
 Chevron, E. S., 331-333
 Chevron, R. S., 469
 Chiapetta, L., 394

- Chittenden, E. H., 158-159
 Chiu, W. T., 4, 5, 65-66
 Choate, M. L., 394
 Chodron, P., 209-210
 Choquette, K. A., 563-564
 Chorpita, B. F., 6, 239
 Christensen, A., 697, 698, 703-708, 711-714, 716
 Christiansen, J., 5
 Christie, J. E., 277
 Christopher, M. S., 355
 Christopher, P. J., 536
 Chronholm, B., 175-176
 Chu, B., 126
 Churchill, E., 124
 Cichon, J., 66-67
 Cipriani, A., 280, 396
 Cisek, E., 368-369
 Cisler, J. M., 209-210, 394, 559-560
 Cissell, S. H., 248
 Claiborn, J. M., 72-73
 Clancy, J., 4
 Clara, I. P., 64
 Clark, D., 26-27
 Clark, D. A., 160-161, 237, 276
 Clark, D. B., 9-10
 Clark, D. M., 5, 8-12, 24-28, 30-31, 68-70, 117-121, 125, 166-167, 638-639, 645-647
 Clark, L. A., 6, 239, 248, 281, 282
 Clarke, G., 640
 Clarke, J., 12-13
 Clarke, J. C., 123, 244
 Clarkin, J., 617-618
 Clarkin, J. F., 395, 401, 616-617
 Claudino, A. M., 671
 Cleary, P. D., 1-2
 Clements, K., 590
 Cloitre, M., 64, 76-77, 79-80
 Clougherty, K. F., 331
 Clum, G. A., 10-11
 Cobb, A. M., 166-167
 Cobb, J., 162-163
 Cochran, R., 502-503
 Cohen, A. N., 466-467
 Cohen, D. J., 158-159
 Cohen, J., 501-502, 615
 Cohen, J. A., 77-78
 Cohen, L. R., 76-77
 Cohen, S., 12-13
 Cohn, A. M., 548-549
 Cole, J. C., 638-639
 Coles, M. E., 116, 129-130
 Collins, K. A., 124
 Collins, T. M., 118-119
 Colom, F., 292, 465-466, 469
 Comer, J. S., 238
 Comings, D. E., 158-159
 Comtois, K. A., 404
 Cong, E., 283
 Conklin, C. Z., 394
 Connolly, K. R., 281
 Connor, K. M., 123, 124
 Connors, G. J., 554-555
 Conrad, B. E., 16-17
 Constans, J. I., 161-162
 Constantino, M. J., 659-660
 Conte, H. R., 278
 Conti, S., 279, 280
 Conway, M., 285-286
 Cook, M., 9-10
 Cook, S., 550-551
 Cooney, N. L., 550-551, 608
 Coons, M. J., 123
 Cooper, Z., 665, 668, 669, 672-677, 681-684
 Copello, A., 545-546
 Cordova, J., 711-712, 721-722
 Cormier, H. J., 10-11
 Cornelius, J., 393, 533
 Corry, J., 30-31, 211-212, 281
 Cory, S. E., 29-30
 Coryell, W., 463
 Costello, E., 207
 Cote, G., 10-11
 Cottraux, J., 166-168, 279, 355, 397
 Cottrol, C., 78-79
 Courbasson, C., 401
 Covi, W., 77-78
 Covin, R., 207
 Cowley, D. S., 5
 Cox, B. J., 1-2, 4, 8-11, 64, 116, 123, 125, 349
 Cox, G. B., 535
 Cox, M., 531
 Cox, W. M., 590
 Coyle, K., 638-639
 Coyne, J. C., 698
 Craighead, L. W., 402
 Craighead, W. E., 292, 368-369
 Crane, D. R., 703, 704
 Craske, M. G., 1-4, 6-17, 20-24, 27-35, 155, 163-164, 208-209, 240, 245, 252, 255
 Creamer, M., 63, 80-81
 Crews, W. D., Jr., 285-286
 Crick, F., 636-637
 Crino, R., 162-163
 Crits-Christoph, P., 397
 Crockett, D. J., 63
 Cronkite, R., 579
 Crouch, J. L., 591
 Croughan, J., 71-72
 Crow, S., 672
 Crowell, S. E., 413-414
 Crowley, S. J., 650-651
 Cucherat, M., 279, 355
 Cuellar, A. K., 464
 Cuijpers, P., 11-12, 114, 331-332, 355-357, 617-618
 Culbert, J. P., 638-639
 Cullen, J. M., 367-368
 Culver, N., 28-29, 29-30
 Cunningham, J. A., 536
 Curran, J., 367-369
 Curry, J. F., 292
 Curtis, G. C., 4
 Cuthbertson, B., 466-467
 Cutler, N. R., 465
 Cutter, C. J., Jr., 397
 Cutter, H. S. G., 563-564
- ## D
- Dadds, M., 165-166
 Daiuto, A. D., 698
 Daley, S. E., 466-467
 Dalglish, T., 68-70
 Dalle Grave, R., 672, 673, 681-682
 Dancu, C. V., 71-72, 123, 249
 Dang, S. T., 77-78
 Dansky, B. S., 64
 Danton, W. G., 280, 281, 619-620
 Dare, C., 671
 Dattilio, F., 630-631
 Dattilio, F. M., 20-22
 Daughters, S. B., 354, 355, 368-369
 Dausch, B. M., 476-477
 David, D., 281
 Davidson, J. R., 70-71
 Davidson, J. R. T., 116, 124, 125, 212-213
 Davies, E. W., 464
 Davies, S., 9-10
 Davila, J., 283
 Davis, C. G., 7-8
 Davis, C. S., 545-546
 Davis, G. C., 78-79
 Davis, K. L., 413-414
 Davis, M., 29-30
 Davis, N. R., 28-29
 Davison, G. C., 413-414
 Davison, M. R., 286
 Dawson, M. S., 367-368
 De Araujo, L. A., 163-164, 164-165
 de Beurs, E., 16-17, 24, 27-28
 De Cort, K., 9-10
 de Geus, F., 157
 de Graaf, R., 114, 279
 de Haan, E., 157, 165-166
 de Jong, J., 72-73
 de Jong, M. G., 4
 de la Fuente, J. R., 539
 de Oliveira, I. R., 276
 de Ruiter, C., 24

- de Zwaan, M., 673
 Deacon, B., 11-12
 Deagle, E. A., 25-26
 Deale, A., 163-164
 Debiec, J., 29-30
 Debray, Q., 289
 Deckersbach, T., 469
 Deckert, J., 6
 DeCola, J. P., 9-12
 Defares, P. B., 74-75
 Del Re, A., 615
 Delaney, H. D., 535, 554-555
 Delaney, S. I., 550-551
 DeLuca, A., 546-548
 Dement, W. C., 636, 641-642
 Demler, O., 4, 65-66
 Den Boer, J. A., 6
 DeNelsky, G. Y., 280, 619-620
 Dengler, W., 9-10
 Dennis, J., 638-639
 Denny, N., 73-74
 Denollet, J., 123
 Denson, L. A., 282
 Denys, D., 157
 Derogatis, L. R., 72-73
 DeRubeis, R. J., 277, 280, 282, 285-286, 619-620
 DeSilva, P., 170-171
 DeVeauh-Geiss, J., 167-168
 Devilly, G. J., 77-78
 deVisser, L. A., 698
 Dewey, D., 12-13
 Di Nardo, P. A., 18-19, 115, 122, 212-213, 241, 244
 Diaferia, G., 157
 Diamond, G. M., 615-616
 Diamond, S., 533
 Diaz, M. L., 254
 DiClemente, C. C., 536
 Diefenbach, G. J., 175-176
 Diels, L., 12-13
 Dijk, D. J., 637-638
 Dillon, A. L., 64
 DiMarco, I. D., 208-209
 Dimeff, L. A., 355, 394, 396
 Dimidjian, S., 211-212, 254, 352, 354-357, 367-369, 388, 659-660, 714
 Dingemans, P., 466-467
 Dinges, D. F., 636-637
 Diniz, J. B., 157
 Direnfeld, D. M., 123
 Dixon, L., 401
 Dixon, L. B., 501-502
 Dobson, K. S., 276, 280, 281, 355
 Dodge, C. S., 115, 116, 121
 Doering, S., 395
 Dohn, D., 7-8
 Dohrenwend, B. P., 65-66
 Dolenc, L., 659-660
 Doll, H. A., 672
 Doll, R., 501-502
 Dollard, J., 159-160
 Dombeck, M. J., 9-10
 Domschke, K., 6
 Donnelly, M., 30-31
 Donohue, B., 591
 Donovan, D., 543
 Donovan, D. M., 538, 559-561, 627-628
 Donovan, S., 348-349
 Doolin, E. M., 616-617
 Doran, N., 367-368
 Doss, B. D., 697, 703-705, 712-713
 Dougherty, D. D., 167-168
 Dougherty, D. M., 466-467
 Dougherty, L. R., 283
 Dow, M., 30-31
 Dow, M. G., 278
 Downie, F., 157
 Dozois, D. J. A., 124, 207, 251
 Drabant, E. M., 240
 Drachler, M. P. de L., 535
 Dreesen, L., 14-15
 Drummond, P., 77-78
 Drury, V., 502-503
 Dube, S. R., 283
 DuBois, D. L., 292
 Duff, K., 7-8
 Dugas, M. J., 160-161, 207-209
 Dukes, E. M., 207
 Duncan, B. L., 626-627
 Dunn, G., 503-504
 Dunn, J., 289
 Dunn, M. E., 590, 627-628
 Dunn, T. D., 281
 Dupuis, G., 14-15
 Durrant, J. D., 9-10
 Durrence, H. H., 637-638
 Dutra, L., 77-78
 Dvir, S., 368-369
 Dworkin, B. R., 8-9
 Dworkin, S., 8-9
 Dyck, I., 157, 206
 Dykman, B. M., 283
- E**
 East, M. P., 638-639
 Eaton, W. W., 8-9, 115
 Eaves, L. J., 6
 Eberhart, N. K., 291
 Eberle, J. E., 406
 Echiverri, A. M., 29-30
 Edelmann, R. E., 147-149
 Edge, M. D., 466-467
 Edinger, J. D., 637-638, 641-642, 659-660
 Edmunds, C. N., 73-74
 Egan, S. J., 355
 Ehlers, A., 1-2, 5, 7-10, 67-70, 245
 Ehlers, C. L., 465-466
 Eidelman, P., 655-656, 659-660
 Eifert, G. H., 9-10, 29-30, 292
 Eisemann, M., 289
 Eisen, J., 157
 Eisen, J. L., 156-160
 Eisendrath, S., 283
 Eisler, R. M., 559-560
 Ekers, D., 356-357, 367-368
 Ekers, D. M., 367-368
 Ekselius, L., 10-11
 Elbert, T., 77-78
 Eldridge, K., 711-713
 Eldridge, K. A., 712-713
 Eley, T. C., 6
 Elkin, I., 277, 281, 285-286, 334, 347-348
 Ellard, K. K., 209-210, 237, 238, 256, 269, 613, 665
 Elliott, P., 80-81
 Elliott, R., 615-616
 Ellis, A., 166-167, 436-437
 Elting, D. T., 135-136
 Emery, G., 252, 276, 354
 Emmelkamp, P., 12-13
 Emmelkamp, P. M., 5
 Emmelkamp, P. M. G., 116, 121, 157, 164-167, 174-175
 Emmerson, L. C., 508-509
 Emmons, M., 629-630
 Endicott, J., 249, 331, 463
 Endler, N. S., 4
 Engels, M. L., 7-8
 Enns, M. W., 64
 Epstein, A. M., 1-2
 Epstein, D., 648-649
 Epstein, E. E., 536, 545-546, 550-552, 562-563, 579
 Epstein, N., 698
 Erbaugh, J., 602-603
 Erisman, S. M., 208-209
 Erwin, B. A., 115, 147-149
 Esch, R. A., 596-597
 Escudero, V., 615-616
 Espie, C. A., 638-639, 649-652, 656-657
 Esposito-Smythers, C., 278
 Etkin, A., 207, 394
 Eubanks-Carter, C., 628-629
 Evans, D. L., 168-169
 Evans, L., 11-12

Evans, M. D., 277-280
 Evans, S., 210-211
 Everitt, B., 502-503
 Evershed, S., 401
 Eynan, R., 393
 Eysenck, H. J., 6, 238

F

Fairbank, J. A., 70-73
 Fairburn, C. G., 331-332, 665,
 668-686, 688-689, 692-694
 Fairholme, C. P., 209-210, 237, 613,
 665
 Falbo, J., 26-27
 Fallon, M., 115
 Falloon, I. R. H., 472-473, 482
 Falsetti, S. A., 71-72
 Fals-Stewart, W., 162-165
 Faragher, B., 511-512
 Faraone, S. V., 4
 Faravelli, C., 8-9
 Farber, B. A., 616-617
 Farchione, T. J., 209-210, 237, 241,
 248, 613, 665
 Farrell, J., 284-285
 Farrell, J. M., 398
 Farrell, L., 165-166
 Farrell, L. J., 158-159
 Fatemi, S. H., 463
 Fava, G. A., 4, 279, 280
 Fava, M., 283
 Favrod, J., 501-502
 Fazel, S., 526
 Feeley, M., 285-286
 Feeny, N. C., 78-79, 168-169
 Feigenbaum, J. D., 349, 401
 Feigenbaum, W., 11-12, 26-27
 Feldman, G., 283, 402
 Feldner, M. T., 394
 Feng, C. Y., 279
 Ferenschak, M. P., 77-78
 Fergus, K. D., 10-11
 Fergus, T. A., 123
 Fergusson, D. M., 7-8
 Ferris, R., 292
 Ferster, C. B., 353-355, 388
 Feske, U., 116
 Festinger, D. S., 586
 Fiebach, C. J., 240
 Fiedeldij Dop, M., 24
 Fiedorowicz, J. G., 461-462
 Fiegenbaum, W., 7-8
 Fillmore, H. H., 368-369
 Filstead, W., 551-552
 Findling, R. L., 461-462
 Fink, E. B., 546-548
 Finney, J. W., 533, 535, 579
 Fiola, L. A., 355

Fiore, M. C., 585
 First, M. B., 18-19, 71-72, 244,
 356-357, 461-462, 475, 544
 Fischer, S. C., 162-163
 Fitzgibbons, L. A., 78-79
 Flament, M., 156, 157
 Flatow, L., 466-467
 Fleming, J. E., 210-211
 Floyd, D. L., 292
 Floyd, F. J., 698
 Floyd, M., 292
 Flückiger, C., 615
 Foa, E. B., 27-28, 64, 67-72, 74-79,
 116, 155-169, 171-175, 180-181,
 249, 355, 419, 423-424, 436-437
 Follette, V. M., 209-210
 Follette, W. C., 698
 Follingstad, D., 400
 Fonagy, P., 394, 395, 396
 Fontana, A., 73-74, 78-79
 Foote, J., 546-548
 Ford, D. E., 637-638
 Forgue, D. F., 72-73
 Forman, E. M., 30-31
 Forsyth, J. P., 7-8, 22-23, 394
 Fossati, A., 414
 Foster, S., 77-78
 Fournier, J. C., 278, 280
 Fowler, D., 502-505
 Fowles, D. C., 8-9
 Foy, D. W., 63, 559-560
 Frank, E., 74-75, 276, 279, 280, 292,
 321-322, 331-332, 338-339,
 461-462, 465-467, 469, 476,
 495-496
 Frank, J., 334
 Frankenburg, F. R., 394, 396
 Frankenstein, W., 537
 Franklin, M. E., 155-157, 161-169,
 175-176, 181-182
 Free, M. L., 285-286
 Freed, S., 9-10
 Freedy, J. R., 70-71
 Freeman, A., 285-286, 397
 Freeman, A. M., 277
 Freeman, D., 502-505
 Freeman, J. B., 166-167
 Freeman, S. M., 277
 Freeston, M. H., 160-161, 166-167
 Freitas, N. F., 535
 French, P., 503-504
 Frenkel, M., 396
 Fresco, D. M., 114, 125, 126,
 207-209, 241, 394
 Freund, B., 77-78
 Friedlander, M. L., 615-616
 Friedman, B. H., 207
 Friedman, M. J., 77-78

Friedman, S., 15-16
 Friend, R., 124
 Friez, E. J. L., 7-8
 Frisch, M. B., 124, 135-136
 Fristad, M. A., 471-472
 Frost, R. O., 161-162
 Fruzzetti, A. E., 349
 Fry, W., 12-13
 Fuchs, C., 211-212
 Funk, J. L., 703, 704, 706-707
 Furman, J. M., 9-10
 Furr, J., 181-182
 Furr, J. M., 126, 355
 Fursland, A., 672
 Futterman, A., 292
 Fydrich, T., 116
 Fyer, A. J., 18-19, 331-332

G

Gabel, J., 5
 Gabriëls, L., 659-660
 Gallagher, M. W., 248
 Gallagher, R., 9-10, 22-23
 Gallagher-Thompson, D., 292
 Gallop, R. J., 398, 349
 Gamble, W., 533
 Garety, P., 504-505
 Garety, P. A., 503-504, 508-509
 Garfinkel, R., 331, 348-349
 Garssen, B., 24
 Garvey, M. J., 4
 Garyfallos, G., 283
 Gaskin, J., 536
 Gastó, C., 292
 Gaston, J. E., 122
 Gaulier, B., 639-640
 Gauthier, J. G., 10-11
 Gavriel, H., 77-78
 Gawrysiak, M., 367-368
 Gearson, J. S., 591
 Geddes, J. R., 280, 468
 Gelder, M. G., 9-10, 163-164, 321-322
 Gelenberg, A. J., 212-213
 Gelernter, J., 240
 Gelfand, L. A., 277
 Gelles, R. J., 401
 Gentes, E. L., 207
 George, E. L., 464, 468, 470
 George, W. H., 712-713
 Germer, C. K., 209-210
 Gershuny, B. S., 7-8, 158-159
 Ghesquiere, A., 368-369
 Ghoneim, M. M., 8-9
 Ghosh, A., 10-11
 Giasson, H. L., 66-67
 Gibbon, M., 18-19, 71-72, 244,
 356-357, 475, 544
 Gibbons, R. D., 277

- Gier-Lonsway, S. L., 123
 Giesen-Bloo, J., 284-285, 397
 Gifford, A., 126
 Gifford, E. V., 209-210
 Gilbert, P., 118-119
 Gilbody, S., 356-357, 367-368
 Gillihan, S. J., 77-78
 Gilson, M., 277
 Girelli, S. A., 78-79
 Gitlin, M. J., 465
 Glass, C. R., 116
 Glen, A. I. M., 277
 Glenn, D., 17-18
 Gloaguen, V., 279, 355
 Gloster, A. T., 4, 26-27
 Glover, D., 9-10
 Glovinsky, P. B., 638-639
 Glynn, L. H., 533
 Gochneaur, K., 355
 Goes, F. S., 464
 Goetsch, V. L., 7-8
 Goff, D., 501-502
 Goisman, R. M., 5
 Gold, R., 545
 Goldberg, C., 411-412
 Goldberg, J. F., 464, 465
 Goldenberg, I., 5
 Goldfried, M. R., 285-286, 355, 614
 Goldin, P. R., 117-118, 147-149
 Goldstein, A. J., 8-9, 12-13, 116
 Goldstein, B. I., 473
 Goldstein, C., 5, 238
 Goldstein, M. J., 461, 466-467
 Goldstein, T. R., 473
 Golinelli, D., 15-16, 30-31
 Gollan, J. K., 355
 Gollwitzer, P. M., 364-365
 Gonso, J., 698
 Gooding, P., 504-505
 Goodman, W. K., 168-169, 249
 Goodwin, G. M., 659-660
 Goodwin, R. D., 7-8
 Gordon, E. A., 116
 Gordon, J. R., 429-430, 537, 545,
 551-552, 557-558, 562-563,
 566-567
 Gore, K. L., 15-16
 Gorman, J. M., 9-10, 15-16, 237, 242
 Gorman, L. L., 331
 Gorsky, J. M., 118-119
 Gortner, E. T., 355
 Gosch, E., 126
 Gosselin, P., 207
 Gotestam, K. G., 162-163, 166-167
 Gottman, J., 698, 704, 716, 721-722
 Gould, R. A., 10-11, 501-502
 Gournay, K., 368-369
 Goyer, L. R., 14-15
 Graap, K., 74-75
 Gracely, S., 22-23
 Gradus, J. L., 64, 66-67
 Grady-Fletcher, A., 698
 Graf, M., 356-357
 Graham, J. M., 545-546
 Grandi, S., 279, 280
 Granholm, E., 508-509
 Grant, M., 539
 Grant, P. M., 502-503
 Grassi, L., 396
 Gratz, K. L., 213-214
 Gray, J. A., 6
 Grayson, J. B., 162-163
 Green, K., 543
 Green, M., 465
 Greenberg, L. S., 615-616
 Greenberger, D., 292
 Greene, J., 77-78
 Greenfield, B. L., 533
 Greenwald, R., 77-78
 Greenwood, K. M., 638-639
 Gregg, L., 526
 Gregg, S. F., 30-31
 Greif, J. L., 64
 Greist, J. H., 157, 167-169
 Griez, E., 7-10, 27-28
 Griffin, M. G., 64, 71-74
 Griffith, J. D., 590
 Griffiths, R. R., 589
 Grilo, C. M., 15-16, 671, 682-683
 Grisham, J., 157
 Grisham, J. R., 5, 240
 Grochocinski, V. J., 280
 Gros, D. F., 367-368
 Gross, J. J., 209-210, 213-214
 Grosscup, S. J., 353
 Grossman, L. S., 464
 Grote, N. K., 292
 Groth-Marnat, G., 620-621
 Gruber, J., 659-660
 Guay, B., 640
 Guay, C., 640
 Gudmundsen, G., 368-369
 Gujar, N., 636-637
 Gunasekara, S., 349
 Gunderson, J. G., 397, 438-439
 Gupta, M., 698
 Gurman, A. S., 698
 Gursky, D., 22-23
 Guthrie, R. M., 77-78
 Gutner, C., 64
 Gyulai, L., 276
- ## H
- Haaga, D. A. F., 534, 565-566
 Haby, M. M., 30-32, 281
 Hackmann, A., 26-27, 118-119
 Haddock, G., 501-505, 511-512, 527
 Hafner, J., 12-13, 244, 248
 Hafner, R. J., 12-13
 Haggarty, R., 367-368
 Hahlweg, K., 470, 476-477, 698
 Hairston, I., 659-660
 Hajcak, G., 240
 Halford, G. S., 620-621
 Halford, W. K., 703
 Hall, P., 539, 540
 Hall, P. H., 505-506
 Hall, W., 545
 Hallam, R., 12-13
 Hallgren, K. A., 533
 Halpern, J. M., 77-78
 Halvorsen, M., 289
 Hamada, R. S., 67-68
 Hambrick, J. P., 115
 Hamby, S. L., 545-546, 703, 704
 Hamilton, M., 245, 332-333, 336-337
 Hamilton, M. A., 356-357
 Hamilton, S. P., 6
 Hamman, M., 5
 Hammen, C., 465-467
 Han, H., 76-77
 Hand, I., 12-13
 Handmaker, N., 554-555
 Hanks, D. L., 283
 Hanley-Peterson, P., 292
 Hanna, G. L., 156
 Hannan, S. E., 175-176
 Harden, T., 292
 Hardeveld, F., 279
 Haren, W. B., 367-368
 Hariri, A. R., 240
 Harley, R., 283, 402
 Harned, M. S., 394, 349, 404, 419
 Harrington, R., 292
 Harrison, D. W., 285-286
 Harrison, J., 27-28
 Harrison, P. J., 669
 Harrison, W., 249
 Harrow, M., 464
 Hartlage, S., 276
 Hartzler, B., 559-560
 Harvey, A. G., 636-640, 650-660
 Harvey, M. R., 78-81
 Harwood, H. J., 584
 Harwood, T. M., 616-618, 620-621,
 625-626
 Haslam, M. T., 27-28
 Hatch, M., 15-16
 Hatfield, A. B., 495-496
 Hautzinger, M., 354
 Hawke, L. D., 284-285, 289
 Hawker, D. M., 673, 682-683
 Hay, P. J., 671
 Hay, W. M., 537

- Hayden, E. P., 283
 Hayes, A. M., 285-286, 355
 Hayes, C., 126
 Hayes, S. A., 124, 126, 208-209
 Hayes, S. C., 9-10, 29-31, 197-198, 208-210, 213-214, 216-217, 252, 283, 355, 721-722
 Hayes-Skelton, S. A., 208-209, 211-212
 Hayhurst, H., 281
 Haynes, S. N., 70-71
 Hays, P. A., 214-215
 Hayward, C., 4, 6-8
 Hayward, P., 292, 468
 Hazlett-Stevens, S., 254
 Healy-Farrell, L., 165-166
 Heard, H. L., 398, 349
 Heath, A. C., 6
 Heather, N., 545
 Heatherington, L., 210-211, 615-616
 Heavey, C. L., 698, 703, 704
 Hecker, J. E., 10-11
 Hecksher, M. S., 117-118
 Hedley, L., 26-27
 Hedley, L. M., 14-15
 Heffner, M., 9-10, 29-30
 Heidenreich, T., 117-118, 121
 Heil, S. H., 584, 589, 590
 Heim, C., 283
 Heimberg, R. G., 9-10, 114-126, 128-130, 134-136, 147-149, 207, 241, 242, 249, 394, 594
 Heisel, M. J., 393
 Hekler, E. B., 208-209
 Helbig-Lang, S., 28-29
 Heldt, E., 16-17
 Heller, T. L., 465
 Hellström, K., 25-26
 Helzer, J. E., 71-72, 554-555
 Henderson, A., 12-13
 Henderson, L., 410
 Hendrickson, E. C., 587
 Hendriks, G.-J., 16-17
 Henggeler, S. W., 591
 Henin, A., 463
 Hennen, J., 397, 465-466
 Henningfield, J. E., 589
 Henry, R. M., 466-467
 Henry, W. P., 301-302
 Herbener, E. S., 464
 Herbert, J. D., 115, 116, 123
 Herman, D. S., 71-72
 Herman, J. L., 414
 Herman-Dunn, R., 254, 352, 354
 Herrmann, E. S., 595
 Hermans, D., 9-10, 16-17
 Hersh, R. G., 393
 Hesse, M., 545
 Hester, R. K., 554-555
 Hetteema, J. M., 240, 628-629
 Heuzenroeder, L., 16-17, 212-213
 Hibbert, G., 24
 Hickling, E. J., 63, 72-73
 Hidalgo, R. B., 212-213
 Higgins, S. T., 584, 589-591, 596-597
 Hildebrandt, T., 550-551
 Hill, C. E., 334
 Hill, C. L., 1-2
 Hill, D. M., 402
 Hill, E. M., 414
 Himadi, W., 12-13
 Himadi, W. G., 12-13
 Himle, J., 4, 164-165
 Himle, M. B., 164-165
 Hirsch, L., 562-563
 Hirsch, L. S., 579
 Hirvikoski, T., 402
 Hiss, H., 157, 166-167, 180-181, 198-199
 Hjorthoj, A. R., 588
 Hjorthoj, C. R., 588
 Hoberman, H., 354
 Hoddes, E., 641-642
 Hodges, L. F., 74-75
 Hodgson, R. J., 163-164
 Hoehn-Saric, R., 207
 Hoekstra, R., 26-27
 Hoekstra, R. J., 166-167
 Hoes, D., 356-357
 Hoffart, A., 11-15, 26-27
 Hoffman, D. L., 207
 Hoffman, J. A., 698
 Hofman, A., 466-467
 Hofmann, S. G., 9-10, 14-15, 25-27, 116, 147-149, 240, 276
 Hoge, C. W., 66-67, 72-73
 Hohagen, F., 167-168, 637-638
 Holaway, R. M., 125, 207, 594
 Holden, A. E. O., 10-11
 Hollander, E., 396
 Hollandsworth, J. G., 412-413
 Holle, C., 135-136, 285-286
 Hollon, S. D., 276-280, 285-286, 619-620, 639-640
 Hollowell, B., 509-510
 Holman, J., 616-617
 Holmes, M. K., 466-467
 Holmes, M. R., 66-67
 Holt, C., 11-12
 Holt, C. S., 116, 123
 Holt, P., 24
 Holtzworth-Munroe, A., 698
 Homish, G. G., 533
 Honig, A., 466-467
 Hoogduin, C. A., 13-17, 24, 157, 159-160
 Hoogduin, K. A., 165-166
 Hooley, J. M., 466-468, 476-477, 494-495
 Hope, D. A., 9-10, 115, 116, 118-119, 121-130, 134-136
 Hope, R. A., 331-332
 Hopko, D. R., 354, 356-357, 367-369
 Hopko, S. D., 354, 368-369
 Hops, H., 698
 Hor, K., 526
 Hornig, C. D., 115
 Hornsvelt, H., 24
 Horowitz, M. J., 67-68
 Horvath, A. O., 615
 Horvath, A. T., 550-551
 Horwood, L. J., 7-8
 Hosier, S. G., 590
 Houck, J. M., 536
 Houck, P., 249
 Hougaard, E., 11-12, 117-118
 Houghton, S., 367-369
 Housley, J., 617-618
 Howland, R. H., 276
 Hu, P., 636-637
 Hu, S., 207
 Huang, M. I., 637-638
 Hubley, S., 254, 352, 355
 Hufford, M. R., 292
 Hughes, M., 64
 Huh, G. A., 502-503
 Huibers, M. J., 12-13
 Hunsley, J., 12-13
 Hunt, M. K., 368-369
 Huppert, J. D., 13-14, 116, 161-162, 168-169, 242
 Hurtado, G. D., 368-369
 Huska, J. A., 71-72
 Hutter, C. K., 78-79
 Hutton, P., 503-504
 Hynes, A. K., 80-81
- I**
 Infantino, A., 10-11
 Ingram, R. E., 285-286
 Insel, T. R., 156
 Ironson, G., 77-78
 Irvin, J. E., 590, 627-628
 Irwin, M. R., 638-639
 Islam, M. N., 396
 Isometsa, E. T., 393
 Issakidis, C., 14-15, 211-212
 Ito, L. M., 27-28, 163-164
 Iverson, K. M., 349
 Izard, C. E., 1-2, 254
- J**
 Jackson, H. J., 503-504
 Jackson, R. J., 6
 Jacob, K. L., 355

- Jacob, M., 283
 Jacob, R. G., 9-10, 115
 Jacobo, M., 283
 Jacobs, C., 168-169
 Jacobson, N. S., 254, 277, 354, 355, 659-660, 697, 698, 703-705, 707-708, 711-712, 716, 721-722
 Jakupcak, M., 368-369
 Jamison, C., 355
 Jang, K. L., 394
 Janoff-Bulman, R., 63, 67-68
 Jansson, M., 655-656
 Jardine, R., 6
 Jarrett, R. B., 276, 277, 281, 282, 291
 Jasin, E., 22-23
 Jaycox, L. H., 163-164
 Jean-Louis, G., 642-643
 Jefferson, J. W., 167-168
 Jeffrey, J., 409
 Jeglic, E. L., 394
 Jenike, M. A., 158-159, 167-168, 181-182
 Jenkins, J., 468
 Jenni, O. G., 636-637
 Jensen, N. K., 550-551
 Jeste, D. V., 508-509
 Jin, R., 4
 Jo, B., 349, 407
 Joffe, R., 285-286
 Johansson, R., 279
 Johns, M. W., 659-660
 Johnson, J., 115, 504-505
 Johnson, R. E., 465-466
 Johnson, S. L., 464-467
 Johnston, D. W., 163-164
 Joiner, T., 283
 Joiner, T. E., 289
 Jolesz, F. A., 636-637
 Jones, E. E., 277
 Jones, J., 712-713
 Jones, M., 368-369
 Jones, R., 331-332
 Jordan, B. K., 73-74
 Jordan, C. G., 78-79
 Jornestedt, L., 175-176
 Jorquera, A., 292
 Joseph, S., 68-69
 Joyce, E. E., 349, 407
 Joyce, P. R., 278
 Judd, L. L., 465
 Jurkovich, G. J., 368-369
 Juster, H., 134-135
 Juster, H. R., 115, 124, 128
- K**
 Kabat-Zinn, J., 117-118, 215-216, 229-232
 Kadden, R. M., 550-551, 608
 Kahn, R. S., 6
 Kalata, A. H., 355
 Kales, A., 638-639
 Kaloupek, D. G., 64, 72-73
 Kalsy, S., 181-182
 Kameron, D. B., 637-638
 Kampfe, C. K., 9-10
 Kampman, M., 15-17
 Kane, J. M., 508-509
 Kane, R., 356-357
 Kanter, J. W., 356-357, 368-369
 Kaplan, A. S., 71-72
 Kaplan, K. A., 636
 Kapur, N., 504-505
 Karasu, T. B., 278
 Karlin, B. E., 237
 Karni, A., 636-637
 Karno, M., 468
 Karunakara, U., 77-78
 Karver, M., 615-616
 Kasvikis, Y., 157-159
 Katon, W., 5
 Katschnig, H., 5
 Katz, L. Y., 349, 402
 Katz, M. R., 409
 Katz, R., 167-168
 Katzelnick, D. J., 114, 124, 167-168
 Katzman, M. A., 212-213
 Kaufman, J., 475
 Kawinska, A., 642-643
 Kazantzis, N., 630-631
 Kazarian, S. S., 168-169
 Keane, T. M., 64, 66-67, 70-74, 77-78
 Keck, P. E., 465, 472-473
 Keddie, A., 554-555
 Keeley, P., 368-369
 Kegan, R., 411-412
 Keijsers, G. P., 13-17, 157, 159-160, 165-166
 Keitner, G. I., 278
 Keller, M., 463
 Keller, M. B., 5, 206, 276, 279, 283-285, 321-322
 Keller, M. L., 22-23
 Kellogg, S. H., 397
 Kelly, J. A., 505-506, 525
 Kelly, M. P., 71-72
 Kelly, S., 698
 Kelly, T., 393
 Kendall, P. C., 126
 Kendler, K. S., 6-9, 240, 283
 Kenford, S. L., 585
 Kennedy, B. L., 207
 Kenny, M. A., 282
 Kernberg, O. F., 394, 395, 401
 Kerrigan, M., 283
 Kessler, R. C., 4, 5, 7-8, 64-66, 71-72, 77-78, 114, 115, 156, 206, 240, 275, 276, 331-332, 617-618
 Keyes, C. L. M., 249
 Keyl, P. M., 8-9
 Kikuchi, M., 4
 Kilic, C., 16-17
 Killen, J., 7-8
 Killen, J. D., 6
 Kilpatrick, D. G., 64, 66-67, 70-75, 79-80
 Kim, E., 9-10
 Kim, E. Y., 463
 Kim, H.-S., 123
 Kim, J. A., 8-9
 Kim, T., 698
 Kindt, M., 29-30
 Kindynis, S., 289
 King, D. W., 71-72
 King, L. A., 71-72
 Kinney, C., 508-510
 Kirby, K. C., 586
 Kircanski, K., 1-2, 28-29
 Kirkby, J., 649-650
 Kiropoulos, L. A., 11-12
 Kirsch, P., 240
 Kitchens, J., 213-214
 Klaschik, C., 77-78
 Kleber, H. D., 535
 Kleber, R. J., 74-75
 Klein, B., 10-12
 Klein, D. F., 18-19, 348-349
 Klein, D. N., 283-285
 Kleindienst, N., 395
 Klerman, E. B., 637-638
 Klerman, G. L., 331-335, 469
 Klosko, J. S., 13-14, 282, 290, 311-312, 397
 Knappe, S., 4
 Knickerson, D. P., 698
 Knox, D., 698
 Kobak, K. A., 124, 157, 167-168
 Koch, W. J., 6, 14-15, 63, 123
 Kocovski, N. L., 210-211
 Kocsis, J. H., 284-285, 331, 464
 Koder, D. A., 292
 Koele, P., 16-17, 24, 27-28
 Koenen, K. C., 76-77
 Koenigsberg, H. W., 394
 Koerner, K., 454-455
 Koetter, U., 641-642
 Kogan, E. S., 591
 Kohlenberg, R. J., 442-443
 Koons, C. R., 349, 403
 Koran, L. M., 157
 Korman, L. M., 394
 Korotzer, A., 212-213
 Korslund, K. E., 419

- Kosanke, N., 546-548
 Koss, M. P., 78-81
 Koster, E. H. W., 209-210
 Koszycki, D., 117-118
 Kovacs, M., 277
 Kowalski, R. M., 117-118
 Kowatch, R. A., 639-640
 Kozak, M. J., 27-28, 156, 157,
 159-164, 166-167, 423-424,
 436-437
 Kraemer, H. C., 6
 Kraepelin, É., 461
 Kraft, A. R., 24
 Kramer, R., 406
 Krause, L., 557-558
 Krebs, P. M., 616-617
 Kreisman, J. J., 629-630
 Kretchman, J., 168-169
 Kring, A. M., 394, 349
 Kroenke, K., 356-357
 Kroeze, S., 9-10
 Krumm, B., 395
 Kryger, M. H., 636-637, 639-640
 Krystal, J. H., 1-2, 29-30
 Kubany, E. S., 70-72, 79-80
 Kuch, K., 8-9, 63
 Kuehnelt, J., 698
 Kuehnelt, T., 698
 Kuhn, B., 652-653
 Kuipers, E., 504-505, 508-509
 Kujawa, M., 463
 Kulka, R. A., 63, 65-66
 Kumar, V., 8-9
 Kumari, V., 465-466
 Kuo, T. F., 659-660
 Kupfer, D. J., 279, 280, 465-466, 476,
 641-642
 Kupper, N., 123
 Kurlan, R., 158-159
 Kyokai, B. D., 429-430
- L**
 Laberge, B., 10-11
 Labus, J. S., 29-30
 Lack, L. C., 636-637
 Lacroix, D., 11-12
 Ladd, B., 533
 Ladouceur, R., 160-161, 207-209
 Lake, R. I., 6
 Lam, D. H., 292, 468, 469
 Lamb, R. J., 586
 Lambert, J. A., 74-75
 Lambert, M. J., 615-616, 626-627
 Lamers, S. M., 249
 Lammers, M. W., 13-14
 Lamontagne, Y., 12-13
 Landau, P., 167-168
 Landsman, J. T., 631-632
- Lang, A. J., 9-10, 23-24, 27-31
 Lang, P. J., 66-67, 74-75, 160-161
 Lange, A., 16-17, 24, 27-28
 Långström, N., 526
 Lanius, R. A., 64, 73-74
 Lapsley, H., 212-213
 Larson, M. J., 249
 Larsson, B., 162-163
 Last, C. G., 5, 12-13
 Latham, G. P., 364-365
 Latimer, P., 162-163
 Laudenslager, M. L., 9-10
 Lauterbach, D., 70-72
 Lauterbach, W., 121
 Laws, K. R., 501-502
 Lawson, P., 368-369
 Lax, T., 157
 Layne, C. M., 63
 Lazarus, A. A., 128, 312-313
 Lazarus, C. N., 312-313
 Lazzari, C., 355
 Le Doux, J. E., 29-30
 le Grange, D., 671
 Leahy, R. L., 276, 277
 Leary, M. R., 117-118, 124
 Lebow, J., 534, 565-566
 Leckman, A. L., 535
 Leckman, J. F., 156-159
 Leclerc, C., 508-509
 Lecomte, T., 508-509
 Ledley, D. R., 9-10, 116-118, 157
 LeDoux, J. E., 28-29
 Lee, C., 77-78
 Lee, C. W., 289
 Lee, J. K., 207-212, 241
 Lee, S., 414
 Lefave, K., 168-169
 Leff, J. P., 466-467
 Lehman, C., 157
 Lehman, C. L., 5, 14-15, 18-19, 240,
 244
 Lehman, S. L., 122
 Leibenluft, E., 461-462
 Leisen, M. B., 71-72
 Leite, de C., 535
 Lejuez, C. W., 354, 367-369
 Lelliott, P., 8-11, 157, 172-173
 Lenane, M., 156
 Lenze, E., 4
 Lenzenweger, M. F., 395, 401
 Leo, L. A., 638-639
 Leon, A. C., 157
 Leonard, H. L., 156, 157
 Leonard, K. E., 533
 LePage, J. P., 354
 Lequesne, E. R., 393
 Lerew, D. R., 6
 Lerman, C., 585
- Lester, K. M., 78-79
 Letarte, H., 160-161
 Leucht, S., 474
 Leung, A. W., 147-149
 Levant, R. F., 613
 Levensky, P. G., 292
 Levenson, H., 412-413
 Levenson, R. W., 213-214
 Leverich, G. S., 463, 476
 Levine, J. L., 279
 Levis, D. J., 166-167
 Levitt, J., 162-163
 Levitt, J. T., 9-10, 29-30, 209-210
 Levitt, K., 1-2
 Levy, K. N., 395, 401, 616-617
 Levy, R., 161-162
 Lewin, M., 24, 255
 Lewin, M. R., 13-14
 Lewinsohn, P. M., 353-357, 368-369,
 388, 594
 Lewis, D. C., 535
 Lewis, E. L., 15-16
 Lewis, S. W., 502-504
 Lewis-Fernandez, R., 4
 Liao, B., 28-29
 Liberman, R. P., 482, 698
 Lichstein, K. L., 637-643, 648-649,
 659-660
 Licht, D. M., 468, 494-495
 Lichtenstein, P., 526
 Liddle, H. A., 591
 Lidren, D. M., 10-11
 Lieb, K., 396
 Liebowitz, M. R., 18-19, 114-118,
 123, 124, 147-149, 242, 249
 Liepman, M. R., 539, 543
 Lilford, R. J., 501-502
 Lim, L., 118-119, 125
 Lincoln, T. M., 122
 Lindsay, M., 162-163
 Linehan, M. M., 208-209, 211-212,
 238, 254, 282, 355, 366-367, 393,
 394, 396, 398, 349, 403, 404,
 406, 408, 412-414, 419, 423-425,
 427-430, 432-433, 435-436,
 438-439, 441-443, 452-455,
 625-626, 629-630, 689-690
 Link, P. C., 508-509
 Links, P. S., 393
 Linton, S. J., 655-656
 Lipovsky, J. A., 71-72
 Lipp, O. V., 29-30
 Lipsitz, J. D., 331-332
 Lis, J. A., 393
 Liss, A., 9-10
 Lissek, S., 8-9
 Litz, B., 72-73
 Litz, B. T., 71-72

- Liu, L., 509-510
 Livanou, M., 75-76
 Liverant, G. I., 238, 241
 Livesley, J. W., 394
 Lizardi, H., 283
 Lochner, C., 157
 Lock, J., 671
 Locke, E. A., 364-365
 Logsdon, R. G., 368-369
 Logue, M. B., 207
 Lohr, N. E., 414
 Longabaugh, R., 537, 544, 546-548, 550-551
 Longpre, R. E., 77-78
 Lonsdorf, T. B., 240
 Looney, S., 368-369
 Looney, S. W., 368-369
 Loosen, P. T., 278
 Lopatka, C., 1-2
 Lopez, A. D., 331-332
 Lopez, M., 637-638
 Lopez, S. R., 468
 Loranger, A. W., 394
 Lorenz, M., 9-10
 Losee, M. C., 10-11
 Louro, C. E., 9-10
 Lovell, K., 75-76, 164-165, 368-369
 Lovibond, P. F., 16-17, 28-29, 212-213
 Lovibond, S. H., 212-213
 Lozano Bleda, J. H., 356-357
 Lu Lassell, F., 64
 Lubman, D. I., 531
 Luborsky, L., 672
 Lucas, J., 22-23
 Lucas, J. A., 3
 Ludman, E. J., 469
 Ludwig, A. M., 558-559
 Lueger, R. J., 626-627
 Lukach, B. C., 9-10
 Lundgren, J. D., 668
 Luo, W., 356-357
 Luoma, J. B., 283
 Lupu, V., 281
 Lussier, J. P., 589-591, 599
 Lustman, P. J., 277
 Luttels, C., 14-15
 Luty S. E., 278
 Lyddon, W. J., 67-68
 Lynch, D., 501-502
 Lynch, T. R., 349, 405, 423-424
 Lytle, R., 355
 Lyvers, M., 394
- M**
 Ma, S. H., 282
 Machan, J. T., 206
 Mackintosh, M., 80-81
 Macklin, M. L., 77-78
 MacLane, C., 349
 MacLeod, C., 118-119
 Macmillan, F., 502-503, 525
 MacPherson, L., 367-369
 Madeddu, F., 414
 Maes, H. H., 6
 Maffei, C., 414
 Magee, L., 114, 122, 147-149
 Magee, W. J., 115, 121
 Magura, S., 546-548
 Mahoney, M. J., 67-68
 Maidenberg, E., 9-12
 Maier, S. F., 9-10
 Mainguy, N., 14-15
 Mairs, H., 368-369
 Maki, K., 10-11
 Malamuth, N. M., 703, 704
 Malan, J., 1-2
 Malhi, G. S., 465, 474
 Malik, M. L., 617-618, 625-626
 Malkoff-Schwartz, S., 466-467
 Maller, R. G., 7-8
 Malloy, P. F., 72-73
 Maltby, N., 175-176
 Manber, R., 637-638, 659-660
 Mancill, R., 157
 Mancill, R. B., 5, 240
 Manicavasagar, V., 282
 Mannuzza, S., 18-19, 115
 Manos, R. C., 356-357
 March, J. S., 158-159, 165-166
 Marchand, A., 14-15
 Marchione, K., 14-15
 Marchione, N., 14-15
 Margolin, G., 545-546, 567-568, 698, 705, 721-722
 Margraf, J., 1-2, 5, 9-10, 20-22, 115, 245
 Marhofer-Dvorak, S., 78-79
 Marin, N. W., 15-16
 Marinkovi, K., 533
 Markaway, B. E., 80-81
 Marker, C. D., 26-27
 Markman, H., 698
 Markman, H. J., 698
 Markowitz, J. C., 276, 331-332, 334-336, 348-349
 Marks, A. P., 162-163
 Marks, I., 8-9, 75-76, 157
 Marks, I. M., 10-11, 16-17, 27-28, 157-159, 162-165, 167-168, 172-173, 244, 248
 Marks, L. M., 163-164
 Marlatt, G. A., 429-430, 537, 538, 545, 551-552, 557-563, 566-567, 627-628
 Marlowe, D. B., 586
 Marmar, C. R., 71-72
 Marques, L., 116
 Marrs, A., 4
 Marsh, G. R., 659-660
 Marshall, R. D., 331-332
 Marsteller, F., 77-78
 Martell, C., 354, 356-357, 368-369, 659-660
 Martell, C. R., 254, 352, 354, 355, 358, 365-367
 Marten, P. A., 207
 Martin, N. G., 6
 Martin, R. A., 590
 Martin, T., 536
 Martinez, A., 292
 Martino, S., 590
 Martinsen, E. W., 26-27
 Marzol, P., 7-8
 Masellis, M., 157
 Masheb, R. M., 682-683
 Masi, G., 463
 Mason, M., 533
 Masuda, A., 197-198
 Mataix-Cols, D., 10-11, 157
 Mathews, A., 118-119, 161-162
 Mathews, A. M., 163-164
 Mathys, M., 282
 Matsunaga, H., 158-159
 Matthew, K. L., 282
 Mattick, R. P., 123, 124, 244
 Mavissakalian, M., 5
 Mawson, D., 162-163
 Mayers, A., 331
 Mayfield, D., 539, 540
 Mayo, J. A., 466-467
 Mays, V., 501-502
 Mazumdar, S., 249
 Mazzucchelli, T., 356-357
 McBride, C., 278
 McCabe, R. E., 123
 McCance, E., 589
 McCann, I. L., 67-68, 78-81
 McCarron, J., 511-512
 McCarthy, E., 509-510
 McCarthy, P. R., 164-165
 McCauley, E., 368-369
 McClendon, D. T., 615-616
 McConaughy, E. A., 545
 McCracken, J. T., 168-169
 McCrady, B. S., 531, 533-536, 543, 545-548, 550-552, 554-555, 561-563, 565-567, 579, 584-585, 591, 592
 McCray, L. W., 277
 McCredden, J. E., 620-621
 McCullough, J. P., Jr., 282, 283
 McCurry, S. M., 368-369
 McDavid, J., 396
 McDavid, J. D., 398

- McDonald, R., 162-163
McDonell, M. G., 349, 405
McEachran, A. B., 280
McEvoy, P., 11-12
McEvoy, P. M., 122
McFall, M., 73-74
McFarland, B. H., 465-466
McGill, C. W., 472-473
McGinn, L. K., 276
McGonagle, K. A., 115
McGovern, J., 501-502
McGrath, P. B., 123
McHugh, R. K., 238
McIlhaney, K., 410
McKay, D., 156
McKay, J. R., 563-564
McKendree-Smith, N. L., 292
McKenna, P. J., 501-502
McLane, M., 283
McLean, P. D., 14-15, 123, 166-167
McLean, P. L., 166-167
McLellan, A. T., 535, 544, 563-564, 588
McLeod, G., 539, 540
McMain, S. F., 394, 398, 405
McManus, F., 118-119
McMillan, D., 367-368
McNair, L. D., 78-79
McNally, R., 22-23
McNally, R. J., 6, 9-10, 27-28
McNamee, G., 8-11
McNeil, D. W., 354
McQuaid, J. R., 508-509
Mead, D. E., 703, 704
Meadows, E. A., 7-8
Means-Christensen, A. J., 248
Mechanic, M. B., 64, 71-72
Medoro, L., 7-8
Meeks, S., 368-369
Mehta, M., 165-166
Meichenbaum, D. H., 74-75
Meijer, J., 7-8
Mellman, T. A., 1-2
Mendelson, M., 602-603
Mendelson, T., 349
Mendelson, W., 642-643
Menges, D., 543, 545-546
Mennin, D. S., 135-136, 207-210, 241, 394
Merikangas, K. R., 65-66, 240, 463
Messenger, C., 7-8
Meterissian, G. B., 277
Metzger, L. J., 72-73
Metzger, R. L., 212-213, 244
Meuret, A. E., 25-27, 29-30
Meyer, A., 115, 332-333
Meyer, B., 466-467
Meyer, G. R., 608
Meyer, T. J., 212-213, 244
Meyer, V., 161-163
Meyers, R. J., 539, 551-552, 561-562, 592, 595
Michael, T., 115
Michalec, E., 590
Michelson, A., 616-618
Michelson, L. K., 13-15
Michelson, S. E., 208-211
Miklowitz, D. J., 292, 461, 463, 464, 466-474, 476-478, 482-484, 494-496, 508-509
Miller, A. L., 14-15, 349, 406
Miller, I. W., 278, 356-357, 367-368, 464, 465
Miller, K. J., 579
Miller, M. L., 212-213, 244
Miller, M. W., 64, 72-74
Miller, N. A., 124
Miller, N. L., 159-160
Miller, P. M., 559-560
Miller, P. P., 4
Miller, S., 9-10
Miller, S. D., 626-627
Miller, W. R., 251, 257, 535, 536, 539, 543, 544, 545, 551-552, 564-565, 587, 591, 607, 628-629, 647-648, 660-661
Milliken, C. S., 66-67
Milliner, E., 158-159
Milofsky, E. S., 537, 560-561
Milrod, B., 331-332, 334
Milton, F., 12-13
Mead, D. E., 703, 704
Meadows, E. A., 7-8
Means-Christensen, A. J., 248
Mechanic, M. B., 64, 71-72
Medoro, L., 7-8
Meeks, S., 368-369
Mehta, M., 165-166
Meichenbaum, D. H., 74-75
Meijer, J., 7-8
Mellman, T. A., 1-2
Mendelson, M., 602-603
Mendelson, T., 349
Mendelson, W., 642-643
Menges, D., 543, 545-546
Mennin, D. S., 135-136, 207-210, 241, 394
Merikangas, K. R., 65-66, 240, 463
Messenger, C., 7-8
Meterissian, G. B., 277
Metzger, L. J., 72-73
Metzger, R. L., 212-213, 244
Meuret, A. E., 25-27, 29-30
Meyer, A., 115, 332-333
Meyer, B., 466-467
Meyer, G. R., 608
Meyer, T. J., 212-213, 244
Meyer, V., 161-163
Meyers, R. J., 539, 551-552, 561-562, 592, 595
Michael, T., 115
Michalec, E., 590
Michelson, A., 616-618
Michelson, L. K., 13-15
Michelson, S. E., 208-211
Miklowitz, D. J., 292, 461, 463, 464, 466-474, 476-478, 482-484, 494-496, 508-509
Miller, A. L., 14-15, 349, 406
Miller, I. W., 278, 356-357, 367-368, 464, 465
Miller, K. J., 579
Miller, M. L., 212-213, 244
Miller, M. W., 64, 72-74
Miller, N. A., 124
Miller, N. L., 159-160
Miller, P. M., 559-560
Miller, P. P., 4
Miller, S., 9-10
Miller, S. D., 626-627
Miller, W. R., 251, 257, 535, 536, 539, 543, 544, 545, 551-552, 564-565, 587, 591, 607, 628-629, 647-648, 660-661
Milliken, C. S., 66-67
Milliner, E., 158-159
Milofsky, E. S., 537, 560-561
Milrod, B., 331-332, 334
Milton, F., 12-13
Mindlin, M., 115
Mineka, S., 7-10, 16-17, 239
Minichiello, W. E., 158-159, 181-182
Mintz, J., 465-467
Mintz, R. S., 417
Miranda, J., 594
Miranda, R., 79-80
Mitchell, B. G., 282
Mitchell, J. E., 673
Mitchell, K. M., 291
Mitchison, G., 636-637
Miyahara, S., 476-477
Mock, J., 602-603
Moeller, F. G., 466-467
Moffit, T. E., 240
Mohammadi, A., 356-357
Mohlman, J., 208-209
Mohr, D. C., 281
Moisan, D., 7-8
Molina, S., 207
Möller, H. J., 461-462
Monahan, P., 5, 397
Mongeon, J. A., 590
Monk, T. H., 465-466, 476, 641-642
Monson, C. M., 62, 64, 67-68, 71-72, 77-80
Montag, C., 240
Monteiro, W. O., 157, 172-173
Montgomery, P., 638-639
Monti, P. M., 550-551, 560-561, 590, 608
Moore, M. T., 207
Moore, P., 4
Moos, R. H., 533, 535, 579
Moreau, D., 331
Moreira, A. L., 463
Morgan, T., 535
Morgenstern, J., 535
Morgenthaler, T., 642-643
Morin, C. M., 207, 594, 637-643, 649-650, 653-657, 659-660
Morland, L. A., 80-81
Morphy, M. A., 280
Morrall, A. R., 163-164
Morris, P., 80-81
Morris, T. L., 368-369
Morrison, A. P., 503-504, 508-510
Morse, J. Q., 349
Mörtberg, E., 117-118
Moser, J., 167-168
Moulds, M. L., 77-78
Mowrer, O. H., 66-67, 159-160
Moyers, T. B., 536, 628-629
Mueller, G. P., 123
Muenz, L. R., 348-349
Mueser, K. T., 501-502, 508-509
Mufson, L., 331
Muhlberger, A., 9-10, 240
Muijen, M., 501-502
Mulick, P. S., 356-357, 368-369
Muller-Oerlinghausen, B., 466-467
Munafò, M. R., 240
Muñoz, R. F., 354, 355, 591, 594, 607
Munroe, J., 79-80
Munroe, M. K., 356-357
Muran, J. C., 301-302, 628-629
Murdock, T., 67-68
Murphy, D. L., 167-168
Murphy, G. D., 279
Murphy, G. E., 277
Murphy, M. T., 14-15, 26-27
Murphy, T. K., 249
Murray, C. L., 331-332
Murray, G., 465-466
Murrell, A. R., 213-214
Murrell, E., 4
Murtagh, D. R., 638-639
Mussell, M., 207
Mystkowski, J. L., 14-15, 27-31, 240

N

Nader, K., 29-30
Nadort, M., 398

- Naito, N. A., 590
 Najmi, S., 210-211, 213-214
 Napier, A. Y., 475
 Naranjo, C. A., 547-548
 Narrow, W. E., 114
 Nathan, P., 122
 Nathan, P. E., 237, 537, 554-555
 Naugle, A. E., 368-369
 Nauta, M., 126
 Neacsiu, A. D., 238, 393, 349, 406
 Neale, J. M., 413-414
 Neale, M. C., 240
 Neary, S. A., 122
 Neary, T. J., 355
 Nee, J., 249
 Neff, K. D., 212-213
 Neitzert Semler, C., 652-653
 Nelson, C. B., 64
 Nelson, H. E., 511-512
 Nelson, H. F., 562-563
 Nelson, P., 3
 Nelson, R. O., 291
 Nemeroff, C. B., 283
 Neron, S., 11-12
 Nesse, R. M., 4
 Neuhaus, E. C., 355
 Neumann, D. L., 29-30
 Neuner, F., 77-78
 Neville, H. A., 78-79
 Newman, C. F., 276, 397
 Newman, M. G., 116, 208-209, 355
 Neziroglu, F., 156
 Nhat Hanh, T., 216-217
 Nicassio, P. M., 638-639
 Nich, C., 589
 Nicholas, C., 367-368
 Nierenberg, A. A., 280
 Niles, A. N., 14-15
 Nisbett, R. E., 411-412
 Nisenbaum, R., 393
 Nishikawa, Y., 401
 Nixon, R. D. V., 77-78
 Noel, N., 562-563
 Nofzinger, E. A., 659-660
 Nolen, W. A., 279
 Nolen-Hoeksema, S., 366-367
 Norberg, M. M., 29-30
 Norcross, J. C., 613-617, 620-621, 627-630
 Nordentoft, M., 588
 Noriega-Dimitri, R., 24, 255
 Norman, S. B., 248
 Norman, W. H., 278
 Norris, F. H., 65-66, 70-71, 78-79
 Norton, G. R., 1-2
 Norton, P., 26-27, 30-31
 Norton, P. J., 118-119, 125
 Nose, M., 396
 Noshirvani, H., 27-28, 75-76, 157, 172-173
 Notarius, C., 698
 Nowakowski, S., 642-643
 Noyes, R., 4, 5
 Nuechterlein, K. H., 466-467, 504-505
 Nunes, E. V., 348-349
 Nuzzarello, A., 30-31
- O**
- O'Brien, B. E., 466-467
 O'Brien, C., 585
 O'Brien, C. P., 535
 O'Brien, G. T., 5, 10-13
 Ockert, D., 563-564
 O'Connell, R. A., 466-467
 O'Connor, M., 331-332
 Oei, T. P. S., 11-12, 285-286
 O'Farrell, T. J., 563-564, 590
 O'Flaherty, A. S., 28-29
 O'Grady, K. E., 334
 O'Hara, M. W., 331
 Ohayon, M. M., 637-638
 Ojehagan, A., 554-555
 Okamura, N., 6
 Olatunji, B. O., 209-210, 394
 O'Leary, K. D., 291
 O'Leary, M. R., 559-560
 Olendzki, B., 368-369
 Olfson, M., 276
 Ollendick, T. H., 121, 158-159
 Olufs, E., 164-165
 O'Malley, S. S., 537
 Ondze, B., 659-660
 Ong, J. C., 659-660
 Onken, L. S., 590
 Onwumere, J., 508-509
 Oomen, J., 14-15
 Operskalski, B., 469
 Oquendo, M. A., 73-74
 Orff, H. J., 642-643
 Orford, J., 545-546, 554-555, 561-562, 567-568
 Ormel, J., 10-11
 Orr, S. P., 72-75, 77-78
 Orsillo, S. M., 9-10, 206-213, 229-233, 241
 Oscar-Berman, M., 533
 Osler, W., 614
 Öst, L. G., 25-27, 164-165
 O'Sullivan, G., 10-11, 157
 O'Toole, D. H., 559-560
 O'Toole, T. P., 546-548
 Otto, M. W., 7-8, 16-17, 29-30, 476-477
 Otto, R., 161-162
 Ougrin, D., 116
 Ouimet, A. J., 207
- Overholser, J. C., 321-322
 Owen, P., 551-552
 Owens, M., 550-551
 Oyserman, D., 551-552
 Ozdemir, O., 157
 Ozeki, S., 355
- P**
- Pabst, A., 557-558
 Padesky, C. A., 292
 Page, B., 393
 Pagel, M., 698
 Pagoto, S. L., 354, 367-369
 Pagura, J., 116
 Pai, A., 157
 Pajonk, F. G., 474
 Palav, A., 7-8
 Pallanti, S., 8-9
 Palmer, R. L., 672
 Palmer, S., 281
 Pandina, R., 535
 Pantelis, C., 508-509
 Paolino, T. J., Jr., 533
 Paquet, J., 642-643
 Parachini, E. A., 396
 Paradis, C. M., 15-16
 Paris, J., 393
 Parker, G., 282
 Parsons, T., 336-337
 Passey, G., 63
 Paterniti, S., 8-9
 Pathak, D., 8-9
 Pato, M. T., 167-168, 175-176
 Patterson, G. R., 698
 Pattison, P., 63
 Paul, G. L., 614
 Pauli, P., 9-10, 240
 Pauls, D. L., 158-160
 Paykel, E. S., 279, 280, 281
 Payne, L. A., 16-17, 209-210, 237, 613, 665
 Pazzaglia, P. J., 466-467
 Pearlman, L. A., 67-68, 78-81
 Peeters, F., 278
 Peitz, M., 121
 Peng, K., 411-412
 Penk, W., 73-74
 Pennebaker, J. W., 8-9
 Pepper, C. M., 283
 Pérez-Álvarez, M., 356-357
 Perich, T., 282
 Peris, T. S., 165-166
 Perissaki, C., 163-164
 Perivoliotis, D., 502-503, 508-509
 Perlis, M. L., 636-637, 642-643, 648-649, 652-653
 Perloff, J. M., 292
 Perna, G., 9-10

- Perry, G. S., 276
 Perry, J. C., 414
 Perry, K. J., 116
 Perry, S. W., 331
 Persons, J. B., 292
 Petermann, F., 28-29
 Peters, L., 123, 124
 Peters, S., 355
 Peterson, C. B., 672
 Peterson, R., 22-23
 Petkova, E., 64
 Petukhova, M., 275
 Peveler, R. C., 331-332
 Peynircioglu, Z. F., 161-162
 Pezawas, L., 240
 Pfohl, B., 397
 Pham, M., 466-467
 Phillips, R., 641-642
 Piacentini, J., 162-163, 168-169
 Pickrel, S. G., 591
 Piet, J., 117-118
 Pigeon, W. R., 636-637
 Pigott, T. A., 161-162
 Pilkonis, P. A., 348-349
 Pilling, S., 469
 Pilsbury, D., 24
 Pincus, A. L., 355
 Pine, D. S., 4, 461-462
 Pinsof, W. M., 631-632, 698
 Piper, W. E., 301-302
 Pistorello, J., 349, 406
 Pitman, R. K., 72-75, 77-78
 Plamondon, J., 10-11
 Plotkin, D., 6
 Plutchik, R., 278
 Pocock, S. J., 501-502
 Poire, R. E., 77-78
 Polat, A., 157
 Pollack, M. H., 7-8, 16-17
 Pols, H., 7-8
 Pomini, V., 501-502
 Pontillo, D. C., 11-12
 Pontoski, K., 116
 Porter, J. F., 367-368
 Portera, L., 157
 Post, R. M., 465, 476
 Poulsen, S., 672
 Poulton, R., 6
 Power, K., 77-78
 Power, K. G., 10-12
 Powers, M. B., 77-78, 116, 121
 Pratt, E. M., 73-74
 Preacher, K. J., 283
 Premkumar, P., 508-509
 Prenoveau, J. M., 6
 Presley, A., 12-13
 Pretzer, J., 397
 Price, E., 26-27, 30-31
 Price, J. L., 79-80
 Price, L. H., 249
 Priebe, S., 466-467, 501-502
 Prince, S. E., 711-712
 Prins, A., 72-73
 Prochaska, J. O., 536, 545, 616-617
 Provencher, M. D., 284-285, 289
 Prusoff, B. A., 331
 Przeworski, A., 207
 Purdon, C., 160-161
 Pusch, D., 276

Q
 Quijano, L. M., 355
 Quillian, R. E., 659-660
 Quilty, L. C., 278
 Quinlan, D. M., 348-349

R
 Rabavilas, A. D., 163-164, 180-181
 Rachman, S., 1-2, 28-29, 160-161, 163-164, 166-167, 170-171
 Radomsky, A. S., 28-29
 Radtchenko, A., 289
 Radtke, R. A., 659-660
 Rae, D. S., 114
 Raes, F., 356-357
 Rafanelli, C., 279, 280
 Raffa, S. D., 242
 Rains, J. C., 355
 Rakfeldt, J., 406
 Ramirez, C. L., 368-369
 Ramnero, J., 26-27
 Randolph, J. J., 283
 Ranieri, W., 587
 Rankin, L. A., 698
 Ranslow, E., 79-80
 Ransom, D., 331
 Rapee, R. M., 4, 7-10, 20-23, 115, 117-119, 122, 123, 125, 207, 245
 Rapoport, J. L., 156, 157
 Raskind, M., 73-74
 Rasmussen, S., 157
 Rasmussen, S. A., 156-159, 249
 Ratcliff, K. S., 71-72
 Rathus, J. H., 14-15, 349, 406
 Rauch, S. L., 167-168
 Raue, P. J., 285-286
 Rawson, R. A., 590
 Raytek, H. S., 579
 Razran, G., 8-9
 Rea, M. M., 470
 Ready, D., 74-75
 Reback, C. J., 590
 Rector, N. A., 157, 210-211, 501-502
 Ree, M. J., 638-639, 652-653, 657-658
 Reed, G. E., 161-162
 Rees, C. S., 165-166, 355-357
 Rees, W., 27-28
 Regier, D. A., 114
 Rehm, L. P., 276
 Reich, J., 5, 14-15
 Reichman, J. T., 8-9
 Reilly-Harrington, N. A., 276
 Reinecke, M. A., 292
 Reiser, D. E., 412-413
 Reiss, S., 6-8, 22-23
 Reite, M., 642-643
 Renfrey, G., 77-78
 Renneberg, B., 5, 116
 Renner, F., 284-285, 291
 Rescorla, R. A., 28-29
 Resick, P. A., 62-64, 66-68, 71-72, 75-81
 Resnick, H. S., 64-66, 70-72
 Reuter, M., 240
 Revenstorf, D., 698
 Revicki, D. A., 207
 Reynolds, C., 642-643
 Reynolds, C. F., 641-642
 Reynolds, C. F., III, 331
 Reynolds, E. K., 367-368
 Rhéaume, J., 160-161
 Richards, D., 356-357, 367-368
 Richards, J., 11-12, 77-78
 Richards, J. A., 464, 466-468, 470, 476-477
 Richards, J. C., 10-11
 Richardson, A., 501-502
 Richter, M. A., 157
 Rickels, K., 212-213
 Ridley, J., 7-8
 Riedel, B. W., 637-638
 Riemann, B. C., 9-10
 Ries, B. J., 123, 125
 Riggs, D. S., 67-68, 71-72, 157, 174-175, 181-182, 249
 Rikoon, S. H., 588
 Rinaldi, C., 278
 Riper, H., 355
 Riso, L. P., 289
 Ritenour, A. M., 476
 Ritschel, L. A., 368-369
 Ritz, T., 25-26
 Rizvi, S. L., 62, 64, 393, 394, 349
 Roark, R. R., 590
 Roberson-Nay, R., 10-11
 Roberts, J. E., 276
 Roberts, M., 213-214
 Roberts, T., 8-9
 Robichaud, M., 166-167
 Robinowitz, R., 73-74
 Robins, C. J., 349
 Robins, L. N., 71-72, 114, 566-567
 Robinson, A., 349, 407
 Roca, J. V., 211-212

- Rodebaugh, T. L., 115, 116, 118-119, 123, 124, 594
 Rodriguez, M. D., 617-618
 Roehrs, T., 636-637
 Roemer, L., 206-214, 229-233, 241
 Roepke, S., 349, 406
 Rogers, C. R., 615-616, 628-629
 Rogge, R. D., 703, 704, 706-707
 Rohsenow, D. J., 550-551, 590, 608
 Roitblat, H. L., 67-68
 Rokke, P. D., 292
 Rollman, B. L., 249
 Rollnick, S., 251, 257, 536, 539, 545, 564-565, 628-629, 647-648, 660-661
 Roman, P., 546-548
 Romera, I., 207
 Romo, L., 289
 Ronchi, P., 9-10, 157
 Roozen, H. G., 591
 Rose, N. R., 157
 Rose, S. J., 563-564
 Rosen, C. S., 616-617
 Rosenberg, H., 554-555
 Rosenberg, N. K., 11-12, 117-118
 Rosenfield, D., 25-26, 29-30
 Rosenheck, R., 73-74, 78-79
 Rosenthal, L., 637-638
 Rosenthal, R. N., 533
 Rosenthal, T. L., 638-639
 Ross, L., 123
 Roth, D. A., 129-130
 Roth, T., 636-638
 Roth, W. T., 1-2, 9-10, 25-26, 116, 245
 Rothbaum, B. O., 64, 67-68, 71-72, 74-78, 162-163, 249, 355
 Rotunda, R., 4
 Rounsaville, B. J., 332-333, 469, 589, 590
 Rowan-Szal, G. A., 590
 Rowe, M., 24, 255
 Rowe, M. K., 8-9, 28-29, 163-164
 Roy-Byrne, P. P., 1-2, 5, 10-12, 14-15, 30-31, 240
 Rozendaal, N., 466-467
 Rubenstein, C. S., 161-162
 Rubenstien, B. S., 636-637
 Rucci, P., 245
 Rücker, G., 396
 Ruggiero, K. J., 368-369
 Runeson, B., 526
 Rusch, L. C., 356-357, 368-369
 Ruscio, A. M., 70-71, 207
 Rush, A. J., 252, 276-279, 282, 292, 354
 Ruskin, J. N., 1-2
 Russ, E., 77-78
 Rutter, M., 240
 Ruzek, J. I., 237
 Ryan, N. E., 292
 Ryan, S. M., 9-10
 Rybarczyk, B., 637-638
 Rychtarik, R. G., 546-548
 Rygh, J. L., 252, 275, 397, 651-652
 Rynes, K. N., 535
 Rytwinski, N. K., 125
- ## S
- Sabatino, S. A., 16-17
 Sacco, W. P., 277, 281
 Sachs, A. D., 11-12
 Sachs, G. S., 471-472, 474, 476-477
 Sachs-Ericsson, N., 283
 Sacks, J. J., 584
 Safer, D. L., 349, 402, 407
 Safran, J. D., 292, 301-302, 628-629
 Safren, S., 283
 Safren, S. A., 7-8, 128, 135-136, 249
 Sagi, D., 636-637
 Sala, R., 463
 Salas-Auvert, J. A., 20-22
 Salavert, J., 466-467
 Salbach-Andrae, H., 407
 Saleem, R., 468, 470
 Salkovskis, P. M., 9-10, 24, 26-29, 160-161, 166-167, 171-172, 276, 501-502, 656-657
 Sallaerts, S., 14-15
 Salters-Pedneault, K., 208-209, 211-212
 Salzman, D. G., 116
 Sampson, N. A., 275
 Samstag, L. W., 292, 301-302
 Sanchez, L., 368-369
 Sanchez-Moreno, J., 465-466, 469
 Sanderson, K., 211-212
 Sanderson, W. C., 14-15, 115
 Sandoz, E. K., 213-214
 Sanford, S., 659-660
 Sank, L. I., 121, 130-131
 Santa, C., 551-552
 Santiago-Rivera, A. L., 368-369
 Sareen, J., 116
 Sarin, F., 502-504
 Sarnie, M. K., 1-2
 Sato, T., 461-462
 Sauer-Zavala, S. E., 209-210, 238
 Saunders, B. E., 64, 72-73
 Saunders, J. B., 539
 Sava, F. A., 281
 Savard, J., 659-660
 Saxon, D., 367-368
 Sayrs, J. H., 398
 Sbrocco, T., 15-16
 Scala, J. W., 395
 Scarna, A., 659-660
 Scarpato, M. A., 8-9
 Schaap, C. P., 13-14, 157
 Schacht, T. E., 301-302
 Schade, A., 14-15
 Schafe, G. E., 29-30
 Schafer, J., 162-163
 Schatzberg, A. F., 207
 Schauer, M., 77-78
 Schelble, K., 637-638
 Scherk, H., 474
 Schindler, F. E., 74-75
 Schindler, L., 698
 Schlam, T. R., 676-677
 Schloredt, K., 368-369
 Schlosser, D. A., 472-473
 Schmaling, K. B., 698
 Schmidt, D. A., 659-660
 Schmidt, N. B., 6-8, 14-15, 24, 289
 Schneider, A. J., 10-11
 Schneider, D. J., 263
 Schneider, K. L., 368-369
 Schneiderman, J., 547-548
 Schneier, F. R., 114-116, 121, 124, 147-149
 Schnicke, M. K., 63, 67-68, 75-76
 Schnoll, R. A., 585
 Schnurer, A., 161-162
 Schnurr, P. P., 77-78
 Scholing, A., 121
 Schramm, E., 117-118, 284-285
 Schröter, A., 461-462
 Schruers, K. R., 7-10
 Schulberg, H. C., 10-11
 Schumacher, J., 6
 Schwab, J. J., 207
 Schwartz, C., 181-182
 Schwartz, S. M., 638-639
 Scogin, F., 292, 355
 Scott, J., 276, 278, 281, 292, 465-466, 468, 469
 Scuito, G., 157
 Sedivy, S. K., 356-357
 Seeds, P. M., 207
 Segal, Z. V., 117-118, 208-209, 229, 231-232, 278, 282, 283, 285-286, 292, 366-367, 375-376
 Seidel, A., 25-26
 Sellers, E. M., 547-548
 Selzer, M. A., 394
 Selzer, M. L., 587
 Seminotti, J. C., 535
 Semler, C. N., 659-660
 Serlin, R. C., 167-168
 Sevier, M., 712-713
 Sexton, H., 26-27
 Seymour, A. K., 73-74
 Shaffer, C. S., 121, 130-131
 Shafran, R., 28-29, 160-161, 669, 673, 674, 675, 682-684

- Shahar, F., 162-163
 Shalev, A. Y., 74-75
 Sham, P., 292, 468
 Shapiro, D., 10-11
 Shapiro, F., 76-78, 628-629
 Sharp, D. M., 10-12
 Sharpless, B., 208-211
 Sharpley, A. L., 638-639
 Shaw, B. F., 252, 276-278, 292, 354
 Shaw, I. A., 284-285, 398
 Shaw, P. M., 163-164
 Shaw-Welch, S., 393
 Shawe-Taylor, M., 652-653
 Shay, J., 79-80
 Shea, M. T., 277, 279, 285-286, 292, 348-349
 Shean, G., 7-8
 Shear, K., 249
 Shear, M. K., 10-11, 15-16, 20-22, 25-26, 242, 245, 249
 Shearin, E. N., 427-428
 Sheehan, T., 538, 551-552
 Shelton, R. C., 277, 278
 Sher, K. J., 161-162
 Sherbourne, C. D., 356-357
 Sherman, M., 22-23
 Shimokawa, K., 615-616
 Shipherd, J. C., 27-28
 Shirk, S. R., 615-616
 Shlik, J., 117-118
 Shoham, V. M., 698
 Sholomskas, A. J., 331
 Shoptaw, S., 590
 Shulman, I. D., 8-9
 Shuttlewood, G. J., 285-286
 Sickel, A. E., 394
 Siegel, S., 8-9
 Siev, J., 208-209
 Siever, L. J., 413-414
 Sigmarsson, S. R., 116
 Sigmon, S. C., 584, 590
 Silk, K. R., 414
 Silver, S. M., 77-78
 Silverman, D., 78-79
 Silverman, K., 590
 Simeon, D., 396
 Simmons, A. D., 277
 Simon, C. J., 584
 Simon, G. E., 10-11, 469
 Simoneau, T. L., 464, 468, 470, 483
 Simons, A. D., 277, 279
 Simpson, D. D., 590
 Simpson, H. B., 167-169, 175-176, 198-199
 Simpson, J. A., 431-432
 Simpson, L. E., 704, 712-713
 Simpson, R. J., 10-11
 Singer, B., 672
 Singer, W., 285-286
 Sisson, R. W., 551-552
 Sivertsen, B., 639-640
 Skinner, B. F., 700
 Skinner, H., 544
 Skinner, L. J., 66-67
 Skodol, A. E., 331-332
 Slade, M., 501-502
 Slaymaker, V., 538, 551-552
 Sloan, D. M., 394
 Sloan, T., 28-29
 Slye, T. A., 638-639
 Smedslund, G., 590
 Smeraldi, E., 157
 Smith, A. A., 64
 Smith, J., 525
 Smith, J. E., 539, 551-552, 561-562, 592, 595
 Smith, L. J., 642-643
 Smith, M. T., 636-638
 Smith, P. H., 533
 Smith, T. B., 617-618
 Smitham, S., 367-368
 Smith-Janik, S. B., 26-27
 Smythe, H., 641-642
 Snarski, M., 368-369
 Snyder, D. K., 698
 Snyder, K. S., 466-467
 Sobczak, L. R., 211-212
 Sobell, L. C., 536, 543, 546-548, 550-552, 561-562, 566-567, 588
 Sobell, M. B., 536, 543, 546-548, 550-552, 561-562, 566-567, 588
 Soeffing, J. P., 642-643
 Soeter, M., 29-30
 Sokolowska, M., 8-9
 Sokolski, K., 465
 Soler, J., 398, 349, 408
 Soloff, P. H., 393, 394
 Solomon, P. L., 401
 Sommerfield, C., 77-78
 Song, X., 616-617
 Sonnega, A., 64
 Sood, E., 126
 Sood, J. R., 368-369
 Sorensen, S. M., 211-212
 Sorrell, R., 626-627
 Sotres-Bayon, F., 28-29
 Sotsky, S. M., 347-349
 Spangler, D. L., 299-300
 Spanier, C. A., 280
 Spanier, G., 545-546, 567-568
 Spaniol, L., 495-496
 Spates, C. R., 77-78, 355, 367-369
 Spaulding, S., 115
 Spear, S. F., 533
 Spek, V., 355
 Spence, S. H., 77-78
 Spencer, T., 211-212
 Spiegel, D. A., 30-31
 Spielman, A. J., 637-639, 648-649
 Spijker, J., 279
 Spindler, H., 11-12
 Spinelli, M., 331
 Spirito, A., 278
 Spitzer, R. L., 18-19, 71-72, 116, 244, 356-357, 475, 544
 Spokas, M. E., 124
 Sprich, S., 283
 Spruyt, A., 9-10
 St. John, D., 397
 St. Lawrence, J. S., 66-67
 Stahl, D., 509-510
 Staines, G., 546-548
 Stampfl, T. G., 166-167
 Stangier, U., 117-118, 121
 Stanley, B., 393, 394
 Stanley, M. A., 4, 25-26, 123, 181-182
 Stanley, S. M., 698
 Stanton, C. E., 355
 Stapinski, L. A., 207
 Staples, A. M., 208-209
 Steel, C., 509-510
 Steele, C., 502-503
 Steele, J., 628-629
 Steer, R. A., 124, 244, 332-333, 356-357, 436-437, 587
 Stein, D. J., 156, 157, 285-286, 396
 Stein, M. B., 7-8, 14-15, 114, 116, 240, 248
 Steinberg, M. L., 579
 Steinmetz-Breckenridge, J., 353
 Steketee, G., 67-68, 157-159, 162-165
 Stepanski, E. J., 636-638, 649-650
 Stern, R. S., 162-163
 Stetson, D., 10-11
 Stevens, C., 301-302
 Stevens, K. P., 156
 Stewart, A., 672, 673, 681-682
 Stewart, B. D., 74-75
 Stewart, B. L., 436-437
 Stewart, D. G., 408
 Stewart, J. W., 348-349
 Stewart, S. H., 16-17, 124
 Stice, E., 682-683
 Stickgold, R., 636-637
 Stickle, T. R., 698
 Stiles, T. C., 166-167
 Stinchfield, R., 551-552
 Stinson, K., 638-639
 Stirman, S. W., 276
 Stöber, J., 212-213
 Stoffers, J. M., 396
 Stolar, N. M., 502-503
 Stone, N. S., 587
 Stopa, L., 118-119, 125

Storch, E. A., 158-159, 168-169,
174-175, 249
Stout, R., 562-563
Stout, R. L., 537
Stovall-McClough, K. C., 79-80
Stowkowy, J., 509-510
Strakowski, S. M., 465-466
Straus, H., 629-630
Straus, M., 545-546
Straus, M. A., 703, 704
Strauss, J. L., 77-78, 285-286
Street, A. E., 66-67
Street, G. P., 157
Strine, T. W., 276
Strober, M. A., 471-472, 495-496
Strong, D., 464
Strosahl, K. D., 29-30, 208-210, 252,
355
Strunk, D. R., 116
Strupp, H. H., 301-302
Stuart, G. L., 13-14
Stuart, R. B., 698
Stuart, S., 278, 331
Stunkard, A. J., 668
Sturges, L. V., 7-8
Suarez, A., 398
Suárez, L., 5, 238-240
Suddath, R. L., 470
Sue, D., 213-215
Sue, D. W., 213-215
Sue, S., 213-214
Suelzer, M., 5
Sugarman, D. B., 545-546, 703, 704
Sullivan, H. S., 332-333
Sullivan, J. M., 353
Sullivan, J. T., 547-548
Sullivan, M. J. L., 285-286
Sulzer-Azaroff, B., 608
Sunderland, M., 123
Suppes, T., 461-462, 465
Surawy, C., 118-119
Sutker, P. B., 73-74
Suvak, M. K., 64
Svartberg, M., 334
Swann, A. C., 466-467
Swanson, V., 10-12
Swartz, H. A., 334, 495-496
Swartzentruber, D., 17-18
Swedo, S., 474
Swedo, S. E., 156, 157
Swendsen, J., 465
Swift, J. K., 617-618
Swinson, R. P., 4, 8-11, 16-17, 123,
157
Sykora, K., 547-548
Symonds, D., 615
Szentagotai, A., 281

T

Tacchi, M. J., 465-466
Tafti, M., 636-637
Tai, S., 508-509
Talbot, L. S., 650-653, 659-660
Talovic, S., 545-546
Tang, N. K., 638-639, 652-653
Tang, T. Z., 277
Tanne, D., 636-637
Tapplin, R., 410
Tarrier, N., 67-68, 75-78, 501-512,
518-519, 526
Tattam, T., 507-510
Taylor, A. E., 72-73
Taylor, C. B., 1-2, 4, 6-10, 12-13,
116, 245
Taylor, D. J., 637-638, 659-660
Taylor, D. O., 464
Taylor, G., 289
Taylor, K. L., 71-72
Taylor, M., 526
Taylor, R., 501
Taylor, S., 6, 14-15, 22-23, 63, 77-78,
123
Teachman, B. A., 26-27
Teasdale, J. D., 117-118, 208-209,
231-232, 281, 282, 366-367,
476-477
Telch, C. F., 4, 407, 408
Telch, M. J., 3, 4, 11-13, 22-23, 28-29,
289
Tellegen, A., 248
Temple, J. R., 659-660
Templeton, L., 545-546
ten Have, M., 114
ten Klooster, P. M., 249
Tenney, N., 157
Teri, L., 353, 354, 368-369
Testa, S., 14-15
Tharp, R. G., 364-365
Thase, M. E., 276, 280-282, 292,
348-349
Thayer, J. F., 207
Thomas, A. M., 207
Thomas, E. J., 539, 551-552
Thomas, J. C., 162-163
Thomas, M., 281
Thompson, L. W., 292
Thompson-Holland, J., 241
Thorberg, F. A., 394
Thordarson, D. S., 160-161, 166-167
Thoren, P., 175-176
Thorgeirsson, T. E., 6
Thrasher, S., 75-76
Thulin, U., 26-27
Thum, Y. M., 712-713
Thyer, B. A., 4

Tiemens, B. G., 10-11
Tilders, F. J., 9-10
Timko, C., 535
Timmer, A., 396
Tinkcom, M., 535
Titov, N., 11-12
Tobena, A., 8-9
Tolin, D. F., 29-30, 77-78, 175-176,
181-182, 249, 278
Tondo, L., 465-466
Tonigan, J. S., 536, 539, 544, 545,
550-551, 564-565, 587
Torgersen, S., 5
Towbin, K. E., 158-159, 461-462
Townsend, R. M., 115
Tran, G. Q., 116, 157
Traskman, L., 175-176
Travers, J., 114
Treanor, M., 208-209
Treat, T. A., 13-14
Trieu, V. H., 501-502
Trower, P., 502-503
Truax, C. B., 291
Trupin, E. W., 408
Tryon, G. S., 615-616
Tsai, M., 442-443
Tsao, J. C. I., 1-2, 6, 13-15, 20-22,
30-31, 240
Tsuang, M. T., 156, 157
Tucker, B., 164-165
Tukel, R., 157
Tull, M. T., 241, 367-368
Tune, G. S., 168-169
Tupler, L. A., 212-213
Turek, F. W., 636-637
Turk, C. L., 115, 116, 118-119, 122,
126, 134-135, 241, 394
Turkington, D., 508-509
Turksov, N., 157
Turner, R. M., 162-163, 398, 409
Turner, S. M., 115, 123, 181-182
Twentyman, C. T., 67-68
Twisk, J., 355
Twohig, M., 163-164
Twohig, M. P., 29-30, 197-198
Tyler, R., 410
Tyrer, P. J., 240

U

Uddo-Crane, M., 73-74
Uebelacker, L. A., 367-368, 464
Uhde, T. W., 1-2
Uhl, K., 278
Uhlmansiek, M. H., 71-72
Ulrich, R., 393
Unutzer, J., 469
Uomoto, J., 368-369

V

- Vaillant, G., 537, 554-555, 560-561
 Vajk, F. C., 292
 Valderhaug, R., 162-163, 181-182
 Valentiner, D. P., 123
 Valleni-Basille, L. A., 156
 Vallieres, A., 641-643
 Vallis, T. M., 292
 van Aalderen, J. R., 282
 van Asselt, D. I., 398
 van Balkom, A. J., 16-17, 24, 166-167
 van Beek, N., 7-8
 Van den Bergh, O., 659-660
 Van den Bosch, L., 409
 van den Hout, M. A., 9-10, 14-15, 26-28
 van der Kolk, B. A., 414
 Van Dijk, S., 409
 van Dyck, R., 9-10, 16-17, 24, 27-28
 Van Dyke, M., 126
 van Etten, M. L., 77-78
 van Gorp, W., 465
 Van Gucht, D., 356-357
 van Haitsma, K., 368-369
 Van Houdenhove, L., 659-660
 van Kraanen, J., 164-165
 van Megen, H. J., 6
 van Megen, J. G., 157
 Van Meter, A. R., 463
 van Oppen, P., 617-618
 Van Someren, E. J., 636-637
 van Spiegel, P., 24
 van Straten, A., 114, 355-357, 617-618
 van Tulder, F., 240
 Van Voorhees, B. W., 355, 368-369
 van Wel, E. B., 397
 van Zijderveld, G., 9-10
 Vander Bilt, J., 245
 Vansteenwegen, D., 29-30
 Vasilaki, E. I., 590
 Vasile, R. G., 5
 Vaughn, C. E., 466-467, 482
 Velicer, W. F., 545
 Velleman, R., 545-546
 Veltman, D. J., 9-10
 Verbraak, M. J., 397
 Verburg, K., 7-8
 Verdellen, C. W., 159-160
 Verducci, J. S., 471-472
 Verduyn, C., 292
 Verheul, R., 349, 409
 Vernon, P. A., 394
 Verona, E., 283
 Veronen, L. J., 64, 66-67, 79-80
 Versiani, M., 321-322
 Vervliet, B., 28-30
 Vieta, E., 292, 465-466, 469
 Villemin, E., 636-637
 Viloette, N., 535
 Visser, S., 166-167
 Vitiello, B., 474
 Vitousek, K. M., 671
 Vittengl, J. R., 281, 282
 Vogel, P. A., 166-167
 Vogt, D. S., 66-67
 Völlm, B., 396
 Vollmer, B. M., 617-618
 Von, J. M., 64
 Vos, S. P., 12-13
 Vos, T., 30-31, 281
 Vrana, S., 70-72
 Vriends, N., 115
 Vrinssen, I., 240
- W**
- Wade, W. A., 13-14
 Wager, T. D., 394
 Wagner, A. W., 368-369
 Walitzer, K. S., 554-555
 Walker, D. L., 29-30
 Walker, M. P., 636-637
 Wallace, C. J., 482
 Wallace, S. T., 117-118
 Waller, D., 673-675, 682-683
 Wallin, L., 502-503
 Walser R. D., 283
 Walsh, B. T., 682-683
 Walters, E. E., 4, 65-66
 Walters, K., 471-472
 Walters, S. T., 535
 Waltz, J., 410
 Wamhoff, J., 279
 Wang, C. E., 289
 Wang, J., 64, 276
 Wang, M. C., 627-628
 Wang, P. S., 207
 Ward, C. H., 602-603
 Wardle, J., 16-17
 Ware, J. C., 641-642
 Ware, J. E., 356-357
 Warmerdam, L., 355-357
 Warren, R., 162-163
 Warshaw, M., 157
 Warwick, H. M., 166-167
 Washton, A. M., 587
 Wasser, T., 410
 Waterloo, K., 289
 Waters, A., 158-159
 Waters, A. M., 208-209
 Watkins, E., 652-653
 Watkins, E. R., 292, 468
 Watson, D., 6, 124, 239, 248
 Watson, D. L., 364-365
 Watson, H., 672
 Watson, J. C., 615-616
 Watts, F. N., 166-167, 638-639
 Weathers, F. W., 70-74
 Webb, R. T., 526
 Webber, M., 284-285
 Webber, M. A., 398
 Weeks, J. W., 118-119, 124, 146-147
 Weems, C. F., 7-8
 Wegner, D. M., 210-211, 213-214, 263
 Weinberg, A., 240
 Weinberg, I., 397, 398
 Weinberger, A. D., 252, 275, 397, 651-652
 Weiner, E. S., 431-432
 Weinstein, C. D., 545-546
 Weinstein, S. M., 471-472
 Weinstock, J., 659-660
 Weinstock, L. M., 356-357, 464, 465
 Weisberg, R. B., 367-368
 Weiser, M., 240
 Weishaar, M. E., 282, 290, 397
 Weisman, A., 468
 Weismann, T., 406
 Weiss, D. S., 71-72
 Weiss, R. L., 698, 703, 704
 Weissman, M. M., 115, 157, 331-336, 339-340, 342-343, 347-349, 356-357, 469
 Welkowitz, L., 13-14
 Wells, A., 120, 207-210, 283
 Wells, H., 411-412
 Wendel, J. S., 468
 Wenzel, A., 115, 331
 Werner, K. H., 349
 Wesner, R., 5
 West, A. E., 471-472
 West, L. M., 211-212
 West, P., 368-369
 Westen, D., 77-78, 394, 413-414
 Westenberg, H. G., 6, 157
 Westerhof, G. J., 249
 Westling, B. E., 25-26
 Westra, H. A., 16-17, 124, 251
 Wetzel, R. D., 277, 279
 Wetzler, S., 14-15
 Weyers, P., 240
 Whalley, L. J., 277
 Wheeler, E. G., 698
 Wheeler, J., 704
 Wheeler, J. G., 697
 Whisman, M. A., 207, 285-286, 292, 697, 698
 Whisman, M. S., 697
 Whitaker, C., 475
 Whitaker, C. A., 437-438
 White, C., 115

- White, K. S., 16-17, 22-23
 White, T. L., 263
 Whitford, H. S., 282
 Whittall, M., 7-8
 Whittall, M. L., 166-167
 Whittington, C., 630-631
 Wicklow, A., 638-639, 651-652
 Wickwire, K., 10-11
 Widerlöv, B., 502-503
 Wiedemann, G., 9-10
 Wiersma, J. E., 282, 284-285
 Wierzbicki, M., 291
 Wild, K. V., 278
 Wildgrube, C., 466-467
 Wile, D. B., 708-709
 Wilens, T. E., 463
 Wiffley, D. E., 331-332, 671
 Wilhelm, F. H., 25-26
 Wilhelm, S., 158-159
 Wilkinson, D. J., 1-2
 Williams, C., 22-23
 Williams, J., 77-78, 356-357
 Williams, J. B., 245, 475
 Williams, J. B. W., 18-19, 71-72, 244, 356-357, 475, 544
 Williams, J. M., 117-118, 208-209
 Williams, J. M. G., 229, 231-232, 280, 282, 321-322, 366-367
 Williams, K. E., 13-16, 212-213
 Williams, L. F., 64
 Williams, S. L., 10-11, 26-27
 Wills, R. M., 698
 Wilson, A. E., 79-80
 Wilson, D., 77-78
 Wilson, G. T., 331-332, 671, 673, 676-677, 682-683
 Wilson, K. G., 29-30, 208-210, 213-214, 252, 355
 Wilson, P. H., 292
 Wimberly, J. D., 711-712
 Winograd, G., 615-616
 Winters, R., 464, 466-467
 Wirtz, P. W., 537
 Wiser, S., 285-286
 Wisniewski, S. R., 476-477
 Witkiewitz, K., 537, 538, 559-560, 562-563
 Wittchen, H.-U., 1-2, 4, 5, 115, 207, 275
 Wittkowski, A., 509-510
 Wohlgemuth, W. K., 659-660
 Wolf, E. J., 64
 Wolf, M., 410
 Wolff, J., 278
 Wolff, P. L., 115
 Wolitzky, D. L., 614
 Wolitzky-Taylor, K., 4, 209-210
 Wolpe, J., 128, 277
 Wong, C. J., 596-597
 Wong, J., 116
 Wong, M. C., 590
 Wood, A., 292
 Wood, J. M., 648-649
 Woodcock, E. A., 355
 Woods, C. M., 123
 Woods, D. W., 164-165
 Woods, S. W., 1-2, 15-16, 242
 Woodward, J. J., 537
 Woody, S., 14-15, 123
 Woody, S. R., 147-149, 160-161, 166-167
 Wooten, V., 641-642
 Worden, B., 543
 Worhunsky, P., 175-176
 Woyshville, M. J., 463
 Wright, J. H., 277, 278, 291
 Wright, K., 292, 468, 469
 Wyatt, J. K., 649-650
 Wykes, T., 501-504, 508-510
- Y**
 Yan, L. J., 466-467
 Yang, Y., 591
 Yaryura-Tobias, J. A., 156
 Yates, B. T., 281
 Yates, J., 277
 Yi, J., 712-713
 Yong, L., 394
 Yoo, S. S., 636-637
 Yoshioka, M., 539
 Young, J. E., 252, 275, 276, 282-287, 289-291, 311-313, 321-322, 397, 651-652
 Young, M. E., 471-472
 Youngren, M. A., 594
 Youngstrom, E. A., 463
 Young-Xu, Y., 78-79
 Yusupoff, L., 508-510
- Z**
 Zahner, G. E., 158-159
 Zaleski, E. H., 368-369
 Zanarini, M. C., 394, 396
 Zandberg, L., 671
 Zane, G., 10-11
 Zarcone, V., 641-642
 Zaslavsky, A. M., 275
 Zatzick, D. F., 368-369
 Zebb, B. J., 27-28
 Zee, P. C., 636-637
 Zeiss, A., 237
 Zeiss, A. M., 355, 594
 Zeiss, A. S., 353
 Zettle, R. D., 355
 Zhang, H., 240
 Zheng, H., 212-213
 Zimering, R. T., 66-67, 70-71
 Zimmerman, J., 368-369
 Zimmermann, A., 531
 Zimmermann, G., 501-502
 Zinbarg, R. E., 6
 Zippel, A. M., 495-496
 Zittel, C. C., 413-414
 Zizza, M., 278
 Zoellner, L. A., 7-8, 78-79, 168-169
 Zohar, J., 167-168
 Zohar-Kadouch, R., 167-168
 Zorick, F., 636-637
 Zucker, B. G., 14-15, 30-31, 240
 Zweben, A., 537, 563-564
 Zysk, E., 28-29
 Zywiak, W. H., 537

Esta página foi deixada em branco intencionalmente.

ÍNDICE

Os números de página seguidos de *f* indicam *Figura* e de *t*, *Tabela*.

A

Abandono, 15-16

Abordagem “baseada na divisão”, 239, 427-428

Abordagem de reforço comunitário (CRA)

avaliação e, 586-589

estudo de caso, 601-609, 604*f*, 609*t*

transtornos por uso de álcool e, 535, 561-563

transtornos por uso de drogas e, 585, 591-602, 592*f*, 593*f*, 595*t*-597*t*, 597*f*

visão geral, 610

Ver também Tratamento

Abordagem de tratamento sistemática e eclética

aplicação de, 619-622

depressão e abuso de substâncias, 617-619, 619*f*

estudo de caso, 621-633, 624-625*f*

evidências de pesquisa, 615-618

visão geral, 614-615, 632-633

Ver também Psicoterapia; Terapia integrativa; Tratamento

Abordagens de tratamento

psicodinâmico, 394-396. *Ver também* Tratamento

Abriu-se, 437-438

Abuso

avaliação de trauma/TEPT e, 69-71

pânico e agorafobia e, 7-8

Abuso físico

pânico e agorafobia e, 7-8

terapia comportamental dialética (TCD) e, 441-443

transtornos por uso de álcool e, 559-560

Ver também Abuso

Abuso infantil

pânico e agorafobia e, 7-8

terapia comportamental dialética (TCD) e, 441-443

transtorno da personalidade

borderline e, 414

transtornos relacionados ao álcool e, 559-560

Ver também Abuso

Abuso sexual

avaliação de trauma/TEPT e, 69-71

pânico e agorafobia e, 7-8

terapia comportamental dialética (TCD) e, 441-443

transtorno da personalidade *borderline* e, 414

transtornos por uso de álcool e, 559-560

Ver também Abuso; Estupro

Aceitação

técnicas de exposição e, 29-31

terapia de casal comportamental integrativa (*integrative behavioral couple therapy* – IBCT) e, 700, 703, 706-708

Ver também Abuso físico; Abuso infantil; Abuso sexual

Ações, 216-218

Actigrafia, 644

Adolescência

TCC para depressão e, 278

transtornos alimentares e, 668

Afetividade negativa

pânico e agorafobia e, 6

transtornos por uso de álcool e, 559-561

Affordable Care Act, 539

Afirmção, 616-617

Agendar atividades

ativação comportamental e, 362-365

como exercício de casa, 300-301

depressão e, 295-297, 295-296*f*

transtornos do sono e, 658-659

Agorafobia

avaliação e, 18-24, 19-21*f*

características de apresentação, 4-5

estudo de caso, 17-19, 31-48

farmacoterapia e, 15-18

fatores etiológicos e de manutenção

de, 5-11

história de tratamento psicológico de, 5

natureza de, 1-4

pânico e, 3-4

protocolo unificado e, 241

transtorno de ansiedade social e, 115

tratamento

cognitivo-comportamental e, 24-32

variáveis de tratamento, 10-18

visão geral, 3, 47-49

Ajuste, 197-198

Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), 539, 540*t*

Alucinações

desintoxicação e, 548-549

diagnóstico e, 464

princípios clínicos, 504-506

terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 515-516

visão geral, 501-502

Alucinações auditivas. *Ver*

Alucinações

Ambiente

modelos comportamentais de

depressão e, 352-354

terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 504-505

terapia comportamental dialética (TCD) e, 426-428, 434-435

transtorno da personalidade *borderline* e, 413-414

transtornos por uso de álcool e, 533, 536-537

Ameaça, 68-69

American Society of Addiction Medicine (ASAM), 546-548

Análise comportamental

estudo de caso, 441-442, 572, 574

prevenção de recaída e, 562-564

terapia comportamental dialética (TCD) e, 433-436, 441-442

- Análise de soluções, 435-436
- Análise DEEP (Diferenças, Sensibilidade Emocional, Circunstâncias Externas e Padrões de Interação)
- distanciamento unificado e, 708-709
 - terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 702-703, 705-708
- Análise em cadeia, 434-435
- Análise fatorial, 22-23. *Ver também* Avaliação
- Análise funcional
- ativação comportamental e, 361-362
 - pânico e agorafobia e, 23-24
 - prevenção de recaída e, 562-564
 - protocolo unificado e, 249-250
 - transtorno do sono e, 644-648, 646f
 - transtornos por uso de álcool e, 536-537, 545-546, 545-546f, 555-557
 - transtornos por uso de drogas e, 591-592, 592f
 - Ver também* Avaliação
- Análise situacional, 284-285
- Anorexia nervosa
- características clínicas de, 667
 - classificação e diagnóstico de, 665-666
 - desenvolvimento e curso de, 668
 - teoria cognitivo-comportamental de, 670-671, 670f
 - tratamento e, 691-695
 - visão geral, 665
 - Ver também* Transtornos alimentares
- Ansiedade
- ataques de pânico e, 1-3
 - estudo de caso, 243-244
 - pânico e agorafobia e, 6
 - terapia comportamental baseada em aceitação (TCBA), 220-221
 - transtorno de ansiedade social e, 115
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 157-159
 - transtornos alimentares e, 667
 - tratamento
 - cognitivo-comportamental e, 24 - Ver também* Transtornos de ansiedade
- Antecedent and Coping Interview* (ACI), 511-512
- Antecedentes
- ativação comportamental e, 360-362
 - interpersonais, 537
 - protocolo unificado e, 258
 - transtornos por uso de álcool e, 536-537
- Antidepressivos
- ativação comportamental e, 355
 - depressão e, 277-278
 - transtorno da personalidade *borderline* e, 396-397
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 167-168
 - Ver também* Farmacoterapia
- Antidepressivos tricíclicos
- depressão e, 277-278
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 167-168
 - Ver também* Farmacoterapia
- Antipsicóticos
- atípicos, 465, 473-474
 - transtorno bipolar e, 465, 473-474
 - transtorno da personalidade *borderline* e, 396-397
 - Ver também* Farmacoterapia
- Apneia/hipopneia obstrutiva do sono, 636. *Ver também* Transtorno do sono
- Apoio social
- prevenção de recaída e, 562-564
 - transtorno do sono e, 658-659
 - transtornos alimentares e, 681-682
 - transtornos por uso de álcool e, 537, 561-563
 - transtornos por uso de drogas e, 593-594
 - tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 177-179, 197-198
 - Ver também* Relações
- Aprendizagem
- corretiva, 27-29
 - protocolo unificado e, 258
 - técnicas de exposição e, 27-30
 - teoria da vulnerabilidade tripla, 239
- ARCO das emoções, 258
- Argumentos, 195-197
- Armadilha mútua, 703
- Assimilação, 82-85
- Associações inibidoras, 28-29
- Ataques de pânico
- avaliação e, 20-23, 21f
 - fatores de manutenção, 8-10
 - iniciais, 8-9
 - natureza de, 1-3
 - não clínicos, 1-3
 - noturnos, 1-2, 30-31
 - sensações corporais que desencadeiam, 9-11
 - teoria da vulnerabilidade tripla, 239
- Ativação comportamental
- avaliação e, 356-357
 - contexto empírico, 354-357
 - curso do tratamento, 356-369, 357f, 358t, 363f
 - estudo de caso, 368-388, 374f, 385-386f
 - modelos comportamentais de depressão e, 353-354
 - visão geral, 352, 354, 358t, 388
 - Ver também* Tratamento
- Atribuição gradual de tarefas, 364-366
- Autoavaliação, 683-689, 683-686f
- Autodeclarações
- pânico e agorafobia e, 35-37
 - terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 512-514
- Autodiálogo
- transtorno de ansiedade social e, 130-132
 - transtorno de estresse pós-traumático e, 74-75
- Autoestima, 505-506
- terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 505-506, 522-525, 523f
 - transtorno de estresse pós-traumático e, 104-106
 - transtornos psicóticos e, 522-525, 523f
- Autoimagem, 118-119
- Autoinvalidação, 414f, 415
- Automonitoramento
- ativação comportamental e, 362-365
 - avaliação e, 20-23, 21f
 - pânico e agorafobia e, 24, 33-35
 - protocolo unificado e, 245-248, 246f-247f
 - terapia comportamental baseada em aceitação (TCBA), 215-216, 225-226
 - transtorno do sono e, 645-647, 652-657, 654t
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 185-187
 - transtornos alimentares e, 677-680, 678-680f, 685-687
 - transtornos por uso de álcool e, 545-546, 545-546f, 552-554
 - Ver também* Tratamento cognitivo-comportamental
- Avaliação
- abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 620-622
 - ativação comportamental e, 356-357, 361-362
 - clínica, 620-622
 - depressão e, 321-322, 356-357
 - do parceiro, 545-546
 - pânico e agorafobia e, 18-24, 19-21f

- protocolo unificado e, 241, 243-250, 246f-247f
- terapia cognitiva para depressão e, 321-322
- terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 514-516
- terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 703-707, 704t, 714-716
- terapia de casal e, 699
- transtorno bipolar e, 475-477, 476f
- transtorno da personalidade *borderline* e, 394
- transtorno de ansiedade generalizada e, 212-215
- transtorno de ansiedade social e, 122-125, 135-137, 135-136t, 146-149, 147-148f
- transtorno de estresse pós-traumático e, 69-74
- transtorno do sono e, 641-643, 643f, 657-658
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 168-176
- transtornos alimentares e, 673-678, 692-693
- transtornos por uso de álcool e, 538-539, 543-546, 544t, 545f-548f
- transtornos por uso de drogas e, 586-589
- transtornos psicóticos e, 511-512
- tratamento com exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 175-176
- tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 475-477, 476f
- Avaliação clínica de prejuízo (ACP), 674
- Avaliação cognitiva comportamental, 125
- de admissão, 586-589
- pânico e agorafobia e, 8-10
- protocolo unificado e, 248, 252, 260-262
- Ver também* Avaliações
- Avaliação diagnóstica, 475-476
- pânico e agorafobia e, 20-22
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 168-169
- tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 175-176
- Ver também* Avaliação; Diagnóstico
- Avaliação dimensional, 20-22. *Ver também* Avaliação
- Avaliação médica
- pânico e agorafobia e, 20-22
- protocolo unificado e, 245
- Ver também* Avaliação
- Avaliação social, 239. *Ver também*
- Erros do pensamento
- Avaliações
- automáticas, 8-10
- catastróficas equivocadas, 9-10
- familiares, 476-477
- pânico e agorafobia e, 8-10, 25-26
- protocolo unificado e, 252
- reavaliações, 252, 260-262
- ## B
- Batimentos cardíacos, 1-2
- Bulimia nervosa
- características clínicas de, 667
- classificação e diagnóstico de, 665-666
- desenvolvimento e curso de, 668
- terapia cognitivo-comportamental para bulimia nervosa (TCC-BN), 669-670, 670f
- visão geral, 665
- Ver também* Transtornos alimentares
- ## C
- Calendário de Eventos Traumáticos, 70-71
- Capacidade de resposta
- terapia comportamental dialética (TCD) e, 437-438
- terapia integrativa e, 616-618
- Cartões de Autorregistro diário, 545-546, 545-546f
- Center for Anxiety and Related Disorders* (CARD), 241
- Ciclo de
- vivência-crença-ação-confirmação (VCAC), 511-512f
- Classificação Internacional de Doenças (CID-10-11), 332-333
- Classificação Internacional de Transtornos do Sono (*International Classification of Sleep Disorders*, ICSD), 637-638
- Clinical Institute Withdrawal Assessment* (CIWA), 547-549
- Clomipramina, 167-168. *Ver também*
- Farmacoterapia
- Cocaine Dependency Self-Test*, 586
- Cognição, 533
- Colaboração
- ativação comportamental e, 359-360
- terapia cognitiva para depressão e, 292-294, 321-322
- terapia integrativa e, 615-616
- transtorno do sono e, 641-642, 644-645, 654t
- Comorbidade
- pânico e agorafobia e, 10-15
- teoria da vulnerabilidade tripla, 238
- transtorno bipolar e, 463-464
- transtorno de ansiedade generalizada e, 206-207
- transtorno de ansiedade social e, 114-115, 121, 124
- transtorno de estresse pós-traumático e, 65-66
- transtorno do sono e, 637-638
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 157-159
- transtornos emocionais e, 240-241
- transtornos por uso de álcool e, 533, 535, 549-550, 559-561
- transtornos psicóticos e, 501-502, 527
- tratamento
- cognitivo-comportamental e, 30-31
- tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 473
- Comparações sociais, 686-688
- Competência, 414f, 415-416
- Comportamental, ativação. *Ver* Ativação comportamental
- Comportamento
- dependente do humor, 378-380
- habilidades comportamentais, 419
- terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 504-505
- transtorno do sono e, 654t
- Ver também* Consequências do comportamento
- Comportamento autoagressivo. *Ver* Comportamento de autoagressão não suicida (*nonsuicidal self-injurious behavior*, NSSI)
- Comportamento “comandado por regras”, 700
- Comportamento de autoagressão não suicida (*nonsuicidal self-injurious behavior*, NSSI)
- estudo de caso, 438-455
- terapia comportamental dialética (TCD) e, 418, 421, 424-425
- transtorno da personalidade *borderline* e, 393-394
- transtornos psicóticos e, 526-527
- Comportamento/pensamentos suicidas
- estudo de caso, 438-455
- psicoterapia interpessoal e, 347-348
- terapia comportamental dialética (TCD) e, 418, 421, 424-426
- transtorno da personalidade *borderline* e, 393-394, 396

- transtorno de ansiedade social e, 115
- transtornos psicóticos e, 526-527
- tratamento e, 278
- Comportamentos alternativos, transtornos por uso do álcool e, 558-559
- Comportamentos distrativos, 558-559
- Comportamentos movidos por emoções (EDBs)
- estudo de caso, 257-258, 263-265
 - protocolo unificado e, 250, 252-254, 253*t*, 255*t*, 263-265
 - sobreposição entre transtornos e, 241
 - visão geral, 254
- Comportamentos que interferem na terapia, 418-419
- Compromisso, 417-418
- Compulsão alimentar periódica
- características clínicas de, 667
 - classificação e diagnóstico de, 665-666
 - desenvolvimento e curso de, 668
 - evitação de alimentos e, 688-690
 - visão geral, 665
 - Ver também* Transtornos alimentares
- Comunicação, 437-439, 451-452
- Comunicação irreverente, 437-439
- Comunicação recíproca
- estudo de caso, 451-452
 - terapia comportamental dialética (TCD) e, 437-438
 - Ver também* Comunicação
- Conceituação de caso
- estudo de caso, 566-569
 - terapia comportamental dialética (TCD) e, 411-413
 - transtornos por uso de álcool e, 536-537, 566-569
- Condicionamento operante, 66-68
- Condições que ocorrem simultaneamente, 4-5
- Conexão empática, 707-709
- Conflitos, 701-702
- Consciência das emoções
- estudo de caso, 259-260
 - protocolo unificado e, 250-252, 259-260
- Consciência interoceptiva, 7-9
- Consequências da emoção
- protocolo unificado e, 258
 - terapia comportamental dialética (TCD) e, 434-435
- Consequências do comportamento
- ativação comportamental e, 360-362
 - prevenção de recaída e, 562-564
 - terapia comportamental dialética (TCD) e, 434-437
 - transtorno do sono e, 645-648
- Consideração positiva, 616-617
- Construção, 210-211, 213-214. *Ver também* Evitação
- Construção de tolerância, 708-710
- Consulta por telefone, 423-425
- Contínuo de Saúde Mental – Formulário Curto (*Mental Health Continuum-Short Form*, MHC-SF), 249
- Contrato de tratamento, 124, 337-338
- Controle estímulos, 555-558, 556*f*, 648-650
- Convulsões, 548-549
- Correção cognitiva, 29-31
- Crenças
- modificação de crenças, 514-515
 - terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 504-505
 - transtorno de estresse pós-traumático e, 82-83
 - transtorno do sono e, 654*t*, 653-657
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 171-173
- Crises
- dilemas dialéticos e, 414*f*, 416-417
 - transtornos alimentares e, 675
- Crítica, 209-210
- Cuidado colaborativo (CC), 471-472
- Cuidados auxiliares, 426-428
- D**
- Danos autoinfligidos. *Ver* Comportamento de autoagressão não suicida (*nonsuicidal self-injurious behavior*, NSSI)
- Declaração de impacto, 83-85, 106-107
- Déficits interpessoais, 335-336
- Delírios, 548-549
- diagnóstico e, 464
 - estudo de caso, 519-523
 - princípios clínicos, 504-506
 - terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 515-516
 - visão geral, 501-502
- Delírios paranoides. *Ver* Delírios
- Depressão
- abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 619-622
 - abuso de substâncias e, 614, 617-619, 619*f*
 - avaliação e, 356-357, 475
 - crônica, 282-285, 311-322
 - diagnóstico, 336-337
 - estudo de caso, 302-322, 338-347, 368-388, 374*f*, 385-386*f*, 621-633, 624-625*f*
 - modelo cognitivo de, 285-286
 - modelo de depressão da TIP, 332-333
 - modelos comportamentais de, 352-354
 - pânico e agorafobia e, 4, 6, 14-15
 - prevenção de recaída e, 279-282
 - protocolo unificado e, 255
 - psicoterapia interpessoal e, 331-333, 335-339
 - ruminação e, 158-159
 - teoria da vulnerabilidade tripla, 239
 - teoria do esquema e, 285-291, 287*f*-289*f*, 290*f*
 - terapia cognitiva e, 291-312, 295-298*f*, 321-322
 - terapia de casal e, 698
 - transtorno de ansiedade generalizada e, 206-209
 - transtorno de ansiedade social e, 115
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 157
 - transtornos alimentares e, 667, 675
 - transtornos por uso de álcool e, 533
 - tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 196-197
 - visão geral, 275-286, 321-322
 - Ver também* Transtorno bipolar; Transtornos do humor
- Descobertas guiadas, 294
- Desengajamento funcional, 513-514
- Desesperança, 302-303
- Desintoxicação, 547-549. *Ver também* Transtornos por uso de álcool;
- Transtornos por uso de substâncias
- Desregulação de objetivos, 466-467
- Dessensibilização e reprocessamento por movimentos oculares, (EMDR)
- abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 628-630
 - transtorno de estresse pós-traumático e, 76-78
 - Ver também* Tratamento
- Dessensibilização sistemática (DS), 74-75. *Ver também* Técnicas de exposição
- Diagnóstico
- ataques de pânico, 1-2
 - ativação comportamental e, 356-357

- comorbidade e, 14-15
 depressão e, 356-357
 pânico e agorafobia e, 14-15, 18-19
 protocolo unificado e, 249
 psicoterapia interpessoal e, 332-333, 336-337
 sobreposição entre transtornos, 240-241
 transtorno bipolar e, 475-476
 transtorno de ansiedade generalizada e, 206-207
 transtorno de ansiedade social e, 114-115
 transtorno de estresse pós-traumático e, 62-64
 transtorno depressivo maior e, 336-337
 transtorno do sono e, 637-639, 641-643
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 155-156, 158-160, 168-169
 transtornos alimentares e, 674
 transtornos por uso de álcool, 532
 transtornos emocionais e, 239
Ver também Avaliação diagnóstica; Diagnóstico diferencial
- Diagnóstico diferencial
 pânico e agorafobia e, 18-19
 transtorno bipolar e, 463-464
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 158-160
Ver também Diagnóstico
- Dialética, 411-413
 Diálogo interno, 512-514
 Diário do sono, 642-643, 643f
 Diferenças de gênero. *Ver* Diferenças de sexo
- Diferenças de sexo
 pânico e agorafobia e, 4
 transtorno de estresse pós-traumático e, 66-67
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 156
 tratamento para TEPT e, 77-79
- Dilemas dialéticos, 414-417, 414f
- Diretriz para manejo de moderação da bebida, 552-554
- Disputas de papéis, 334-336
- Dissociação, 64
- Dissociação peritraumática (DP), 73-74
- Distanciamento unificado, 708-709
- Distímia
 avaliação e, 475
 estudo de caso, 311-322
 pânico e agorafobia e, 4-5
 protocolo unificado e, 255
 psicoterapia interpessoal e, 331-332, 346-348
 visão geral, 282-285
Ver também Depressão
- Distorções cognitivas. *Ver* Erros do pensamento
- Disulfiram
 estudo de caso, 606-607
 transtornos por uso de drogas e, 595-597, 597f
Ver também Farmacoterapia
- Dramatização
 depressão e, 296-297
 estudo de caso, 345-346
 pânico e agorafobia e, 10-11
 psicoterapia interpessoal e, 338-339
 transtornos por uso de drogas e, 593
 tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 482
- DSM-5
 ataques de pânico, 1-3
 ativação comportamental e, 356-357
 depressão e, 331-333
 problemas de casal e, 697
 transtorno bipolar, critérios para, 461-464
 transtorno da personalidade *borderline* e, 394
 transtorno de ansiedade generalizada, critérios para, 206-207
 transtorno de ansiedade social e, 115
 transtorno de estresse pós-traumático, critérios para, 62-64, 69-72
 transtorno depressivo maior, critérios para, 331-332
 transtorno do sono, critérios para, 637-638, 641-642
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 155-156
 transtornos alimentares e, 665-669
 transtornos por uso de álcool, critérios para, 532
 transtornos por uso de drogas e, 585-586
 transtornos emocionais, 239
 transtornos relacionados ao álcool e, 544t
- DSM-III
 pânico e agorafobia e, 5
 transtorno de ansiedade social e, 114-115
- DSM-IV
 ativação comportamental e, 356-357
 transtorno bipolar e, 461-463
 transtorno de ansiedade generalizada, critérios para, 206-207
 transtorno de estresse pós-traumático, critérios para, 64
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 156, 158-159
 transtornos de ansiedade e, 158-159
- DSM-IV-TR
 problemas de casal e, 697
 transtorno de estresse pós-traumático, critérios para, 69-70
 transtorno do sono, critérios para, 637-638
 transtornos por uso de drogas e, 585-586, 596-597
 transtornos emocionais, 239
- Duke Structured Interview for Sleep Disorders*, 641-643
- E**
Early Signs Scale, 525
Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q), 674
 Educação. *Ver* Psicoeducação
 Educação sobre HIV/aids, 595, 596-597t
 Efeito de violação da abstinência (EVA), 537-538, 562-564
 Eficiência do sono, 648-649
 Emaranhamento, 209-210
 Emoção primária, 259
 Emoções expressadas (EE), 466-468, 476-477
 Emoções negativas, 240-241. *Ver também* Neuroticismo
- Empatia
 abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 620-621, 628-629
 terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 700, 707-709
 terapia integrativa e, 615-616
 transtornos por uso de álcool e, 564-565
- Empirismo colaborativo, 293-294
- Emprego
 esquizofrenia e, 508-510
 transtorno bipolar e, 465
 transtorno de ansiedade social e, 115

- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 180-181
- transtornos por uso de drogas e, 594, 595^t
- tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 180-181
- Energia, 657-658
- Ensaio cognitivo, 296-297
- Entrevista clínica
- protocolo unificado e, 244-245
 - transtorno de ansiedade social e, 122-123
 - transtornos por uso de álcool e, 543-554, 544^t
 - Ver também* Avaliação; Entrevistas; Entrevistas semiestruturadas
- Entrevista Clínica Administrada por Profissional (*Clinician-Administered PTSD Scale*, CAPS), 70-72
- Entrevista Clínica Estruturada Para o DSM-IV (*Structured Clinical Interview for DSM-IV*; SCID)
- ativação comportamental e, 356-357
 - problemas de casal e, 714
 - protocolo unificado e, 244-245
 - transtorno bipolar e, 475
 - transtorno de estresse
 - pós-traumático e, 71-72 - transtornos por uso de álcool e, 543-544
 - visão geral, 18-19
- Entrevista diagnóstica estruturada, 70-72
- Entrevista Diagnóstica para Transtorno da Personalidade do DSM-IV (DIPD-IV), 394
- Entrevista Estruturada para os Transtornos de Ansiedade para DSM-IV e DSM-5 (ADIS)
- exemplo de, 19-20^f
 - protocolo unificado e, 241, 244-245
 - transtorno de ansiedade
 - generalizada e, 212-213 - transtorno de ansiedade social e, 122-123
 - visão geral, 18-22
- Entrevista Familiar de Camberwell, 476-477
- Entrevista Motivacional (EM)
- abordagem de tratamento
 - sistemática e eclética e, 628-629 - estudo de caso, 257
 - protocolo unificado e, 251
 - transtorno do sono e, 647-649, 658-659
 - transtornos alimentares e, 676-677
 - transtornos por uso de álcool e, 539, 541-543
 - transtornos por uso de drogas e, 590
 - transtornos psicóticos e, 527
 - Ver também* Motivação
- Entrevista Retrospectiva da Linha de Tempo (*Timeline Follow-Back Interview*, TLFB), 543-544
- Entrevista sobre Eventos Potencialmente Estressantes, 70-71
- Entrevistas
- pânico e agorafobia e, 18-22, 19-20^f
 - transtorno de ansiedade
 - generalizada e, 212-213 - transtorno de estresse
 - pós-traumático e, 70-72 - transtornos alimentares e, 673-674
 - Ver também* Avaliação; Entrevista clínica; Entrevistas semiestruturadas
- Entrevistas estruturadas
- pânico e agorafobia e, 18-22, 19-20^f
 - transtorno de ansiedade
 - generalizada e, 212-213 - Ver também* Avaliação; Entrevistas semiestruturadas
- Entrevistas semiestruturadas
- pânico e agorafobia e, 18-22, 19-20^f
 - transtorno de ansiedade
 - generalizada e, 212-213 - transtorno do sono e, 641-643
 - transtornos por uso de drogas e, 588-589
 - Ver também* Avaliação; Entrevista clínica; Entrevistas
- Entusiasmo, 437-438
- Entusiasmo radical, 433-434. *Ver também* Terapia comportamental dialética (TCD)
- Envolvimento e falta de envolvimento social, 513-514
- Envolvimento entusiástico, 437-438
- Envolvimento familiar, 165-167, 197-198
- Epidemiologia
- abuso de substâncias e, 617-618
 - depressão e, 275-276, 617-618
 - pânico e agorafobia e, 4
 - transtorno bipolar e, 463-464
 - transtorno de ansiedade
 - generalizada e, 206 - transtorno de ansiedade social e, 114
 - transtorno de estresse
 - pós-traumático e, 64-67 - transtorno do sono e, 637-638
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 156-157
- Episódios depressivos recorrentes, 311-322. *Ver também* Depressão
- Episódios hipomaníacos, 461-462. *Ver também* Transtorno bipolar
- Equipe de consulta, 424-428, 425-427^t
- Erros catastróficos, 38-39
- Erros cognitivos
- pânico e agorafobia e, 35-39
 - transtorno de ansiedade social e, 129-132
 - transtorno de estresse
 - pós-traumático e, 94-104, 95-97^f, 100^f, 103^f - Ver também* Pensamentos automáticos
- Erros do pensamento
- transtorno de ansiedade social e, 129-132, 137-140
 - transtorno de estresse
 - pós-traumático e, 95-96^f - transtornos por uso de álcool e, 557-559
 - Ver também* Erros cognitivos; Pensamentos automáticos
- Escala Breve de Fobia Social (*Brief Social Fobia Scale*, (BSPS), 124-125
- Escala de Afeto Positivo e Negativo (*Positive and Negative Affect Scale*, PANAS), 248-249
- Escala de Ansiedade de Interação Social (*Social Interaction Anxiety Scale*, SIAS), 123, 244
- Escala de Ansiedade Social de Liebowitz (*Liebowitz Social Anxiety Scale*, LSAS), 124-125, 249
- Escala de Ativação Comportamental para Depressão (*Behavioral Activation for Depression Scale*, BADS), 356-357
- Escala de Avaliação da Zanarini para TPB (ZAN-BPD), 394
- Escala de Avaliação de Sintomas 90-Revisada (*Symptom Checklist 90-Revised* – SCL-90-R)
- abordagem de tratamento
 - sistemática e eclética e, 621-622 - transtorno de estresse
 - pós-traumático e, 72-73 - transtornos por uso de drogas e, 586
- Escala de Crítica Percebida, 476-477
- Escala de Controle Afetivo, 212-213
- Escala de Deficiência Autoavaliada de Liebowitz (*Liebowitz Self-Rated Disability Scale*), 124

- Escala de Dependência do Álcool (*Alcohol Dependence Scale*, ADS), 544
- Escala de Eventos Traumáticos, 70-71
- Escala de Gravidade de Dependência (*Addiction Severity Index*, ASI)
depressão e abuso de substâncias, 619f
transtornos por uso de drogas e, 588
visão geral, 544
- Escala de Gravidade do Transtorno de Ansiedade Generalizada (*Generalized Anxiety Disorder Severity Scale*, GADSS), 249
- Escala de Gravidade do Transtorno de Pânico (*Panic Disorder Severity Scale*, PDSS), 249
- Escala de Observação da Recompensa Ambiental (*Environmental Reward Observation Scale*, EROS), 356-357
- Escala de TEPT de Keane (PK), 72-73
- Escala de Unidades Subjetivas de Desconforto (*Subjective Units of Discomfort Scale*, SUDS)
transtorno de ansiedade social e, 128, 132-134
transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 169-171
- Escala Geral de Gravidade de Prejuízos da Depressão (*Overall Depression Severity and Impairment Scale*, ODSIS), 248
- Escala Geral de Gravidade e Prejuízo da Ansiedade (*Overall Anxiety Severity and Impairment Scale*, OASIS), 248
- Escala Hamilton de Classificação de Ansiedade (HARS), 245
- Escala Hamilton de Classificação de Depressão (HDRS)
ativação comportamental e, 356-357
depressão e abuso de substâncias, 619f
visão geral, 332-333, 340-341
- Escala Mississippi para TEPT relacionado a combate (*Mississippi Scale for Combat-Related*, PSTD), 71-72
- Escala Obsessivo-Compulsiva de Yale-Brown (*Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, Y-BOCS), 168-169, 249
- Escala para Sintomas de TEPT (*PTSD Symptom Scale*, PSS), 249
- Escala para Sintomas de TEPT – Autoavaliação (PSS-SR), 71-72
- Escala para Sintomas de TEPT – Entrevista (PSSI), 71-72
- Escala Purdue para TEPT – Revisada, 71-72
- Escala sobre Impacto de Eventos – Revisada (IES-R), 71-72
- Escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2), 703, 704f
- Escalas Táticas de Conflito, 544f
- Escuta
ativa, 491-492
terapia comportamental dialética (TCD) e, 432-433
terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 710-711
tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 491-492
Ver também Treinamento para melhoria da comunicação (TMC)
- Espaço colaborativo, 705
- Esquema de abandono/instabilidade, 287f. Ver também Esquemas
- Esquema de autocontrole/autodisciplina insuficientes, 288f. Ver também Esquemas
- Esquema de autossacrifício, 288f. Ver também Esquemas
- Esquema de busca de aprovação/busca de reconhecimento, 288f. Ver também Esquemas
- Esquema de caráter punitivo, 289f. Ver também Esquemas
- Esquema de defectividade/vergonha, 287f. Ver também Esquemas
- Esquema de dependência/incompetência, 287f. Ver também Esquemas
- Esquema de desconfiança/abuso, 287f. Ver também Esquemas
- Esquema de emaranhamento/self não desenvolvido, 287f. Ver também Esquemas
- Esquema de fracasso, 288f. Ver também Esquemas
- Esquema de inibição emocional, 289f. Ver também Esquemas
- Esquema de isolamento social/alienação social, 287f. Ver também Esquemas
- Esquema de merecimento/grandiosidade, 288f. Ver também Esquemas
- Esquema de negativismo/pessimismo, 289f. Ver também Esquemas
- Esquema de padrões inflexíveis/crítica exagerada, 289f. Ver também Esquemas
- Esquema de privação emocional, 287f. Ver também Esquemas
- Esquema de subjugação, 288f. Ver também Esquemas
- Esquema de vulnerabilidade a danos ou doenças, 287f. Ver também Esquemas
- Esquemas
depressão e, 285-291, 287f-290f
transtornos psicóticos e, 522-525, 523f. Ver também Terapia do esquema (TE)
- Esquemas mal-adaptativos precoces (EMP)
depressão e, 286-291, 287f-290f
estudo de caso, 311-322
- Esquizofrenia
autoestima e, 522-525, 523f
avaliação e, 511-512
contexto da terapia e, 507-510
estudo de caso, 515-523
manejo e recuperação de sintomas, 502-504
modelos teóricos de, 504-505
prevenção de recaída e, 525
princípios clínicos, 504-506
problemas e dificuldades clínicos, 526-527
transtorno bipolar e, 464
transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 159-160
tratamento e, 512-516
visão geral, 501-502, 505-508, 506-508f
Ver também Terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia; Transtornos psicóticos
- Estabilidade, 418
- Estabilizadores de humor
transtorno bipolar e, 465, 473-474
transtorno da personalidade *borderline* e, 396-397
Ver também Farmacoterapia
- Estado de humor, 174-175, 689-690
- Estágios de mudança
abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 625-627
terapia integrativa e, 616-617
Ver também Mudança
- Estímulo condicionado-estímulo não condicionado (EC-EN), 28-29
- Estratégia consultor-paciente, 427-428
- Estratégia de fazer de um limão, uma limonada, 431-432. Ver também Terapia comportamental dialética (TCD)

Estratégia de introduzir o paradoxo, 429-430. *Ver também* Terapia comportamental dialética (TCD)

Estratégias estilísticas, 437-439

Estresse familiar, 466-468

Estrutura TRAP/TRAC, 385-388

Estudos complementares, 76-77

Estupro, 69-71. *Ver também* Abuso sexual

Etiologia

- modelo de depressão da TIP, 332-333
- pânico e agorafobia e, 5-11
- protocolo transdiagnóstico unificado e, 238-239

Etnicidade, 77-79

Eventos da vida

- transtorno bipolar e, 465-467
- transtornos alimentares e, 689-690
- tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 479-480

Evidências longitudinais, 6

Evitação

- agorafobia e, 3-4
- ativação comportamental e, 383-384
- cognitiva, 253*t*
- corporal, 687-688
- de alimentos, 688-690
- de desconforto, 209-211
- emocional, 252-254, 253*t*, 262-263
- experiências, 213-214
- protocolo unificado e, 250, 252-254, 253*t*, 262-263
- sobreposição entre transtornos e, 240-241
- terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 504-505, 513-514
- transtorno de ansiedade generalizada e, 209-211, 213-214
- transtorno de ansiedade social e, 115
- transtorno de estresse pós-traumático e, 67-69, 79-80
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 160-161, 172-174, 195-197
- transtornos alimentares e, 687-690
- transtornos por uso de álcool e, 536-537
- tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 195-197

Evitação comportamental

- protocolo unificado e, 253*t*
- transtorno de ansiedade generalizada e, 210-211

Ver também Evitação

Evitação passiva. *Ver* Evitação

Exame Internacional de Transtornos da Personalidade (*International Personality Disorders Examination*, IPDE), 394

Exercício de discriminação interpessoal, 284-285

Exercício de hiperventilação, 34-35, 42-44

Exercícios de casa no tratamento

- ativação comportamental e, 358-360
- autoestima e, 524
- declaração de impacto, 83-85
- pânico e agorafobia e, 10-11, 33-36
- terapia cognitiva para depressão e, 299-302
- terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 706-708
- transtorno de ansiedade social e, 126, 127, 129-134, 131-132*t*
- transtorno de estresse pós-traumático e, 75-76, 83-87, 86-87*f*, 92-104, 3*f*, 95-96*f*, 97*f*, 100*f*, 103*f*
- transtorno do sono e, 644-645
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 161-163
- transtornos alimentares e, 677-680, 678-679*t*, 679-680*f*, 686-688
- transtornos por uso de álcool e, 552-554
- tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 178-179

Experiências emocionais, 251-252

Experimentos comportamentais

- terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 514-515
- transtorno do sono e, 654*t*, 657-658, 660-661

Exposição a emoções baseadas em situações

- estudo de caso, 267-269
- protocolo unificado e, 250, 255, 267-269

Ver também Técnicas de exposição

Exposição a estímulos, 10-11. *Ver também* Técnicas de exposição

Exposição a imagens

- transtorno de estresse pós-traumático e, 74-75
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 162-164, 178-180, 196-197

Ver também Técnicas de exposição

Exposição ao domínio guiado, 10-11. *Ver também* Técnicas de exposição

Exposição dirigida pelo terapeuta, 10-11. *Ver também* Técnicas de exposição

Exposição *in vivo*

- abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 629-630
- avaliação e, 22-23
- criação de hierarquias e, 34-36
- pânico e agorafobia e, 10-12, 26-27, 39-48
- terapia cognitiva e, 321-322
- transtorno de ansiedade social e, 129-134, 131-132*t*, 139-144
- transtorno de estresse pós-traumático e, 74-75
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 161-164, 178-180

Ver também Técnicas de exposição

Exposição interoceptiva

- estudo de caso, 267-269
- pânico e agorafobia e, 26-31, 39-48
- protocolo unificado e, 250, 255, 267-269

Ver também Técnicas de exposição

Exposição interoceptiva para atividades naturais, 45-46. *Ver também* Exposição interoceptiva; Técnicas de exposição

Exposição prolongada (EP), 74-76. *Ver também* Técnicas de exposição

Exposição terapêutica direta (ETD), 74-75.

Extinção, 28-30

F

Farmacoterapia

- abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 619-620
- ativação comportamental e, 355
- depressão e, 277-281, 284-285
- esquizofrenia e, 508-509
- não adesão de, 465-466
- pânico e agorafobia e, 5, 14-18
- prevenção de recaída e, 279-282
- psicoterapia interpessoal e, 347-348
- transtorno bipolar e, 464-466, 468-469, 473-474, 481
- transtorno da personalidade *borderline* e, 396-397
- transtorno de ansiedade generalizada e, 211-213
- transtorno de ansiedade social e, 116-118, 122
- transtorno do sono e, 639-642
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 167-169, 174-176
- transtornos alimentares e, 671

- transtornos por uso de drogas e, 595-597, 597f
- tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 473-474
- Ver também* Medicação psicoativa
- Fatores culturais, 617-618
- Fatores de manutenção
- pânico e agorafobia e, 5-11
 - transtornos por uso de álcool e, 536-538
- Fatores de vulnerabilidade
- comportamento/pensamentos suicidas, 526
 - dilemas dialéticos e, 414f, 415
 - pânico e agorafobia e, 5-9
 - transtornos por uso de álcool e, 536-537
- Ver também* Risco; Teoria da vulnerabilidade tripla; Vulnerabilidade biológica
- Fatores familiares, 537, 658-659
- Fatores genéticos
- pânico e agorafobia e, 5-6
 - sobreposição entre transtornos e, 240-241
 - transtorno bipolar e, 479
 - transtornos psicóticos e, 509-511
- Fatores neurobiológicos, 240-241
- Fatores sociais, 504-508
- Fazer comparações, 686-688
- Feedback**
- corretivo, 39-40
 - pânico e agorafobia e, 10-11, 39-40
 - terapia cognitiva para depressão e, 293
 - terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 706-708, 716-718
 - terapia integrativa e, 615-616
 - transtorno de ansiedade social e, 124
- Fim de tratamento
- estudo de caso, 346-347, 493-495, 578
 - psicoterapia interpessoal e, 338-339
 - transtorno de ansiedade social e, 134-135, 146-147
 - transtornos alimentares e, 690-692
 - transtornos por uso de álcool e, 578
 - tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 485, 493-495
- Flexibilidade clínica, 515-516
- Flexibilidade cognitiva, 250, 252
- Fobia social
- pânico e agorafobia e, 4-5
 - teoria da vulnerabilidade tripla e, 239
- Fobias, 4-5, 158-160
- Fobias específicas
- pânico e agorafobia e, 4-5
 - protocolo unificado e, 241
 - transtorno de ansiedade social e, 115
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 158-160
- FORM-90, 544
- Formação de terapeutas, 13-14. *Ver também* Variáveis do terapeuta
- Formato de tratamento
- abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 619-620
 - pânico e agorafobia e, 11-12
 - protocolo unificado e, 241
 - transtorno de ansiedade social e, 120-122
- Ver também* Tratamento
- Formulação, 702-705, 716-718
- Ver também* Formulação de caso
- Formulação de caso
- terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 504-505, 518-519
 - terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 702-705, 716-718
 - transtornos alimentares e, 677-678
 - transtornos do sono e, 644-648, 646f
- Formulário de escolha de objetivos, 544, 545f
- Formulário de Monitoramento de Emoções e EDBs em Contexto (MEEC), 245-248, 246f-247f
- Formulário de perguntas desafiadoras, 92-95, 93-94f
- Formulário de Questionamento de Crenças, 96-104, 97f, 100f, 103f
- Funcionamento
- transtorno do sono e, 636
 - transtornos alimentares e, 665, 675
 - transtornos por uso de álcool e, 535
- Funcionamento cerebral, 9-10
- Funcionamento conjugal
- pânico e agorafobia e, 12-14
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 157
- Ver também* Problemas de casal; Relações; Terapia de casal
- Funcionamento social, 174-175
- Funcionamento social-ocupacional, 465
- Funções de atenção
- estreitamento, 512-513
 - mudança, 512-513
 - redirecionamento, 117-118
 - viés, 9-10
 - visão geral, 652-657, 654t
- Fusão, 209-210
- Fusão pensamento-ação (FPA), 160-161, 171-172
- G**
- Gráfico do humor, 476, 476f
- Grupos de autoajuda, 550-551, 563-565
- Guia de Entrevista Estruturada para a Escala Hamilton de Classificação de Ansiedade (SIGH-A), 244-245
- Guia de Entrevista Estruturada para a Escala Hamilton de Classificação de Depressão (SIGH-D), 245
- H**
- Habilidades de autogerenciamento
- abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 627-628
 - estudo de caso, 574-575, 575f
 - terapia comportamental dialética (TCD) e, 423-424
 - transtornos por uso de drogas e, 591-592, 592f, 593f
- Habilidades de comunicação positiva, 491-492. *Ver também* Treinamento para melhoria da comunicação (TMC)
- Habilidades de enfrentamento
- prevenção de recaída e, 525
 - técnicas de exposição e, 29-31
 - terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia (TCCp) e, 504-505, 514-515
 - terapia integrativa e, 616-618
 - transtornos por uso de álcool e, 559-562
- Habilidades de manejo de ansiedade, 10-11
- Habilidades de tolerância à aflição, 422-423-424
- Habilidades para recusa
- transtornos por uso de álcool e, 558-560
 - transtornos por uso de drogas e, 592-593, 593t
- Habituação entre sessões, 28-29
- Hipersonolência, 659-661. *Ver também* Transtorno do sono
- Hipertímia, 475
- Histórico de tratamento
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 173-175
 - transtornos por uso de álcool e, 548-549
- Hospitalização
- desintoxicação e, 547-549
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 180-181

tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 180-181

I

Idade de início, 156
 Impulsividade, 416
 Índice de Mudança por Sessão na ansiedade Social (SASCI)
 estudo de caso, 146-149, 147-148f
 transtorno de ansiedade social e, 128-130
 visão geral, 124
 Índice de Probabilidade de Recompensa (*Reward Probability Index*, RPI), 356-357
 Índice de Satisfação do Casal, 703, 704r, 706-708
 Índice de Sensibilidade à Ansiedade, 6-8, 22-23
 Inibição, 114
 Inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs)
 depressão e, 277-278, 281
 prevenção de recaída e, 281
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 167-168
 Ver também Farmacoterapia
 Insônia
 avaliação e, 641-643, 643f
 diagnóstico, 637-639, 641-643
 modelos de, 637-639
 prevenção de recaída e, 657-659
 tratamento e, 639-642, 640f, 642-659, 646f, 654r
 visão geral, 636-638, 658-661
Insomnia Severity Index, 641-642
 Instrumento de Triagem McLean para Transtorno da Personalidade Borderline (*McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder*, MSI-BPD), 394
 Instrumentos de autoavaliação
 ativação comportamental e, 356-357
 transtorno de ansiedade social e, 123-124
 transtorno de estresse pós-traumático e, 71-73
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 168-169
 transtornos por uso de álcool e, 544
 transtornos por uso de drogas e, 586-587
 tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 476-477

Ver também Avaliação
 Inteligência, 508-510
 Intercâmbio de comportamento, 709-711
 Interpretações de situações. *Ver também* Erros do pensamento; Pensamentos automáticos
 Intervenção da higiene do sono, 639-640, 649-650. *Ver também* Transtornos do sono; Tratamento cognitivo-comportamental para insônia (CBT-I)
 Intervenção de pesagem colaborativa, 679-681, 693-694. *Ver também* Terapia cognitivo-comportamental ampliada (TCC-A)
 Intervenção precoce, 503-504. *Ver também* Tratamento
 Intervenções breves e motivacionais, 533-535
 Intervenções comportamentais, 26-27
 Intimidade
 terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 700
 transtorno de estresse pós-traumático e, 105-106
 Ver também Relações
 Intolerância à incerteza
 sobreposição entre transtornos e, 240-241
 transtorno de ansiedade generalizada e, 208-209
 Inundação, 74-75. *Ver também* Técnicas de exposição
 Inventário Breve de Problemas (*Short Inventory of Problems*, SIP), 544
 Inventário Clínico Multiaxial de Minnesota II, 621-622
 Inventário de Ansiedade e Fobia Social (*Social Phobia and Anxiety Inventory*, SPAI), 123
 Inventário de Consequências do Bebedor (*Drinker Inventory of Consequences*, DrInC), 544
 Inventário de Depressão de Beck (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II)
 abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 621-622
 transtorno de ansiedade social e, 124
 transtornos por uso de drogas e, 586
 visão geral, 332-333
 Inventário de Fobia Social (*Social Fobia Inventory*, SPIN), 123-124
 Inventário de Frequência e Aceitabilidade do Comportamento do Parceiro, 703, 704r

Inventário de Mobilidade, 22-23
 Inventário de Obsessão de Leyton, 168-169
 Inventário de Qualidade de Vida, 124
 Inventário de Sintomas de Trauma (*Trauma Symptom Inventory*, TSI), 72-73
 Inventário interpessoal, 336-337
 Inventário Multifásico de Personalidade de Minnesota (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*, MMPI e MMPI-2)
 abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 621-622
 transtorno de estresse pós-traumático e, 72-73
 Inventário Obsessivo-Compulsivo – Revisado (OCI-R), 168-169
 Inventários padronizados, 22-23. *Ver também* Avaliação
 Inversão de papéis, 296-297
 IPSRT, transtorno bipolar e, 469

J

Julgamento, 209-210

L

Lapso, 538, 562-563. *Ver também* Prevenção de recaída
 Levantamento de eventos da vida, 479-480
 Linguagem, 216-217
 Lista de eventos da vida, 70-71
 Lista de itens de TEPT (*PTSD Checklist*, PCL), 71-72
 Lista hierárquica
 pânico e agorafobia e, 34-36, 39-41
 transtorno de estresse pós-traumático e, 74-76
 Listas de Sintomas Borderline (LSB), 394
 Luto
 dilemas dialéticos e, 414f, 416-417
 estudo de caso, 338-347
 inibido, 414f, 416-417
 psicoterapia interpessoal e, 334-335

M

Manejo clínico estruturado (*Structured Clinical Management*, SCM), 395-396
 Manejo de contingências
 ativação comportamental e, 362-365
 programa de vales, 596-602, 598f-599f

- terapia comportamental dialética (TCD) e, 435-437
- transtornos por uso de drogas e, 590
- Manejo do tempo
- transtorno de ansiedade social e, 126-127
- transtornos por uso de drogas e, 594
- Mania, 461-462, 466-467, 475. *Ver também* Transtorno bipolar
- Medicação. *Ver* Farmacoterapia
- Medicação psicoativa, 14-17. *Ver também* Farmacoterapia
- Medidas fisiológicas, 23-24. *Ver também* Avaliação
- Medo
- condicional, 8-9
- condicionamento, 6
- estrutura de, 28-29
- extinção de, 28-30
- pânico e agorafobia e, 1-4
- terapia comportamental baseada em aceitação (TCBA), 220-221
- transtorno de ansiedade social e, 115
- transtorno de estresse
- pós-traumático e, 67-68
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 160-162, 168-173, 183-184
- tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 196-198
- Medo de Avaliação Negativa (MAN), 124
- Memória
- autobiográfica, 68-70
- de extinção, 29-30
- transtorno de estresse
- pós-traumático e, 68-70
- transtornos por uso de álcool e, 533
- Mentalidades, 689-691
- Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST), 586
- Mindfulness*
- estudo de caso, 217-233, 229t-230t, 231-232f
- terapia comportamental baseada em aceitação (TCBA), 215-217
- terapia comportamental dialética (TCD) e, 422-424, 426-427
- transtorno de ansiedade generalizada e, 211-212
- transtorno do sono e, 652-653
- Ver também* Redução de estresse baseada em *mindfulness* (MBSR); Técnicas de relaxamento; Terapia cognitiva baseada em *mindfulness* (MBCT)
- Modelo baseado no sistema de três respostas, 31-33
- Modelo cognitivo
- pânico e agorafobia e, 8-10
- transtorno de estresse
- pós-traumático e, 67-69
- transtorno do sono e, 638-639
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 159-162
- Modelo da coterapia, 474-475
- Modelo de diátese-estresse
- terapia comportamental dialética (TCD) e, 412-413
- transtorno do sono e, 638-639
- Modelo de Manchester, 509-516, 510-512f. *Ver também* Terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia
- Modelo de reforço comunitário e treinamento familiar (*community reinforcement and family training*, CRAFT), 539, 541
- Modelo de regulação do sono em dois processos, 636-637. *Ver também* Transtorno do sono
- Modelo de tratamento AA, 537-538, 550-551, 563-565. *Ver também* Tratamento de facilitação de 12 passos
- Modelo de vulnerabilidade-estresse, 465-468, 479-480
- Modelo dos três fatores de Spielman, 638-639
- Modelo dos três Ps, 638-639
- Modelo enfrentamento-recuperação, 509-512, 510-511f
- Modelo SEPAAR, 69-70
- Modelos biopsicossociais, 1, 412-414, 474
- Modelos cognitivo-comportamentais integrados, 117-119
- Modelos combinados, 638-639
- Modelos comportamentais
- depressão e, 352-354
- transtorno do sono e, 638-639
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 159-162
- Modelos escalonados de cuidado, 546-548
- Modelos interativos, 412-413
- Modelos transacionais, 412-414
- Modificação cognitiva
- terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 514-516
- terapia comportamental dialética (TCD) e, 436-437
- Modificação da evitação, 365-367
- Modificação de comportamento, 514-516
- Monitoramento, 652-657, 654t. *Ver também* Automonitoramento
- Monitoramento de atividades, 361-364, 363f
- Monitoramento de progresso, 626-627, 681-683
- Motivação
- pânico e agorafobia e, 10-12
- transtornos por uso de álcool e, 536, 538-543, 538t, 540t, 544-545, 545f, 551-555, 553f
- tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 181-182
- Ver também* Entrevista Motivacional; Potencialização da motivação
- Movimento não rápido dos olhos (*Non-rapid eye movement sleep*, NREM), 636-637. *Ver também* Transtorno do sono
- Mudança
- etapas de, 616-617, 693-694
- terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 700-701, 709-712
- N**
- Não adesão à medicação, 465-466
- Não cumprimento
- automonitoramento e, 20-22
- tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 194-196
- National Comorbidity Survey Replication* (NCS-R)
- depressão e, 275-276
- pânico e agorafobia e, 4
- transtorno bipolar e, 463
- transtorno de ansiedade social e, 114
- National Institute on Drug Abuse* (NIDA), 585
- National Registry of Evidence-Based Programs and Practices* (NREPP), 615
- National Vietnam Veterans Longitudinal Study* (NVVLS), 66-67
- National Vietnam Veterans Readjustment Study* (NVVRS), 65-67
- Neuroticismo, 6-8, 240-241
- NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program* (TDCRP), 277-278, 347-349
- Níveis de atividade, 513-514
- Níveis de cuidado, 545-552, 547-548f
- Níveis educacionais
- esquizofrenia e, 508-510

pânico e agorafobia e, 15-16
 transtorno de ansiedade social e, 115
Northwestern/UCLA Youth Emotion Project, 6
 Nova ênfase positiva, 708-710
 Nutrição, 533

O

Obesidade, 671
 Objetivos da terapia
 ativação comportamental e, 359-360
 terapia cognitiva para depressão e, 293
 terapia comportamental dialética (TCD) e, 417-420
 terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 706-708
 terapia integrativa e, 615-616
 transtorno do sono e, 647-648
 transtornos por uso de álcool e, 554-555
 transtornos por uso de drogas e, 600-602
 Ver também Objetivos de abstinência
 Objetivos de abstinência
 apoio de outros para, 464
 estudo de caso, 566-579, 571f-573f, 575f, 601-609, 604f, 609t
 programa de vales, 596-602, 598f-599f
 transtornos de uso de drogas e, 598f-599f
 transtornos relacionados ao álcool e, 554-557
 Ver também Objetivos da terapia
 Objetivos de moderação, 554-555
 Objetivos de tratamento. *Ver* Objetivos da terapia
 Obsessões, 158-162. *Ver também* Ruminações; Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)
 Organização da personalidade *borderline* (OPB), 394-396
 Orientação ao tratamento, 417-418
 Orientação vocacional, 594, 595t. *Ver também* Emprego
 Outros significativos
 incluir no tratamento, 41-43
 transtornos alimentares e, 681-682

P

Padrão de interação, 702-703, 706-707
 Passividade ativa, 414f, 415-416
 Pauta de Eventos Prazerosos, 356-357
 Pensamento distorcido. *Ver* Erros cognitivos; Pensamentos automáticos

Pensamento problemático. *Ver* Erros cognitivos
 Pensamentos automáticos
 protocolo unificado e, 260-262
 terapia cognitiva para depressão e, 296-300, 297-298f
 testagem, 298-300
 transtorno de ansiedade social e, 129-132, 137-140
 transtorno do sono e, 651-653, 654t
 Ver também Erros cognitivos; Erros do pensamento
 Pensamentos disfuncionais. *Ver* Erros cognitivos; Erros do pensamento;
 Pensamentos automáticos
 Pensamentos negativos
 transtorno de ansiedade social e, 129-132
 transtorno do sono e, 645-647, 651-653
 Ver também Erros do pensamento;
 Pensamentos automáticos
 Percepções de ameaça
 transtorno de estresse pós-traumático e, 68-69
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 168-170, 183-184
 Período de manutenção
 protocolo unificado e, 269
 transtornos alimentares e, 690-692
 transtornos relacionados ao álcool e, 562-564
 tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 180-181
 Perspectiva transdiagnóstica, 669
 Pesagem em sessão, 679-681.
 Ver também Terapia cognitivo-comportamental ampliada (TCC-A)
 Planejamento de tratamento
 terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 706-708
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 168-176, 188-190
 transtornos por uso de álcool e, 533-537, 554-557
 tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 175-179
 Ver também Tratamento
 Planilha de Balança Decisional, 545, 545f
 Planilha de padrões de pensamento problemático, 94-98, 95-96f
 Planilhas A-B-C, 85-87, 86-87f
 Plano de Atividades Semanais, 295-297, 295-296f, 300-301
 Polissonografia (PSG), 642-643

Posttraumatic Stress Diagnostic Scale (PDS), 70-72
 Potencialização da motivação
 estudo de caso, 257
 protocolo unificado e, 245, 248, 251
 transtornos por uso de álcool e, 551-555, 553f
 Ver também Motivação
Practical Needs Assessment Questionnaire, 588-589
 Premências, 557-558
 Preocupação
 estudo de caso, 243-244
 terapia comportamental baseada em aceitação (TCBA), 220-221
 transtorno do sono e, 649-653
 Ver também Ruminações
 Preparando-se para o tratamento, 122-125
 Pressupostos, 434-435
 Pré-tratamento, 417-418
 Prevenção de recaída
 abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 626-628
 depressão e, 279-282
 protocolo unificado e, 256, 269
 terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 503-504, 525
 terapia comportamental baseada em aceitação (TCC-A), 217-218, 231-233
 transtorno bipolar e, 468-469
 transtorno do sono e, 657-661
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 166-168
 transtornos alimentares e, 690-692
 transtornos por uso de álcool e, 537-538, 562-564
 transtornos por uso de drogas e, 590
 transtornos psicóticos e, 525
 tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 166-168, 198-199
 Prevenção de respostas, 194-196
 Prevendo problemas, 654t
 Previsões, 654t
 Problemas de casal
 estudo de caso, 714-722
 etiologia de, 701-702
 visão geral, 697, 721-722
 Ver também Funcionamento conjugal; Relações; Terapia de casal; Terapia de casal comportamental integrativa (IBCT)
 Problemas de comparecimento, 675
 Problemas legais, 533

- Problemas médicos
avaliação e, 20-22
comorbidade e, 617-618
desintoxicação e, 548-549
pânico e agorafobia e, 7-8, 14-15
transtornos por uso de álcool e, 533
- Procedimento de leitura guiada, 680-681
- Procedimentos de contingência, 283-285, 435-437
- Processamento de informações, 67-68, 82-83, 117-119
- Processo homeostático, 636-638
- Processos de desenvolvimento
transtorno do sono e, 636-638
transtornos alimentares e, 668
- Programa de incentivo. *Ver* Vales em terapia
- Programa STEP-BD, 474. *Ver também* Tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT)
- Programas de manejo comportamental de humor, 560-561
- Programas de terapia intensiva
sessões, 163-165
transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 174-176
transtornos por uso de álcool e, 551-552
tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 175-182
Ver também Tratamento
- Progresso, 301-303
- Protocolo de tratamento MEP (modificação da exposição prolongada), 76-77
- Protocolo de tratamento STAIR (treinamento de habilidades em regulação afetiva e interpessoal), 76-77
- Protocolo unificado (UP)
avaliação e, 243-250, 246f-247f
componentes do tratamento, 250-256, 253t, 255t
estudo de caso, 243-244, 249-250, 256-269, 266f
fundamentação de, 238-241
variáveis de tratamento, 241-243
visão geral, 237-238, 269-270
Ver também Diagnóstico;
Transtornos emocionais;
Tratamento
- Psicoeducação
estudo de caso, 257-258, 484-495
pânico e agorafobia e, 10-11, 24
protocolo unificado e, 251
terapia comportamental baseada em aceitação (TCBA), 214-216
terapia comportamental dialética (TCD) e, 422
transtorno bipolar e, 461, 469, 471-472
transtorno de ansiedade social e, 127-130, 136-139
transtorno de estresse pós-traumático e, 81-84
transtorno do sono e, 648-651
transtornos alimentares e, 680-681, 690-691
tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 472-473, 476-477t, 478-481
Ver também Tratamento cognitivo-comportamental
- Psicoeducação em grupo, 469. *Ver também* Psicoeducação
- Psicoeducação familiar
estudo de caso, 484-495
transtorno bipolar e, 471-472
visão geral, 494-496
Ver também Psicoeducação
- Psicofisiologia, 23-24, 72-74. *Ver também* Avaliação
- Psicoses, 1-3
- Psicoterapia
transtorno bipolar e, 465-466
transtorno de ansiedade social e, 116-118
visão geral, 613-614
Ver também Abordagem de tratamento sistemático e eclético; Tratamento
- Psicoterapia de apoio de orientação dinâmica, 116. *Ver também* Tratamento
- Psicoterapia interpessoal (TIP)
características de, 332-334
características do terapeuta, 334-335
comparada com outras psicoterapias, 334
depressão e, 277-279, 291
desenvolvimento de, 331-333
estudo de caso, 338-347
modelo de depressão da TIP, 332-333
preditores de resposta, 347-349
problemas que surgem durante, 346-348
processo de, 335-339
quatro áreas-problema interpessoais, 334-336
transtorno de ansiedade social e, 116
transtorno depressivo maior e, 331-332
transtornos alimentares e, 671
variáveis do paciente, 334-335
visão geral, 331-332
Ver também Tratamento
- Punição, 435-437
- Psychotic Symptom Rating Scales* (PSYRATS), 511-512
- ## Q
- Qualidade de vida
terapia comportamental dialética (TCD) e, 419
transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 157
- Questionamento, 299-300
- Questionamento socrático
pânico e agorafobia e, 25-26
protocolo unificado e, 262
transtorno de estresse pós-traumático e, 75-77, 90-91
transtorno do sono e, 652-653, 655-657
- Questionário de Aceitação e Ação, 213-214
- Questionário de Áreas Problemáticas, 703, 704t
- Questionário de Controle da Ansiedade, 22-23
- Questionário de Satisfação com a Qualidade de Vida e Prazer (*Quality of Life and Enjoyment Satisfaction Questionnaire*, QLESQ), 249
- Questionário de Sensações Corporais, 22-23
- Questionário do Casal, 704t
- Questionário Obsessivo-compulsivo de Lynfield, 168-169
- Questionário Semanal, 704t, 706-708
- Questionário sobre Eventos Afritivos (DEQ), 71-72
- Questionário sobre Histórico de Trauma (*Trauma History Questionnaire*, THQ), 70-71
- Questionário sobre o Viver Valorizado, 219-220
- Questionário sobre Pânico e Fobia de Albany, 22-23
- Questionários, 248. *Ver também* Avaliação
- ## R
- Raciocínio, 533
- Raiva, 196-197
- Reabilitação cognitiva, 469
- Reações secundárias, 259
- Reatividade, 209-210, 212-213
- Reatividade cardiovascular, 8-9
- Reatividade emocional
pânico e agorafobia e, 6

- transtorno de estresse
pós-traumático e, 68-70
- Reatividade luta-fuga
ataques de pânico e, 1-2
psicoeducação para, 24
- Reatribuição
pensamentos automáticos e, 298-300
terapia cognitivo-comportamental
para esquizofrenia e, 513-514
- Reavaliações, 252, 260-262. *Ver também* Avaliações
- Recaída
depressão e, 276, 321-322n
índices de, 30-31
tratamento voltado à família
(*family-focused treatment*, FFT), 480
- Recordações acessadas
situacionalmente (RA), 68-70. *Ver também* Memória
- Recordações verbalmente acessíveis (RVA), 68-70. *Ver também* Memória
- Recursos de personalidade, 548-550
- Redução de estresse baseada em *mindfulness* (MBSR), 117-118. *Ver também* *Mindfulness*; Tratamento
- Reestruturação cognitiva, 560-561
pânico e agorafobia e, 5, 10-11, 25-27, 38-40, 46-47
transtorno de ansiedade social e, 116, 118-120, 119f, 129-135, 137-140
transtorno de estresse
pós-traumático e, 75-77
Ver também Tratamento cognitivo-comportamental
- Reflexo, 432-433
- Reforço
modelos comportamentais de
depressão e, 353-354
positivo, 353
problemas de casal e, 701-702
terapia comportamental dialética (TCD) e, 435-437
transtornos por uso de álcool e, 558-559
- Reforço contingente a respostas, 353-354
- Reforço negativo
ativação comportamental e, 360-362
depressão e, 283-285
- Registro de ataques de pânico
automonitoramento e, 24
exemplo de, 21f
visão geral, 20-23
- Registro de atividades
ativação comportamental e, 361-364, 363f
- estudo de caso, 373-376, 374f, 385-386, 385-386f
- Registro Diário de Pensamentos
Disfuncionais, 297-298, 297-298f, 300-301
- Regulação/desregulação das emoções
protocolo transdiagnóstico
unificado e, 238
sobreposição entre transtornos e, 240-241
teoria biossocial e, 412-414
terapia comportamental dialética (TCD) e, 349, 419, 422-424
transtorno bipolar e, 637-639
transtorno da personalidade
borderline e, 412-414
transtornos alimentares e, 689-690
- Relação terapêutica
abordagem de tratamento
sistemática e eclética e, 620-621
dificuldades com, 301-302
estudo de caso, 451-453
psicoterapia interpessoal e, 347-348
terapia cognitiva para depressão e, 301-302
terapia cognitivo-comportamental
para esquizofrenia e, 504-505
terapia comportamental baseada em aceitação (TCBA), 213-215
terapia comportamental dialética (TCD) e, 428-430, 451-453
terapia integrativa e, 615-617
transtorno de ansiedade social e, 126
transtornos relacionados ao álcool e, 536
- Relações
pânico e agorafobia e, 12-14
terapia cognitivo-comportamental
para esquizofrenia e, 513-514
terapia integrativa e, 615-617
transtornos alimentares e, 681-682
transtornos por uso de álcool e, 533, 537, 561-563
tratamento por exposição e
prevenção de rituais (EPR) e, 165-167, 177-179
Ver também Apoio social; Problemas de casal; Psicoterapia interpessoal (TIP); Relação terapêutica; Variáveis de contexto interpessoais
- Relações interpessoais. *Ver* Relações
- Relaxamento aplicado, 25-26. *Ver também* Técnicas de relaxamento
- Relaxamento muscular progressivo, 215-216
- Representação mental, 117-119
- Representações associativas, 69-70
- Resistência
farmacoterapia e, 465-466
terapia integrativa e, 616-617
transtorno bipolar e, 465-466
tratamento para TEPT e, 79-80
tratamento voltado à família
(*family-focused treatment*, FFT), 480-481, 495-496
- Respeito próprio, 420
- Respiração diafragmática, 35-36
- Resposta afetiva, 524-525
- Resposta cognitiva, 523-524
- Respostas a experiências emocionais, 258
- Restrição dietética, 688-690
- Resultados de tratamento
abordagem de tratamento
sistemática e eclética e, 630-633
terapia de casal comportamental
integrativa (IBCT) e, 711-714
transtorno de ansiedade social e, 147-149
transtorno do sono e, 659-660
transtornos por uso de álcool e, 579
Ver também Tratamento
- Retreinamento cerebral
pânico e agorafobia e, 24-26, 34-36, 38-39
técnicas de exposição e, 27-28
Ver também Técnicas de relaxamento
- Retreinamento de respiração assistida - Capnometria (CART), 24-26, 35-36
- Reveses, 689-691
- Risco, 4, 158-160, 418, 468-469, 526. *Ver também* Fatores de vulnerabilidade
- Ritmo circadiano, 636-638, 648-649. *Ver também* Transtorno do sono
- Ritmos sociais, 465-467
- Rituais, 161-162, 172-174. *Ver também* Tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR)
- Roteiro para Entrevista Diagnóstica (DIS), 71-72
- Ruminações
ativação comportamental e, 366-367, 383-384
transtorno do sono e, 649-650
transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 158-159
Ver também Obsessões; Preocupação

S

- Satisfação, 420
- Saúde, 533. *Ver também* Problemas médicos

- Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children – Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)*, 475
- Schizophrenia and Affective Disorders Schedule – Lifetime Version*, 18-19
- Secular Organizations for Sobriety/Save Ourselves (SOS)*, 550-551
- Self-Management and Recovery Training (SMART)*, 550-551
- Sensações corporais, 9-11, 46-47. *Ver também* Sintomas físicos
- Sensações físicas relacionadas às emoções
- estudo de caso, 265, 266f
 - protocolo unificado e, 250, 254-255
 - Ver também* Sensações somáticas
- Sensações somáticas
- estudo de caso, 265, 266f
 - teoria da vulnerabilidade tripla, 239
 - Ver também* Sensações físicas relacionadas às emoções
- Sensibilidade à ansiedade
- pânico e agorafobia e, 6-8
 - transtorno de ansiedade generalizada e, 209-210
- Sentimentos, 645-647
- “Sentir-se gordo”, 687-689
- Setting* de tratamento
- abordagem de tratamento
 - sistêmica e eclética e, 619-620
 - ativação comportamental e, 366-368
 - pânico e agorafobia e, 10-12
 - protocolo unificado e, 241
 - psicoterapia interpessoal e, 334
 - residencial, 545-548
 - transtorno de ansiedade social e, 120-122
 - transtorno de estresse pós-traumático e, 77-81
 - transtorno do sono e, 639-640
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 180-181
 - transtornos por uso de álcool e, 545-552, 547-548f
 - tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 180-181
 - tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 473
 - Ver também* Tratamento
- Sigla ACTION, 365-367
- Sigla ENLIVEN, 367-369, 388
- Sinais e comportamentos de segurança
- pânico e agorafobia e, 39-41, 46-47
 - protocolo unificado e, 253f
 - técnicas de exposição e, 28-29
 - terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia e, 504-505, 514-516
 - transtorno de ansiedade social e, 117-118
 - transtorno do sono e, 645-647, 656-658
 - Ver também* Evitação
- Síndrome das pernas inquietas, 636.
- Ver também* Transtorno do sono
- Síndrome de Tourette, 159-160
- Sintomas
- manejo e recuperação de sintomas, 502-503
 - transtorno bipolar e, 465, 478-479
 - transtorno de ansiedade generalizada e, 212-215
 - transtorno de ansiedade social e, 128
 - transtorno de estresse pós-traumático e, 81-83
 - transtorno depressivo maior e, 331-332
 - transtornos psicóticos e, 509-511, 510-511f
- Sintomas cognitivos
- ataques de pânico e, 1-2
 - modelo baseado no sistema de três respostas e, 31-33
- Sintomas comportamentais
- modelo baseado no sistema de três respostas e, 31-33
 - terapia comportamental dialética (TCD) e, 434-435
- Sintomas de abstinência, 547-549.
- Ver também* Transtornos por uso de álcool; Transtornos por uso de substâncias
- Sintomas de intrusão, 66-68, 239. *Ver também* Erros do pensamento
- Sintomas físicos
- ataques de pânico e, 1-2
 - estudo de caso, 265, 266f
 - modelo baseado no sistema de três respostas e, 31-33
 - pânico e agorafobia e, 8-11, 46-47
 - protocolo unificado e, 254-255
 - Ver também* Sensações físicas relacionadas às emoções
- Sintomas negativos, 501-502
- Sintomas positivos, 501-503. *Ver também* Alucinações; Delírios
- Sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental (CBASP), 283-285
- Ver também* Tratamento
- Situação conjugal, 115
- Social Fobia Scale*, (SPS), 123
- Solução de problemas
- ativação comportamental e, 365-367, 387-388
 - terapia comportamental dialética (TCD) e, 431-438
 - terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 710-712
 - transtorno do sono e, 654f
 - transtornos por uso de álcool e, 533
 - Ver também* Treinamento de habilidades para solução de problemas
- Sono, 1-2
- Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale (SOCRATES)*
- transtornos por uso de drogas e, 586
 - transtornos relacionados ao álcool e, 545
- Status ocupacional, 4
- Status socioeconômico, 15-16
- Study of Cognitive Reality Alignment Therapy in Early Esquizofrenia (SoCrates)*, 502-504
- Superacomodação, 81-85
- Superestimação, 35-38
- Supervalorização da forma e peso, 683-689, 683-686f
- Supervisão clínica, 601-602
- Supressão de pensamentos, 652-653
- Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD)*, 470

T

- Tarefas de atenção, 506-508
- Técnica da restrição do sono, 648-649
- Técnica da seta descendente
- pânico e agorafobia e, 35-36, 44-45
 - protocolo unificado e, 262
- Técnica do advogado do diabo, 430-431. *Ver também* Terapia comportamental dialética (TCD)
- Técnicas cognitivas, 296-300, 297-298f
- Técnicas comportamentais, 295-297, 295-296f
- Técnicas da ampliação, 430-432. *Ver também* Terapia comportamental dialética (TCD)
- Técnicas de autoexposição, 164-165.
- Ver também* Técnicas de exposição

- Técnicas de exposição
 abordagem de tratamento
 sistemática e eclética e, 629-630
 estudo de caso, 267-269, 441-442
 frequência e duração das sessões de
 exposição, 163-165
 pânico e agorafobia e, 10-12,
 26-31, 39-48
 protocolo unificado e, 250, 255,
 267-269
 terapia cognitiva e, 321-322
 terapia comportamental dialética
 (TCD) e, 436-438, 441-442
 transtorno de ansiedade social e,
 116-120, 119f, 129-134, 131-132r,
 139-144
 transtorno de estresse
 pós-traumático e, 74-77
 transtorno obsessivo-compulsivo
 (TOC) e, 161-163, 178-180
 transtornos alimentares e, 687-688
Ver também Exposição
in vivo; Tratamento
 cognitivo-comportamental;
 Tratamento com exposição e
 prevenção de rituais (EPR)
- Técnicas de redução da excitação,
 513-514
- Técnicas de relaxamento
 como exercício de casa, 299-300
 pânico e agorafobia e, 5, 24-26
 terapia comportamental baseada em
 aceitação (TCBA), 215-216
 transtorno de ansiedade social e,
 116
 transtorno do sono e, 649-650
Ver também Mindfulness;
 Retreinamento da
 respiração; Tratamento
 cognitivo-comportamental
- Tecnologia de videoconferência, 355
- Teleterapia, 355
- Temperamento
 comparado com ansiedade social,
 114
 pânico e agorafobia e, 6
 teoria da vulnerabilidade tripla,
 238-239
- Tendência a completar, 67-68
- Teoria da aprendizagem, 66-68
- Teoria da representação dupla, 68-70
- Teoria da vulnerabilidade tripla
 sobreposição entre transtornos e,
 240-241
 visão geral, 5-6, 238-239
Ver também Fatores de
 vulnerabilidade; Protocolo
 unificado (UP); Vulnerabilidade
 biológica; Vulnerabilidade
 psicológica
- Teoria das duas etapas, 159-162
- Teoria do esquema, 285-291,
 287f-290f
- Teoria do processamento das
 emoções
 frequência e duração das sessões de
 exposição, 163-165
 técnicas de exposição e, 27-29
- Teoria social-cognitiva, 69-70
- Teorias cognitivas, 67-69
- Teorias construtivistas, 67-68
- Terapia baseada em mentalização
 (*Mentalization-based therapy*, MBT),
 395-396
- Terapia centrada no paciente (TCP),
 398-349
Ver também Tratamento
- Terapia cognitiva
 ativação comportamental e,
 354-357
 características de, 291-292
 colaboração e, 292-294
 estudo de caso, 302-322
 prevenção de recaída e, 279-282
 processo de, 294-295
 protocolo unificado e, 252
 redução de sintomas, 295-312,
 295-298f
 transtorno da personalidade
borderline e, 397
 transtorno de ansiedade social e,
 116-118
 transtorno de estresse
 pós-traumático e, 75-77
 transtorno obsessivo-compulsivo
 (TOC) e, 166-168
 transtornos por uso de drogas e,
 590
 tratamento por exposição e
 prevenção de rituais (EPR) e,
 166-168
 visão geral, 275-286, 321-322
Ver também Tratamento;
 Tratamento
 cognitivo-comportamental
- Terapia cognitiva baseada em
mindfulness (MBCT)
 depressão e, 282, 283
 transtorno de ansiedade
 generalizada e, 208-209
Ver também Mindfulness;
 Tratamento
- Terapia cognitivo-comportamental
 ampliada (TCC-A)
 avaliação e, 673-676
 contexto de, 673
- para pacientes abaixo do peso,
 691-695
 transtornos alimentares e, 672-673
 visão geral, 675-692, 678-680f,
 683-686f, 694-695
Ver também Tratamento;
 Tratamento
 cognitivo-comportamental
- Terapia cognitivo-comportamental
 baseada na internet (TCCI), 279
- Terapia cognitivo-comportamental em
 grupo (TCCG)
 depressão e, 279, 282
 transtorno de ansiedade social e,
 116-
Ver também Tratamento;
 Tratamento
 cognitivo-comportamental;
 Tratamento em grupo
- Terapia cognitivo-comportamental
 para bulimia nervosa (CBT-BN),
 669-672, 669f. *Ver também*
- Transtornos alimentares;
 Tratamento; Tratamento
 cognitivo-comportamental
- Terapia cognitivo-comportamental
 para esquizofrenia
 autoestima e, 522-525, 523f
 contexto de, 507-510
 dificuldades com, 526-527
 estudo de caso, 515-523
 evidências de pesquisa, 501-505
 fases e características da
 esquizofrenia e, 505-508,
 506-508t
 modelos teóricos de, 504-505
 prevenção de recaída e, 525
 princípios clínicos, 504-506
 procedimento de, 509-516,
 510-512f
 visão geral, 501-502, 527
Ver também Tratamento;
 Tratamento
 cognitivo-comportamental
- Terapia comportamental baseada em
 aceitação (TCBA)
 estudo de caso, 217-233, 229r-230r,
 231-232f
 protocolo para, 212-218
 transtorno de ansiedade
 generalizada e, 208-212
 visão geral, 231-233
Ver também Tratamento
- Terapia comportamental dialética
 (TCD)
 depressão e, 283
 dilemas dialéticos, 414-417, 414f

- estratégias de tratamento, 428-439, 428-429f
- estudo de caso, 438-455
- etapas da terapia, 417-420
- objetivos de tratamento e, 417-420
- teoria biossocial e, 412-414
- transtorno da personalidade *borderline* e, 394, 398-439, 400t-410t, 414f, 425-426t, 426-427t, 428-429f
- transtorno de ansiedade generalizada e, 208-209
- tratamento estruturante, 420-429, 425-427t
- visão geral, 411-413
- Ver também* Tratamento
- Terapia de aceitação e compromisso (ACT)
- ativação comportamental e, 355
- transtorno de ansiedade generalizada e, 208-209, 213-214
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 197-198
- Ver também* Tratamento
- Terapia de casal
- comportamental, 535
- estudo de caso, 566-579, 571f-573f, 575f
- transtornos por uso de álcool e, 550-552, 561-563
- transtornos por uso de drogas e, 590-591, 594-595
- visão geral, 698-699, 721-722
- Ver também* Terapia de casal comportamental integrativa (IBCT); Tratamento
- Terapia de casal comportamental integrativa (IBCT)
- aplicação de, 702-714, 704t
- avaliação e, 703-707, 704t
- estudo de caso, 714-722
- visão geral, 697, 699-701, 721-722
- Ver também* Terapia de casal; Terapia integrativa
- Terapia de casal comportamental tradicional (TBCT), 698-699. *Ver também* Terapia de casal; Terapia de casal comportamental integrativa (TCCI); Tratamento
- Terapia de casal e de família (TCF), 615-616
- Terapia de família
- esquizofrenia e, 508-509
- transtorno bipolar e, 469-472
- transtornos por uso de álcool e, 551-552, 561-563
- unilateral, 539, 541
- Ver também* Tratamento;
- Tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT)
- Terapia de processamento cognitivo (TPC), 75-77
- Terapia de suporte rogeriana (TSR), 397
- Terapia do esquema (TE)
- depressão e, 283-285
- estudo de caso, 311-322
- transtorno da personalidade *borderline* e, 397-398
- visão geral, 321-322
- visão geral dos esquemas, 285-291, 287f-290f
- Ver também* Tratamento
- Terapia do esquema em grupo (TEG), 284-285
- Terapia integrativa
- estudo de caso, 621-633, 624-625f
- evidências de pesquisa, 615-618
- visão geral, 614-615, 632-633
- Ver também* Abordagem de tratamento sistemática e eclética;
- Terapia de casal comportamental integrativa (IBCT); Tratamento
- Terapia metacognitiva (MCT), 283.
- Ver também* Tratamento
- Terapia voltada à transferência (*transference-focused psychotherapy*, TFP), 284-285, 394-395
- Teste de realidade, 514-515
- Testes comportamentais, 22-24. *Ver também* Avaliação
- Timidez, 114
- Tirar conclusões precipitadas, 35-37
- Transição de papéis, 335-336
- Transtorno bipolar
- avaliação e, 475-477, 476f
- curso de, 464-466
- diagnóstico de, 461-464
- estudo de caso, 484-495
- farmacoterapia e, 464-466
- modelo de vulnerabilidade-estresse e, 465-468
- sintomas de, 478-479
- tratamento e, 468-473, 476-485, 476-477t
- tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 472-475
- visão geral, 461, 494-496
- Ver também* Depressão;
- Transtornos do humor
- Transtorno ciclotímico, 464, 475
- Transtorno da personalidade *borderline*
- avaliação e, 394
- dilemas dialéticos, 414-417, 414f
- estudo de caso, 438-455, 621-633, 624-625f
- protocolo transdiagnóstico unificado e, 238
- teoria biossocial e, 412-414
- terapia comportamental dialética (TCD) e, 398-439, 400t-410t, 414f, 425-426t, 426-427t, 428-429f
- terapia do esquema e, 284-285
- tratamento e, 394-398
- visão geral, 393-394
- Transtorno da personalidade dependente, 5, 14-15
- Transtorno da personalidade evitativa, 5, 14-15, 115-116. *Ver também*
- Transtorno de ansiedade social
- Transtorno da personalidade histriônica, 14-15
- Transtorno de ansiedade generalizada
- avaliação e, 212-215
- estudo de caso, 217-233, 229t-230t, 231-232f, 243-244
- farmacoterapia e, 211-213
- pânico e agorafobia e, 4-5
- protocolo unificado e, 241, 253-255
- teoria da vulnerabilidade tripla, 239
- terapia comportamental baseada em aceitação (TCBA), 209-212
- transtorno da personalidade *borderline* e, 394
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 158-159
- tratamento e, 207-218
- visão geral, 206-207, 231-233
- Ver também* Transtornos de ansiedade
- Transtorno de ansiedade social
- avaliação e, 122-125
- estudo de caso, 134-149, 135-136t, 138t, 147-148f, 243-244
- modelos
- cognitivo-comportamentais integrados de, 117-119
- preditores clínicos de sucesso e fracasso, 147-149
- subtipos de, 115-116
- transtorno da personalidade *borderline* e, 394
- transtornos por uso de álcool e, 548-549
- tratamento
- cognitivo-comportamental e, 125-135, 131-132t
- tratamento e, 116-122, 119f
- visão geral, 114-115, 147-149

- Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), 463
- Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)
- abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 628-629
 - avaliação e, 69-74
 - comorbidade e, 617-618
 - diagnóstico, 62-64
 - estudo de caso, 80-107, 86-87f, 93-97f, 100f, 103f
 - modelos teóricos de, 66-70
 - prevalência, 64-67
 - protocolo unificado e, 241, 255
 - sobreposição entre transtornos e, 240-241
 - terapia comportamental dialética (TCD) e, 419
 - transtorno da personalidade *borderline* e, 394
 - tratamento e, 73-81
 - visão geral, 62
- Transtorno de pânico
- avaliação e, 18-24, 19-20f, 21f
 - características de apresentação, 4-5
 - estudo de caso, 17-19, 31-48
 - farmacoterapia e, 15-18
 - fatores etiológicos e de manutenção para, 5-11
 - histórico de tratamento psicológico para, 5
 - natureza de, 1-4
 - protocolo unificado e, 241
 - tratamento
 - cognitivo-comportamental e, 24-32 - variáveis de tratamento, 10-18
 - visão geral, 47-49
- Transtorno delirante, 159-160
- Transtorno depressivo maior
- diagnóstico, 336-337
 - estudo de caso, 338-347
 - pânico e agorafobia e, 4-5
 - protocolo unificado e, 255
 - psicoterapia interpessoal e, 331-332, 335-339, 346-348
 - transtorno bipolar e, 461-462, 464
 - transtorno de ansiedade social e, 115
 - transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 157
 - tratamento e, 278
 - Ver também* Depressão
- Transtorno dismórfico corporal, 159-160
- Transtorno do pensamento, 526. *Ver também* Transtornos psicóticos
- Transtorno do sono
- avaliação e, 641-643, 643f
 - diagnóstico de insônia, 637-639, 641-643
 - prevenção de recaída e, 657-659
 - tratamento e, 639-642, 640f, 642-659, 646f, 654t
 - visão geral, 636-638, 658-661
 - Ver também* Tratamento cognitivo-comportamental para insônia (CBT-I)
- Transtorno esquizoafetivo, 464
- Transtorno obsessivo-compulsivo (TOC)
- avaliação e, 168-169
 - complicações durante tratamento comportamental, 194-198
 - entrevista inicial, 168-176
 - estudo de caso, 181-195
 - modelos cognitivos e comportamentais de, 159-162
 - prevalência e curso de, 156-157
 - protocolo unificado e, 241, 254, 255
 - teoria da vulnerabilidade tripla, 239
 - tratamento e, 161-182
 - visão geral, 155-156, 197-199
- Transtornos alimentares
- avaliação e, 673-676
 - características clínicas de, 665-668
 - classificação e diagnóstico de, 665-666
 - contexto da terapia e, 673
 - desenvolvimento e curso de, 668
 - pacientes abaixo do peso e, 691-695
 - perspectiva transdiagnóstica, 669
 - protocolo transdiagnóstico unificado e, 238
 - teoria cognitivo-comportamental de, 669-671, 669f-671f
 - tratamento e, 671-673, 675-692, 678-680f, 683-686f, 691-695
 - visão geral, 665, 694-695
 - Ver também* Terapia cognitivo-comportamental ampliada (TCC-A); Terapia cognitivo-comportamental para bulimia nervosa (TCC-BN)
- Transtornos da personalidade
- pânico e agorafobia e, 1-3, 5, 14-15
 - transtorno bipolar e, 463-464
- Transtornos de ansiedade
- comorbidade e, 617-618
 - estudo de caso, 243-244
 - pânico e agorafobia e, 14-15
 - sobreposição entre transtornos e, 240-241
- transtorno bipolar e, 463
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 157-160
- transtornos por uso de álcool e, 559-561
- tratamento
- cognitivo-comportamental e, 30-31
- tratamento e, 278
- vulnerabilidade, 6
- Ver também* Agorafobia; Ansiedade; Transtorno de ansiedade generalizada; Transtorno de pânico; Transtornos do humor
- Transtornos de tique, 159-160
- Transtornos dissociativos, 238
- Transtornos do humor
- abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 619-622
 - ataques de pânico e, 1-3
 - estudo de caso, 621-633, 624-625f
 - graves com características psicóticas, 464
 - pânico e agorafobia e, 14-15
 - sobreposição entre transtornos e, 240-241
 - teoria da vulnerabilidade tripla, 239
- transtorno de ansiedade social e, 115
- transtorno do sono e, 659-660
- transtornos alimentares e, 675
- transtornos relacionados ao álcool e, 559-561
- tratamento
- cognitivo-comportamental e, 30-31
- Ver também* Depressão; Distímia; Transtorno bipolar; Transtorno depressivo maior; Transtornos de ansiedade
- Transtornos emocionais
- estrutura latente de, 239
 - estudo de caso, 243-244, 256-269, 266f
 - sobreposição entre, 240-241
 - variáveis de tratamento, 241-243
 - visão geral, 237-238
 - Ver também* Depressão; Protocolo unificado (PU); Transtornos de ansiedade; Transtornos do humor
- Transtornos por uso de álcool
- avaliação e, 543-546, 544t, 545f-548f
 - comorbidade e, 533
 - estudo de caso, 538-539, 541-543, 551-558, 556f, 559-564, 566-579, 571f-573f, 575f

- modelos teóricos de, 533-538, 534*t*
 preditores de resultados de tratamento, 579
setting de tratamento, 545-552, 547-548*f*
 transtorno de ansiedade social e, 115
 transtornos psicóticos e, 527
 tratamento e, 534*t*, 538-567, 538*t*, 540*t*, 544*t*, 545*f*-548*f*, 547-548*t*, 553*f*, 556*f*
 tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 473
 visão geral, 531-533, 579-580
Ver também Transtornos por uso de substâncias
- Transtorno neuropsiquiátrico pediátrico associado a processo autoimune desencadeado por infecção (PANDAS), 157
- Transtornos por uso de drogas
 avaliação e, 586-589
 estudo de caso, 601-609, 604*f*, 609*t*
 tratamento e, 585*t*, 589-602, 592*f*, 593*f*, 595*t*-597*t*, 597*f*-599*f*
 visão geral, 584-586, 585*t*, 610
Ver também Transtornos por uso de substâncias
- Transtornos por uso de substâncias
 abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 619-622
 comorbidade e, 533, 614, 617-619, 619*f*
 depressão e, 617-619, 619*f*
 estudo de caso, 621-633, 624-625*f*
 pânico e agorafobia e, 14-15
 transtornos alimentares e, 675
 transtornos psicóticos e, 527
 tratamento e, 534*t*
 tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 473
 visão geral, 532
Ver também Transtornos por uso de álcool; Transtornos por uso de drogas
- Transtornos psicóticos
 autoestima e, 522-525, 523*f*
 avaliação e, 511-512
 contexto da terapia e, 507-510
 estudo de caso, 515-523
 prevenção de recaída e, 525
 princípios clínicos, 504-506
 problemas clínicos e dificuldades, 526-527
 tratamento e, 512-516
 visão geral, 501-502, 505-508, 506-508*t*
- Ver também* Esquizofrenia; Terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia
- Transtornos somáticos, 238
- Tratamento
 depressão e, 276
 escolha de, 174-176
 pânico e agorafobia e, 10-18
 protocolo unificado e, 250-256, 253*t*, 255*t*
 sobreposição entre transtornos e, 241
 transtorno bipolar e, 468-473
 transtorno da personalidade *borderline* e, 394-398
 transtorno de ansiedade generalizada e, 207-218
 transtorno de ansiedade social e, 116-122, 119*f*
 transtorno de estresse pós-traumático e, 73-81
 transtorno de pânico e agorafobia, 1
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 157-159, 161-182
 transtornos por uso de álcool e, 533-535, 534*t*, 536-567, 538*t*, 540*t*, 544*t*, 545*f*-548*f*, 547-548*t*, 553*f*, 556*f*
 transtornos por uso de drogas, 585*t*
 transtornos psicóticos e, 512-516
Ver também Formato de tratamento; *Métodos individuais de tratamento*; Planejamento de tratamento; Resultados de tratamento; *Setting* de tratamento
- Tratamento ambulatorial, 547-549
- Tratamento baseado na família (*Family-based treatment*, FBT), 671. *Ver também* Terapia de família; Tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT)
- Tratamento cognitivo manualizado (*manual-assisted cognitive treatment*, MACT), 398
- Tratamento cognitivo-comportamental
 abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 626-628
 ativação comportamental e, 355-357
 comparado com psicoterapia interpessoal, 334, 348-349
 depressão e, 277-279
 eficácia de, 30-32
 entrevista motivacional e, 251
 pânico e agorafobia e, 1, 10-18, 24-32, 47-49
 preditores clínicos de sucesso e fracasso, 147-149
- sobreposição entre transtornos e, 241
 transtorno bipolar e, 468-472
 transtorno da personalidade *borderline* e, 397-398
 transtorno de ansiedade generalizada e, 207-209
 transtorno de ansiedade social e, 115-120, 119*f*, 122, 125-135, 131-132*t*, 143-147
 transtorno de estresse pós-traumático e, 76-79
 transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 160-161, 166-168
 transtornos alimentares e, 669-671, 670*f*, 671*f*
 transtornos por uso de álcool e, 533-535, 537-538, 562-563
 transtornos por uso de drogas e, 589-602, 592*f*, 593*f*, 595*t*-597*t*, 597*f*-599*f*
 tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 166-168
 tratamento voltado à família (*family-focused treatment*, FFT), 473
Ver também Técnicas de exposição; Terapia cognitivo-comportamental ampliada (TCC-A); Terapia cognitivo-comportamental para esquizofrenia; Tratamento; Tratamento cognitivo-comportamental para insônia (CBT-I)
- Tratamento cognitivo-comportamental para insônia (CBT-I)
 avaliação e, 641-643, 643*f*
 componentes cognitivos, 651-658, 654*t*
 componentes comportamentais, 648-651
 contexto de, 639-642, 640*f*
 evidências de, 638-640
 introdução a, 642-649, 646*f*
 modelos de insônia e, 637-639
 prevenção de recaída e, 657-659
 problemas em, 658-659
 visão geral, 658-661
Ver também Transtorno do sono; Tratamento; Tratamento cognitivo-comportamental
- Tratamento comportamental
 complicações durante, 194-198
 transtornos por uso de drogas e, 589-602, 592*f*, 593*f*, 595*t*, 596-597*t*, 597*f*-599*f*

- Ver também Tratamento;
Tratamento
cognitivo-comportamental;
Tratamento de facilitação de 12 passos
prevenção de recaída e, 537-538
transtornos por uso de álcool e, 533-535, 550-551, 563-565
- Tratamento em grupo
terapia comportamental dialética (TCD) e, 422-424
terapia integrativa e, 615-616
transtorno da personalidade *borderline* e, 349
transtorno de ansiedade social e, 120-121
transtorno de estresse
pós-traumático e, 79-81
transtornos por uso de álcool e, 550-551
tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 164-166
Ver também Terapia cognitivo-comportamental em grupo (TCC-G); Tratamento
- Tratamento individual
terapia comportamental dialética (TCD) e, 420-422
transtorno bipolar e, 468-469
transtorno de ansiedade social e, 120-121
transtornos por uso de álcool e, 550-551
tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 164-166
Ver também Tratamento
- Tratamento medicamentoso, 473-474
- Tratamento na comunidade por especialistas não comportamentais (CTBE), 398-349
- Tratamento por exposição a gatilhos, 535
- Tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR)
complicações durante, 194-198
estudo de caso, 181-195
farmacoterapia e, 167-169
transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 155, 157-159, 161-176
visão geral, 197-199
Ver também Técnicas de exposição;
- Tratamento
- Tratamento psicológico, 5
- Tratamento psicossocial
esquizofrenia e, 508-509
- transtorno bipolar e, 465, 468, 472-473
- transtorno de ansiedade generalizada e, 207-209
- transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 198-199
Ver também Tratamento;
- Tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR)
- Tratamento voltado à família (*family-focused treatment, FFT*)
avaliação e, 475-477, 476f
contexto de, 472-475, 472-473t
direções futuras, 495-496
estudo de caso, 484-495
processo de, 476-485, 476-477t
psicoeducação, 478-481
transtorno bipolar e, 461, 468, 470-472
treinamento de habilidades para solução de problemas, 483-485
treinamento para melhoria da comunicação (TMC), 481-483
visão geral, 494-496
- Tratamentos autodirigidos, 10-12
- Tratamentos baseados em aceitação, 117-118. Ver também Tratamento
- Tratamentos baseados na internet, 355
- Trauma
avaliação de, 69-71
de combate, 65-67, 69-71
prevalência, 64-66
terapia comportamental dialética (TCD) e, 441-443
visão geral, 62-63
Ver também Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT)
- Traumatização vicária, 78-80
- Treinamento de habilidades
terapia comportamental dialética (TCD) e, 421-424, 435-436
transtornos por uso de drogas e, 593-594
- Treinamento de habilidades para solução de problemas
estudo de caso, 484-495
transtorno bipolar e, 461
tratamento voltado à família (*family-focused treatment, FFT*), 476-477t, 483-485
Ver também Solução de problemas
- Treinamento de habilidades sociais, 116. Ver também Tratamento
- Treinamento de Sistemas para a Previsibilidade Emocional e Solução de Problemas (*Systems Training for Emotional Predictability and Solução de problemas, STEPPS*), 397
- Treinamento para autoconfiança, 296-297
- Treinamento para comunicação
estudo de caso, 344-346
pânico e agorafobia e, 12-13
terapia de casal comportamental integrativa (IBCT) e, 710-711
tratamento voltado à família (*family-focused treatment, FFT*), 472-473
visão geral, 344-345
Ver também Treinamento para melhoria da comunicação (TMC)
- Treinamento para consciência, 513-514
- Treinamento para inoculação de estresse, 74-75. Ver também Tratamento
- Treinamento para manejo de estresse (TGS)
transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e, 166-167
tratamento por exposição e prevenção de rituais (EPR) e, 166-167
- Treinamento para melhoria da comunicação (TMC). Ver também
- Treinamento para comunicação
estudo de caso, 484-495
transtorno bipolar e, 461
tratamento voltado à família (*family-focused treatment, FFT*), 476-477t, 481-483
- Triagem
transtornos por uso de drogas e, 597
transtornos relacionados ao álcool, 538-539
Ver também Avaliação
- Triagem CAGE (*cut down, annoyed, guilty, eye-opener*), 539, 540t
- Triagem para atenção básica a TEPT (*Primary Care PTSD Screen, PC-PTSD*), 72-73

U

- Uso de metáforas, 429-431. Ver também Terapia comportamental dialética (TCD)
- Uso de tecnologias
abordagem de tratamento sistemática e eclética e, 621-622
ativação comportamental e, 355-357
prevenção de recaída e, 525
Uso/abuso de substâncias, 1-5. Ver também Transtornos por uso de substâncias

V

Vales em terapia

estudo de caso, 601-609, 604*f*, 609*t*
 transtornos por uso de drogas e,
 596-602, 598*f*-599*f*

Ver também Abordagem de reforço
 comunitário (CRA); Manejo de
 contingências

Validação, 431-434

Variabilidade de estímulos, 28-30

Variáveis de contexto interpessoais

pânico e agorafobia e, 12-14
 terapia cognitiva para depressão e,
 292-293
 tratamento por exposição e
 prevenção de rituais (EPR) e,
 165-167

Ver também Relações

Variáveis do paciente

pânico e agorafobia e, 13-16
 psicoterapia interpessoal e,
 334-335
 terapia cognitiva e, 292
 terapia cognitivo-comportamental
 para esquizofrenia e, 508-510
 transtorno obsessivo-compulsivo
 (TOC) e, 181-182
 transtornos alimentares e, 673
 tratamento por exposição e
 prevenção de rituais (EPR) e,
 181-182

Variáveis do terapeuta

ativação comportamental e,
 367-369
 pânico e agorafobia e, 13-14
 prevenção de recaída e, 563-564
 protocolo unificado e, 241-242
 psicoterapia interpessoal e, 334-335
 terapia cognitiva e, 291-292
 terapia cognitivo-comportamental
 para esquizofrenia e, 509-510
 terapia comportamental baseada em
 aceitação (TCBA), 211-212
 terapia comportamental dialética
 (TCD) e, 427-429
 terapia de casal comportamental
 integrativa (IBCT) e, 711-712

transtorno de ansiedade

generalizada e, 211-212
 transtorno de ansiedade social e,
 121-122, 126-127

transtorno de estresse

pós-traumático e, 77-81

transtorno do sono e, 641-642

transtorno obsessivo-compulsivo
 (TOC) e, 180-182

transtornos alimentares e, 673

transtornos relacionados ao álcool
 e, 564-566

tratamento por exposição e
 prevenção de rituais (EPR) e,
 180-182

tratamento voltado à família
 (*family-focused treatment*, FFT),
 474-475

Ver também Formação de
 terapeutas

Variáveis relacionadas ao paciente

ativação comportamental e,
 368-369
 expectativas dos pacientes, 535,
 536, 565-566
 terapia comportamental baseada em
 aceitação (TCBA), 211-212
 terapia comportamental dialética
 (TCD) e, 427-428
 terapia de casal comportamental
 integrativa (IBCT) e, 711-712
 transtorno de ansiedade
 generalizada e, 211-212
 transtorno de ansiedade social e, 121
 transtorno de estresse
 pós-traumático e, 77-81
 transtorno do sono e, 640-642
 transtornos relacionados ao álcool
 e, 535, 534*t*, 536, 565-567
 tratamento voltado à família
 (*family-focused treatment*, FFT),
 473

Variáveis relacionadas ao *setting*. *Ver*
Setting de tratamento

Verificação do corpo, 685-688

Vínculo

ativação comportamental e,
 366-367

estudo de caso, 257

protocolo unificado e, 251

terapia cognitivo-comportamental
 para esquizofrenia e, 504-505,
 517-519

terapia comportamental baseada em
 aceitação (TCBA), 216-218

terapia comportamental dialética

(TCD) e, 417-418, 437-438

transtornos alimentares e, 676-677

Ver também Motivação; Relação
 terapêutica

Violência doméstica, 703, 704, 704*t*.

Ver também Problemas de casal

Visitas em casa, 179-181

Visualização, 74-75

Vulnerabilidade biológica

esquizofrenia e, 504-505

pânico e agorafobia e, 5-6

transtorno bipolar e, 479

transtorno de ansiedade social e,
 128-130

transtornos psicóticos e, 509-511

visão geral, 238-239

Ver também Fatores de
 vulnerabilidade; Teoria da
 vulnerabilidade tripla

Vulnerabilidade emocional, 414*f*,
 415

Vulnerabilidade psicológica

esquizofrenia e, 504-505

pânico e agorafobia e, 5-6

transtornos por uso de álcool e,
 549-550

transtornos psicóticos e, 509-511

visão geral, 238-239

Ver também Teoria da

vulnerabilidade tripla

Vulnerabilidade psicológica

específica. *Ver* Vulnerabilidade

psicológica

Vulnerabilidade psicológica geral. *Ver*

Vulnerabilidade psicológica

W

Work and Social Adjustment Scale
 (WSAS), 248-249