

Psicoterapias: conceitos introdutórios para estudantes da área da saúde

Psychotherapies: introductory concepts for healthcare students

Flávia de Lima Osório¹, Ana Irene Fonseca Mendes², Caroline da Cruz Pavan-Cândido³, Uanda Cristina Almeida Silva⁴

RESUMO

As psicoterapias podem ser definidas como métodos de tratamento, embasados em diferentes conceitos teóricos e técnicos, que visam influenciar o paciente e auxiliá-lo na modificação de problemas de ordem emocional, cognitiva e comportamental. Objetiva-se apresentar: a) os principais conceitos técnicos e teóricos associados às psicoterapias, com destaque àquelas baseadas nos conceitos teóricos psicanalíticos/ psicodinâmicos e cognitivo-comportamentais, e b) algumas especificidades da psicoterapia de grupo. Pretende-se que este material possa servir como referência a alunos iniciantes da área, bem como a outros de diferentes áreas correlatas do contexto da saúde.

Palavras-Chaves: Psicoterapia. Técnicas. Psicoterapia de Grupo. Psicoterapia Psicodinâmica. Terapia Comportamental Cognitiva.

ABSTRACT

The psychotherapies can be defined as method of as therapeutic procedures based on different theoretical and technical concepts, conceived to help the patient to cope with his/her emotional, cognitive and behavioral problems. The present study aims are: a) to review the main technical and theoretical concepts associated with psychotherapy, especially those based on psychoanalytic/psychodynamic and cognitive-behavioral theoretical concepts and, b) to discuss some peculiarities of the psychotherapy of groups. This material is intended to be used as a reference to beginners students of this field of knowledge as well as others specialties of the health-related context.

Key Words: Psychotherapy. Techniques. Psychotherapy, Group. Psychotherapy, Psychodynamic. Behavior Therapy, Cognitive.

1. Docente, Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento, FMRP-USP; Coord. do Serviço de Psicoterapia do HC-FMRP-USP.
2. Coord. do Ambulatório de Terapia Cognitivo Comportamental do HC-FMRP-USP.
3. Doutoranda. Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP.
4. Mestre em Saúde Mental - Coord. do Ambulatório de Psicoterapia Psicodinâmica do HC-FMRP-USP.

CORRESPONDÊNCIA:
Flávia de Lima Osório
Departamento de Neurociências e Ciências do Comportamento
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto -USP
Av. Bandeirantes, 3900
CEP: 14049-900 - Ribeirão Preto/SP

Recebido em 08/02/2016
Aprovado em 22/08/2016

Aspectos históricos e conceituais

A palavra psicoterapia tem origem nas palavras gregas *Psykhê* (mente) e *Therapeuein* (curar), e desde o final do século XIX, vem sendo utilizada como uma forma de tratamento ('cura pela fala').

Suas origens remetem ao hipnotismo, especialmente a Josef Breuer, um médico e fisiologista austríaco, que começou a utilizar o mesmo, como forma de tratamento de pacientes histéricas por meio da catarse. Sigmund Freud, neurologista de formação, interessado nos estudos e resultados obtidos por tal método, passou também a utilizá-lo, observando, contudo seus efeitos transitórios, muitas vezes, o fracasso do tratamento e a importância da relação médico-paciente para a efetividade da técnica.

Diante disto, abandonou o uso do método hipnótico-catártico e passou a evocar os eventos relatados por meio da hipnose, durante os estados de consciência do paciente, utilizando de estratégias de associação livre, interpretação dos sonhos e uso do divã. Em 1905, durante o tratamento de uma paciente histérica (conhecido como o 'Caso Dora') Freud passou a entender e trabalhar com o papel da resistência (forças psíquicas que impedem que conteúdos patogênicos tenham acesso à consciência) e transferência (deslocamento daquilo sentido diante de pessoas e situações do passado, às pessoas do presente, em especial, o terapeuta), criando uma nova ciência, com referenciais teóricos e técnicos próprios, específicos e consistentes. Surge assim, a Psicanálise, reconhecida como a primeira forma de psicoterapia.¹

Hoje, a psicoterapia pode ser definida como um método de tratamento, embasado em conceitos teóricos e técnicos, que deve ser realizado por um profissional treinado. Utiliza-se de princípios psicológicos como a comunicação verbal e a relação terapêutica e seu objetivo principal é influenciar o paciente, auxiliando-o a modificar problemas de ordem emocional, cognitiva e comportamental.²

Diferentemente do início do século XX, quando a psicanálise era a única forma de psicoterapia, na atualidade depara-se com uma grande diversidade de escolas teóricas e técnicas, estimando-se que existam cerca de 250 modalidades psicoterápicas, mais de 10 mil livros publicados sobre este

tema, além de milhares de artigos científicos.³ Sua eficácia vem sendo comprovada por meio de estudos clínicos randomizados, de neuroimagem e metanálises, colocando-a como um importante método/ recurso de tratamento e ajuda no contexto da saúde mental, seja no tratamento dos transtornos mentais e dos problemas de saúde e comportamento, seja na busca de autoconhecimento e melhor qualidade de vida.

Segundo Schnyder,⁴ a psicoterapia é uma das terapêuticas mais eficazes em Medicina. Na mesma direção, Wampold⁵ já referia que, considerando-se as revisões e metanálises sobre o tema, poder-se-ia estimar que o tamanho do efeito deste tratamento é de cerca de 0,80.

Prova disto é sua inclusão no Rol dos Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde, tornando-a um benefício cuja cobertura é obrigatória aos usuários de planos de saúde desde 2008 (Resolução Normativa 167/02 – ANS).

Segundo estudo realizado em uma instituição pública de saúde,⁶ os principais motivos para busca de psicoterapia são: humor depressivo (53%), ansiedade (53%), problemas conjugais (53%) e familiares (47%), stress/ somatização (12%), anorexia/ bulimia (12%), perda de peso (6%), álcool e drogas (24%).

Psicoterapias: semelhanças e diferenças

Apesar da grande diversidade de modelos e concepções em psicoterapia, pode-se dizer que as mesmas apresentam alguns importantes elementos comuns. São eles: a) necessidade de uma relação de confiança emocionalmente carregada em relação ao terapeuta; b) crença por parte do paciente de que o terapeuta irá ajudá-lo e de que os objetivos serão alcançados; e c) pressuposição da existência de uma modelo conceitual que prevê uma explicação possível para o sintoma/ problema e um procedimento para ajudar o paciente a resolvê-lo.⁷

Contudo, é justamente em função deste modelo conceitual e técnico que residem as principais diferenças das psicoterapias. Em relação aos modelos/ referenciais teóricos podem-se destacar as teorias psicanalíticas/ psicodinâmicas (e seus principais representantes Sigmund Freud, Melaine Klein, Wilfred Bion, Carl Jung, Donald Winnicott, entre

outros), comportamentais (Burrhus Skinner), cognitivas (Aron Beck), existenciais-humanistas (Carl Rogers), psicodramáticas (Jacob Levy Moreno), sistêmicas (Salvador Minuchin), construtivistas (Robert Neimeyer), narrativas (Sluzki) e do construcionismo social (Kenneth Gergen).

Em relação às especificidades técnicas, as principais diferenças se relacionam aos objetivos e recursos utilizados (interpretação, exposição, psicoeducação), frequência das sessões e tempo de duração do tratamento, *setting* (grupal, familiar, individual), treinamento exigido aos terapeutas, pré-requisitos dos pacientes, alcances e resultados a serem atingidos.³

Considerando-se os objetivos deste artigo, destacar-se-ão as psicoterapias psicanalíticas/psicodinâmicas, as cognitivo-comportamentais e as psicoterapias de grupo, detalhando-as em termos de seus aspectos teóricos, técnicos e indicações.

Psicoterapias: psicanalíticas/psicodinâmicas

O termo psicodinâmica é empregado geralmente como uma forma de compreensão dos fenômenos mentais que tem sua origem nos conhecimentos psicanalíticos⁸. Neste sentido, pode-se fazer uma compreensão psicodinâmica dos casos clínicos a serem estudados, pode-se pensar em uma psiquiatria psicodinâmica, ou ainda, em uma interpretação de testes psicológicos sobre a luz do referencial teórico psicodinâmico. Mas quais seriam, entretanto, os pressupostos centrais que norteiam a psicodinâmica? Para responder a esta questão, apresentar-se-á os conceitos teóricos fundamentais.

Conceitos teóricos básicos em psicodinâmica

A psicanálise tem como marco para seu início o trabalho de Freud intitulado 'A interpretação dos Sonhos', considerada, por ele mesmo, sua obra mais importante.^{9,10} Para Freud, os sonhos seriam a forma através da qual se teria acesso à dimensão inconsciente da vida psíquica,¹¹ sendo eles uma expressão dos desejos mais íntimos do indivíduo e dos mecanismos de censura que operam para mascarar tais desejos, conhecidos como repressão. Embora o conceito de inconsciente se amplie ao lon-

go da evolução da teoria psicanalítica, o inconsciente freudiano já surge como um 'lugar' de grande influência sobre o Homem e a partir de 'onde' as ações, escolhas e formas de compreensão do mundo são estabelecidas. O conteúdo deste sistema está ligado, fundamentalmente, às pulsões (representantes mentais da vida instintual) e às primeiras experiências sexuais infantis.¹²

Segundo Mabilde,⁹ Freud estabelece que "o *inconsciente, como sistema, funciona de acordo com leis especiais, que estão desprovidas da lógica da noção de tempo, espaço e causalidade, formando o que se denomina processos primários do psíquico*" (p.65). O primeiro modelo de mente exclusivamente psicanalítico, conhecido como primeira tópica, estabeleceu que a vida mental estava dividida entre os sistemas consciente, pré-consciente (local onde o ato psíquico ainda não é consciente, mas pode se tornar) e inconsciente.¹¹ Como explica Laplanche,¹² os conteúdos reprimidos inconscientes procuram retornar ao sistema consciente e pré-consciente, porém apenas a partir das deformações causadas pela censura tais conteúdos tem acesso a estes sistemas.

Em 1914, na obra 'Recordar, repetir e elaborar', Freud¹³ estabeleceu que os conteúdos reprimidos, ainda que não fossem lembrados pela memória, seriam 'lembrados' no comportamento (atuações, sintomas), de modo que seriam sempre repetidos com a finalidade de serem elaborados. Neste sentido, esta repetição seria a responsável pelo estabelecimento da transferência (reedição com o terapeuta de relações significativas do passado), em uma tentativa de se reviver o que precisa ser elaborado e, ao mesmo tempo, uma forma de resistência, por favorecer a continuidade dos atos comportamentais atuados.¹⁰

Ao longo de suas experiências clínicas e das produções científicas desenvolvidas entre os anos de 1900 e 1923, Freud passou a conjecturar uma nova divisão do aparelho psíquico, complementar à primeira, porém mais 'dinâmica' e que pudesse abarcar a complexidade do funcionamento mental. Em 1923, introduz a divisão do aparelho psíquico em três instâncias: Ego, Superego e Id, conhecida como 'Segunda Tópica'.¹⁰

Em 'O Eu e o Id',¹⁴ Freud define as três instâncias que compõem o aparelho psíquico, estabe-

lecendo que o Id é a parte pulsional/instintual (com conteúdos de natureza libidinal e agressiva, por exemplo) e a mais primitiva da mente, a partir da qual, uma porção se diferenciará pela influência do mundo externo e que será denominada Ego. Ao Ego são atribuídas as funções de percepção, atenção, motilidade, memória e pensamento, sendo esta instância reguladora da vida psíquica que sofre influência e é influenciado pelo Id.¹⁵ Já o Superego, classicamente é definido como uma instância com funções normativas, a partir do qual, os limites e regras são estabelecidos internamente.¹⁶

Numa perspectiva freudiana, é o interjogo entre estas instâncias, que vai determinar o funcionamento mental em um indivíduo: a luta entre o Id e o mundo externo, resultaria em uma estrutura de personalidade psicótica, cuja vida instintual do Id se impõe diante da realidade comprometendo a capacidade de adaptação deste indivíduo que passa a recriar a realidade por meio dos delírios e alucinações.¹⁷ A neurose, por sua vez, seria o resultado dos conflitos entre o Id e o Ego, a partir do qual um impulso instintual poderoso é impedido de ser descarregado pelo Ego e pelas forças repressivas (Superego), surgindo, então, os sintomas neuróticos (p.ex. fobias, pensamentos obsessivos) como formações de compromisso.¹⁸ Hoje, entendem-se tais formações como características do funcionamento mental de todos os indivíduos e, neste sentido, os próprios traços de caráter são representantes destes compromissos que tem nos sintomas neuróticos sua variante patológica.⁸

Na atualidade, com o desenvolvimento do pensamento psicanalítico, observa-se uma ampliação da compreensão de neurose e psicose. Bion (1897-1979), um dos maiores representantes do pensamento psicanalítico atual, estabeleceu a ideia de uma 'parte psicótica da personalidade', a partir da qual, todos os indivíduos conservam em sua mente uma fração mais regredida em que predomina um funcionamento mais primitivo caracterizado por um baixo limiar de tolerância à frustração, ódio às verdades e predomínio de pulsões agressivas e destrutivas.¹⁵

Dentre os conceitos centrais da teoria psicanalítica, os mecanismos de defesa têm grande des-

taque. Alguns impulsos instintivos não podem ser manifestados, pois sua satisfação também traria problemas adaptativos para o Ego; como forma de se opor a estas forças surge a repressão.¹⁹ Os mecanismos defensivos estão a favor da repressão, ajudando o Ego a se proteger das exigências instintuais do Id. Segundo Gabbard,⁸ "*todos nós temos mecanismos de defesa, e as defesas que utilizamos revelam muito a nosso respeito*" (p.37). A compreensão destes mecanismos é de grande importância para a prática clínica, orientando o raciocínio diagnóstico psicodinâmico e o planejamento terapêutico.

Os mecanismos defensivos podem ser organizados de acordo com uma hierarquia que vai das mais primitivas como a negação (de aspectos difíceis da realidade) e a somatização (conversão da dor emocional em sintomas físicos), até as mais maduras como o humor (encontrar elementos cômicos em situações difíceis) e a sublimação (dar um destino socialmente aceitável a afetos inaceitáveis/desadaptados).⁸

O modelo freudiano de mente tem sido transformado/reformulado/ampliado ao longo dos anos de desenvolvimento da teoria, culminando no surgimento de várias 'escolas psicanalíticas', dentre as quais se destacam Melanie Klein (1882-1960) e Wilfred Bion (1897-1979).²⁰ A partir das contribuições de Melanie Klein, a psicanálise com crianças alcançou grandes avanços, com o estabelecimento do brinquedo e dos jogos como instrumento de grande importância para o trabalho psicanalítico.¹⁵ Klein ainda reformulou e ampliou vários conceitos psicanalíticos freudianos, sendo que sua influência se reflete nos trabalhos de vários autores posteriores.

Ao contrário de Freud, que não acreditava na possibilidade do trabalho psicanalítico com pacientes psicóticos, Bion destinou-se a investigar a vida mental destes pacientes com importantes achados que norteiam o pensamento clínico psicanalítico atual. Além disso, Bion também se preocupou com a função analítica, estabelecendo conceitos e vértices que promovem uma maior compreensão do funcionamento do par analítico paciente-analista, fundamentando parâmetros novos para o desenvolvimento da própria função psicanalítica.¹⁵

Conceitos técnicos básicos em psicodinâmica

A técnica psicanalítica foi desenvolvida (e está em constante desenvolvimento) com a finalidade de permitir o acesso ao inconsciente do paciente. Para facilitar este processo, estabeleceu-se como regra fundamental da psicanálise, a associação livre, a partir da qual o paciente deve relatar espontaneamente tudo o que lhe vem à mente durante a sessão, independente do paciente julgar relevantes ou não.¹⁶ Este aspecto se manifesta tanto nas verbalizações (escolhas das palavras), como na forma de se expressar e desenvolver o pensamento, de maneira que o discurso livre permite que o terapeuta se aproxime dos conteúdos latentes da dimensão inconsciente da mente.

A transferência é um dos pontos centrais na técnica psicanalítica, representando o ambiente a partir do qual se dá a problemática de um tratamento psicanalítico.¹² Ao reencenar através da relação com o psicoterapeuta suas formas de relação mais primordiais (com pais, irmãos, figuras importantes do passado), cria-se uma condição para o surgimento de fantasias, desejos e impulsos afetivos que estavam imersos no inconsciente e que devem ser compreendidos, por representarem o mundo interno do paciente, a forma como viveu suas relações e como as vive até o presente.⁸

A contratransferência pode ser definida como um “conjunto das reações inconscientes do analista à pessoa do analisando e, mais particularmente, à transferência deste”¹² (p.102). Hoje a contratransferência também é entendida com um importante canal de comunicação primitiva entre as mentes do paciente e do terapeuta, podendo ser um poderoso instrumento a favor da empatia.¹⁶ Tanto a transferência como a contratransferência são conceitos que vem sendo ampliados até o presente e que vão ganhar diferenças a partir de cada escola psicanalítica, entretanto, ambos os fenômenos se mostram presentes nas relações humanas e devem ser observados, principalmente nas relações de cuidado.

A terminologia ‘Atividade interpretativa’, preferida por Zimerman em seu trabalho ‘Manual de Técnica psicanalítica: uma re-visão’¹⁶ oferece um parâmetro importante para se entender a complexidade desta função dentro da relação psicanalítica. Nas palavras do mesmo autor: “*mais do que*

uma decodificação do conflito pulsional (...) a interpretação consiste na construção de novos sentidos, significados e na nomeação das velhas, bem como das novas, e difíceis experiências emocionais” (p.179). Segundo Gabbard⁸, é a partir da interpretação que se pode (re) estabelecer uma maior conexão entre um pensamento, um comportamento e/ou um sintoma com o seu sentido inconsciente.

Segundo Zimerman¹⁵, o *setting* relaciona-se às regras que permeiam o contato psicoterapêutico e, neste sentido, abrange questões que vão desde a quantidade de sessões semanais, horários e honorários até o uso ou não do divã ou da posição frente a frente entre outros acordos que procuram normatizar o processo psicoterapêutico. O mesmo autor ainda pontua que o *setting*, por si só, já constitui um importante fator terapêutico por possibilitar o surgimento de um espaço de projeção dos aspectos inconscientes do paciente e onde o terapeuta pode, entre outros fatores, estabelecer a realidade exterior por meio das regras acordadas.

Todos estes aspectos técnicos são comuns aos diferentes tipos de psicoterapia psicodinâmica, num continuum que vai da psicoterapia de apoio à expressiva. Embora as questões teóricas e técnicas tratadas até o momento tenham como enfoque o contato psicoterápico individual, cabe ressaltar que estes mesmo fatores estão presentes em outras modalidades como, por exemplo, as terapias de grupo.

Tipos de psicoterapias psicodinâmicas

Dentro do extenso grupo de técnicas psicoterápicas que trabalham com o referencial psicodinâmico, observa-se um amplo espectro que vai desde o apoio/orientação até as terapias expressivas, voltadas para o *insight*, as quais pressupõem elaboração e mesmo uma reestruturação da personalidade.²¹ A Figura 1 destaca os principais recursos técnicos, considerando as modalidades de intervenção neste continuum.

As categorias de intervenções ilustradas na Figura 1, representam estratégias a partir das quais o trabalho psicoterápico se desenvolverá, considerando que quanto mais uma modalidade psicoterápica psicodinâmica se localiza próxima do pólo expressivo, menos reassuramentos são feitos e mais se trabalhará com a confrontação e com as interpretações.

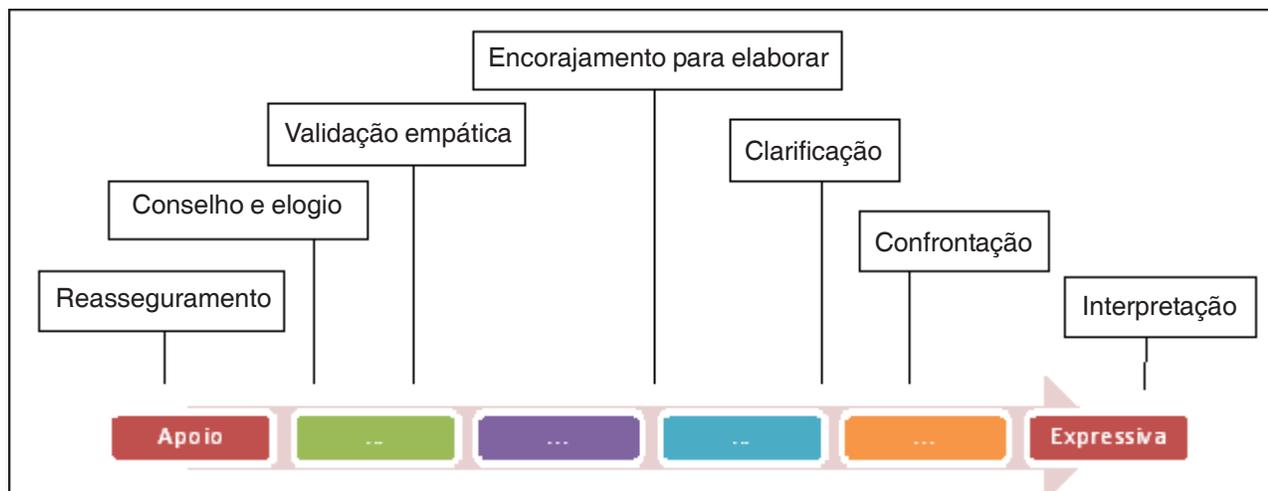


Figura 1: Principais recursos técnicos utilizados nas psicoterapias, considerando-se as modalidades de intervenção (adaptado de Cordioli et al²²).

O termo psicanálise define tanto o arcabouço teórico a partir do qual se desenvolveram as psicoterapias psicodinâmicas (apresentadas a seguir), como uma modalidade terapêutica específica localizada no extremo pólo da direita como a representante máxima das intervenções expressivas: a análise psicanalítica.

A seguir, serão discutidos os tipos de psicoterapia psicodinâmica que se destacam a partir dos extremos deste continuum apoio-expressivo. Cabe destacar que, conforme ressaltado por Gabbard,⁸ estes extremos são intercambiantes durante o processo psicoterapêutico de alguns tipos de pacientes, havendo possibilidades de num determinado momento, um paciente que, por exemplo, iniciou a terapia de apoio viver um momento de maior *insight* e vice versa.

Segundo Fiorini,²¹ a psicoterapia de apoio busca reduzir ansiedades em momentos de crise, descompensação e atenuar ou mesmo suprimir sintomas. Neste sentido, conforme o mesmo autor, o terapeuta tem uma posição mais ativa dentro do *setting*, adotando uma postura mais diretiva e tranquilizadora e visando não estimular o estabelecimento de vínculos transferenciais profundos que possam dificultar o diálogo entre terapeuta e paciente. A terapia é focada nos aspectos conscientes e centrada nas dificuldades práticas. A postura mais ativa do terapeuta também é manifestada a partir

da posição frente a frente assumida pelo paciente e uma frequência menor de sessões, podendo ser semanais, quinzenais, ou mesmo mensais, além da limitação temporal fixada desde o início - geralmente por algumas semanas e eventualmente se estendendo por anos.³

Para ilustrar este modelo de intervenção, apresentar-se-á uma pequena vinheta clínica: Raquel é uma moça solteira, de 25 anos, universitária, que recebeu um diagnóstico de neoplasia de mama. Apesar de contar com o apoio familiar, Raquel ficou muito angustiada diante da notícia, reagindo de forma enérgica contra a indicação cirúrgica e/ou qualquer possibilidade de tratamento quimioterápico. Parou de frequentar as aulas da faculdade, referindo não ver mais razão em estudar ou buscar uma carreira, terminou seu relacionamento amoroso de três anos e passou a ser mais agressiva com os familiares e os profissionais de saúde que a assistiam, não aceitando conversar com ninguém sobre suas decisões. Os pais de Raquel, preocupados com a reação da filha, buscaram ajuda por meio da psicoterapia de apoio. Embora contrariada, Raquel aceitou realizar sessões semanais durante dois meses, a partir dos quais ela pode entrar em contato com suas fantasias a respeito da doença, analisar com maior clareza suas reais possibilidades de tratamento e restabelecer seu funcionamento prévio.

Nesta intervenção psicoterápica, houve predomínio de recursos técnicos como o reassseguramento de suas possibilidades reais de tratamento, orientação, conselho e validação empática de seu sofrimento, como forma de acolher suas dificuldades e ampliar seus recursos de enfrentamento da realidade.

Assim como na análise psicanalítica, na psicoterapia de orientação psicanalítica, objetiva-se o *insight*, através do qual o paciente terá a possibilidade de elaborar conflitos inconscientes, contudo, na psicoterapia de orientação psicanalítica, busca-se um *foco* (associado a uma fonte de sofrimento e motivação para mudança), a partir do qual o trabalho interpretativo se aterà.²³ Nesta modalidade de psicoterapia, o *setting* também apresenta algumas características próximas à da psicoterapia de apoio, como a posição frente a frente do paciente em relação ao terapeuta. Entretanto, utiliza-se um número maior de sessões (uma a três sessões semanais) e o acompanhamento pode perdurar por meses ou mesmo anos.³

Outro instrumento importante da psicoterapia de orientação psicanalítica é o uso da transferência, que embora seja explorada em um grau diferente de profundidade do que na análise psicanalítica, é a partir deste vértice que as interpretações se orientam para o foco eleito no trabalho psicoterapêutico.²³

Como exemplo desta modalidade de acompanhamento apresenta-se a seguinte vinheta clínica: Marília (nome fictício) era uma senhora casada de 53 anos, com três filhos adultos e que trabalhava com serviços de estética. Nos últimos anos, passou a se sentir angustiada, ter problemas para dormir durante a noite (o que a fazia ingerir álcool com alguma frequência na semana, antes de adormecer), relatava sentir uma 'tristezinha' (sic) que não conseguia entender de onde vinha e em alguns momentos apresentava 'crises de nervoso' (sic) em que tinha seus membros superiores paralisados. Após procurar ajuda psiquiátrica e realizar alguns exames clínicos, descartou-se a presença de um quadro orgânico e a paciente recebeu o diagnóstico de transtorno conversivo, sendo medicada e encaminhada a procurar ajuda psicoterápica. Iniciou acompanhamento duas vezes por semana em psicoterapia de orientação psicanalítica. Por sempre ser muito independente e prática, passava por vá-

rias situações em que precisava resolver os problemas cotidianos de seus familiares, os quais sempre recorriam a ela em momentos de apuro. Marília, por sua vez, sempre se mostrava disponível, desmarcando compromissos pessoais para socorrer a quem precisasse, emprestando dinheiro ou fazendo empréstimos em banco para seus filhos.

Nas sessões, Marília sempre se mostrava muito desejosa da companhia da psicoterapeuta, alegava que ninguém em sua família a valorizava e que todos estavam sempre 'sugando suas energias' (sic). Com o desenvolvimento da psicoterapia, foi sendo possível observar as formas de se relacionar de Marília, a qual sempre se mostrava em suas relações como aquela que tudo resolve e que não encorajava seus filhos a buscar alternativas independentes (de maneira que estes viviam na dependência dela, mesmo a filha casada). Em uma sessão, especificamente, Marília chega dizendo à psicoterapeuta que gostaria de lhe dar um presente, mas não sabia o que. A psicoterapeuta fica incomodada com o desejo de Marília e a questiona sobre esta 'necessidade'. Marília diz que gosta de agradar as pessoas, que assim será lembrada por sua psicoterapeuta e em seguida, começa a falar de seus filhos e de seu marido, 'sugadores de energia'. Refere que sempre tem que deixar seus planos pessoais para depois porque tem que agradar alguém de sua família. A psicoterapeuta, então, lembrando-se do presente que a paciente pretendia dar a ela, pergunta a Marília se ela sente que precisaria sempre se sacrificar por seus familiares e que caso contrário eles não gostariam/se lembrariam dela (assim como, no passado, quando foi abandonada por sua mãe e criada por outra família; neste contexto, sentia que tinha que fazer tudo o que a família desejasse para se sentir parte dela). Ao logo do processo psicoterapêutico, foi possível para Marília apropriar-se de sua forma de se relacionar, observando melhor as fantasias inconscientes despertadas por estas relações e o lugar que ocupa nestas, em sua vida.

Nesta modalidade psicoterápica, embora se tenha feito uso de técnicas como a validação empática, houve predomínio de recursos como o encorajamento para elaboração, a clarificação e a interpretação.

A análise psicanalítica, principal representante do extremo 'expressivo', enquanto modalidade

terapêutica, diferencia-se entre as modalidades psicodinâmicas, sobretudo do ponto de vista da técnica, a começar pela não exigência de um eixo inicial/foco, a partir do qual o trabalho psicoterapêutico deva se concentrar, pela utilização do divã como forma de estimular uma maior regressão para níveis inconscientes das associações do paciente e por promover o estabelecimento de relações transferências mais profundas.^{1,21,23}

A projeção de conteúdos inconscientes, facilitada pelo *setting* psicanalítico, traz um maior conhecimento da realidade interna do paciente e favorece a sua mudança psíquica. Segundo Eizirik e Hauck,¹ na análise psicanalítica há um uso de mais sessões semanais (de três a cinco vezes) e predomínio das interpretações transferências, a partir dos quais se pretende uma “*elaboração do conflito primário*” (p.159). Este último pode ser entendido como as primeiras experiências fundamentais de vida de um indivíduo (figuras parentais ou substitutos destes) e que determinam seus padrões de relacionamentos, a capacidade de lidar com sentimentos, suas fantasias e formas de interpretar o mundo.

Como forma de se ilustrar esta modalidade de psicoterapia, apresentar-se-á uma nova vinheta clínica, de um paciente com diagnóstico de transtorno de personalidade narcisista: Carlos (nome fictício), 43 anos, solteiro, muito inteligente (o que o fez ocupar um cargo de destaque no universo empresarial) sempre se mostrou impulsivo, autoritário e competitivo. Demonstrava muitas dificuldades de se relacionar com outras pessoas, tanto socialmente quanto de forma íntima. Não conseguia manter amigos, pois sempre rompia a relação diante do pensamento de que ‘as pessoas só querem se aproveitar umas das outras’ (sic), interpretando qualquer pensamento diferente do seu como suficiente para interromper o vínculo. Teve várias namoradas, pois é um homem de aparência atraente e discurso sedutor, porém não conseguiu manter nenhum relacionamento duradouro, já que sempre que percebia a companheira de forma realista (menos idealizada), a relação chegava ao fim. Uma dessas namoradas teve maior importância para ele, dado que, de forma honesta, tinha o hábito de lhe dizer o que gostava e o que não gostava em seu comportamento. Diante destes apontamentos, Carlos tinha uma postura surpreendente, fazendo reflexões sobre o

que ela dizia e tentando mudar. Carlos tem vários interesses dispendiosos, troca de carro pelo menos duas vezes ao ano, mantém um guarda-roupa caro e custeia festas para seus colegas de trabalho, regadas a muitas bebidas e mulheres.

Após vários anos em que se percebeu sozinho, ‘sem poder confiar em ninguém’ (sic), Carlos resolve procurar um vínculo analítico, na esperança de poder contar com ‘o silêncio e a discrição de alguém mediante pagamento’ (sic). Assim inicia as sessões de psicanálise, pois se percebe sempre muito insatisfeito, irritado e com frequência entristecido, (embora ele não nomeie como tristeza, prefere o termo ‘incomodado’), que o faz ter dificuldades para adormecer e se sentir indisponível para atividades que antes lhe davam prazer como trabalhar, ir a festas e fazer viagens. A análise possibilitou que Carlos entrasse em contato consigo mesmo e com seu modo de funcionar diante do mundo, tornando aspectos de seu funcionamento que são disfuncionais, porém harmônicos a sua personalidade, menos automáticos e mais passíveis de sofrer a influência do pensar analítico.

Em análise psicanalítica, a confrontação e o trabalho interpretativo ganham destaque, visando um maior conhecimento de ‘quem se é’ e ampliar o ‘alcance’ da elaboração psíquica. As mudanças em níveis mais profundos, que envolvem a estrutura de personalidade do indivíduo, tendem a se instaurar de forma mais consistente, possibilitando mudanças de hábitos e de formas de se escolher na vida.

Indicações para as modalidades psicoterápicas psicodinâmicas

Para todos os tipos de psicoterapia é necessário que haja motivação e capacidade de estabelecer um bom vínculo terapêutico. Na Tabela 1, destacam-se as principais indicações e contra-indicações de cada modalidade psicoterápica psicodinâmica, considerando suas especificidades e características técnicas.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

Conceitos teóricos em TCC

Ao longo dos tempos a TCC vem evoluindo em seus modelos conceituais e teóricos na tentati-

Tabela 1: Indicações e contra-indicações das modalidades psicoterápicas.

Tipo de psicoterapia	Principais indicações	Principais contra-indicações
Psicoterapia de Apoio (*)	Situações de crise agudas, dificuldades de ajustamento a situações de vida (adoecimento, perdas), redução ou eliminação de sintomas, restabelecimento de mecanismos/funcionamentos anteriores à crise.	Indicação para terapias mais expressivas/ de longo prazo e ideação suicida.
Psicoterapia de Orientação Psicanalítica (**)	Transtornos de personalidade (sem presença de comportamento destrutivo e antissocial) e conflitos neuróticos.	Quadros psicóticos agudos; alcoolismo crônico ou adição a drogas; síndrome cerebral orgânica e deficiência mental.
Psicanálise (*)	Transtornos de personalidade, indivíduos com aspectos caracterológicos que não configuram um quadro psicopatológico, porém que a mudança traria qualidade de vida.	Presença de importante fragilidade egóica: quadros psicóticos proeminentes, crises agudas de transtorno de personalidade, ansiedade e do humor, dependência química, transtornos mentais orgânicos.

(*) Adaptado de Cordioli³; (**) Adaptado de Keidann e Zot²⁴.

va de aprimorar o entendimento do funcionamento psicológico humano e aumentar a eficácia dos tratamentos oferecidos. Nos últimos anos, convencionou-se dividir a história das terapias de base cognitiva e comportamental em três períodos - a depender da fundamentação das intervenções emergentes e prevalentes no momento -, que são referidos como "ondas".²⁵ A 'primeira onda' é caracterizada por uma confluência de diversas modalidades terapêuticas comportamentais, que compartilhavam os objetivos de eliminar comportamentos e emoções inadequadas, baseadas nos princípios experimentais, que existiam antes da revolução cognitiva dos anos 1960. Com o advento dos modelos cognitivos, no final da década de 1950 e início de 1960, principalmente com as teorias de Aaron Beck e Albert Ellis, surge a 'segunda onda', com um novo paradigma cognitivo e novas formas de intervenção clínica que hoje são chamadas especificamente de TCCs. Assim, as atuais TCCs caracterizam-se pelo conjunto de abordagens teóricas e intervenções clínicas embasadas na lógica comum do modelo cognitivo. A 'terceira onda' retoma a visão externalista da primeira onda, mantendo o foco na cognição, trazido pelas TCCs, mas passando de seu conteúdo para seu contexto, voltando-se para a compreensão e aceitação das sensações e sentimentos, integrando, para isso, técnicas de diferentes abordagens.²⁶

É importante destacar que esta é a história da constituição das ondas norte-americanas, frequentemente encontrada nas publicações nacionais e internacionais. No Brasil, temos uma "cronologia invertida",²⁷ pois enquanto nos EUA foi necessária a chegada da terceira onda para a popularização das terapias com foco externalista, no Brasil, as terapias deste tipo, representadas pela Terapia Analítico-Comportamental, entre outras, já estavam estabelecidas desde a primeira onda brasileira, por volta dos anos de 1970.

Além disso, vale lembrar a inexistência de superioridade das ondas mais recentes em relação às mais antigas, estando a divisão nestes três momentos mais relacionada a uma organização didática e histórica das ideias.²⁵

A primeira onda: terapia comportamental

O termo Terapia Comportamental foi introduzido por pelos menos três diferentes grupos de pesquisadores: 1) Lindsley, Skinner e Solomon, nos Estados Unidos, utilizaram-no pela primeira vez em 1953, para se referir à intervenção baseada no condicionamento operante, realizada com pacientes psicóticos hospitalizados, a fim de reduzir suas alucinações; 2) Eysenck, na Inglaterra, em 1959, apresentou uma nova modalidade de terapia, caracterizada pela aplicação das teorias da aprendizagem para tratamento dos transtornos psicológicos, por

meio da utilização do condicionamento operante e do clássico e da modelação; e 3) Lazarus, que em 1958, patenteou o termo para se referir à incorporação de procedimentos objetivos de laboratório à psicoterapia, considerando a terapia comportamental como uma parte dos procedimentos característicos de sua proposta de intervenção denominada Terapia Multimodal.²⁸

Apesar desta diversidade de intervenções abarcadas pelo termo Terapia Comportamental durante a primeira onda, é possível encontrar algumas características compartilhadas por estas propostas. Seu principal objetivo era a eliminação das respostas indesejadas e das reações emocionais avaliadas como inadequadas por meio de técnicas.^{28,29} Além disso, este grupo de terapias era caracterizado por um rigor experimental que, segundo alguns autores, limitou o estudo de questões humanas menos objetivas, que foram relegadas para tradições menos empíricas.^{30,31}

O modelo comportamental tem uma de suas origens no final do século XIX, com os trabalhos de Pavlov²⁸ que, ao estudar a digestão em cães, descreveu o processo mais tarde chamado de Condicionamento Pavloviano, Clássico ou Respondente. O condicionamento respondente é o processo por meio do qual um estímulo anteriormente neutro para uma determinada resposta reflexa, após diversas apresentações emparelhadas com um estímulo incondicionado para esta resposta, passa a eliciar uma resposta topograficamente semelhante a ela. Este processo de aprendizagem tem um importante valor de sobrevivência para os indivíduos, mas se refere apenas a uma parte pequena do repertório comportamental humano já que, por meio do condicionamento respondente não são aprendidas novas respostas, apenas novas relações entre estímulos novos e respostas pré-existentes.³²

Outros trabalhos como os de Watson e Mary Cover Jones, Skinner, entre outros, foram necessários para que o desenvolvimento das intervenções que mais tarde vieram a ser chamadas de Terapia Comportamental se constituíssem como uma modalidade de tratamento psicológico. Os trabalhos de Watson deram origem ao chamado Behaviorismo Metodológico, que surge como oposição às propostas mentalistas, e se propõe a estudar o comportamento observável por meio do método científico

experimental, a fim de prevê-lo e controlá-lo. A introspecção, enquanto método para acessar a subjetividade, é abandonada, e os aspectos subjetivos deixam de fazer parte da ciência, já que esta ainda não possui métodos confiáveis para acessá-la. O Behaviorismo de Watson não deixava de ser dualista, apenas propunha que os aspectos internos fossem deixados de lado até que a ciência pudesse acessá-los de forma eficiente.^{33,34}

Os Neobehaviorismos Mediacionais, como o Behaviorismo Intencional de Tolman e o de Hull, também tiveram papel importante nos fundamentos das Terapias Comportamentais.³⁴ Muitas das técnicas respondentes utilizadas por importantes terapeutas da primeira onda tem origem não só nas ideias de Pavlov e Watson, mas também destes neobehavioristas. Exemplos são a dessensibilização sistemática, a exposição imaginária/ao vivo e a exposição com prevenção de respostas.³⁵

Já a proposta de Skinner, chamada de Behaviorismo Radical, traz dentre suas inovações o monismo materialista e a ideia da construção social do mundo subjetivo.³³ Diferentemente de Watson, adota uma modelo causal de seleção por consequências, ao invés de um modelo mecanicista, e afirma que a maior parte do repertório comportamental humano é do tipo operante e não respondente.³⁴

A noção de operante foi uma de suas maiores contribuições para os modelos comportamentais. O conceito de comportamento operante refere-se à ideia de que aquilo que um organismo faz, ou seja, seu comportamento, tem um efeito no mundo ao seu redor e este efeito retroage sobre o organismo, podendo alterar a probabilidade do comportamento ocorrer novamente. As consequências reforçadoras são aquelas que, quando seguem uma resposta, aumentam sua probabilidade futura de ocorrência. As consequências punidoras são aquelas que tem como efeito imediato a supressão da resposta, além de seus efeitos colaterais.

Segundo Skinner, é o comportamento do tipo operante que dá origem à maioria dos problemas humanos.³² Um exemplo típico, no contexto da terapia, é a chamada birra infantil. Este é um comportamento operante que, quando seguido de consequências reforçadoras, como atenção frequentemente é, aumenta de frequência. Outro exemplo são as respostas de esquiva fóbica, em que o paci-

ente consegue alívio dos sintomas de ansiedade evitando a situação fóbica (por exemplo, lugares fechados e aglomerados).

A extinção é um outro conceito apresentado por Skinner que consiste na suspensão do reforço produzido pela resposta emitida, ou na quebra da relação de contingência entre resposta e consequência, levando ao retorno da frequência da resposta a seus níveis operantes.³⁶ Este conceito é bastante utilizado na clínica comportamental na redução de comportamentos indesejados. Retomando-se o exemplo da birra infantil, esta resposta pode ser colocada em extinção, por meio da retirada da consequência reforçadora (atenção como no exemplo) após a ocorrência da resposta de birra. Além da diminuição na frequência da resposta, este procedimento leva a reações emocionais intensas, o que, mais recentemente em levado os clínicos a utilizá-la em conjunto com o reforçamento diferencial de outras respostas consideradas adequadas.³⁷

No início de 1970 houve um grande questionamento das práticas comportamentais, uma vez que eram consideradas demasiadamente rígidas. Tal situação culminou na tentativa de acrescentar componentes cognitivos às técnicas existentes, o que facilitou o surgimento das abordagens cognitivas. Neste movimento, vale ressaltar o trabalho de Albert Bandura (1925). Seus estudos sobre aprendizagem social enfatizam a modificação do comportamento do indivíduo através da interação e observação de outros indivíduos. Para ele, a aprendizagem pode ocorrer por meio da exposição do indivíduo a contingências sociais (relação de dependência entre variáveis do organismo e do ambiente social), mas também, sem que o indivíduo tenha sido diretamente exposto às situações, ou seja, indiretamente, por meio da observação das contingências às quais outros indivíduos foram expostos. Segundo ele, a maior parte do comportamento humano seria aprendido pela observação de outros, em processo chamado modelação.³⁸

Após Bandura houve um avanço nas pesquisas que acrescentam os processos cognitivos aos modelos comportamentais, o que contribuiu para o surgimento da abordagem cognitivo-comportamental.

A segunda onda: o modelo cognitivo

A segunda onda das TCCs surgiu com o modelo cognitivo. O modelo cognitivo propõe que os transtornos psicológicos são derivados de um modo distorcido/disfuncional de perceber a si mesmo, os outros/o mundo e o futuro (denominada tríade cognitiva). Neste sentido, estas distorções de pensamento influenciam e são afetadas pelas emoções e pelo comportamento.^{39,40}

É possível dividir as abordagens da segunda onda em Racionalistas e Construtivistas. As abordagens Racionalistas pressupõem a primazia do pensamento sobre a emoção. Sendo assim, a atividade cognitiva desencadearia uma resposta emocional, fisiológica e comportamental subjacente.⁴⁰ Já as abordagens Construtivistas enfatizam o papel das emoções na atividade cognitiva.⁴¹ Entretanto, ambas as abordagens são consideradas abordagens das terapias cognitivas, pois são fundamentadas no conceito de influência mútua entre razão e emoção.

Alguns principais autores da segunda onda são Albert Ellis, teórico da Terapia Racional Emotivo-Comportamental; Aaron Beck, autor da Terapia Cognitiva; e Michael Mahoney, autor da Terapia Cognitiva Construtivista. As abordagens de Beck e de Ellis são consideradas abordagens Racionalistas, pois visam à reformulação de padrões disfuncionais de pensamentos, responsáveis por alterações no estado de humor e comportamentos⁴². Por outro lado, a abordagem Construtivista de Mahoney prioriza as emoções como ponto central do entendimento do funcionamento mental.⁴¹

Dentre as TCCs de segunda onda, dar-se-á ênfase à Terapia Cognitiva (TC) por ser a mais pesquisada e com maior número de protocolos de tratamentos testados e validados. A TC foi desenvolvida por Aaron T. Beck como uma prática de psicoterapia baseada em evidências, inicialmente desenvolvida para o tratamento de depressão. Dentre os pressupostos básicos TC tem-se que: a) a cognição afeta as emoções e comportamentos; b) a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; e c) alterando as cognições pode-se modificar as emoções e comportamentos subjacentes.³⁹

Segundo a TC, são as interpretações dos fatos, e não os fatos em si, que estão entre as causas das patologias e trazem sofrimento ao indivíduo. A maneira com que esses fatos são percebidos é expressa na forma de pensamento automático (PA), os quais podem ser definidos como pensamentos espontâneos, diretamente ligados a situações e disponíveis à consciência após um treino adequado. Os PAs distorcidos são freqüentes nos transtornos psicológicos e apresentam distorções cognitivas, como por exemplo, inferência arbitrária (tirar conclusões a partir de poucas evidências), abstração seletiva (presta-se atenção em apenas alguns aspectos e não se consegue ver o todo), previsão de futuro (antecipar o futuro de forma tão horrível que será insuportável), desqualificação do positivo (desqualificar e descontar as experiências e acontecimentos positivos insistindo que estes não contam), leitura mental (acredita-se tem certeza dos pensamentos ou intenções do outro sem evidências suficientes).³⁹

A origem dos PAs está nas crenças centrais (ou nucleares). As crenças centrais constituem o modo mais profundo da estrutura cognitiva e são compostas por ideias rígidas e globais que o indivíduo tem sobre si mesmo, sobre os outros, o mundo e também sobre o futuro. Estas crenças se desenvolvem na infância como uma tentativa de organização do mundo interno e externo. Quando essas crenças são formadas a partir de experiências favoráveis, o indivíduo desenvolve conceitos positivos sobre si como: 'eu sou competente', 'eu sou adequado'. Caso contrário desenvolverá crenças negativas sobre si como 'eu sou incapaz', 'eu sou indigno de ser amado'. Mesmo após novas experiências que contestem as crenças centrais, estas permanecem convincentes na vida adulta. Elas influenciam o modo como indivíduo lida com o mundo, levando-o a selecionar detalhes sobre o ambiente e a lembrar dados relevantes que confirmem esta crença.³⁹

A partir das crenças centrais, desenvolvem-se outras categorias de crenças denominadas crenças intermediárias (também denominadas crenças condicionais ou crenças regra). As crenças intermediárias não estão diretamente ligadas a situações e costumam ocorrer em forma de suposições 'se... então...' ou regras 'tenho que', 'deveria'. As crenças intermediárias revelam as estratégias com-

pensatórias, que são comportamentos por meio dos quais o indivíduo imagina que suas crenças centrais negativas serão encobertas ou não se manifestarão. Por exemplo, se uma pessoa com a crença central 'eu sou incompetente' ativada e associada à crença intermediária 'se eu sou incompetente então tenho que me empenhar o máximo', pode engajar-se em tarefas extremamente difíceis (estratégia compensatória) para encobrir a crença central 'sou incompetente'. As crenças intermediárias refletem ideias ou entendimentos mais resistentes à mudança que os pensamentos automáticos.^{39,40}

Segundo a TC, as distorções cognitivas não são os únicos fatores associados aos transtornos mentais. Outros fatores como predisposição genética, alterações bioquímicas, conflitos interpessoais também estão relacionados aos transtornos mentais e as distorções cognitivas os agravam ou os mantém.

A terceira onda: abordagens integrativas

As abordagens da Terceira Onda foram desenvolvidas no início da década de 1990, quando analistas do comportamento norte-americanos propuseram um modelo de terapia baseado na análise do comportamento, com o objetivo de se diferenciar dos ecléticos terapeutas comportamentais, dando origem à *clínica behavior analysis* (análise do comportamento clínica).⁴³ São propostas que adotam o externalismo da análise do comportamento, mantém o foco na cognição e na emoção, das TCCs, substituindo a ideia de modificação dos comportamentos e sentimentos/cognições, característicos da primeira e segunda onda, respectivamente, pela aceitação dos mesmos, enfatizando a relação do indivíduo com os eventos psicológicos. A ideia é que os pensamentos não devem controlar diretamente a ação, mas sim os valores do indivíduo.^{29,30}

Outra característica marcante da terceira onda é a integração de diferentes conceitos e técnicas.²⁶ A maioria destas abordagens compartilha os pressupostos das abordagens de base cognitiva ou comportamental e utilizam suas técnicas. Entretanto, integram à sua prática clínica estratégias do tipo *Mindfulness*, técnicas da Gestalt Terapia, aceitação e outras escolas de psicoterapia. Além disso, muitas delas fundamentam seu entendimento (além das ciências cognitivas, neurociências e de análise do

comportamento) em teorias como Teoria Evolucionista, Teoria do Apego e Psicanálise.²⁶ Exemplos de modelos integrativos são: Terapia de Aceitação e Compromisso,^{43,44} Psicoterapia Analítica Funcional,⁴⁵ Terapia do Esquema,⁴⁶ a Terapia Comportamental Dialética,⁴⁷ e Terapia Cognitiva Processual.⁴⁸

Conceitos da técnicas em TCC

A TCC é um tipo de intervenção psicoterápica breve (de 10 a 20 sessões), com foco na resolução dos problemas atuais do cliente. Em casos específicos, como determinados transtornos de personalidade, a duração do processo terapêutico pode ser estendido por até dois ou três anos.⁴⁰

Na prática clínica, a TCC enfatiza o estilo terapêutico colaborativo e psicoeducativo. O terapeuta ensina ao cliente o modelo cognitivo, a natureza de seus sintomas, o processo terapêutico e a prevenção de recaída. Além disso, para generalização dos efeitos da terapia, utiliza-se da tarefa de casa. Elas consistem em experimentos e exercícios entre as sessões de terapia.⁴⁰

As sessões de psicoterapia possuem uma estrutura em que o cliente participa ativamente de sua construção. Na estrutura das sessões tem-se: a) verificação do humor (como o paciente sente-se naquele dia e semana anterior); b) discussão da agenda para a sessão (organiza-se tópicos a serem conversados na sessão do dia); c) *feedback* da sessão anterior (se e como a sessão anterior ajudou o paciente); d) revisão da tarefa de casa (dificuldades e aprendizados com a tarefa de casa); e) discussão dos itens da agenda e planejamento nova tarefa de casa (o cliente elabora ativamente sua tarefa de casa baseado nos tópicos da sessão); f) resumo a sessão e *feedback* (no início do tratamento o terapeuta faz o resumo da sessão, posteriormente o cliente faz o resumo). A estruturação da sessão visa o aprendizado do cliente na forma da terapia e a otimização do tempo da sessão.⁴⁰

O objetivo principal da TCC é a reestruturação cognitiva do cliente, envolvendo seus esquemas, crenças e atitudes. Para atingir esta meta utiliza-se de técnicas cognitivas e comportamentais como: identificação de distorções cognitivas e crenças disfuncionais, busca de evidências, e busca de pensamento alternativo. No início do processo terapêutico o objetivo é avaliar e conceitualizar o caso.

O cliente é treinado a identificar e registrar as situações em que emoções, pensamentos e comportamentos disfuncionais ocorrem, dando início a formulação de sua conceitualização cognitiva. Adicionalmente, outras técnicas cognitivas podem ser utilizadas como: questionamento socrático, descatastrofização, significado idiossincrático, avaliação de vantagens e desvantagens, redistribuição, identificação de distorções cognitivas, registro diário de pensamento disfuncional, continuum cognitivo, gráfico de pizza, cartões de enfrentamento, seta descendente, resolução de problemas e tomada de decisão, etc. Dentre as técnicas comportamentais, destaca-se treino de respiração diafragmática e treino de relaxamento, exposição (in vivo e cognitiva; gradual ou inundação), intenção paradoxal, distração, exposição e prevenção de resposta, reversão de hábito, modelação, modelagem, role-play, planejamento de atividades, ensaio comportamental, treino de habilidades sociais, entre outras.

Exemplificar-se-á o processo terapêutico e o uso de algumas das técnicas acima apontadas com o caso de Raul (nome fictício), 23 anos, estudante universitário, solteiro. Raul compareceu à consulta com queixa de taquicardia, sudorese, sensação de sufocamento e desmaio em situações inespecíficas. Relatou ainda que não tinha mais controle sobre suas emoções e que julgava estar ficando louco. Esses sintomas o impediam de viajar, atrapalhavam seus estudos e sua vida social, pois tinha medo de ter os ataques a qualquer momento. Foram descartadas quaisquer explicações orgânicas para os sintomas. Sua meta com a terapia era controlar esses sintomas e 'voltar a ter vida normal' (sic). O primeiro passo do processo terapêutico caracterizou-se pela avaliação e conceitualização do caso em termos diagnósticos, concluindo-se pela presença de Transtorno de Pânico, o que norteou as intervenções planejadas e descritas a seguir.

O segundo passo relacionou-se ao uso da psicoeducação, tendo-se por referência o modelo cognitivo (neste processo discutiu-se sobre como a TCC aborda o tratamento da ansiedade, o ciclo do pânico, como a respiração influencia na fisiologia da ansiedade e o papel da evitação das situações fóbicas na manutenção do transtorno). O uso da técnica da psicoeducação promove a adesão e cooperação do cliente ao tratamento de TCC.

Posteriormente, para manejo dos sintomas fisiológicos do pânico foram ensinadas treino de respiração diafragmática (passado como tarefa de casa até que Raul conseguisse executá-la facilmente). Para romper o ciclo do pânico, utilizou-se a estratégia A.C.A.M.E.-S.E., uma estratégia de oito passos cujo anagrama consiste em: A: Aceite sua ansiedade; C: Comtemple as coisas a sua volta; A: Aja com sua ansiedade; L: Libere o ar de seus pulmões; M: Mantenha os passos anteriores; E: Examine seus pensamentos; S: Sorria, você conseguiu!; E: Espere o futuro com aceitação^{49,50}.

A partir do momento que Raul passou a apresentar manejo dos sintomas de ansiedade, iniciou-se a conceitualização cognitiva com o registro de situações, PA, emoções e comportamentos nas situações de pânico. Em situações em que seu coração disparava, Raul tinha PAs como 'estou perdendo o controle e isso é terrível', 'vou desmaiar', 'vou morrer', o que remetia a suas crenças centrais de vulnerabilidade. Visando a reestruturação cognitiva, o paciente foi treinado a buscar evidências a favor e contra seus PAs e sua crença central de vulnerabilidade, bem como identificar pensamentos alternativos mais adaptativos. Raul passou a questionar o que mais 'coração disparado' poderia significar, levantando hipóteses como 'tomei muito café'. Para habituação aos sintomas fisiológicos do Pânico, foi feita exposição interoceptiva, que consiste em expor o paciente aos sintomas através da hiperventilação, por exemplo. Com isso, ele passa a perceber que muitos dos sintomas que ele interpretava como ameaçadores, são inofensivos.

No decorrer da terapia, Raul identificou que era perfeccionista e que por isso se engajava em tentativas de controle das situações e de seus sintomas. Durante a conceitualização cognitiva, o paciente percebeu como a estratégia de controle influenciava e mantinha seus sintomas de pânico. Com essa percepção, Raul decidiu envolver-se mais em situações prazerosas, aumentando seu relaxamento físico e mental. À medida que Raul conseguia manejar seus sintomas de ansiedade e reestruturar sua crença de vulnerabilidade, foi preparada a prevenção de recaída que consistiu em registrar as estratégias aprendidas durante a terapia. Posteriormente, as sessões de terapia foram espaçadas para quinzenais e mensais até finalizar o processo terapêutico com a alta do paciente.

Indicações da terapia cognitivo-comportamental

Inicialmente, a TCC fora desenvolvida para tratamento de depressão. Atualmente existem diversos estudos demonstrando evidências de sua eficácia para diferentes tipos de transtornos mentais, tais como depressão, transtorno de ansiedade generalizada, ansiedade social, transtorno de pânico, tabagismo, transtorno obsessivo-compulsivo, fobia específica, transtornos alimentares, disfunções sexuais, esquizofrenia, transtornos da personalidade, problemas conjugais, dentre outros. Como trata-se de uma abordagem que preconiza a participação ativa do paciente, é pré-requisito que estes possuam alta motivação, boa capacidade de tolerância à ansiedade, boa aliança terapêutica. Por outro lado, a TCC é contra-indicada para pacientes com alto nível de ansiedade, dificuldade de vínculo, ausência de motivação, psicose aguda e deficiência mental grave (nesses casos, há necessidade de adaptação das técnicas)⁵⁰.

Psicoterapia de grupo

O interesse pelo estudo do comportamento e da psicologia dos grupos data do século 20, onde se destacam as contribuições de Le Bon e Freud, a cerca da influência dos fenômenos sociais/grupais na constituição do sujeito.

Os primeiros relatos do uso psicoterapêutico dos grupos ocorreram nos EUA, no início dos anos 1900, com as experiências de Pratt, Lazell e Marsh. Em 1908, Joseph Pratt, um médico americano, considerado hoje o precursor da psicoterapia de grupo, adotou o uso de tais grupos no tratamento de pacientes tuberculosos por motivos econômicos e de ordem prática. Duas vezes por semana, realizava encontros com cerca de 20 a 30 pacientes, discutindo aspectos da saúde e da condição de vida (por meio de conselhos, instruções e apoio), observando melhoras consideráveis nestes quesitos, sobretudo em função do reconhecimento, por parte dos doentes, de que não eram os únicos com vivências de sofrimento, e que o mesmo poderia ser compartilhado e acolhido.^{51,52}

E.W. Lazell, em 1921, publicou um artigo no periódico *Psychoanalytic Review* intitulado "The group treatment of dementia praecox", relatando

sua experiência na condução de um grupo de pacientes internados com demência precoce (hoje denominada esquizofrenia), onde temas diversos eram discutidos com um enfoque psicanalítico. Ele apontou que a participação dos pacientes nos grupos favorecia um avanço no tratamento do transtorno.⁵²

Marsh, se apropriando destas experiências prévias, iniciou uma atividade de grupo com pacientes psicóticos internados, reunindo cerca de 200 a 400 deles, três vezes por semana com o objetivo de *"integrar a mente, a emoção e a atividade motora"*⁵² (p.3). Posteriormente estendeu este tipo de trabalho aos familiares dos pacientes, trazendo esta contribuição inovadora.

Com o passar do tempo, esta prática foi sendo apropriada por outros psiquiatras, no tratamento de pacientes psiquiátricos institucionalizados, e posteriormente a nível ambulatorial. Destaca-se a grande expansão desta modalidade de tratamento durante e pós 2ª Guerra Mundial, em função da grande demanda de problemas emocionais associados à guerra e a escassez de equipes de tratamento, sendo importantes os trabalhos desenvolvidos por S.H. Foulkes, W. Bion e Moreno,^{52,53} estimulando e expandindo o uso de tal recurso para uso com outras populações específicas nas áreas da saúde, social, educacional e organizacional.

Assim como na psicoterapia individual, as psicoterapias de grupo são realizadas tendo-se por referência diferentes abordagens teóricas e técnicas, e diferentes objetivos, entre eles: alívio de sintomas, informação, auto-ajuda, reestabelecimento do funcionamento psicossocial (intervenção em crise), acolhimento, treinamento de habilidades sociais e manejo de situações/ doenças médicas específicas.³

Sob a perspectiva da técnica, os grupos podem ser fechados ou abertos (número fixo ou não de membros), homogêneos ou heterogêneos (quanto às queixas, características clínicas, sociodemo-

gráficas, entre outras), ter duração pré-determinada ou não, número de participantes e periodicidade (diário, mensal) variados. A opção por alguma destas especificidades se associa diretamente aos objetivos terapêuticos do grupo e às características da população-alvo.^{3,55}

Os grupos terapêuticos são vistos como um contexto privilegiado para o aprendizado do relacionamento humano. Segundo Bechelli e Santos⁵² os grupos *"facilitam a identificação, a revelação de particularidades e intimidades, o oferecimento de apoio ao semelhante, o desenvolvimento de um objetivo comum, e a resolução das dificuldades e dos desafios que se assemelham"* (p.6).

Fora isto, os grupos apresentam fatores terapêuticos específicos e únicos conforme apontado brilhantemente na obra de Vinogradov e Yalon.⁵⁴ Estes autores destacaram a presença de pelo menos 11 fatores terapêuticos grupais: instilação de esperança, universalidade, oferecimento de informação, altruísmo, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, catarse, reedição corretiva do grupo primário, fatores existenciais, coesão e aprendizagem interpessoal.

A efetividade das psicoterapias de grupo é também comprovada por inúmeros estudos e sua aplicação tem espaço consolidado no tratamento, sobretudo dos sintomas/transtornos mentais, seja como terapia primária ou coadjuvante.³ Destaca-se também o fator econômico associado à efetivação de tal modalidade de tratamento, onde a taxa custo/benefício é quase sempre vantajosa

Aplicações práticas das psicoterapias de grupo

Baseado nas experiências prévias de uma das autoras e nos relatos da obra de Mello Filho et al.,⁵⁵ destacar-se-á na Tabela 2, algumas experiências com a psicoterapia de grupo.

Tabela 2: Caracterização dos objetivos e aspectos técnicos de algumas experiências com psicoterapia de grupo

Grupo	Objetivos	Aspectos Técnicos
<i>Grupo de reflexão com alunos de Psicologia Médica</i> ⁴⁶	<i>“Ensinar, via reflexão grupal, os fundamentos e as vicissitudes da relação médico-paciente, a estudantes de medicina que trabalham diretamente, pela primeira vez, com pacientes na enfermaria do hospital, além de abrir espaços para discussão dos problemas e das ansiedades emergentes de tais atividades”</i> (p.87)	<ul style="list-style-type: none">- Público alvo: cerca de 20 estudantes do 3º ano médico;- Grupo institucional;- Homogêneo;- Fechado;- Tempo de duração pré-estabelecido: um ano
<i>Grupo de apoio ao paciente internado</i> (Osório et al. 2006, comunicação pessoal)	Oferecer acolhimento, apoio e orientação ao paciente internado em enfermarias clínicas e cirúrgicas, visando otimizar o processo de internação	<ul style="list-style-type: none">- Público alvo: pacientes internados- enfermarias clínicas e cirúrgicas do HC-FMRP-USP;- Heterogêneo;- Aberto;- 2 sessões semanais – 1 hora;- Tempo de duração: contínuo/ indeterminado
<i>Grupo de sala de espera para pacientes com diabetes</i> ⁴⁷	<i>“Otimizar o tempo de espera pela consulta, transformando-o em um espaço de reflexão sobre o processo de saúde-doença”</i> (p.218).	<ul style="list-style-type: none">- Público alvo: pacientes diabéticos que aguardam consulta clínica;- Homogêneo- patologia;- Sessão semanal – 1 hora
<i>Grupo para pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico</i> ⁴⁸	Dar suporte ao paciente com lúpus, buscando a elevação da auto-estima e a conscientização de si próprio; Favorecer espaço para trocas relativas à origem da enfermidade, sofrimento e fantasias, permitindo o compartilhar de temores, dificuldades e angústias.	<ul style="list-style-type: none">- Público alvo: pacientes com lúpus e seus familiares;- Participação ocasional: médicos reumatologistas;- Homogêneo - patologia;- Aberto;- Sessões quinzenais - 2 horas.
<i>Grupo de apoio aos profissionais de enfermagem</i> (Osório et al. 2006, comunicação pessoal)	Oferecer espaço para manejo do estresse peculiar à situação de trabalho e às relações profissional-paciente, profissional-equipe.	<ul style="list-style-type: none">- Público alvo: profissionais de enfermagem com atuação em enfermarias clínicas e cirúrgicas do HC-FMRP-USP;- Fechado, máximo de 8 participantes;- Sessões semanais - 90 minutos;-Tempo de duração pré-estabelecido: 8 sessões

Mensagens-chave

- Psicoterapia é um método de tratamento, embasado em conceitos teóricos e técnicos, que utiliza-se de princípios psicológicos como a comunicação verbal e a relação terapêutica;
- o objetivo principal de uma psicoterapia é influenciar o paciente, auxiliando-o a modificar problemas de ordem emocional, cognitiva e comportamental;
- a psicoterapia é uma das terapêuticas mais eficazes em Medicina: revisões e metanálises sobre o tema estimam o tamanho do efeito deste tratamento em 0,80;
- as principais diferenças entre as diferentes formas de psicoterapia relacionam-se aos pressupostos teórico-filosóficos, objetivos e recursos utilizados (interpretação, exposição, psicoeducação), frequência das sessões e tempo de duração do tratamento, *setting* (grupal, familiar, individual), treinamento exigido aos terapeutas, pré-requisitos dos pacientes, alcances e resultados a serem atingidos;
- a psicoterapia de grupo oferece um contexto privilegiado para o aprendizado do relacionamento humano e fatores terapêuticos específicos e únicos.

Questões para debate

- 1) Quais as principais semelhanças e diferenças entre as diferentes abordagens e modalidades de psicoterapia?
- 2) A psicoterapia é considerada uma modalidade terapêutica bastante eficiente. Discuta seu papel no tratamento dos transtornos psiquiátricos como terapêutica principal ou coadjuvante.
- 3) Procure ilustrar os principais recursos técnicos utilizados nas psicoterapias psicodinâmicas.
- 4) Quais as principais diferenças entre as psicoterapias psicodinâmicas e aquelas com base nas teorias cognitivo-comportamentais?
- 5) Quais as principais indicações para realização de psicoterapia de grupo? Como avaliar se o paciente poderá se beneficiar mais ou menos desta abordagem?

Referências

1. Eizirik CL, Hauck S. Psicanálise e Psicoterapia e Orientação Analítica. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.151-66.
2. Strupp HH. *Psychotherapy research and practice: na overview*. In: Garfield SL, Bergin AE. *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analyses*. New Your: John Willey & Sons; 1978.
3. Cordioli AV. As principais psicoterapias: fundamentos teóricos, técnicas, indicações e contra-indicações. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.19-41.
4. Schnyder V. Future perspectives in psychotherapy. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*. 2009; Suppl2: S121-8.
5. Wampold BE. The great psychotherapy debate: models, methods and findings. Mahwah: Laurence Erlbaum; 2001.
6. Jung SI, Nunes MLT, Eizirik CL. Avaliação de resultados da psicoterapia psicanalítica. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 2007; 29: 184-96.
7. Frank JD. *Persuasion and healing: a comparative study of psychotherapy*. 3rd ed. Baltimore: Johns Hopkins University; 1973.
8. Gabbard GO. *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. 4ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
9. Mabilde LC. Conceitos psicanalíticos freudianos fundamentais. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS, editores. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p.62-76.
10. Quinodoz J-M. *Ler Freud: guia de leitura da obra de S. Freud*. Porto Alegre: Artmed; 2007.
11. Freud S. A psicologia dos processos oníricos (capítulo VII). In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud edição standard brasileira*. Rio de Janeiro: Imago; 1996. v. 5.
12. Laplanche J. *Vocabulário de psicanálise: Laplanche e Pontalis*. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
13. Freud S. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: Freud S. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das letras; 2010. v. 10.
14. Freud S. O Eu e o Id (1923). In: Freud S. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das letras; 2010. v. 16.
15. Zimerman DE. *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica- uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed; 1999.
16. Zimerman DE. *Manual de técnica psicanalítica: uma revisão*. Porto Alegre: Artmed; 2004.
17. Freud S. A perda da realidade na neurose e na psicose (1924). In: Freud S. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das letras; 2010. v. 16.
18. Freud S. Neurose e psicose (1924). In: Freud S. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das letras; 2010. v.16. 1924b)
19. Freud S. Inibição, sintoma e angústia (1926). In: Freud S. *Obras completas*. São Paulo: Companhia das letras; 2010. v.17.
20. Calich JC. Modelos psicanalíticos da mente. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS, editores. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 3 ed, Porto Alegre: Artmed; 2014. p.150-174.
21. Fiorini HJ. *Teoria e técnica de psicoterapias*. 2 ed. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes; 2013.
22. Cordioli AV, Wagner CJP, Cechin EM, Almeida EA. In: Cordioli AV, editor. *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.188-203.
23. Mondrzak VS. Teorias da ação terapêutica. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS, editores. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p.115-127.
24. Keidann CE, Zot JSD. Avaliação. In: Eizirik CL, Aguiar RW, Schestatsky SS, editores. *Psicoterapia de orientação analítica: fundamentos teóricos e clínicos*. 3ed. Porto Alegre: Artmed; 2014. p.177-193.
25. Vandenberghe L. Terapia comportamental de casal - uma retrospectiva da literatura internacional. *Rev Bras Ter Comport Cogn.*, 2006; 8: 145-60.
26. Melo WV. *Estratégias psicoterápicas e a terceira onda em terapia cognitiva*. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2014.
27. Leonardi JL. O lugar da terapia analítico-comportamental no cenário internacional das terapias comportamentais: uma panorama histórico. *Rev. Persp. em An. do Compo.*, 2015; 6(2): 199-131.
28. Franks C. M. Origens, história recente, questões atuais e estados futuros da Terapia Comportamental: uma revisão conceitual. In VE Caballo (Org.), *Manual de Técnicas de Terapia e Modificação do Comportamento* (pp. 3-22). São Paulo: Santos Livraria Editora; 1996.
29. Vandenberghe L, Sousa ACA. Mindfulness nas Terapias Cognitivas e Comportamentais. *Rev. bras.ter. cogn*, 2006; 2: 35-44.
30. Barbosa LM, Murta SG. Terapia de aceitação e compromisso: história, fundamentos, modelo e evidências. *Rev Bras Ter Comport Cogn.*, 2006; 16: 34-49.
31. Barbosa JIC, Borba A. O surgimento das terapias cognitivo-comportamentais e suas consequências para o desenvolvimento de uma abordagem clínica analítico-comportamental dos eventos privados. *Rev Bras Ter Comport Cogn.*, 2010; 12: 60-79.
32. Skinner BF. *Science and Human Behavior*. The Macmillan Company; 1953.
33. Figueiredo LCM, Santi PLR. *Psicologia: uma (nova) introdução – uma visão histórica do psicologia como ciência*. São Paulo: Educ; 2008.
34. Costa N. *Terapia Analítico-Comportamental: dos fundamentos filosóficos à relação com o modelo Cognitivista*. Santo André: ESETEC Editores Associados; 2002.
35. Wolpe J. *The Practice of Behavior Therapy*. England: Pergamon Press Limited; 1973
36. Keller FS. *Aprendizagem: teoria do reforço*. São Paulo: EPU; 1973.
37. Abreu CN, Guilhardi HJ. (Orgs.). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental: práticas clínicas*. São Paulo: Rocca; 2004.
38. Bandura A. *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1977.
39. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
40. Beck JS. *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed; 1997.
41. Abreu CN, Valle LG, Roso MC. *Terapia cognitiva construtivista*. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 2001; 28: 356-60.
42. Brown LA, Gaudio BA, Miller IW. Investigating the similarities and differences between practitioners of second- and third-wave cognitive-behavioral therapies. *Behav Modif*. 2011; 35:187-200.
43. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behav Ther*. 2004; 35: 639-55.

44. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: an experiential approach to behavior change. New York: the Guilford Press; 1999.
45. Kohlenberg RJ, Tsai M. Functional Analytic Psychotherapy: creating intense and curative therapeutic relationships. New York: Plenum Press, 1991.
46. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Terapia do Esquema: Guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed; 2008.
47. Linehan M. Terapia cognitivo-comportamental para o transtorno da personalidade Borderline: Guia do terapeuta. Porto Alegre: Artmed; 2010.
48. De Oliveira IR. Trial-Based Cognitive Therapy (TBCT): A New Cognitive-Behavior Therapy Approach. In De Oliveira IR, Schwartz T, Stahl SM. Integrating Psychotherapy and Psychopharmacology: A Handbook for Clinicians (Clinical Topics in Psychology and Psychiatry). New York: Routledge; 2013, p. 24-65.
49. Rangé B, Sousa CR. Terapia Cognitiva. In: Cordioli AV, editor. Psicoterapias: abordagens atuais. 3 ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.263-84.
50. Rangé B, Borba A. Vencendo o pânico: Terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o Transtorno de Pânico e Agorafobia. Rio de Janeiro: Cognitiva; 2008.
51. Cordioli AV, Goes FA. As condições do paciente e a escolha da psicoterapia. In: Cordioli AV, editor. Psicoterapias: abordagens atuais. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.103-24.
52. Bechelli LPC, e Santos MA. Psicoterapia de grupo: como surgiu e evoluiu. Rev Latinoam. Enferm. 2004;12: 242-9.
53. Ramadan ZBA. . Psicoterapia de grupo: teoria e prática - Irvin D. Yalon e Modyn Leszcz. Rev Psiquiatr Clín (São Paulo). 2007; 34: 254-55
54. Vinogradov S, Yalon ID. Manual de Psicoterapia de Grupo. Porto Alegre: Artes Médicas; 1992.
55. Mello Filho J. Grupo e Corpo – Psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed Editora; 2000.