

UNIVERSIDADE POLITÉCNICA A-POLITÉNICA
Instituto Superior de Humanidades Ciências e Tecnologias – ISHCT

Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Terapia Cognitiva Comportamental.
Principais Técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental.

Costa Gabriel Muziva

Quelimane

2023

Costa Gabriel Muziva

Terapia Cognitiva Comportamental.
Principais Técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental.

Exame Oral apresentado ao Instituto Superior de Humanidade, Ciências e Tecnologias como Requisito Parcial de Obtenção de grau de Licenciatura em Psicologia Clínica e de Aconselhamento.

Quelimane

2023

Resumo

O presente trabalho é, exame oral que estuda os temas: Terapia Cognitiva Comportamental, Principais Técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental. O trabalho tem o objectivo geral de compreender Terapia Cognitiva Comportamental e Principais Técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental. A terapia cognitiva comportamental é uma abordagem estruturada, estabelecida a partir da colaboração entre terapeuta e paciente, com propósitos de ajudar o paciente com os seus problemas actuais e criando estratégias de modo que o paciente consiga se tratar. Neste caso, é um trabalho em que envolve a interacção do paciente e o terapeuta através do empirismo colaborativo e aliança terapêutica para buscar uma reestruturação cognitiva sobre emoções e comportamentos, por meio de intervenções sobre as cognições baseadas em eventos significativos para o paciente. No que concerne as principais técnicas mais usadas da terapia cognitiva comportamental, deve estar relacionado com a frequência das queixas que os pacientes apresentam, visto que cada transtorno corresponde a um tipo de terapia. Essas técnicas permitem ao paciente reaprender sobre suas crenças, valores, comportamentos, filosofias e criar métodos mais eficazes para lidar com esses padrões em seu dia a dia. Para a realização desse trabalho foi usada a pesquisa do tipo qualitativa, baseada na revisão bibliográfica..

Palavras-Chaves: terapia, cognitiva, comportamental, técnicas.

Abstract

The present work of culmination of the course, therefore, oral examination, talks about Cognitive Behavioral Therapy, Main Techniques of Cognitive Behavioral Therapy. Cognitive behavioral therapy is a structured approach, established from the collaboration between therapist and patient, with the purpose of helping the patient with their current problems and creating strategies so that the patient can treat himself. In this case, it is a work that involves the interaction of the patient and the therapist through collaborative empiricism and therapeutic alliance to seek a cognitive restructuring on emotions and behaviors, through interventions on cognitions based on significant events for the patient. Regarding the main most used techniques of cognitive behavioral therapy, it should be related to the frequency of complaints that patients present, since each disorder corresponds to one type of therapy. These techniques allow patients to relearn about their beliefs, values, behaviors, philosophies and create more effective methods to deal with these patterns in their day-to-day life. To carry out this work, qualitative research was used, based on the literature review. The work has the general objective of understanding Cognitive Behavioral Therapy and Main Techniques of Cognitive Behavioral Therapy.

Keywords: cognitive, behavioral, therapy, techniques.

Sumário

Capítulo I	6
1 Introdução.....	6
Capítulo II	7
2 Desenvolvimento.....	7
2.1 Conceitos Básicos	7
2.2 Terapia Cognitiva Comportamental	7
2.2.1 Os princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental.....	8
2.2.2 Estrutura da sessão terapêutica.....	14
2.3 Principais Técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental.	14
2.3.1 Psicoeducação	14
2.3.2 Registro de pensamentos disfuncionais.....	16
2.3.3 Questionamento socrático	17
2.3.4 Técnicas de exposição	17
2.3.5 Dessensibilização sistemática	18
2.3.6 Técnicas de relaxamento	19
2.3.7 Técnicas de Identificação das habilidades sociais.....	20
2.3.8 Enfrentamento do estresse.....	20
2.3.9 Espectador ou observador distante	21
2.4.10 Troca de papéis.....	22
2.4.11 Parada do pensamento e autoinstrução.....	23
Capítulo III	24
Conclusão	24
Referências Bibliográficas	25

Capítulo I

1 Introdução

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) pode ser compreendida como um conjunto de intervenções que compartilham a ideia de que cognições influenciam emoções e comportamentos, contribuindo para a manutenção das condições psiquiátricas. A Terapia Cognitivo-Comportamental, no entanto, é uma das mais utilizadas pelos profissionais da saúde. Ela reúne uma série de técnicas e faz com que a relação terapeuta-cliente tenha uma boa eficácia. No entanto, para que as técnicas da TCC tenham eficácia, requer um conhecimento das mesmas e as suas indicações, ou por outra em que situações elas devem ser usadas.

O presente trabalho de culminação de curso faz abordagem da Terapia Cognitiva Comportamental e Principais Técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental. No decurso do trabalho irá-se apresentar os princípios fundamentais da terapia cognitivo-comportamental a uma ordem de transtornos mentais, apresentando uma introdução acessível aos modelos actuais da abordagem, bem como descrevendo as principais técnicas usuais da terapia cognitiva comportamental.

Este trabalho tem como objectivo geral, de compreender a Terapia Cognitiva Comportamental (TCC) e Principais Técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental. Como os objectivos específicos encontramos os seguintes: conceituar a terapia cognitiva comportamental; descrever os princípios básicos da terapia cognitiva comportamental e as principais técnicas da terapia cognitiva comportamental; descrever a estrutura da sessão terapêutica e as formas de aplicação das técnicas da TCC.

O presente trabalho está estruturado pela seguinte ordem: Capítulo I – Introdução: neste capítulo encontra-se a contextualização do tema, objectivo e finalidade; Capítulo II – Desenvolvimento: neste capítulo está a fundamentação teórica através da revisão bibliográfica; e Capítulo III – Conclusão.

Capítulo II

2 Desenvolvimento

2.1 Conceitos Básicos

Terapia provém do grego *therapeia*, do verbo *therapeúo*, prestar cuidados médicos, tratar. O termo foi usado em medicina por Hipócrates e Galeno, que se referiram à terapia médica e cirúrgica para designar os cuidados com os enfermos visando a obter a cura das doenças (Liddell, 1983 citado por Rezende, 2010).

Do grego, a palavra passou para o latim e, deste, para as línguas modernas com o sentido abrangente de qualquer meio ou procedimento usado no tratamento dos enfermos, dando origem a compostos como farmacoterapia, fisioterapia, hidroterapia, radioterapia, psicoterapia.

2.2 Terapia Cognitiva Comportamental

Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia no início da década de 1960, a qual denominou originalmente “terapia cognitiva”. O termo “terapia cognitiva” hoje é usado por muitos da nossa área como sinónimo de “terapia cognitivo-comportamental” (Judith, 2014).

Para o tratamento da depressão, Beck (1964) concebeu uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direccionada para a solução de problemas actuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis). Essas adaptações alteraram o foco, as técnicas e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes.

Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental derivadas do modelo de Beck, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (Alford e Beck, 1997 citado por Judith, 2014).

Pode-se perceber que o modelo da terapia cognitiva de Beck trouxe um marco muito importante para a psicoterapia cognitivo-comportamental, pelo facto de não se afastar pelos pressupostos formulados que não foram alterados. Este modelo está mais baseado em explorar o paciente nos seus pensamentos que podem gerar certas emoções negativas e ou a ter certas praticas que podem perigar a sua saúde.

O tratamento também está baseado em uma conceituação, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Segundo Judith (2014) defende que a terapia cognitivo-comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada. É usada actualmente em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros contextos. É utilizada nos formatos de grupo, casal e família.

Autora acima citada (2014), salienta que o tratamento descrito neste trabalho está focado nas sessões individuais de 45 minutos, elas podem ser mais curtas. Alguns pacientes, como os que sofrem de esquizofrenia, frequentemente não conseguem tolerar uma sessão inteira, e certos profissionais podem vir a utilizar técnicas da terapia cognitiva sem realizar uma sessão completa de terapia, seja durante uma consulta clínica ou de reabilitação, seja na revisão da medicação.

Do ponto de vista do autor do exame oral, pode se perceber que, perante esses pacientes que sofrem de esquizofrenia, além das psicoterapias feitas em 45 minutos, também deve-se associar a farmacoterapia, neste caso, deve envolver outra equipe como o psiquiatra para prescrever os medicamentos e ou outras especialidades com base nos problemas do paciente.

2.2.1 Princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental

Apesar de que a terapia deve se adequar a cada indivíduo, existem determinados princípios que estão presentes na terapia cognitivo-comportamental para todos os pacientes. Seguidamente com o trabalho, ilustra um exemplo prático de uma paciente depressiva, Sally, para ilustrar esses princípios centrais, demonstrar como usar a teoria cognitiva para entender as dificuldades dos pacientes e como utilizar esse entendimento para planejar o tratamento e conduzir as sessões de terapia.

O caso da paciente Sally é ideal e possibilita para apresentar a terapia cognitivo-comportamental de uma maneira simples. Faz-se observações sobre como variar o tratamento com pacientes que não respondem tão bem quanto ela.

Princípio nº 1. A terapia cognitivo-comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos. Nas palavras de Judith, (2014:28)

Considero as dificuldades de Sally a partir de três estruturas. Desde o início, identifiquei seu pensamento actual que contribuiu para seus sentimentos de tristeza (“Eu sou um fracasso, eu não consigo fazer nada direito, eu nunca vou ser feliz”) e seus comportamentos problemáticos (isolando-se, passando muito tempo improdutivo em seu quarto, evitando pedir ajuda). Esses comportamentos problemáticos se originam no e, por sua vez, reforçam o pensamento disfuncional de Sally. Em segundo lugar, identifiquei factores precipitantes que influenciaram as percepções de Sally no começo da sua depressão (p. ex., estar longe de casa pela primeira vez e sua dificuldade nos estudos contribuíram para a crença de que era incompetente). Em terceiro lugar, levanto hipóteses a respeito dos eventos-chave do desenvolvimento e os padrões constantes de interpretação desses eventos que podem tê-la predisposto à depressão (p. ex., Sally tem uma antiga tendência a atribuir à sorte os seus pontos fortes e conquistas, porém encara seus pontos fracos como um reflexo do seu verdadeiro “eu”).

Com base nos pensamentos da paciente Sally leva a uma conceituação para formulação cognitiva da depressão através dos dados que ela fornece durante a sessão. Neste caso, deve-se aprimorar essa conceituação a cada sessão, a medida que vai-se colher dados.

Nas palavras de Judith, (2014:28)

Em momentos estratégicos, deve-se compartilhar a conceituação com Sally para me assegurar de que isso lhe “soa verdadeiro”. Além do mais, durante a terapia, ajudo Sally a examinar sua experiência por meio do modelo cognitivo. Ela aprende, por exemplo, a identificar os pensamentos associados ao seu afecto ansioso e a avaliar e formular respostas mais adaptativas ao seu pensamento. Fazer isso melhora a forma como se sente e geralmente faz ela se comportar de um modo mais funcional.

Do ponto de vista do autor do exame oral, pode se perceber que o clínico durante a sessão para este caso em alusão, deve fazer com que o cliente está a enfrentar um problema verdadeiro, neste caso, deve-se usar modelos cognitivos para fazer perceber o paciente a identificar os pensamentos associados ao problema real e que lhe conduz a gerar emoções negativas.

Princípio nº 2. A terapia cognitivo-comportamental requer uma aliança terapêutica sólida. Sally, assim como muitos pacientes com depressão não complicada e transtornos de ansiedade, tem um pouco de dificuldade em confiar e trabalhar com o seu terapeuta (Judith, 2014). Embora que o terapeuta tem criado esforços para demonstrar todos os ingredientes básicos necessários em uma situação de aconselhamento: afecto, empatia, atenção, interesse genuíno e competência.

No declarar de Judith, (2014:29)

Demonstro meu interesse por Sally fazendo comentários empáticos, ouvindo atenta e cuidadosamente e resumindo de forma adequada seus pensamentos e sentimentos. Assinalo seus sucessos, sejam eles pequenos ou maiores, e mantenho um ponto de vista realisticamente otimista e bem-humorado. Também peço a Sally um feedback no fim de cada sessão para me certificar de que ela se sente compreendida e positiva em relação à sessão.

No que concerne a relação terapêutica do ponto de vista do autor do exame oral, pode-se perceber que é preciso criar uma confiança ao paciente mostrando a empatia, fazendo com que a sua tonalidade da voz coordene com a resposta motora, explicando a ele o quanto você importa e valoriza os problemas dele. No entanto, uma boa relação terapêutica poderá contribuir significativamente e guiara o paciente a alcançar o sucesso no tratamento. Existem algumas palavras segundo Judith (2014) que podem ser usadas na aliança terapêutica como:

- ✓ “Eu me importo com você e o valorizo.”
- ✓ “Eu quero entender o que você está passando e ajudá-lo.”
- ✓ “Estou confiante de que juntos poderemos trabalhar bem e que a terapia cognitivo-comportamental irá ajudá-lo.”
- ✓ “Eu não estou sobrecarregado com os seus problemas, muito embora você possa estar.”
- ✓ “Eu já ajudei outros pacientes bem-parecidos com você.”

Princípio nº 3. A terapia cognitivo-comportamental enfatiza a colaboração e a participação activa. De acordo com Judith (2014) diz que tem encorajado Sally a encarar a terapia como um trabalho em equipe; elas devem trabalhar juntas em cada sessão, a frequência com que devem-se encontrar e o que ela pode fazer entre as sessões como exercício da terapia.

No declarar de Judith, (2014:29)

Inicialmente sou mais activa, sugerindo uma direcção para as sessões e resumindo o que discutimos durante uma sessão. À medida que Sally vai ficando menos deprimida e mais familiarizada com o tratamento, eu a encorajo a se tornar cada vez mais activa na sessão: decidindo sobre quais problemas falar, identificando as distorções no seu pensamento, resumindo pontos importantes e planejando a prescrição dos exercícios a serem realizados em casa.

Em relação a colaboração e participação activa, pode-se perceber que o terapeuta deve incentivar o paciente a colaborar expondo os seus problemas e respondendo as questões que lhe for colocado.

Princípio nº 4. A terapia cognitivo-comportamental é orientada para os objectivos e focada nos problemas.

No declarar de Judith, (2014:29)

Em nossa primeira sessão, peço a Sally para enumerar seus problemas e estabelecer objectivos específicos, de modo que ela e eu compartilhem o entendimento de para onde estamos nos dirigindo. Por exemplo, Sally menciona na sessão de avaliação que se sente isolada. Com a minha orientação, ela define um objectivo em termos comportamentais: começar novas amizades e passar mais tempo com os amigos actuais. Posteriormente, ao discutirmos como melhorar sua rotina diária, ajudo-a a avaliar e responder aos pensamentos que interferem em seu objectivo, tais como: Os meus amigos não vão querer sair comigo. Eu estou muito cansada para sair com eles. Primeiramente, ajudo Sally a avaliar a validade dos seus pensamentos por meio de um exame das evidências. Então Sally se dispõe a testar seus pensamentos mais directamente por meio de experimentos comportamentais em que toma a iniciativa de fazer planos com os amigos. Depois de reconhecer e corrigir a distorção em seu pensamento, Sally consegue se beneficiar com a solução objectiva e directa do problema para reduzir seu isolamento.

Neste princípio da terapia cognitiva-comportamental que esta orientada para os objectivos e focada nos problemas pode se perceber que o terapeuta deve questionar o paciente de modo a identificar o seus problemas e através dos seus problemas também poderá traçar os objectivos para a sua melhoria. Neste caso de traçar objectivos para a sua melhoria ele pode fazer como um cronograma um plano de actividades para poder reavaliar nas próximas sessões se os objectivos foram alcançados satisfatoriamente.

Princípio nº 5. A terapia cognitivo-comportamental enfatiza inicialmente o presente. O tratamento da maioria dos pacientes envolve um foco intenso nos problemas actuais e em situações específicas que são angustiantes para eles.

Ainda Judith (2014:29) descreve sobre o seu paciente o seguinte

Sally começa a se sentir melhor depois que consegue responder ao seu pensamento negativo e tomar atitudes para melhorar sua vida. A terapia começa por um exame dos seus problemas no aqui e agora, independentemente do diagnóstico. A atenção se volta para o passado em duas circunstâncias. A primeira, quando o paciente expressa uma forte preferência por fazer assim e quando não fazer isso possa colocar em perigo a aliança terapêutica. A segunda, quando os pacientes ficam “emperrados” no seu pensamento disfuncional, quando um entendimento das raízes infantis de suas crenças poderá ajudar a modificar suas ideias rígidas. (“Bem, não é de admirar que você ainda acredite que é incompetente.

Com base no autor acima citado, nesta fase deve-se identificar os problemas da infância e que provavelmente tenham conduzido o paciente a ter os problemas actuais, e também, deve-se lutar para a resolução dos problemas actuais. O terapeuta deve auxiliar o

paciente a avaliar as suas crenças tanto no passado quanto no presente fazendo isso leva o paciente a desenvolver crenças mais funcionais e mais razoáveis.

Princípio nº 6. A terapia cognitivo-comportamental é educativa, tem como objectivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída. Na primeira sessão, educa-se o paciente quanto à natureza e ao curso do seu transtorno, sobre o processo da terapia cognitivo-comportamental e sobre o modelo cognitivo (i. e., como seus pensamentos influenciam suas emoções e comportamento) (Judith, 2014).

Pode-se perceber que o terapeuta não ajuda somente o paciente a definir objectivos, identificar e avaliar pensamentos e crenças e a planejar a mudança comportamental, mas também ensina como fazer. A cada sessão o terapeuta deve fazer com que o paciente leve para casa algumas anotações sobre a terapia, ideias importantes que aprendeu, para que possa se beneficiar desse novo entendimento nas semanas seguintes e depois que terminar o tratamento.

Princípio nº 7. A terapia cognitivo-comportamental visa ser limitada no tempo. Muitos pacientes com depressão e transtornos de ansiedade são tratados em um espaço de 6 a 14 sessões (Judith, 2014).

Ainda o mesmo autor acima citado diz que os objectivos do terapeuta são promover o alívio dos sintomas, facilitar a remissão do transtorno, ajudar o paciente a resolver seus problemas mais urgentes e ensinar habilidades para evitar a recaída.

Para Judith (2014:30) diz que

Sally, inicialmente, tem sessões semanais. (Se sua depressão fosse mais grave ou ela tivesse risco de suicídio, eu teria marcado sessões mais frequentes.) Após dois meses, decidimos colaborativamente experimentar sessões quinzenais e depois sessões mensais. Mesmo após o término, planejamos sessões periódicas de “reforço” a cada três meses por um ano.

No entanto, podemos perceber que nem todos os pacientes têm sucesso suficiente em alguns poucos meses. Alguns deles precisam de um ou dois anos de terapia (ou possivelmente mais) para modificarem crenças disfuncionais muito rígidas e padrões de comportamento que contribuem para seu sofrimento crónico. Outros pacientes, com doença mental grave, podem precisar de tratamento periódico por um tempo muito longo para manterem a estabilização.

Princípio nº 8. As sessões de terapia cognitivo-comportamental são estruturadas. Segundo Judith (2014:30) afirma que

Independentemente do diagnóstico ou do estágio do tratamento, seguir uma determinada estrutura em cada sessão maximiza a eficiência e a eficácia. Essa estrutura inclui uma parte introdutória (fazer uma verificação do humor, examinar rapidamente a semana, definir colaborativamente uma pauta para a sessão), uma parte intermediária (examinar o exercício de casa, discutir os problemas da pauta, definir um novo exercício de casa, fazer resumos) e uma parte final (eliciar um feedback).

Neste oitavo princípio de estruturação das sessões de terapia cognitiva comportamental, pode-se perceber que cada sessão as intervenções ou os procedimentos devem estar ordenados para que a terapia seja mais compreensível de modo que possa aumentar a probabilidade dos pacientes sejam capazes de fazer a autoterapia após o término.

Princípio nº 9. A terapia cognitivo-comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais. Os pacientes podem ter dúzias ou até mesmo centenas de pensamentos automáticos por dia que afectam seu humor, comportamento e/ou fisiologia (a última é especialmente pertinente para a ansiedade).

Para Judith (2014:30) profere que

O terapeuta ajuda o paciente a identificar as principais cognições e a adoptar perspectivas mais realistas e adaptativas, o que leva o paciente a se sentir melhor emocionalmente, se comportar com mais funcionalidade e/ou diminuir sua excitação psicológica. Isso é feito por meio do processo da descoberta guiada, usando o questionamento (frequentemente denominado, ou mal denominado, “questionamento socrático”) para avaliar seu pensamento (em vez da persuasão, do debate ou do convencimento). O terapeuta também cria experiências, chamadas experimentos comportamentais, para que o paciente teste directamente seu pensamento (p. ex., “Basta olhar para a imagem de uma aranha e eu vou ficar tão ansioso que não vou conseguir pensar”). Dessa forma, o terapeuta se engaja no empirismo colaborativo.

O terapeuta, em geral, não sabe antecipadamente até que ponto o pensamento automático de um paciente é válido ou inválido, mas juntos eles testam esse pensamento para desenvolver respostas mais úteis e adequadas.

Princípio nº 10. A terapia cognitivo-comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento. Para Judith (2014), embora estratégias cognitivas como o questionamento socrático e a descoberta guiada sejam centrais para a terapia cognitivo-comportamental, as técnicas comportamentais e de solução de problemas são essenciais, assim como são as técnicas de outras orientações que são implementadas dentro de uma estrutura cognitiva.

Pode se perceber que a terapia cognitiva comportamental pode usar varias técnicas com o propósito de mudar a crença disfuncional centrada no paciente. Os tipos de técnicas

que o terapeuta escolhe serão influenciados pela sua conceituação do paciente, pelo problema que vocês estão discutindo e pelos seus objetivos para a sessão. No entanto, as técnicas e as terapias variam de acordo com cada paciente.

2.2.2 Estrutura da sessão terapêutica

A estrutura das sessões terapêuticas é bem-parecida para os vários transtornos, mas as intervenções podem variar consideravelmente de paciente para paciente.

No início das sessões, para Judith (2014:33)

O terapeuta irá restabelecer a aliança terapêutica, verificar o humor, os sintomas e experiências do paciente durante a semana que passou e pedir que nomeie os problemas que mais deseja ajuda para resolver. Essas dificuldades podem ter surgido durante a semana e/ou podem ser problemas que ele espera encontrar na(s) próxima(s) semana(s). o terapeuta também irá examinar as actividades de auto-ajuda (“exercícios de casa” ou “plano de acção”) em que o paciente se envolveu desde a última sessão. A seguir, na discussão de um problema específico que o paciente colocou na pauta, você vai colectar dados a respeito do problema, conceituar cognitivamente as dificuldades do paciente (perguntando sobre seus pensamentos, emoções e comportamentos específicos associados ao problema) e planejar colaborativamente uma estratégia.

Pode-se perceber que na maioria das vezes, a estratégia inclui a solução objectiva e directa do problema, avaliação do pensamento negativo associado ao problema e/ou mudança no comportamento. Em suma, para uma sessão terapêutica, deve-se seguir todos procedimentos acima mencionados.

2.3 Principais Técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental.

Depois de fazer a identificação dos problemas e compreender o que está por trás deles, o terapeuta cognitivo-comportamental faz uso das técnicas de intervenção. Para isso, ele considera tanto as particularidades das demandas quanto o grau de sofrimento do paciente. A seguir ilustra algumas das técnicas mais utilizadas na TCC.

2.3.1 Psicoeducação

Conceição e Bueno (2020:110-111) citando (Beck, 2013) diz que

Uma das técnicas utilizada pela Terapia Cognitivo-Comportamental é a Psicoeducação que tem uma importante função de orientar o/a paciente em diversos aspectos, seja a respeito das consequências de um comportamento, na construção de crenças, valores, sentimentos e como estes repercutem em sua vida e na dos outros, bem como nortear um/a paciente e sua família quanto à existência ou prevalência de doenças, sejam elas de ordem física, genética ou psicológica.

Objectivo: Segundo Beck (2013) citado por Conceição e Bueno (2020), salientam que é capaz de proporcionar o indivíduo a desenvolver pensamentos, ideias e reflexões sobre as pessoas, sobre o mundo e como comportar-se diante de algumas situações através de actividades que podem colaborar justamente na reflexão e obtenção de valores, tanto nas intervenções individuais como nas colectivas.

Sugestões de Público: Além de ser aplicada na clínica, seja de modo individual para um/a paciente e sua família, a psicoeducação também é bastante utilizada na área da saúde, no que toca à intervenção e tratamento em grupos terapêuticos, como por exemplo, em grupos de pessoas com dependência química, pessoas com Transtornos Obsessivo Compulsivos, ansiedade social, etc. Assim, através da psicoeducação os/as pacientes podem ser orientadas/os colectivamente através da contribuição dos grupos terapêuticos sobre a doença que possuem, seus sintomas, origens e percursos trocando experiências através do relato (Oliveira, 2011 citado por Conceição e Bueno, 2020).

Do ponto de vista do autor do presente trabalho, pode-se perceber que essa técnica se baseia na explicação de questões importantes do tratamento psicológico ao paciente. Ela deve ser feita da forma mais simples e didáctica possível, de acordo com a linguagem de cada pessoa. A psicoeducação trata tanto de dados sobre o diagnóstico quanto de explicações sobre as actividades que são utilizadas durante as sessões.

Também podemos perceber que realizar a psicoeducação traz bons resultados na adesão da pessoa à terapia, pois oferece informações relevantes para que ela se envolva no tratamento activamente. Além disso, a técnica contribui também para diminuir a ansiedade do paciente diante de um diagnóstico difícil ou mesmo do desafio de fazer terapia. Essa é uma estratégia muito utilizada também na Psicologia hospitalar.

No decurso do estágio, notamos que algumas pessoas são encaminhadas para a consulta de psicologia depois de serem identificadas com algum transtorno emocional, como a síndrome do pânico ou o transtorno obsessivo-compulsivo (TOC). Muitas vezes, esses pacientes chegam à terapia com poucas informações sobre o problema que enfrentam. Assim, a postura do terapeuta cognitivo-comportamental faz toda a diferença no acolhimento que eles recebem e na perspectiva de melhora que podem ter.

2.3.2 Registro de pensamentos disfuncionais

Conceição e Bueno (2020:63) citando (Liobet, 2019) salienta que

As técnicas de Terapia Cognitiva Comportamental, são as que demonstraram cientificamente ter maior eficácia na Psicologia clínica. As técnicas de TCC, concentram-se na modificação de pensamentos e comportamentos através da aprendizagem de novas formas de pensar e agir mais adaptativas. Essas técnicas são focadas no presente, embora o seu objectivo seja a aquisição de hábitos e habilidades que proporcionem um bem-estar e uma qualidade de vida superiores que perdurem no tempo.

Objectivos: Fazer com que o cliente saiba identificar e analisar, de forma consciente, os seus pensamentos, emoções e comportamentos conflituosos, levando o indivíduo a pensar em respostas adaptativas em relação às suas cognições negativas, para que, assim, se torne seu próprio terapeuta, conseguindo lidar com seus conflitos (Crepaldi, 2018).

Sugestão de Público: Todos os públicos, ou seja, crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Modelo: O terapeuta pede que o paciente registre os pensamentos desagradáveis que surgem em determinadas situações. Para isso será fornecido um formulário para esses registros.

Do ponto de vista do autor desde presente trabalho, pode-se perceber que essa é outra actividade muito comum na terapia cognitivo-comportamental. Como o foco da abordagem é a relação entre pensamento e comportamento, é essencial identificar os elementos disfuncionais. Ao utilizar essa técnica, o terapeuta pede que o paciente registre os pensamentos desagradáveis que surgem em determinadas situações.

Por exemplo, se a pessoa tem fobia social, ela deve escrever o que pensa quando está com medo ou ansiosa diante da possibilidade de se expor. Algumas vezes, também é pedido que se registem sentimentos, reacções físicas e comportamentos envolvidos na situação. Essa tarefa ajuda o paciente a tomar consciência de si.

Em suma, podemos perceber que o registo de pensamentos disfuncionais tem diversas utilidades na clínica. A primeira delas é para que o paciente se dê conta do que pensa e sente quando enfrenta um problema, já que, em muitos casos, as pessoas reagem de forma automática e não conseguem entender a situação. Além disso, o terapeuta faz uso desse registo para encaminhar as sessões e utilizar outras técnicas que auxiliem no processo de modificação dos padrões negativos.

2.3.3 Questionamento socrático

Conceição e Bueno (2020:108) citando (Padesky, 2010)

Os pensamentos automáticos são ditos inconscientes somente medidas em que não são previstos ou controlados pelo indivíduo; porém, nada impede que tais conteúdos tornam-se conscientes. Nesse caminho, Beck afirma a necessidade de questionar as crenças do paciente, na qual o terapeuta teria êxito por meio do chamado empirismo colaborativo e por meio da técnica que denominou questionamento socrático.

Pode-se perceber que, na prática, o terapeuta vai fazer uma série de perguntas com o objectivo de ajudar o paciente a aprofundar sua compreensão sobre os próprios pensamentos. Além disso, através do empirismo colaborativo que está intimamente relacionado à aliança terapêutica, em que o paciente e terapeuta trabalham juntos, como uma equipe de trabalho, tendo ambos o papel activo e directivo no tratamento.

Objectivo: Wright, Basco e Thase (2008), citam que o estilo de questionamento socrático usado na terapia cognitiva baseia-se em uma relação empírica colaborativa e tem o objectivo de ajudar o paciente a reconhecer e modificar o pensamento desadaptativo.

Sugestões de Público: Clientes com uma grande variedade de quadros clínicos, incluindo a depressão, os transtornos de ansiedade, os transtornos alimentares, a esquizofrenia, o transtorno bipolar, a dor crónica, os transtornos de personalidade e o abuso de substâncias (Beck, 2013 citado por Conceição e Bueno, 2020).

Aplicação: A utilização de tal técnica, deve ser feita segundo a identificação e registo dos pensamentos disfuncionais e do encorajamento do paciente a avaliá-los, por meio de perguntas que o levem a pensar, e dessa forma, ter verdadeira compreensão na tomada de decisões racionais, segundo suas próprias conclusões (Cordioli, 2008)

Diante do exposto acima, do ponto de vista do pesquisador, importa referir que a função do psicólogo não é oferecer respostas ou direccionar a forma como as pessoas pensam e se comportam. Ao fazer perguntas, ele constrói possibilidades para que os pacientes compreendam melhor seus pensamentos e tomem suas próprias decisões. Com essa técnica, os elementos disfuncionais podem ser questionados e colocados em xeque.

2.3.4 Técnicas de exposição

Objectivos: A terapia por exposição é aplicada segundo o fundamento de que a ansiedade é uma resposta condicionada que tende a diminuir através da habituação durante a exposição sistemática aos estímulos temidos (Conceição e Bueno, 2020). Ou por outra, como

o próprio nome exposição, percebe-se que é uma técnica para pacientes fóbicos e ansiedade para ter hábitos naquele estímulo que teme.

Sugestão de Público: pessoas com fobia social, que tem medo de falar diante de um grande público, comer, beber e escrever em público, falar ao telefone, conversar com outras pessoas, etc.

Modelo: O primeiro passo é construir junto com o paciente uma lista das situações temidas, do item que causa menos ansiedade ao que causa mais ansiedade e desconforto.

Aplicação: Nos estágios iniciais do tratamento com exposição, as situações são enfrentadas na companhia do terapeuta, até que possa ocorrer a habituação da ansiedade no item da hierarquia que está sendo confrontado. Após a exposição repetida e prolongada e quando a situação não eliciar mais altos níveis de ansiedade e desconforto, passa-se ao próximo item da lista de situações problemáticas. O processo continua até o paciente poder enfrentar todos os itens da hierarquia com significativa redução da ansiedade e do desconforto.

De uma forma resumida em relação a técnica de exposição, pode se perceber que é muito usada para poder tratar os problemas fóbicos e ansiedade que limitam a vida do paciente. As técnicas de exposição são muito úteis para a resolução do problema, pois transportam a pessoa para o que lhe causa ansiedade, ao mesmo tempo em que a ensina modos de controlar as emoções negativas e lidar com a situação de outra forma.

2.3.5 Dessensibilização sistemática

Objectivo: De acordo com Knapp e Caminha (2003) e Negrão (2011 citado por Conceição e Bueno, 2020:116) diz respeito a

um conjunto de técnicas de exposição/aproximação à experiência traumática, envolvendo três etapas básicas: treinamento do cliente ao relaxamento físico, estabelecimento de uma hierarquia de ansiedade em relação ao estímulo fóbico e contracondicionamento do relaxamento como uma resposta ao estímulo temido, iniciando-se com o elemento mais baixo na hierarquia de ansiedade até chegar ao ponto mais alto dessa hierarquia previamente estabelecida na segunda etapa.

Ou por outra, este procedimento consiste em expor a pessoa aos elementos que lhe causam medo de maneira gradual, segura e guiada pelo terapeuta. Ao fazer isso na terapia, o paciente tem a possibilidade de substituir os sentimentos de tensão por relaxamento.

Sugestão de Público: adultos

Modo de Aplicação: Em função da generalização respondente, a pessoa em questão não tem medo apenas do cão que a atacou (supondo que a origem do medo de cães esteja em um ataque) ou de cães da mesma raça. Ela provavelmente tem medo de cães de outras raças, de diferentes tamanhos e formas (Moreira; Medeiros, 2007 citado por Conceição e Bueno, 2020).

Sendo assim, para que essa pessoa possa entrar no canil em que irá trabalhar sem sentir medo, o processo de dessensibilização se inicia levando-a a pensar em cães, ver fotos de cães, tocar em cães de pelúcia, observar de longe cães diferentes daquele que a atacou, observar de perto esses cães, tocá-los e assim por diante, até que se chegue ao ponto mais alto da hierarquia de ansiedade (Moreira; Medeiros, 2007 citado por Conceição e Bueno, 2020).

Cabe destacar aqui que a exposição ao vivo é precedida pela exposição imaginária, construída dentro do consultório e trabalhada numa hierarquia de situações temidas, desde as consideradas mais fáceis de enfrentamento até as mais difíceis.

2.3.6 Técnicas de relaxamento

Objectivo: Relaxar após situações estressantes, restituindo o equilíbrio mental e físico ao organismo (Conceição e Bueno, 2020).

Preparar-nos para lidar com situações que geralmente são causadas de Stress, através de uma preparação mental das mesmas, assim o nível de ansiedade que é usualmente causada por situações novas e desconhecidas.

Sugestão de Público: Crianças, adultos e Idosos.

Modelo: Aplicação verbal

Respiração diafragma é umas técnicas mais simples para combater a ansiedade

1. Dirigir o ar inspirado para a parte inferior dos pulmões
2. Colocar uma mão abaixo do umbigo e a outra em cima do estômago
3. Dirigir o ar para a parte inferior do abdómen, levantando a mão colocada abaixo do umbigo
4. Tentar levantar o peito ou a mão em cima do estômago

5. Sinta o movimento da sua barriga.

Podemos perceber que esta técnica de relaxamento ajuda muito as pessoas que têm problema de ansiedade ou com crise de pânico vivem situações de medo extremo e sofre de sintomas físicos, como falta de ar, taquicardia, tremores no corpo e agitação psicomotora. e vivenciam situações de crise enfrentam muita dificuldade para conseguir acalmar as emoções e pensar racionalmente nos momentos extremos.

2.3.7 Técnicas de Identificação das habilidades sociais

Objectivo: Identificar o repertório de habilidades sociais da pessoa em amostras de situações interpessoais, avaliando possíveis *déficits* (Oliveira, 2012 citado por Conceição e Bueno, 2020).

Sugestão de Público: Adolescentes, adultos e idosos.

Aplicação: Existem diversos tipos de IHS. Por exemplo, a aplicação do Questionário de Ansiedade Social para Adultos/Caso A30 que é composto por 30 questões com o objectivo de identificar sintomas de ansiedade social, é uma escala com 5 pontos, com variações de nenhum, muito pouco (1), pouco (2), médio (3), bastante (4), muito ou muitíssimo (5) (Caballo, et al., 2010 citado por Falcone; Oliveira, 2012).

A técnica apresenta uma estrutura de cinco factores. “Factor 1 – Interacção com o sexo oposto, Factor 2 – Estar em evidência e fazer papel de ridículo, Factor 3- Interacção com pessoas desconhecidas, Factor 4 – Falar em público e interacção com pessoas em posição de autoridade e, Factor 5 – Expressão assertiva de incómodo, desagrado ou tédio” (Falcone; Oliveira, 2012:50).

2.3.8 Enfrentamento do estresse

Muitos pacientes estão expostos a situações estressantes e não conseguem mobilizar esforços saudáveis para lidar com as emoções geradas nesses momentos. É preciso construir estratégias de enfrentamento quando o contexto externo apresenta poucas possibilidades de mudança para a diminuição da sobrecarga. De acordo com (Conceição e Bueno, 2020:113 citando Lipp, 2003) salienta que:

O Treino de Controle do Stress (TCS) é uma modalidade da terapia cognitivo-comportamental que tem como objectivo mudar hábitos de vida e de comportamentos, em quatro áreas que constroem os pilares do TCS: nutrição anti-estresse, relaxamento da tensão mental e física, exercício físico e mudanças

cognitivas comportamentais. As sessões envolvem, também, técnicas de resolução de problemas, manejo do tempo, modificação do padrão “tipo A” de comportamento, treino de assertividade, controle da ansiedade (respiração profunda) e reestruturação cognitiva.

Objectivo: Propor um tratamento que inicia com uma identificação dos estressores internos e externos do cliente.

Sugestões de Público: Em um estudo com 100 sujeitos verificaram que existem diferenças significativas na utilização de estratégias de enfrentamento ocupacional quanto ao género (homens quando focalizam o problema utilizam mais estratégias do que as mulheres), mas não levaram em consideração o factor idade dos sujeitos (Folkman; Lazarus, 1985 citado por Conceição e Bueno, 2020).

Modelo: O modelo das estratégias de enfrentamento de Folkman e Lazarus (1980) citado por Conceição e Bueno, (2020) envolve quatro conceitos principais:

a) Enfrentamento é um processo ou uma interacção que se dá entre o indivíduo e o ambiente;

b) Sua função é a administração da situação estressora, ao invés de controlar e dominá-la;

c) Esses processos pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenómeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do sujeito;

d) O processo de enfrentamento constitui-se de uma mobilização de esforços, pelo qual os sujeitos empreendem esforços cognitivos e comportamentais para administrar essa situação, ou seja, reduzindo, minimizando ou tolerando, as demandas internas ou externas que surgem da sua interacção com o ambiente.

Aplicação: As estratégias de enfrentamento podem ser classificadas como centradas no problema ou centradas na emoção (Folkman; Lazarus, 1980 citado por Conceição e Bueno, 2020). Quando centradas no problema, o indivíduo se esforça para administrá-los ou então melhorar seu relacionamento com o meio.

2.3.9 Espectador ou observador distante

Consiste em estimular que o paciente utilize sua imaginação para visualizar seus problemas como se fossem uma peça ou representação.

Objectivo: Ao fazer isso, é possível diminuir as reacções emocionais e proporcionar uma análise mais lúcida das experiências de vida.

Sugestões de Público: Tjora (2006) citado por Conceição e Bueno, (2020:115) afirma que:

o método de observação faz demandas substanciais sobre o pesquisador e pode ser uma das formas mais difíceis de pesquisa para aplicar em seu próprio ambiente. A vida cotidiana, que aceitamos sem questionar, pode tornar invisíveis coisas que seriam relevantes para o observador. Estudantes e pesquisadores têm sido muitas vezes relutantes em iniciar estudos de observação, visto que há o risco de ser rejeitado por causa da grande necessidade de presença pesquisador, ou, num segundo momento, o risco de não ser capaz de lidar com o fato de passar tanto tempo junto com os objectos do próprio estudo, e, ainda, o medo de acabar com pilhas de dados que podem não ser capazes de analisar.

Modelo: A observação pode, ainda, ser realizada onde o fenómeno naturalmente ocorre ou em laboratório. No primeiro caso, por vezes, podem ser percebidos pontos do fenómeno que não seriam evidenciados fora do campo natural, o que pode ser uma condição favorável à validação externa. Esta questão é especialmente delicada na técnica de observação, visto que alguns metodólogos discutem se a participação do observador no campo de estudo poderia alterar o comportamento dos sujeitos da pesquisa e, desta maneira, os resultados, já que o pesquisador não apresenta uma postura neutra e imparcial (Cano; Sampaio, 2007).

Muitas vezes, os pacientes têm grande dificuldade em superar seus problemas por não conseguir analisá-los de forma eficiente. Afinal, para quem está vivendo uma situação complicada, a solução pode parecer muito longe e até mesmo impossível.

Podemos dizer que a mediação do psicólogo também se insere nesse cenário, especialmente quando falamos da estratégia do espectador ou observador distante. Essa é uma das técnicas de terapia cognitivo-comportamental e consiste em estimular que o paciente utilize sua imaginação para visualizar seus problemas como se fossem uma peça ou representação.

2.4.10 Troca de papéis

Essa é outra técnica que faz uso da imaginação ou visualização criativa para proporcionar maior tomada de consciência sobre determinadas vivências - principalmente conflitos interpessoais (Folkman; Lazarus, 1980 citado por Conceição e Bueno, 2020).

Na troca de papéis, o terapeuta incentiva o paciente a se colocar no lugar de outra pessoa, tentando avaliar o contexto pelo ponto de vista dela. Esse exercício pode ser muito útil no desenvolvimento da empatia e na melhoria de relações sociais. Assim, é muito utilizado nos treinos de habilidades sociais.

Há, ainda, outra estratégia clínica relacionada a esses aspectos — o *role-playing*. O funcionamento dessa técnica é semelhante à da troca de papéis, mas, nesse caso, a actividade vai além da imaginação. É feita uma espécie de simulação, em que o terapeuta participa imitando o comportamento de uma pessoa próxima ao paciente.

2.4.11 Parada do pensamento e autoinstrução

Objectivos: Consiste em controlar os próprios pensamentos e acções e com um comando de pare!, em voz alta, impedir a evolução do pensamento. Outras palavras ou imagens também podem ser usadas, como, por exemplo, visualizar uma placa, escrito “Pare”. Essa técnica é muito útil porque a presença de pensamentos incómodos favorece a ocorrência de comportamentos indesejáveis (Conceição e Bueno, 2020). É muito utilizada no tratamento do estresse pós-traumático.

Sugestão de Público: Adolescentes, Adultos e idosos. **Aplicação:** De acordo com Conceição e Bueno, (2020:66) descrevem que:

No início da ruminação de pensamentos, deve-se ir para um espaço silencioso onde não possa ser perturbado, isso é recomendado nas primeiras vezes, mas quando já tivermos adquirido a prática não será necessário o isolamento, e poderá colocar em prática a técnica de parar o pensamento em quase todos os ambientes ou contextos. Uma vez sozinho e calmo, dedicar-se a pensar intencionalmente naquele pensamento que perturba tanto, focar nele em vez de tentar evitar, ignorar ou fugir dele. Concentrar a atenção nele (embora a ansiedade aumente) e permanecer assim por pelo menos um minuto.

No momento em que o pensamento está no momento de “pico” e/ou a ansiedade ou o medo são intensos ou até insuportáveis, gritar alto alguma palavra do tipo: “Pare!” ou “Basta!” ou “Agora Chega”, também pode usar outras palavras, o importante é que, quando disser, perceba que todos esses pensamentos da mente param. O objectivo final é que a acção de gritar a palavra “X” seja associada à prisão do pensamento.

Capítulo III

Conclusão

Chegado a conclusão deste trabalho de culminação do curso intitulado Terapia Cognitiva Comportamental e Principais Técnicas da Terapia Cognitiva Comportamental, compreendeu-se que, a Teoria Cognitiva Comportamental é uma abordagem psicológica pluralizada para tratar problemas mentais e emotivos no paciente. A mesma indica que existe uma inter-relação única entre pensamento, emoção e comportamento de um indivíduo. Nisso, ajuda o paciente a gerenciar esses sectores para que reaja melhor a um meio.

A terapia cognitiva comportamental tem como finalidade fazer a identificação de padrões psíquicos, comportamentais, hábitos e crenças envolvidos na origem dos problemas do paciente e desenhar estratégia de como ultrapassar os tais problemas através das principais técnicas da TCC.

No que concerne as principais técnicas da terapia cognitiva comportamental importa referir que elas têm um propósito de apoiar o cliente a superar os seus problemas por meio da reestruturação da cognição e do comportamento. No entanto, ao passar por tais técnicas referidas, o paciente compreende a relação entre o que ele acredita, sente e como se comporta. É possível identificar as crenças distorcidas que sustentam seu sofrimento e, então, questionar esses pensamentos, fazendo com que cedam espaço para cognições mais saudáveis.

Para o sucesso no tratamento, requiere na parte do psicólogo ter mais habilidades nas técnicas e colaboração do paciente, indicação das técnicas e as suas formas de aplicação. Dai que, as suas intervenções permitirão superar os problemas que o paciente enfrenta por meio da reestruturação da cognição e do comportamento.

Referências Bibliográficas

Beck, A. T. (1964). *Thinking and depression: II. Theory and therapy*. Archives of General Psychiatry, 10.

Cano, D. S; Sampaio I. T. A. (2007). *O método de observação na psicologia: Considerações sobre a produção científica. Interação em psicologia*, v. 11.

Conceição, Jaqueline e Bueno, Gabriela (2020). *101 Técnicas da terapia cognitivo-comportamental* : [recurso electrónico] / organização: Ed. da UnC, 2020.

Cordioli, A. V. (2008). *A terapia cognitivo-comportamental no transtorno obsessivo-compulsivo*. Revista Brasileira de Psiquiatria, v. 30, n. 2.

Falcone, E. M. O.; Oliveira, M. S. (org.) (2012). *Terapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. (org.) (2003). *O modelo quadrifásico do stress. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wright, J. H., Basco, M. R., Thase, M. E. (2008). *Learning cognitive-behavior therapy: An illustrative guide*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Internet

Beck, Judith S. (2014). *Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática* [recurso electrónico] 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, disponível em <https://www.adventista.edu.br/source2019/psicologia/Judith-Beck.pdf> acesso aos 18/01/2023

Knapp, P; Caminha, R. M. (2003). *Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático*. Rev. Bras. Psiquiatr., v. 25.. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000500008>. Acesso em: 11/12/2022.

Rezende, Joffre Marcondes de (2010). *Revista De Patologia Tropical*. Disponível em <https://revistas.ufg.br/iptsp/article/download>. acesso aos 11/12/2022