

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
FACULDADE DE MEDICINA  
ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS**

**O CONCEITO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA EM TERAPIA  
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL – Um Estudo para Terapeutas  
Iniciantes**

**ELIZABETH DOS ANJOS SOUZA**

**Belo Horizonte, MG  
2012**

**ELIZABETH DOS ANJOS SOUZA**

**O CONCEITO DE ALIANÇA TERAPÊUTICA EM TERAPIA  
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL – Um Estudo para Terapeutas  
Iniciantes**

Monografia submetida à Faculdade de  
Medicina da Universidade Federal de Minas  
Gerais como requisito parcial para a aprovação  
no Curso de Especialização em Psicoterapias  
Cognitivas.

Orientadora: Profa. Dra. Cíntia Fuzikawa

**Belo Horizonte, MG  
2012**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS  
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSICOTERAPIAS COGNITIVAS  
www.sam.medicina.ufmg.br

ATA DA DEFESA DE MONOGRAFIA de **ELIZABETH DOS ANJOS SOUZA** n° de registro 2011670777. No dia **nove de maio de dois mil e doze**, reuniu-se na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, a Comissão Examinadora indicada pela Coordenação do Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas, para julgar, em exame final, o trabalho intitulado: **“A CONSTRUÇÃO DA ALIANÇA TERAPÊUTICA EM TERAPIA COGNITIVA-COMPORTAMENTAL: UM ESTUDO PARA TERAPEUTAS INICIANTES (2011)”**, requisito final para a obtenção do Grau de Especialista em Psicoterapias Cognitivas, pelo Curso de Especialização em Psicoterapias Cognitivas. Abrindo a sessão, a Presidente da Comissão, Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa, após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulamentares do trabalho final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores, com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público para julgamento e expedição do resultado final. Foram atribuídas as seguintes indicações:

Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa

Instituição: UFMG

Indicação: APROVADA

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira

Instituição: UFMG

Indicação: APROVADA

Pelas indicações a candidata foi considerada APROVADA

recebendo a nota final de 70 pontos.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a sessão e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de maio de 2012.

Profa. Cíntia Satiko Fuzikawa Cuzikawa

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira/ Coordenador

Este documento não terá validade sem a assinatura e carimbo do Coordenador.

*A aluna deverá apresentar as correções sugeridas pela banca no prazo de dez dias a partir de hoje*

Prof. José Carlos Cavalheiro da Silveira  
Coordenador do Curso de Especialização em  
Psicoterapias Cognitivas  
Faculdade de Medicina da UFMG  
Insc. 1409-2

Dedico este trabalho aos meus pais e familiares que nunca duvidaram do meu potencial e que sempre me apoiaram para que eu pudesse superar os obstáculos e alcançar todos os meus objetivos.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradecer é um ato de reconhecimento. Nesta oportunidade, reconheço como foi essencial a compreensão e o amor do meu marido e dos meus filhos. Minha eterna gratidão aos meus pacientes que depositaram em mim toda esperança e confiança, mesmo em momentos cruciais de suas vidas. Agradeço a todos os filósofos, poetas, artistas, cientistas, professores e terapeutas pela dedicação em buscar o sentido de viver. Agradeço minha família pelo aprendizado de acreditar na possibilidade de transformar problemas em crescimento. Reconheço também, o meu valor quando admito meus erros e assim, posso trabalhar minhas limitações e evolui como ser humano.

Agradeço aos docentes da Universidade Federal de Minas Gerais, da Faculdade de Medicina/SAM, pelos conhecimentos transmitidos que me proporcionaram uma visão mais ampla sobre a Especialização em Psicoterapias Cognitivas, em especial, sobre o Tema do estudo.

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo elucidar alguns conceitos relevantes para a construção de uma aliança terapêutica, que contribua para a eficácia do processo psicoterapêutico. Abordaremos temas fundamentais na relação terapêutica como: empirismo colaborativo, empatia, psicoeducação, *feedback* e solução de problemas.

Sabemos que a relação terapêutica é muito complexa e esse estudo, não tem a pretensão de elucidar tal complexidade, mas somente compreender alguns conceitos básicos e indispensáveis para o desenvolvimento das competências do terapeuta cognitivo-comportamental.

**Palavras-chave:** terapia cognitivo-comportamental, aliança terapêutica, relação terapêutica, empirismo colaborativo, psicoeducação, solução de problemas.

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 BREVE HISTÓRICO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL.....	8
3 CONCEITOS DE ALIANÇA TERAPÊUTICA .....	10
3.1 A ALIANÇA TERAPÊUTICA DE FORMA GERAL.....	16
3.2 ALIANÇA TERAPÊUTICA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL.....	23
4 EMPIRISMO COLABORATIVO E ALIANÇA TERAPÊUTICA .....	28
5 POSTURA EMPÁTICA DO TERAPEUTA E ALIANÇA TERAPÊUTICA .....	33
6 PSICOEDUCAÇÃO, <i>FEEDBACK</i> E ALIANÇA TERAPÊUTICA.....	37
7 RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E ALIANÇA TERAPÊUTICA .....	48
8 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA.....	50
9 ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE DEVE FAZER O TERAPEUTA COGNITIVO EFICAZ .....	57
10 CONCLUSÕES .....	60
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63

## 1 INTRODUÇÃO

O entendimento, por parte dos terapeutas do conceito de aliança terapêutica, é de fundamental importância na formação acadêmica, bem como fator preditivo para que o terapeuta desenvolva excelência em seu trabalho.

Neste estudo, abordaremos de maneira objetiva, a evolução do conceito de aliança terapêutica em diversos teóricos, e mais especificamente, sua aplicabilidade na terapia cognitivo-comportamental.

Podemos constatar que o conceito de aliança terapêutica é delicado, sutil e complexo, mas imprescindível para o estabelecimento da relação terapêutica.

Este trabalho tem como objetivo, elucidar este fenômeno denominado de aliança terapêutica na TCC, tendo como público alvo os terapeutas iniciantes. Diante da complexidade do tema em questão, escolhemos delimitar a abordagem de alguns conceitos básicos que contribuem para a compreensão do conceito de aliança terapêutica, como: empirismo colaborativo, postura empática do terapeuta, psicoeducação, *feedback* e resolução de problemas.

Finalmente, neste estudo, destacamos a relevância da busca contínua por aprimoramento técnico e pessoal, principalmente dos terapeutas iniciantes, para que possam alcançar eficácia do processo terapêutico.



## **2 BREVE HISTÓRICO DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL**

Os conceitos fundamentais da terapia cognitivo-comportamental - TCC, foram descritos por Aaron T. Beck e Albert Ellis na década de 1960. A TCC é o tratamento psicoterapêutico que tem seu alicerce empírico bem fundamentado.

A falta de objetividade e precisão que Beck observava na Psicanálise, o incomodavam, e a postura passiva do psicanalista lhe soava, na realidade, uma falta de recursos efetivos. Diante de tais incômodos, Beck começou a se afastar, discretamente da ortodoxia da Psicanálise, sentando-se frente aos seus pacientes explorando mais ativamente o diálogo interno pré-consciente que os pacientes tinham em paralelo à livre associação. Observando-os, descobriu que esses fluxos de pensamentos automáticos e involuntários, refletiam elementos fundamentais para a conceituação e tratamento dos transtornos de seus pacientes (SERRA, 2007). Na tentativa de coletar evidências que comprovassem os dogmas freudianos, Beck conduziu estudos através do método científico da Psicologia acadêmica, mas não obtinha nenhum êxito, assim submeteu o modelo psicanalítico de depressão, à pesquisa empírica. Os dados demonstraram que, na realidade, a forma negativa de o depressivo pensar não era o resultado, mas a causa de sua depressão (SERRA, 2007).

Com base em seus estudos empíricos e observações clínicas, Beck propôs o modelo cognitivo da depressão, declarando que a negatividade do depressivo não era um sintoma, mas desempenhava uma função central na instalação e manutenção do transtorno. Portanto, conclui-se que a cognição é fator essencial

na depressão, podendo ser denominado como um transtorno de pensamento e não um transtorno emocional.

Inicialmente a TCC foi desenvolvida para o tratamento da depressão, mas muitos pesquisadores vêm desenvolvendo, a partir do modelo original, várias adaptações para tratar outras condições psiquiátricas, incluindo o espectro da ansiedade. Podemos destacar a terapia racional emotiva de Albert Ellis (ELLIS, 1962), a modificação cognitivo-comportamental de Donald Meichenbaun (MEIHENBAUN, 1977) e a terapia multimodal de Arnold Lazarus (LAZARUS, 1976), que contribuíram para a consolidação das terapias cognitivas. Não podemos esquecer de citar outros teóricos importantes, que de alguma forma contribuíram para o fortalecimento da terapia cognitiva como: Michael Mahoney (1991), Vittorio Guidano e Giovanni Liotti (1983), Safran (2002), enfim existem tantos outros, não sendo possível citá-los todos.

Segundo Mahoney e Ainkoff (1978), pode-se pensar uma classificação dos tipos de terapia cognitiva em:

- Terapias de reestruturação cognitivas;
- Terapias para habilidades de enfrentamento e
- Terapias de resolução de problemas.

“A principal diferença entre os tipos é o grau em que a terapia promove a mudança cognitiva ou comportamental”. (SUDAK, DONNA – Terapia Cognitivo - Comportamental na Prática, 2008, p.19).

De maneira geral, os teóricos da terapia cognitiva, enfatizam a fundamental importância da aliança terapêutica para desenvolver e sustentar uma relação terapêutica, que gere mudanças consistentes e duradouras.

### 3 CONCEITOS DE ALIANÇA TERAPÊUTICA

De acordo com Cordioli (1998), todas as psicoterapias fazem reconhecimento da necessidade de uma relação terapêutica de boa qualidade, como sendo fundamental para que seja possível o uso eficaz das intervenções terapêuticas. Os vários modelos de psicoterapia podem variar, todavia, na forma de dar valorização para a relação terapêutica como agente de transformação.

É possível tentar fazer a definição de relação terapêutica como uma relação interpessoal na qual dois ou mais interlocutores buscam manter um diálogo com ritmo, gestos, posturas e que realizem o compartilhamento de uma tarefa em uma relação igualitária, por mais que suas funções sejam diferentes, considerando que um deles é especializado em determinado nível da problemática humana e o outro apresenta os elementos de testemunho direto de tal problemática singular (FIORINI, 1985).

A escola psicodinâmica desenvolveu o conceito de aliança terapêutica fazendo referência à capacidade de o paciente realizar o estabelecimento de uma relação de trabalho com o terapeuta, por mais que existam as reações transferenciais regressivas e de resistência. Considera, ainda, a colaboração e a aliança que precisa acontecer, para que a terapia caminhe bem, entre os aspectos maduros e racionais do paciente e também do terapeuta.

Por mais que as definições de aliança terapêutica tenham sido originadas na Psicanálise, ela não é um fator que se apresenta somente nos tratamentos analíticos. É possível dizer que a aliança terapêutica se faz presente, não apenas em todas as formas de psicoterapia, mas também sendo parte de qualquer relação

médico-paciente, considerando que o paciente sempre apresenta expectativas racionais e irracionais, e irá aderir ao tratamento na medida em que for estabelecido um vínculo com seu terapeuta.

A aliança terapêutica, de acordo com Cordioli (1998), faz a designação da capacidade de estabelecimento de um vínculo com o terapeuta e a de realização de tarefas próprias da abordagem psicoterápica em andamento.

Já para Greenson (1981, apud CORDIOLI, 1998, p. 87), a “aliança terapêutica designa a relação racional, não-neurótica do paciente com seu terapeuta. Seus elementos básicos são o desejo racional e consciente do paciente em colaborar com o terapeuta bem como sua aptidão em seguir as instruções e compreensões deste último”.

Na terapia cognitiva, ainda segundo Cordioli (1998, p. 29) “é indispensável uma boa relação terapêutica, na qual o terapeuta é ativo e o paciente um colaborador”. De acordo com Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), a relação e a aliança terapêutica são utilizadas não puramente como as ferramentas para o alívio dos sofrimentos, mas como instrumentos que facilitam um esforço comum para o alcance de metas específicas.

Desenvolver e manter a relação terapêutica engloba tanto o paciente como o terapeuta, e devem ter como base a colaboração, no *rapport* e na confiança. Por tais aspectos, terapeuta e paciente precisam funcionar como uma equipe cuja contribuição especial do terapeuta é dar orientação ao paciente acerca de que dados coletar e como usá-los terapeuticamente.

A palavra *rapport* no geral diz respeito a um acordo harmonioso entre pessoas, mas, na relação terapêutica, de base cognitiva, significa uma combinação de componentes emocionais e intelectuais. Dessa forma, quando o *rapport* é ideal, paciente e terapeuta podem se sentir seguros e minimamente confortáveis um com o outro. O *rapport* não apenas reflete mas também dá influência para a colaboração terapeuta-paciente.

No que tange à confiança, é possível afirmar que os pacientes com confiança básica genuína têm tendência a fazer a demonstração de uma transferência positiva possível de ser trabalhada, o que favorece o progresso; os pacientes com pseudoconfiança podem apresentar certos fenômenos transferências intrigantes; ao passo que, os pacientes com desconfiança básica, apresentam grandes chances de não progredirem de forma genuína alguma até que tal problema se resolva ao menos parcialmente.

Além de tais fatores, a relação terapêutica faz o estabelecimento do espaço para que se possa promover o treinamento do desenvolvimento de relações interpessoais mais saudáveis, o que facilita o trabalho colaborativo, o alcance das metas e não apenas para dar garantia do sucesso das técnicas. A relação passa a ser considerada também como instrumento básico para que sejam revelados os esquemas interpessoais disfuncionais do paciente, da mesma forma que acaba por dar ênfase ao papel de modelo desempenhado pelo terapeuta.

Nas psicoterapias de base analítica, a estratégia do começo do tratamento psicoterápico se finca em estabelecer e fortalecer a aliança terapêutica, que sustenta e se responsabiliza pela continuidade de todo o processo.

No que se refere à terapia comportamental, a relação terapêutica é o terreno, momento e processo onde se dá a satisfação da condição de efetividade demandada pela terapia. Esta se realiza por meio de uma transação interpessoal que dá ênfase para a alteração, a aprendizagem e a reaprendizagem de comportamentos.

A aliança é condição para que possa ocorrer a transformação, entretanto ela sozinha não é suficiente, caso a relação seja diminuída apenas à aliança, o comportamento e a situação existencial do paciente não irão apresentar avanço (RANGÉ; ERTHAL, 1987). A relação bilateral de empatia apresenta-se como um dos elementos cruciais para que se possa estabelecer o vínculo terapêutico (OTERO, 2001); sendo assim, um bom clima irá facilitar o relacionamento, dando melhor direção para o trabalho técnico.

Guilhardi (1997, apud BAPTISTUSSI, 2001) afirma que, na relação terapêutica, todas as contingências que operam, sendo elas extras ou intra-sessão, precisam ser consideradas, pelo terapeuta, quando formula suas hipóteses, da mesma forma durante suas investigações. De acordo com Baptistussi (2001), a relação terapeuta-cliente recebe influência de diversos fatores e há o desenvolvimento de um processo de modelagem do desempenho do paciente e do próprio terapeuta, considerando que recebe influências do levantamento das hipóteses, pelo profissional, de sua investigação e depois da confirmação/refutação, e das consequências que se acarretam disso.

De acordo com Zamignani (2000), para que a relação terapêutica estabelecida possa trazer transformações é necessário que ela se dê como um tipo de relação diferenciada, onde novas respostas pode ser compreendidas e

experimentadas pelo paciente. Além desses fatores, uma das características da relação terapêutica que a torna diferente das relações é que ela precisa ser uma “audiência não punitiva” (SKINNER, 1953, apud ZAMIGNANI, 2000), considerado o terapeuta um agente reforçador.

A capacidade de estabelecimento de aliança terapêutica tem sido observada como fator de indicação de tratamento e também como sendo um fator preditivo no que se refere aos resultados. Pesquisas feitas apontam, de maneira consistente, uma correlação entre a qualidade da aliança terapêutica e os resultados das psicoterapias. As pesquisas ainda fazem sugestão de que a aliança é a variável mais fundamental para o sucesso em praticamente todas as psicoterapias (LUBORSKY e cols, 1983; RYAN; CICHETTI, 1985; MARZIALI, 1991, apud em CORDIOLI, 1998).

De acordo com Luborsky (1976, apud CEITLIN; CORDIOLI, 1998), são elementos fundamentais para se construir a aliança terapêutica as seguintes atitudes e comportamentos do terapeuta: recepção aos problemas e objetivos do paciente com a terapia; apresentar compreensão e aceitação do paciente; ter a capacidade de fazer o reconhecimento de quando o paciente faz progressos; crer e fazer a demonstração de que o paciente tem a capacidade de entender-se; levar em consideração o trabalho terapêutico como uma tarefa conjunta com o paciente (utilizando o pronome “nós”); apontar as experiências positivas da dupla; e dar apoio ao paciente para que mantenha defesas úteis e de atividades construtivas.

Para uma boa aliança é fundamental, ainda, um bom vínculo afetivo entre o paciente e o terapeuta, o que é considerado por Freud como devendo ser a primeira preocupação do terapeuta (CORDIOLI, 1998).

Pelo fato de se tratar de um conceito abstrato, diversos autores buscaram fazer o estabelecimento de critérios objetivos e escalas para avaliar a aliança terapêutica (MARZIALI e cols., 1981; LUDOSKY e cols., 1983; ALLEN e cols., 1984, apud CORDIOLLI, 1998), como: a capacidade de o paciente fazer o estabelecimento de um bom vínculo com o terapeuta; ser capaz de ter introspecção e ser coerente com os *insights* que obtiver; apresentar expectativas de sucesso com a terapia; e ter bom grau de flexibilidade psicológica (apresentar de forma espontânea material novo, ouvir sugestões e tarefas programadas e aceitar as medidas terapêuticas estabelecidas).

De acordo com Fiorini (1985), a personificação do vínculo na relação de trabalho precisa ser compreendida sob duas vertentes: a adequação do vínculo às necessidades específicas de cada paciente, e ao uso das capacidades e atitudes reais do terapeuta a serviço do processo (flexibilidade técnica do terapeuta).

O resultado das atitudes de cada um, tanto terapeuta quanto paciente, representa o vínculo terapêutico. As variáveis relacionadas à interação profissional-cliente trazem consigo uma grande parcela da responsabilidade acerca do andamento de uma psicoterapia. Dessa forma, a possibilidade de haver o sentimento de parceria torna mais fácil o estabelecimento do vínculo terapêutico, que é constituído em um dos elementos essenciais para elevar a possibilidade de sucesso de uma terapia, segundo Otero (2001).

A percepção do paciente acerca da relação terapêutica também está relacionada à efetividade do tratamento. Frank e Frank (1993, apud MEYER; VERMES, 2001) apontam que os pacientes que fazem a avaliação de maneira positiva de seus terapeutas (no começo do processo terapêutico) foram exatamente



os que alcançaram mais efetivamente seus objetivos. Dados mostrados por Marziali (1984, , apud MEYER; VERMES, 2001) apontam que a concordância entre terapeuta e cliente acerca da qualidade da relação terapêutica tem se considerado um fator preditivo para o sucesso.

### **3.1 A ALIANÇA TERAPÊUTICA DE FORMA GERAL**

O conceito de aliança terapêutica tem sua origem com a escola psicanalítica, tendo como mola mestra o conceito de transferência. Assim, para as psicoterapias de orientação psicanalítica, a observação dos aspectos transferenciais, na relação terapêutica é a principal fonte de informações sobre padrões de relacionamento do paciente, na medida em que se repetem com o terapeuta padrões primitivos de relações de objeto. Em função de uma interpretação sistemática de tais deslocamentos é que se possibilitaria a sua modificação.

O conceito de aliança terapêutica foi reintroduzido em 1956 por Zetzel, afirmando que no trabalho analítico, ocorria uma divisão no ego do paciente. Para Zetzel, essa divisão permitia que a parte madura observadora do ego se identificasse com o terapeuta para modificar defesas patogênicas.

Em 1965, Greenson propôs uma conceituação mais restrita de aliança terapêutica. Para esse autor, a aliança seria a relação racional, e não-neurótica do paciente com seu terapeuta.

Em 1976, Luborsky propôs a diferenciação do que ele denominou de aliança de trabalho, em “tipo I” e “tipo II”. Em resumo, aliança de trabalho tipo I é aquela em que há predominância, por parte do paciente, da crença de que é o terapeuta que irá ajudá-lo e apoiá-lo, cabendo ao paciente receber passivamente essa ajuda. Na

aliança tipo II, predomina a crença por parte do paciente de que ambos estão trabalhando juntos e sendo responsáveis pela resolução dos problemas. Desde então, este conceito vem sendo estudado exaustivamente e “foi a conceituação integrativa de Bordin (1979), que conferiu um novo ímpeto do atual interesse na pesquisa” (SAFRAN, 2002, p.176).

Bordin (1979), entende:

A aliança terapêutica é entendida como fator de mudança comum às formas de psicoterapia, o qual consiste em três componentes interdependentes; o elo da relação entre o cliente e o terapeuta, a tarefa da psicoterapia (isto é, a atitude específica que se espera que o cliente assuma) e os objetivos da psicoterapia (ou seja, o resultado geral que se busca). Segundo Bordin, a qualidade da aliança terapêutica é uma função de concordância entre terapeuta e cliente a respeito dos objetivos e tarefas da psicoterapia. (SAFRAN, 2002, p. 176).

Na conceituação da aliança proposta por Bordin (1979), “os fatores técnicos e do relacionamento são aspectos interdependentes do mesmo processo.” (SAFRAN, 2002, p.177).

Aliança terapêutica é um dos conceitos fundamentais da relação terapêutica, independente de qual seja a abordagem psicoterapêutica.

Muitos estudos têm demonstrado que uma aliança terapêutica positiva está associada a um bom resultado, que reflete três aspectos importantes do processo terapêutico: os sentimentos que os participantes têm entre si, o nível de acordo existente entre eles sobre os objetivos da terapia e o modo como irão alcançar esses objetivos (GREENBERG,2007).

Portanto, embora a origem do conceito de aliança terapêutica venha da psicanálise, ele pode ser encontrado nas diversas formas de terapias, psicoterapias e/ou relação médico-paciente. Tida como a variável mais fundamental para o sucesso de uma psicoterapia, a aliança terapêutica é vista como relação dual, uma formação de compromisso entre duas pessoas, uma verdadeira aliança. Pode ser compreendida como relação positiva e estável entre terapeuta e paciente, o que torna mais fácil o cumprimento de todo processo terapêutico, fazendo com que diminuam os índices de abandono.

Em 1893, Freud afirmou que “em análise transformamos o paciente num colaborador”, dando garantia de que é necessário, a priori o elo existente entre paciente e o tratamento, para que depois seja possível ser tratado analiticamente.

O conceito “aliança terapêutica” se refere à capacidade do paciente de fazer o estabelecimento de uma relação de trabalho com o terapeuta, em oposição às reações transferenciais regressivas e à resistência (EIZIRIK e Cols., 1998). Segundo tal variável, com relação à psicoterapia o paciente se põe no patamar de colaborador ativo do processo psicoterápico, considerando que independente de seus aspectos doentios, apresenta conservação de uma parte racional que irá se relacionar ao terapeuta visando levar adiante as tarefas a que serão desempenhadas em tal psicoterapia, e dessa forma se formará a aliança.

Sifneos (1976) fez o estabelecimento de um critério para que uma boa aliança terapêutica seja adquirida, tal critério se refere ao fato de que o paciente deve ter estabelecido uma relação emocional significativa em seu passado.

A fim de procurar a cura, o alívio dos sintomas, sejam eles quais forem, compreende-se que existe uma cooperação recíproca, um precisa da colaboração

do outro para que os dois possam obter os resultados desejados no processo psicoterápico.

É possível ver que a aliança terapêutica tem como fundamento o desejo consciente do paciente de cooperação e na disposição de aceitar a ajuda do terapeuta para superar suas dificuldades internas. Na aliança terapêutica há uma aceitação da necessidade de encarar os problemas internos e de realizar o trabalho analítico, por mais que exista a resistência interna (principalmente no caso de crianças) ou externa (SANDLER et al., 1969).

No ano 1950, foi proposto um conceito que pode se comparar ao da aliança terapêutica, denominou-a “confiança básica”, uma atitude, referente às pessoas e ao mundo em geral, que tem como base as vivências de segurança do bebê nos primeiros meses de vida. A falta da qualidade de "confiança básica", de acordo com o autor, é responsável pela falta de uma aliança terapêutica que tenha funcionamento pleno, o que se nota em determinados psicóticos e em outros pacientes que passaram por grave privação emocional na infância.

A aliança terapêutica é de grande relevância para qualquer tipo de terapia, considerando que não é exclusiva de uma ou outra escola teórica. Tal aliança se estabelece com base em uma experiência prévia, onde há possibilidade de interação com outra pessoa. Ela recebe influência “pelas imagens das pessoas por quem foi acostumado a ser tratado por afeição”, (FREUD, 1912, apud HORVATH, 1958, p. 36), tendo em vista que essas imagens e experiências repercutirão nos resultados de uma psicoterapia, considerando a orientação analítica.

Alguns autores, porém, não denominam tal fenômeno de transferência, e dizem que essa aliança se refere a uma experiência do passado, que irá servir para

que o sujeito possa se situar no presente, e não fazer uma repetição irracional do passado.

Sterba (1934) aponta a aliança terapêutica com base em uma dissociação terapêutica do ego, onde se podem destacar duas partes: uma que faz colaboração com o analista (voltando-se para a realidade) e outra que se opõe a ele (relacionada aos impulsos do id, às defesas do ego e às ordens do superego). A dissociação terapêutica do ego acontece por meio da identificação com o analista, este se representando pelo superego.

Sterba (1934) analisa que a transferência se dá como resistência ao processo de análise, uma vez que o paciente trabalha para que não se lembre de suas experiências e fantasias infantis. Tal situação faz com que o paciente possa se opor ao analista, tendo resistência em forma de defesa do seu ego. Dessa forma, o analista se encontra em uma situação difícil, onde se transforma no destinatário da repetição emocional atuante no paciente, uma vez que busca obstruir as lembranças que ele, enquanto analista procura revelar.

A aliança terapêutica apresenta um aspecto da transferência que não se separou de forma clara das demais formas de relação transferencial: “A aliança de trabalho é um fenômeno de transferência relativamente reacional, dessexualizado e desagressivado” (GREENSON; HAVENS, 1979, p. 67).

A aliança terapêutica irá depender de três fatores presentes nas psicoterapias: o paciente, o terapeuta e o enquadre. Cada um desses fatores precisa colaborar de alguma forma para o sucesso da psicoterapia, tendo em vista que o paciente colabora por meio do estabelecimento de um vínculo relativamente racional, partindo de seus componentes instintivos neutralizados, e o terapeuta

colabora com seu empenho em buscar compreender e superar a resistência presente nesta relação, com empatia e aceitando o paciente sem que o julgue ou domine.

Um dos aspectos comumente mencionados como determinante da qualidade da aliança terapêutica se refere à personalidade do paciente, que, dentre os demais aspectos, pode se manifestar por meio do padrão defensivo do mesmo. Os mecanismos de defesa se constituem como um conjunto de operações que dão permissão para diminuir ou eliminar estímulos que sejam capazes de causar desprazer, tentando, dessa forma, alcançar a manutenção do equilíbrio do aparelho psíquico. A utilização de mecanismos de defesa está presente em todas as pessoas e é fundamental para o funcionamento psíquico. O que faz a definição de uma melhor ou pior capacidade adaptativa é a natureza, a intensidade e a frequência de utilização dos mecanismos de defesa mais, ou menos, maduros.

Por mais que haja, a princípio, uma hipótese teórica de que a utilização de mecanismos de defesa mais maduros irá facilitar o estabelecimento da aliança terapêutica, alguns estudos, como um estudo multicêntrico que realizou a investigação da associação entre os mecanismos de defesa usados pelo paciente e a qualidade da aliança terapêutica, apontaram que o padrão defensivo não teve influência sobre a qualidade da aliança terapêutica ou a melhora em psicoterapia breve dinâmica, chegando a conclusão de que os sintomas cedem no início da terapia e que as defesas podem alterar-se ao longo do tratamento. O resultado de tal estudo foi a comprovação de que não existe relação entre o uso de mecanismos de defesa e a qualidade da aliança terapêutica o que faz com que pensemos que o que pode colaborar para tal qualidade sejam aspectos inespecíficos, como as características do terapeuta.

Ackerman afirmou, em sua pesquisa acerca da influência das características do terapeuta e de sua técnica no desenvolvimento da aliança terapêutica, que certas características do terapeuta, como flexibilidade, respeito, honestidade, confiabilidade, confiança, calor humano, interesse e tolerância, dão contribuição positiva para a formação da aliança terapêutica. A utilização de técnicas de exploração, reflexão, valorização de resultados, interpretações acuradas, facilitação da expressão dos afetos e valorização da experiência do paciente também dão contribuição positiva na aliança.

Meltzer, afirma que existe em cada doente, uma parte adulta que iria constituir a aliança terapêutica, tal parte se refere à um nível mais maduro da mente proveniente da identificação introjetiva com objetos internos adultos.

No ano de 1977, foi sugerido que nenhuma análise é capaz de avançar sem a formação de uma aliança terapêutica racional e confiável, considerando a primeira tarefa da psicoterapia elaborar tal etapa (KAPLAN, SADOCK; GREBB, 1997).

Segundo Lacan, Aliança Terapêutica se refere à ligação do ego do paciente ao ego do terapeuta. Meissner tem a aliança terapêutica como algo dinâmico, específico, que evolui de acordo com o desenvolvimento da terapia.

A aliança terapêutica é enquadrada no processo terapêutico, por apresentar envolvimento de aspectos transferências e contratransferências, como o envolvimento com as histórias do paciente e do terapeuta, e evolui mais no paciente do que no terapeuta. O *setting* surge para a efetuação da manutenção das regras da terapia, no desenvolvimento de uma ressonância empática do entendimento, das descobertas, das formulações, das explicações e das interpretações, sendo responsável dessa forma por agregar um papel crítico em diversos níveis do

processo terapêutico, mostrando-se de maneira muito dinâmica podendo ser modificado e adequado segundo o caráter e o significado do progresso terapêutico. Para isso, é necessário que exista o desenvolvimento de uma confiança a fim de que seja possível o estabelecimento de uma aliança terapêutica.

Baudry aponta três possibilidades de fatores pessoais do analista que são capazes de dar influência a aliança terapêutica:

Sentimentos e atitudes egossintônicas que permeiam os aspectos do funcionamento tanto pessoal quanto profissional;

Aspectos no estilo de ser do terapeuta, como habilidade, verbosidade, uso do humor ou de ironia;

Reações características do terapeuta às variações do afeto do paciente ou a problemas no tratamento. (BAUDRY apud MEISSNER, 1931, p.73)

Outro ponto que se deve considerar é o fato de que os pacientes são examinados por terapeutas com características específicas (como idade, sexo, experiência e características pessoais diversas), o que porventura poderia comprometer tanto a validade interna (pelas diferenças entre eles) como a validade externa.

### **3.2 ALIANÇA TERAPÊUTICA NA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Em nossos estudos para realização deste trabalho, constatamos que o conceito de aliança terapêutica em TCC, ainda é pouco explorado como objeto de pesquisa, embora a literatura revele haver uma atenção maior para a relação terapêutica, por parte da Terapia Cognitiva, desde a última década.

A investigação psicoterapêutica tem, tradicionalmente, feito a distinção entre fatores específicos e não específicos. Fatores específicos se referem às variáveis



técnicas de um tipo particular de psicoterapia, ao passo que, fatores não específicos se referem às variáveis comuns a todas as formas de psicoterapia.

Na TCC, a técnica, tem sido vista como o agente central da mudança, em detrimento da aliança terapêutica. Entretanto, atualmente, muitos terapeutas cognitivo-comportamentais reconhecem a aliança terapêutica como parte fundamental do processo terapêutico (SAFRAM, 2007). Em se tratando das abordagens cognitivo-comportamentais, a relação terapêutica positiva é vista como necessária, mas não suficiente para que as mudanças possam ocorrer, pois a TCC reflete um método diretivo e semi-estruturado, direcionado à resolução de problemas.

Segundo Judith Beck (2007), alguns pacientes parecem não se importar com a relação de proximidade com seu terapeuta, visando apenas ferramentas para aliviar seu sofrimento, porém muitos deles somente irão adquirir ou usar novas habilidades para mudar suas crenças, ações e emoções, se esta aprendizagem prescindir de uma relação de apoio e empatia. Para Judith Beck existem alguns princípios básicos da terapia cognitiva, que auxiliam no estabelecimento e na manutenção de uma boa relação terapêutica de modo geral, como:

- Colaborar ativamente com o paciente.
- Demonstrar atenção, entendimento e empatia.
- Promover a adaptação da abordagem terapêutica ao paciente.
- Propiciar o alívio da angústia.
- Colher no final das sessões , o *feedback*.

As técnicas cognitivas estandardizadas e específicas continuam sendo utilizadas para auxiliarem no alívio do sofrimento do paciente, entretanto, a

importância da relação terapêutica vem progressivamente ganhando destaque (SAFRAM, 2007).

A TCC de acordo com Knapp (2004) é um termo genérico que engloba mais de vinte abordagens inseridas em um modelo cognitivo e cognitivo-comportamental que tem dado comprovações de sua eficácia no que se refere ao tratamento de vários transtornos neuropsiquiátricos. Sua aplicação no atendimento tem como objetivo entender o desenvolvimento do repertório comportamental e das cognições dos sujeitos.

Compreendem-se por cognições a organização de pensamentos, expectativas e memórias e, em um conceito mais abrangente, habilidades de maior complexidade, como as capacidades de resolver problemas, comunicação e linguagem que afetam de forma direta o comportamento dos sujeitos.

Dessa forma, um dos principais fundamentos da TCC se refere ao fato de que essas cognições influenciam tanto os comportamentos quanto os sentimentos desses sujeitos. Em vista de tal premissa, a TCC faz uso de uma série de técnicas que fazem com que seja promovida a modificação das cognições e dos comportamentos dos seres humanos comprovada empiricamente por estudos controlados de forma científica e tem se transformado em um dos principais paradigmas para o tratamento de diversas desordens. Com dito, uma das vertentes que hoje em dia é mais usada pela TCC é a de Aaron Beck, terapeuta cognitivo e seus colaboradores, que promove a integração de um modelo cognitivo e um conjunto de técnicas e estratégias terapêuticas fundamentadas de forma direta no modelo da terapia objetiva. Este tem como base a hipótese da vulnerabilidade cognitiva como sendo um esquema psíquico de transtorno emocional. A

vulnerabilidade cognitiva é a tendência de certos sujeitos de cometer distorções sistemáticas ao realizar o processamento de informações, distorções que os colocam em situação de predisposição a transtornos emocionais.

Dessa forma, o modelo de Beck tem como princípio básico a proposição de que não é a situação que faz a determinação das emoções e do comportamento de um sujeito, e sim suas cognições ou interpretações acerca de tal situação, as quais refletem formas idiossincráticas de processar a informação. Baseando-se em tal princípio e na hipótese de primazia das cognições é que se busca a reestruturação cognitiva, que almeja reorganizar psicologicamente o sistema de esquemas e crenças do paciente, objetivando propor desafios aos pensamentos e às crenças disfuncionais, que ao longo do desenvolvimento do sujeito tornaram-se pouco saudáveis.

As estratégias comportamentais visam basicamente fazer a avaliação das consequências das condutas do indivíduo e de que forma essas condutas mantêm um funcionamento desadaptativo. Assim, procura-se transformar tal funcionamento a fim de implementar novos tipos de comportamentos que possam trazer benefícios tanto ao próprio indivíduo quanto às pessoas que o cercam.

O terapeuta cognitivo-comportamental tem como objetivo promover o desenvolvimento no paciente da flexibilidade cognitiva por meio do desafio de suas cognições, visando a promoção de transformações nas emoções e nos comportamentos que as acompanham. Por vezes, a mudança no comportamento faz alterações no sentido inverso: elas também têm a capacidade de transformar a maneira como o paciente pensa acerca de determinada situação.

A TCC, por mais que seja uma abordagem estruturada, tem como base uma relação colaborativa entre o terapeuta e o paciente, onde ambos apresentam um papel ativo no processo psicoterápico. Visa não somente solucionar problemas imediatos do paciente, mas por meio da reestruturação cognitiva, procura dotá-lo de um novo conjunto de técnicas e estratégias visando torná-lo capaz, a partir daí, de fazer o processamento e dar respostas de maneira funcional, compreendendo que funcional se define como táticas que são usadas para realizar suas metas. Segundo o funcionamento de cada paciente se dá o desenvolvimento de um planejamento com base em metas e objetivos específicos a cada etapa do tratamento.

De acordo com a TCC a empatia do paciente com o terapeuta faz a constituição do primeiro passo para que se possa estabelecer uma aliança terapêutica produtiva. Nos dias de hoje, muitos terapeutas cognitivo-comportamentais (Leahy, 1993; Safra, 1998; Safra & Segal, 1990; Young et al., 2003 cit in Katzow & Safran, 2007) fazem a conceituação de aliança como sendo parte integral do tratamento, que pode ser utilizada em conjunto com uma técnica para a produção da mudança (KATZOW; SAFRAN, 2007).

Segundo Otero (2001) o produto das atitudes de cada um, tanto terapeuta quanto paciente, aparece no vínculo terapêutico. As variáveis em conjunto com a interação profissional-paciente carregam consigo uma parcela da responsabilidade acerca do andamento de uma psicoterapia, a possibilidade de sentirem-se parceiros faz com que seja mais fácil estabelecer o vínculo terapêutico, que é um dos elementos cruciais para o aumento da possibilidade de sucesso de uma terapia.

#### 4 EMPIRISMO COLABORATIVO E ALIANÇA TERAPÊUTICA

De forma objetiva, podemos compreender empirismo como uma atitude filosófica que atribui à experiência sensorial a origem de todos os conhecimentos humanos.

O termo “empirismo colaborativo”, propriamente dito, foi cunhado por Beck, Rush, Shaw e Emery em 1979, e se caracteriza como uma relação em que dois investigadores , paciente e terapeuta, trabalham juntos para analisar e avaliar a precisão de certos dados de uma percepção. (SUDAK, DONNA, 2008). Podemos compreender que a terapia cognitiva reflete uma postura construtivista, quando propõe que nossas respostas emocionais e comportamentais, bem como nossa motivação, não são causadas por eventos externos, mas pela maneira como os processamos.

As representações, interpretações e atribuições de significados às situações, dadas pelos pacientes, refletem-se no conteúdo de vários fluxos de processamento cognitivo em nível pré-consciente – os pensamentos automáticos. Desta forma, o real é percebido sensorialmente e os elementos da percepção sensorial são organizados em estruturas cognitivas denominadas esquemas, cujo sentido é refletido em suas crenças correlatas. Considerando este modelo como sendo um princípio básico na terapia cognitiva, o resultado desse processamento esquemático reflete as representações do real pelo paciente, e não o real propriamente, configurando o conceito de distorções cognitivas, que causam emoções desagradáveis, que por vezes, geram comportamentos inadequados. Quando este ciclo é experimentado repetidamente, em diversas situações, causando prejuízos de várias formas e sofrimento emocional, a pessoa busca ajuda.

O empirismo colaborativo é configurado quando terapeuta e paciente adotam uma postura igualmente ativa na busca de alívio do sofrimento do paciente. O objetivo do terapeuta cognitivo-comportamental é levar o paciente à reflexão sobre seus pensamentos, emoções e comportamentos, promovendo a reestruturação cognitiva, que possibilitará ao paciente processar informações de maneira mais flexível. Podemos concluir que o papel do terapeuta cognitivo-comportamental deverá ser questionador, ativo e diretivo.

Neste sentido, construir uma aliança terapêutica forte, com o empirismo colaborativo como foco central, é fundamental para atingir os resultados na terapia cognitivo-comportamental, pois a maioria dos pacientes, no início do processo terapêutico, não consideram seus pensamentos, suas regras e suas crenças como hipóteses a serem testadas e que, para alcançar os resultados, ele, o paciente, terá que se tornar um co-investigador.

Portanto, o empirismo colaborativo, em que tanto o terapeuta quanto o paciente assumem uma postura de trabalharem juntos e em comum acordo para atingir determinados objetivos e mudanças, é o cimento na construção da aliança terapêutica em TCC.

A TCC não desconsidera a relevância das contribuições significativas de outras abordagens psicoterápicas, atentando aos conceitos propostos pela terapia centrada no paciente (empatia e aceitação incondicional) e pela psicanálise (transferência e contratransferência), porém o terapeuta cognitivo-comportamental deve se manter continuamente ativo, fazendo a interação deliberada com o paciente (BECK; RUSH; SHAW; EMERY, 1997).

Um recurso que torna favorável a aliança terapêutica segura é o estilo colaborativo onde há o desenvolvimento do processo de tratamento (FALCONE, 2001).

Dattilio e Padesky (1995) apontam que empirismo diz respeito ao processo de coleta de dados para determinar as evidências contra e a favor de pensamentos e crenças do paciente, sendo colaborativo tendo em vista que o terapeuta e o paciente trabalham em conjunto, em parceria, para compreensão e solução dos problemas do paciente.

A colaboração e a participação ativa são características fundamentais da TCC. Quando apresenta os dez princípios da TCC, Beck (1997) aponta que, no começo do processo, o terapeuta se mostra mais ativo na sugestão de uma direção para as sessões de terapia e no resumo do que eles foi discutido durante a sessão; porém, ao passo que vai conhecendo a TCC, o paciente deve se tornar significativamente mais ativo na sessão, fazendo decisão acerca dos tópicos da agenda, bem como o resumo da sessão, apresentando a tarefa de casa, e, dessa forma, participando cada vez mais das decisões acerca da sua vivência terapêutica. De forma paulatina, tal atuação irá se incorporar às sessões.

Sendo agente ativo, o terapeuta faz a interpelação do paciente, opinando, questionando, propondo temas, emitindo *feedback*, usando técnicas que englobam tarefas, *role play*, ensaios e exposições em ambiente natural, participando de maneira mais ativa do processo do que terapeutas das demais abordagens.

Por outro lado, o paciente deve receber estímulos à participação do processo terapêutico, com o desenvolvimento da responsabilidade pelos rumos deste processo, estabelecimento das metas do tratamento, apresentando suas

experiências nas sessões, fazendo a proposta de temas para a agenda, aceitando ou rejeitando as intervenções do terapeuta, etc.

A sua educação no modelo cognitivo irá permitir que, com a elevação da sua experiência com os princípios da TCC, o paciente aprenda a ser o seu próprio terapeuta (FALCONE, 2001), fazendo a identificação de suas cognições e aplicando as técnicas de reestruturação cognitiva. Por meio de tal psicoeducação, Rangé e Sousa (2008) apontam que, na TCC, o paciente aprende a fazer a identificação, o manejo, a modificação de seus pensamentos e comportamentos visando, ao final da terapia, dar continuidade às aplicações do modelo cognitivo em situações conflituosas.

Por mais que faça uso de um modelo diretivo, a TCC tem investido bastante na participação ativa do terapeuta e do paciente. Sabe-se que o terapeuta mostra uma estrutura para as sessões, mas o que irá acontecer durante um atendimento se decide sempre em conjunto com o paciente. Ao estabelecer a agenda da sessão, por exemplo, o terapeuta pode propor o tópico que sente necessidade de abordar com o paciente na sessão, porém se naquele dia acontecer que o paciente, teve uma experiência traumática durante a semana e fez o relato, ao realizar a atualização do seu problema, pode ser necessária a abordagem desta questão urgente e delicada que está comprometendo seu estado emocional.

Wright, Basco e Thase (2008) apontam que a atitude empírica da atividade colaborativa é manifestada quando o terapeuta e o paciente trabalham em conjunto, como uma equipe investigativa, com o desenvolvimento de hipóteses acerca da validade das crenças e das estratégias de enfrentamento que são usadas pelo paciente. Em parceria, terapeuta e paciente agem como peritos investigativos da



mente humana, como estudiosos que fazem o teste empírico das hipóteses do paciente, confrontando as crenças do paciente com as evidências que se obtêm por meio das vivências significativas apresentadas nas sessões. Este teste empírico é que irá corroborar ou refutar as hipóteses do paciente.

## 5 POSTURA EMPÁTICA DO TERAPEUTA E ALIANÇA TERAPÊUTICA

No campo da psicoterapia, a obra mais importante sobre o conceito de empatia foi a de Carl Rogers (1957). Ele sugeriu que a empatia, o calor humano e a autenticidade por parte do terapeuta seriam as condições necessárias e suficientes para a mudança terapêutica (CORDIOLI, 2008).

Estudos recentes sugerem que a empatia engloba componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. O componente cognitivo caracteriza-se por uma capacidade de compreender, de forma acurada, a perspectiva e os sentimentos dos outros. O componente afetivo da empatia caracteriza-se por sentimentos de compaixão e simpatia pelo paciente, além de preocupação com o seu bem-estar, não implicando necessariamente experimentar os mesmos sentimentos do paciente, mas o terapeuta experimenta um entendimento do que é sentido pelo paciente. A empatia não é somente um entendimento intelectual, mas também um sentimento ou um processo experiencial de entendimento. O componente comportamental da empatia consiste em transmitir um reconhecimento explícito e uma elaboração dos sentimentos e da perspectiva do paciente, de tal forma que ele se sinta compreendido e que isso possa ajudá-lo a obter uma melhor compreensão a respeito de seu estado interno.

Para Judith Beck (2007), demonstrar empatia, atenção, otimismo, originalidade, competência e compreensão apurada são atributos fundamentais para que se construa uma aliança terapêutica eficaz. Geralmente, os pacientes não colaboram quando o terapeuta é percebido, como autoritário, arrogante ou confrontador. A reação dos pacientes tende a ser positiva quando o terapeuta atua

com firmeza e otimismo quanto à possibilidade de que a terapia possa ajudá-los . Ressaltamos que o compromisso do paciente com a terapia deve ser encarado pelo terapeuta como o principal objetivo no início da terapia. É imprescindível que o terapeuta cognitivo adote uma postura empática já nas sessões iniciais, para possibilitar que o compromisso terapêutico se estabeleça. Portanto, as primeiras sessões devem priorizar alguns aspectos como: conhecer as expectativas do paciente em relação à terapia, delimitar os objetivos e resgatar a esperança.

A empatia está particularmente ligada a um bom compromisso, pois o desejo de entender e de verdadeiramente se entender com o paciente é o elemento fundamental para que a relação terapêutica se constitua em um veículo para a mudança de comportamento.

Para Sudak, a postura empática do terapeuta, também se estabelece através de sua expressão facial e corporal, que podem transmitir ao paciente a sensação de estar sendo acolhido, considerado, compreendido e desta forma, este começa a sentir-se visto, valorizado e respeitado, tornando-se mais propenso a confiar e a abrir-se para o terapeuta.

Para a TCC, o terapeuta deve se tornar capaz de estabelecer um vínculo que possibilite ao paciente experimentar pensar, sentir e comportar-se de maneira mais adequada com a realidade, ou seja, avaliar a precisão de certos dados e situações percebidas pelo paciente, podemos concluir que é de suma importância que o terapeuta seja hábil em desenvolver uma postura empática, principalmente no início da terapia, bem como ao longo do tratamento.

O conceito de empatia, como dito, foi tratado por Carl Rogers como uma das atitudes do terapeuta, em conjunto com o calor humano e a autenticidade, que se

apresentam positivas para a transformação terapêutica (apud ISOLAN, PHEUA; CORDIOLI, 2008).

Na TCC, a empatia é um instrumento fundamental para a que se possa compreender o processo de construção de cognições, afetos e comportamentos apresentados pelo cliente.

Segundo a proposta Cognitivista (BECK, apud ABREU; ROSO, 2003), não é em função da situação ou o contexto que se determina o que as pessoas sentem, e sim a maneira como elas interpretam e analisam os fatos em uma determinada situação. É preciso levar em conta que a realidade, como se concebe pelo paciente, se constrói subjetivamente, isto é, irá depender da forma como o indivíduo construiu sua rede de significados, partindo de sua percepção desta realidade. Quando o paciente faz a apresentação de uma crença tida como bizarra (como o fato de o namorado não ligar ser visto pela namorada como sinal de falta de amor), é preciso investigar, na história do paciente, como construiu o raciocínio que fundamenta tal crença. Podem-se observar as revelações acerca do ciúme, por exemplo (RAMOS, 1998). Por meio das razões indicadas pelo paciente para o seu ciúme, pode-se realizar a identificação da lógica do seu raciocínio. Tendo como referência a leitura que ele realiza dos fatos, pode-se concluir que, no lugar dele, outra pessoa também estaria sentindo ciúme, que se trata de um comportamento comum do ser humano. O pensamento ilógico que é atribuído à interferência do afeto no processamento da informação, deve ser analisado partindo do referencial do paciente, que irá revelar uma ordenação lógica dos argumentos que fundamentam o raciocínio do ciumento. Como consequência, é possível admitir que, quando o indivíduo busca explicitar as causas do seu sentimento de ciúme, ele o realiza por meio da construção de um discurso com base em premissas e chega à conclusão de que as mesmas causam o

ciúme, o que justifica as manifestações desse sentimento. O recurso que tem a capacidade de apontar tal lógica interna do paciente é a empatia.

A empatia pode ser compreendida como o entendimento do ponto de vista do paciente e sua visão de mundo (ISOLAN, PHEUA, CORDIOLI, 2008). No que se refere ao ponto de vista cognitivo-comportamental, a empatia engloba a capacidade de colocar-se no lugar do paciente a fim de conseguir intuir o que ele está sentindo e pensando, e, ao mesmo tempo, continuar mantendo a objetividade para discernir possíveis distorções, raciocínio “ilógico” ou comportamento desadaptativo, que tenham a capacidade de dar contribuições para o problema (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). Conforme apontam Beck, Rush, Shaw e Emery (1997), é necessário que o terapeuta tenha a capacidade de compreender como o paciente estrutura e tem reações a certos eventos. Ser empático, de acordo com Meyer e Vermes (2001), engloba a adoção da perspectiva do outro uma disposição para se por no lugar do outro, podendo ou não provar os mesmos sentimentos.

Assim, considerando a compreensão da lógica do paciente, que se obtém por meio da empatia, se terá condição para realizar a reestruturação cognitiva e a transformação de seu comportamento.

## 6 PSICOEDUCAÇÃO, *FEEDBACK* E ALIANÇA TERAPÊUTICA

Durante a pesquisa para realização deste trabalho, deparamos com a seguinte pergunta de um internauta em um site de relacionamento: o que vem primeiro, a psicoeducação ou a terapia?

Segundo Donna Sudak (2008), o processo psicoterapêutico se inicia com o relacionamento e a instrução do paciente, ou seja, a psicoeducação. Nas primeiras sessões, o terapeuta faz a avaliação do estado geral do paciente e a seguir apresenta um modelo conceitual ao paciente, a partir do qual este entende os seus problemas.

A psicoeducação começa quando o terapeuta apresenta o modelo cognitivo, explicando os conceitos básicos da terapia cognitiva, promovendo um diálogo aberto com o paciente, onde ele possa colocar suas expectativas em relação à terapia; isto facilita a construção da aliança terapêutica.

A TCC estabelece uma abordagem ativa, em que o paciente é convidado a adotar uma postura de análise de seus pensamentos, emoções e comportamentos com objetivo de resolver seus problemas e aliviar seu sofrimento. O trabalho do terapeuta tem o objetivo de evocar e proporcionar *feedback* ao paciente, com a finalidade de monitorar o progresso rumo aos resultados esperados por ambos. É especialmente importante que o terapeuta solicite ativamente o *feedback* negativo a seu respeito ou às suas intervenções, para que se certifique de que o paciente desenvolva uma compreensão sobre seu tratamento.

Para Sudak, os pacientes não participam com facilidade de atividades que não considerem proveitosas, de maneira que obter o seu *feedback* pode melhorar a adesão às tarefas de casa e, conseqüentemente, fortalecer a relação terapêutica. Assim, é valioso pedir ao paciente que explique o seu entendimento usando suas próprias palavras.

Pensamos que o uso da psicoeducação, principalmente nas primeiras sessões, torna-se um grande facilitador na construção da aliança terapêutica, especialmente para terapeutas iniciantes.

Na TCC, o terapeuta explica para o paciente a natureza da terapia, os fundamentos básicos do processo terapêutico, as regras do contrato e os objetivos a serem alcançados. A psicoeducação, segundo (SUDAK, 2008), torna-se um instrumento que contribui para preparar o caminho para o tipo de relacionamento ativo proposto pela TCC.

Durante todo o relacionamento terapêutico, tanto paciente quanto o terapeuta monitoram o progresso rumo aos objetivos estabelecidos. Vários teóricos concordam que o *feedback* e a avaliação do progresso da terapia são uma parte crítica do papel do terapeuta, principalmente para os iniciantes. Torna-se necessário que o terapeuta solicite e até o estimule que o paciente relate *feedback* negativo a seu respeito ou sobre as intervenções para manter fortalecida a aliança terapêutica. O *feedback* do paciente, além de aumentar o nível de confiança e entendimento no relacionamento, também fornece informações sobre suas regras e as crenças sobre outras pessoas, incluindo o terapeuta, que contribui para elaboração da conceituação do paciente.

Judith Beck (2007) enfatiza que algumas vezes, os problemas na relação terapêutica são óbvios, como quando um paciente questiona firmemente a

motivação ou o grau de competência de seu terapeuta, quando mente deliberadamente ou quando acusa o terapeuta de não se importar com ele. Entretanto, os sinais de um possível problema na relação terapêutica costumam ser mais sutis e o terapeuta talvez não perceba que há um problema – e se ele está ou não relacionado à aliança. Os pacientes podem evitar o contato visual e mostrarem-se hesitantes ao falar. Podem parecer subitamente mais angustiados. Nestes casos, a linguagem corporal pode indicar que eles estão tentando se proteger. É essencial que o terapeuta esteja em sintonia com os estados emocionais do paciente e às suas mudanças de sentimento durante a sessão terapêutica, para que possa perceber a presença de pensamentos automáticos que podem interferir potencialmente, no tratamento.

Segundo Judith Beck, é importante observar que muitas mudanças de sentimento não estão relacionadas a um problema na relação terapêutica. Os pacientes podem expressar pensamentos automáticos sobre eles mesmos (“Eu sou um desastre”), sobre o tratamento (“Isto é muito difícil”), ou sobre suas dificuldades, (“E se eu não conseguir resolver meus problemas?”).

Podemos concluir que a psicoeducação e o *feedback* são ferramentas indispensáveis na construção da aliança terapêutica.

A psicoeducação é uma disciplina científica de conhecimento e atuação bidimensional entre a Saúde e a Educação, que faz interação com o processo de aprendizagem humano, especificamente sendo orientada para os seus padrões normais e patológicos, levando em conta a influência do meio, da família, da sociedade e do percurso profissional do sujeito em sua trajetória de vida (CAMINHA et al., 2003).



O conceito de psicoeducação foi primeiramente mencionado em um artigo científico “Psychotherapy and re-education” por John E. Donley, publicado em 1911 no “Journal of Abnormal Psychology”. Todavia, somente depois de trinta anos é que houve uma introdução mais assertiva de tal conceito na literatura da especialidade, por meio da publicação em 1941 do livro “The psychoeducational clinic” de Brian E. Tomlinson (GLICK, 1994).

A psicoeducação foi bastante explorada na França, por meio da realização de uma tese, sob o título “La stabilité du comportement”, publicada em 1960 (BÄUML et al., 2006) e foi impulsionada partindo dos trabalhos de Brown e colaboradores (1962), nos quais houve uma abordagem da psicoeducação como metodologia de transformação de algumas atitudes familiares e maneira de prevenção de recaídas em pessoas com psicose esquizofrênica.

Na década de 1970, os programas psicoeducacionais para familiares de indivíduos com doença mental passaram a ter função importante no plano de reabilitação do doente, passando-se a ouvir de forma frequente o termo psicoeducação familiar, que surgiu com Anderson et al. (WATKINS; CALLICUT, 1997; POSNER et al., 1992).

Knapp e Isolan (2005) creem que um dos principais objetivos da psicoeducação se refere à adesão à medicação. Ela objetiva oferecer aos pacientes informações acerca da natureza e do tratamento da perturbação psicótica, o que promove ensinamentos teóricos e práticos para que o paciente tenha capacidade de compreender e lidar melhor com a sua doença, isto é, promove o desenvolvimento de uma estratégia de *coping* adequada ao seu caso. Os autores afirmam ainda que outros tópicos precisam ser abordados em intervenções psicoeducativas como a

identificação precoce dos sintomas prodrômicos, o não uso de drogas ilícitas e a capacidade de enfrentamento com autoconfiança das situações causadoras do estresse e da ansiedade.

Dessa forma, a psicoeducação tem sido vista como uma intervenção didático-psicoterapêutica sistemática, que se designa para informar os sujeitos e seus familiares acerca da patologia, do tratamento e das estratégias de *coping* (BÄUML et al., 2006) que, quando em conjunto com o tratamento farmacológico, pode orientar pacientes na estabilização do humor, reduzir os internamentos hospitalares e elevar o funcionamento do indivíduo em diversas áreas (HUXLEY et al., 2000).

Tal intervenção pode ser considerada como o estabelecimento de um fluxo de informações de terapeuta para paciente e vice-versa, assim como em qualquer intervenção terapêutica, tem como base o bom senso. Visa fornecer aos pacientes psicóticos uma abordagem teórico-prática que possa favorecer a compreensão da sua doença, de maneira a fazer do paciente um colaborador ativo, que se alie aos profissionais de saúde envolvidos e como consequência torne o procedimento terapêutico mais eficaz (JUSTO; CALIL, 2004). De acordo com Caminha e colaboradores (2003), pode-se afirmar ser crucial que o paciente seja informado no que se refere ao modelo de tratamento ao qual será submetido.

Acerca de tal visão, a psicoeducação pode ser considerada como parte fundamental de praticamente todos os protocolos de tratamento de perturbação psicótica com a TCC. O seu caráter educativo está presente durante todo o tratamento, considerando que a tarefa do terapeuta é educar e familiarizar o paciente no que se refere aos seus problemas e à sua patologia, deixando claro

para ele as implicações e consequências do diagnóstico que se estabelece (CALLAHAM; BAUER, 1999).

Essa modalidade de tratamento é caracterizada por ser limitada no tempo, estruturada, diretiva, com ênfase no presente e na busca de resolução de problemas. Pode-se apontar também que se trata de uma abordagem com base em métodos experimentais e científicos que usa vários meios, tais como, panfletos e folhetos elucidativos, livros de linguagem acessível, filmes, computador, entre outros, para alcançar o propósito de educar o paciente acerca de sua patologia, tendo capacidade, assim, de fazer a identificação de comportamentos e pensamentos disfuncionais que potencializam ansiedade e sofrimento (BASCO; RUSH, 2005).

Gonzalez-Pinto et al. (2004) fizeram um estudo de revisão acerca da psicoeducação e TCC para a perturbação psicótica, dando uma visão geral das referidas modalidades de tratamento. Os autores fizeram a avaliação de publicações da língua inglesa entre os anos 1971 e 2003 e relataram que, quando em combinação com tratamento farmacológico, a psicoeducação auxilia na melhoria da adesão ao tratamento. Também mostraram que o estímulo da aprendizagem na identificação precoce dos sintomas maníacos ajuda a melhorar os resultados terapêuticos e a diminuir o número de episódios psicóticos.

Tem-se conhecimento do percurso pessoal de Aaron Beck até a formulação do seu modelo de TCC, partindo de conceitos psicanalíticos (BECK, RUSH, SHAW; EMERY, 1997; WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). A TCC faz o reconhecimento da importância da transferência e da contratransferência na prática terapêutica.

É muito comum o fenômeno de transferir para outras pessoas aspectos particulares da sua vida psíquica (EIZIRIK; LIBERMAN; COSTA, 2008), como cognições e afetos, não sendo uma característica exclusiva da relação terapêutica. Os sentimentos de submissão à autoridade que uma pessoa possa ter experimentado na sua infância podem se transferir para sua relação com superiores, como chefes e professores.

A presença da transferência, principalmente de experiências do passado para a relação presente, na análise terapêutica foi inserida por Sigmund Freud, que fez o relato de tal fenômeno em seu trabalho *Fragmentos de uma análise de um caso de histeria*, comumente conhecido como caso Dora, de 1905. A transferência acontece como um deslocamento para a atualidade de impulsos, defesas, atitudes, sentimentos e respostas que ocorreram em suas relações com os primeiros objetos da vida (DEWALD, apud EIZIRIK et al., 2008), não como alguma coisa do passado, e sim como um vínculo atual com o terapeuta (Freud, 1905/1972).

Freud (1905/1972) aponta que alguns conteúdos e afetos podem ser simples reimpressões, como reedições inalteradas, ao passo que em outros casos de transferência, os materiais do paciente são reeditados e revisados de forma atualizada. Essas relações transferenciais são sempre, de acordo com Greenson (apud EIZIRIK et al., 2008), inconscientes.

De acordo com Klein (1989), com o estabelecimento da relação terapêutica, o paciente passa a reviver os sentimentos e as fantasias relacionados ao amor e ao ódio de suas relações objetais com os pais e com figuras significativas, que se atribuem à pessoa do terapeuta.

A transferência é tida *positiva* quando os sentimentos que se atribui ao analista são de amor e admiração e *negativa* quando se referem a sentimentos de hostilidade e inveja (GERRIG; ZIMBARDO, 2005).

Em se tratando de TCC, o conceito de transferência sofre uma revisão a fim de que possa se tornar consistente com as teorias e os métodos de tal abordagem (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

De acordo com Beck et al. (1997), a transferência não é considerada como um mecanismo de aprendizagem e transformação primordial, como se vê nas abordagens psicodinâmicas, entretanto é relevante ter consciência da presença de transferência nos pacientes e a capacidade de utilizar esse conhecimento a fim de trazer melhorias para a relação terapêutica e mudar os padrões disfuncionais de pensamento. Na TCC, a ênfase não se encontra nos componentes inconscientes ou nos mecanismos de defesa, e sim nas formas de pensar, sentir e agir que se repetem no *setting* terapêutico (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008).

Segundo Eizirik e Hauck (2008), para que se instaure o processo analítico, é preciso que a transferência alcance um grau de intensidade que seja próximo da força das relações primárias internalizadas.

Os sentimentos e pensamentos que o paciente prova em sua vida diária, não necessariamente vivências do passado, ao serem relatados na terapia e depositados na figura do terapeuta, dão permissão para a conceituação do problema do paciente no modelo cognitivo-comportamental. Para tanto, podem ser usadas técnicas específicas que oferecem ao paciente a oportunidade de entrar em contato com seus conteúdos psíquicos.

A fim de ativar as cognições do paciente, existem técnicas para identificação dos pensamentos automáticos (WRIGTH; BASCO; THASE, 2008), tais como o Inventário de Pensamentos Automáticos, a Lista de Pensamentos Automáticos, o Diário de Registro de Pensamentos, a descoberta guiada, técnica de imagens mentais, *role play*, entre outras. Para identificar as crenças nucleares e esquemas, é possível fazer uso da técnica da seta descendente, a Lista de Esquemas, o Questionário de Esquemas de Young (YOUNG, 2005), etc.

Em tal sentido, também é possível a utilização de técnicas que buscam o resgate das emoções. Leahy (2007) aponta um conjunto de técnicas que objetivam a ativação das emoções, como o diário de emoções, a ventilação escrita através da redação de uma história, a identificação dos pontos de tensão e a Escala de Esquemas Emocionais de Leahy.

Diversas vezes se tem a ideia errada de que a TCC é uma modalidade terapêutica fria e distante, concentrada unicamente em conteúdos conscientes e em comportamentos manifestos. Os terapeutas cognitivo-comportamentais atentam bastante para o afeto (DATTILIO; PADESKY, 1995). Em seu texto, *Terapia cognitiva da depressão*, Beck, et al. (1997) apresentam um capítulo especial referente à função da emoção na experiência humana e a necessidade de que os terapeutas deem estímulos para seus pacientes experimentarem e expressarem sentimentos durante a sessão de terapia. Dattilio e Padesky (1995) afirmam que o terapeuta precisa ter a habilidade de trazer à tona o afeto, se o paciente não consegue expressá-lo espontaneamente.

De fato, as emoções sinalizam conflitos. A raiva ao sentir-se menor ao terapeuta, a tristeza pelo fato de não se sentir tão competente quanto este

profissional, e até mesmo o medo de que o terapeuta possa descobrir suas inseguranças, são sempre conteúdos importantes para o terapeuta. Fazer experimentação de tais emoções durante a terapia caracteriza-se como um fenômeno positivo, e quanto mais o paciente se sentir acolhido pelo terapeuta, mais ele conseguirá ter maior segurança para dividir a sua intimidade, fazendo com que revele quem ele verdadeiramente é.

Por outro lado, é por meio da ativação de seus afetos que o paciente desenvolve a capacidade de identificar os elementos do modelo cognitivo subjacentes a estes sentimentos. Dessa forma, estimular o trabalho das cognições e dos afetos do paciente em par com o terapeuta durante as sessões terapêuticas apresenta-se como uma das tarefas da TCC.

A relação terapêutica, da mesma forma que mexe com o paciente, também faz com que surjam cognições e afetos no terapeuta. Por vezes, o terapeuta fica tenso quando o paciente fala alguma coisa, se frustra quando o paciente tem uma recaída, tem raiva quando se atrasa, ou ainda sente atração ou repulsão por um paciente em especial.

De acordo com Freud, o termo contratransferência mencionado em 1910, como analogia ao conceito de transferência, faz referência às respostas psicológicas do terapeuta ao paciente. Essas respostas podem ser conscientes ou inconscientes (EIZIRIK et al., 2008).

Wright, Basco e Thase (2008) apontam que é responsabilidade dos terapeutas cognitivo-comportamentais irem atrás de possíveis reações contratransferenciais que tenham a capacidade de interferir no desenvolvimento de relações terapêuticas colaborativas. É necessário se atentar às suas impressões,

aos seus sentimentos e às suas sensações físicas e reações comportamentais. Quando o terapeuta desconfia que está tendo reações contratransferenciais, ele pode fazer a aplicação das teorias e dos métodos da TCC. Pode-se dar início fazendo a identificação de seus pensamentos automáticos, erros cognitivos e esquemas, e posteriormente trabalhando na reestruturação destas cognições (WRIGHT; BASCO; THASE, 2008). A compreensão e manutenção da contratransferência demandam, de acordo com Eizirik e Hauck (2008), um alto nível de conhecimento pessoal e treinamento técnico, a fim de que os conflitos do terapeuta causem a menor interferência possível no momento da análise.

Em função da intensidade emocional da relação terapêutica e da vulnerabilidade do paciente, Gerrig e Zimbardo apontam que os terapeutas precisam estar atentos para não ultrapassarem o limite entre o tratamento profissional e o envolvimento emocional com seus pacientes.

Entretanto, nas situações onde as respostas contratransferenciais se mostrarem contraproducentes, aconselha-se consultar um colega para ajudar na identificação das forças em jogo (EIZIRIK et al., 2008).



## 7 RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS E ALIANÇA TERAPÊUTICA

Elaborar uma conceituação adequada do paciente, inicialmente, é fundamental para entender qual ou quais problemas causam sofrimentos ao paciente. Para Judith Beck (2007), o auxílio ao paciente na solução de problemas e na melhora do seu humor pode ser considerado um dos meios mais eficazes de fortalecer a aliança terapêutica. Na realidade, a maioria das pessoas não aprenderam as habilidades de solucionar problemas de relacionamento de maneira razoável. Segundo ela não é suficiente na terapia cognitiva que o paciente só relate suas dificuldades nas sessões, é preciso também que ele se concentre em meios de resolver seus problemas na sessão e que possa programar soluções entre as sessões, este é um princípio fundamental em TCC.

Podemos presumir que torna-se um desafio para o terapeuta conseguir que o paciente se concentre em um problema importante e o descreva, juntamente com os pensamentos disfuncionais e que também desenvolva uma condição mental para solução de problemas, mas se existe uma aliança terapêutica positiva, este desafio será menor e a solução do problema acarretará maior confiança e esperança do paciente em relação ao terapeuta.

É esperado que o terapeuta, através de uma escuta ativa, tenha capacidade de determinar a diferença entre os problemas práticos do paciente e os problemas psicológicos que interferem em sua capacidade de resolver as questões práticas, (SUDAK, 2008). Elaborar esta distinção é parte essencial para a conceituação do caso. A partir deste ponto, pode-se iniciar com a técnica de solução de problemas. Na maioria das vezes, os pacientes desconhecem as etapas envolvidas na resolução de um problema. O terapeuta trabalha juntamente com o paciente para

criar soluções, seguindo uma metodologia que possui algumas etapas como: listar os problemas, promover o *brainstorm* (criar uma série rápida de soluções possíveis, sem avaliação ou julgamento), avaliar qual solução é mais viável (através da análise das vantagens e desvantagens), fazer a escolha da solução, obter o comprometimento do paciente e fazer um plano para implementar a possível solução.

Quando o terapeuta cognitivo-comportamental tem domínio da técnica de resolução de problemas e a utiliza de maneira adequada, possibilitará que o paciente experimente senti-se mais eficiente para lidar com a vida. A resolução de problemas tem como objetivo aumentar a autoeficácia do paciente, contribuindo no fortalecimento do vínculo terapêutico.

## 8 CONCEITUAÇÃO COGNITIVA

A conceituação cognitiva é um recurso indispensável na condução do processo clínico em Terapia Cognitiva, pois permite um mapeamento abrangente dos problemas apresentados pelo paciente, incluindo elementos situacionais, internos e externos, elementos predisponentes e precipitadores, fatores comportamentais, interpessoais e mantenedores dos problemas apresentados, além de outros aspectos cujo conjunto de registros sistemáticos provê a estrutura do processo de intervenção e auxilia na definição da trajetória de tratamento com maior eficácia (SERRA, ANA, 2007).

A construção da conceituação cognitiva começa com a primeira sessão, a partir das observações do terapeuta baseadas no modelo cognitivo. O terapeuta cognitivo inicialmente explora ativamente situações, procurando reconhecer cognições, emoções, comportamentos, reações fisiológicas e como este funcionamento impacta nas relações interpessoais. Estas hipóteses iniciais são continuamente atualizadas à medida que novas informações e evidências são observadas e sistematizadas em formulários próprios para o registro das conceituações.

Podemos concluir que a conceituação cognitiva, formulada com proficiência é a espinha dorsal do processo terapêutico bem sucedido. Portanto, requer do terapeuta sensibilidade, conhecimento sólido, intimidade e prática com os conceitos e princípios fundamentais da TCC.

É importante salientarmos que a apresentação da conceituação cognitiva ao paciente atuará como um precioso recurso terapêutico e também deverá contribuir

para a consolidação da relação terapêutica. A pressuposição infundada de que a construção de uma boa conceituação cognitiva é fácil pode atuar em prejuízo da relação terapêutica.

Da mesma forma que em qualquer forma de psicoterapia, a TCC inicia sua avaliação fazendo uma anamnese completa e um exame do estado mental do paciente. Na TCC, a avaliação e a realização de conceituação de caso tem como base um modelo amplo de tratamento.

A conceitualização cognitiva, formulação de caso, enquadre cognitivo do caso ou conceituação de caso age como um mapa que norteia o trabalho que se realizará com o paciente (BECK, 1997). O terapeuta a usa com o intuito de conseguir a estrutura para a compreensão de cada paciente em sua subjetividade, o que o ajuda a planejar as estratégias terapêuticas que são usadas ao longo do tratamento.

Kuyken, Padesky e Dudley (2010) fazem a definição da conceituação de caso como um procedimento onde terapeuta e paciente participam objetivando, inicialmente, fazer a descrição e, em seguida, explicação das dificuldades apresentadas pelo paciente. Seu papel principal é dar orientação para a terapia a fim de suavizar o sofrimento e fazer com que se desenvolva a resiliência do paciente. Além disso, a conceituação cognitiva é uma proposta de adesão do paciente à terapia, considerando que depois da concretização da mesma, nota-se uma elevação da motivação e da compreensão de todo o processo psicoterápico por parte do paciente e do terapeuta.

Vários autores (Bieling & Kuyken, 2003; J. Beck, 1997; J. Beck, 2007; Kuyken et al., 2005; Persons et al., 2006) apontam a conceituação cognitiva como um elemento vital da TCC.

A fim de que uma conceituação cognitiva possa ser considerada como eficaz, o terapeuta precisa fazer a investigação de certos aspectos com seu paciente, tais como: o diagnóstico clínico, os problemas atuais encarados pelo paciente em conjunto com os fatores estressores precipitantes dos mesmos, suas predisposições genéticas e familiares, seus pensamentos automáticos (PAs), suas crenças intermediárias ou subjacentes e suas crenças centrais ou nucleares (KNAPP, 2004; KNAPP; ROCHA, 2003; WRIGHT et al., 2008).

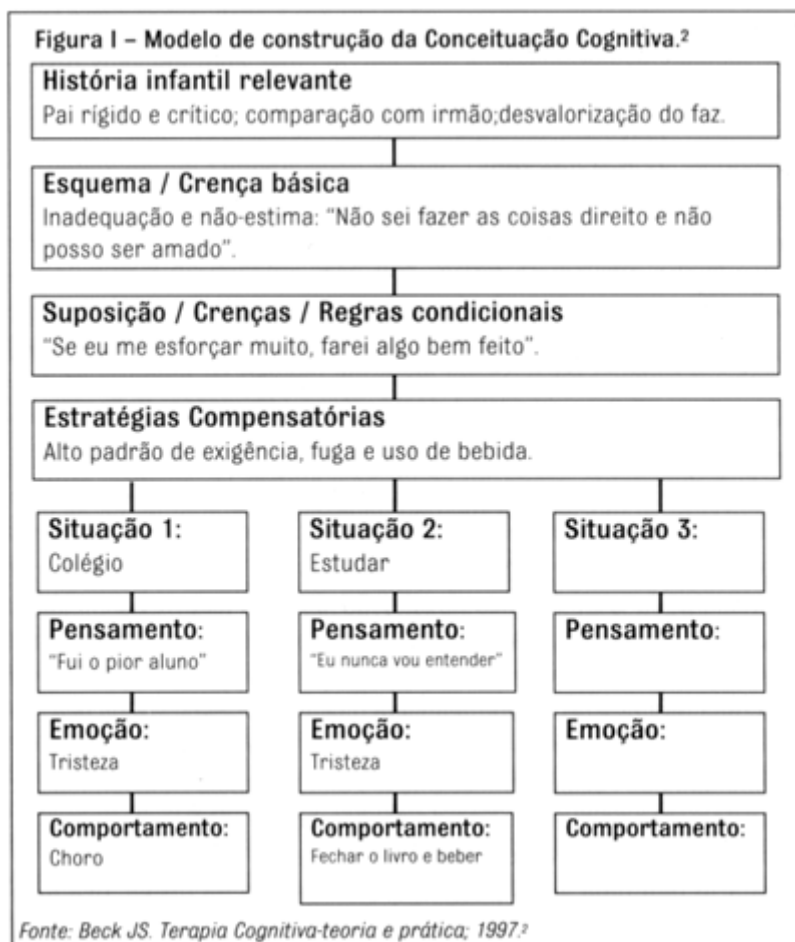
De acordo com Rangé (2004), a conceituação cognitiva engloba uma coleta de dados de todas as queixas do paciente. O autor aponta que dentre estes dados devem constar a explicação do motivo para o desenvolvimento das dificuldades, assim como o que as mantém, e a possibilidade de realizar previsões acerca de seu comportamento levando em consideração determinadas condições. Também participa de tal estratégia de tratamento, o desenvolvimento de um plano de trabalho capaz de intervir nas demandas do paciente ao longo da terapia.

No processo de coleta de dados, é feita uma lista de problemas do paciente. Tais problemas serão organizados segundo as prioridades, pelas quais os problemas serão abordados na terapia. Tal ordenação poderá ser realizada de acordo com diversos critérios, como por exemplo, pela função de ameaça à integridade física do paciente, pela complexidade das demandas ou pela centralidade do problema na vida do indivíduo (RANGÉ, 2004). Assim, é relevante pontuar que a conceituação cognitiva engloba um conjunto de problemas

apresentados pelo paciente, porém não ele como um todo (BIELING; KUYKEN, 2003).

A Conceituação Cognitiva se dá como uma hipótese acerca dos pensamentos, suposições, emoções e crenças do paciente. Ela pode se reformular ao longo da terapia, ao passo que novas informações e evidências forem se reunindo.

Por meio da seguinte figura pode-se compreender de que forma um terapeuta cognitivo constrói a hipótese da Conceituação Cognitiva:



De acordo com Beck (1997) o terapeuta precisa decidir quando, como e quanto da conceituação cognitiva, feita por ele no começo, irá ser partilhada com o paciente, estando atendo para realizá-lo de forma a investigar se tais dados fazem sentido para o paciente. Todavia, diferentes autores apontam a relevância de que esse processo seja desenvolvido, preferencialmente, de acordo com o paciente.

Waller (2009) aponta ainda que o processo de conceituação precisa passar pelo processo psicoterápico como um todo. Isso quer dizer que, por mais que o terapeuta faça a escolha de um corte transversal para trabalhar a conceituação com o paciente em sessão, a mesma não é finita depois desse momento. Há sugestão de que a conceituação possa ser retomada ao longo do processo psicoterápico, e que esta possa ter atuação, na verdade, como um fio condutor que irá ligar todas as intervenções à história e ao processo psicoterápico daquele paciente.

De acordo com Sudak (2008) o terapeuta deve trabalhar com a observação dos recursos do paciente, auxiliando no fortalecimento do uso dos mesmos para enfrentar e lidar com as dificuldades. Dessa forma, é capaz de proporcionar uma compreensão do indivíduo como um todo. Dando ênfase aos pontos fortes do paciente, é possível alcançar a ampliação dos resultados potenciais da terapia, construindo um caminho seguro para que se tenha uma recuperação duradoura, aliviando o sofrimento do paciente, favorecendo a retomada do funcionamento normal de sua vida, garantindo melhorias em sua qualidade de vida e o fortalecimento de sua resiliência, assim como o fortalecimento de uma aliança terapêutica positiva. De acordo com Kuyken et al. (2008) deve-se ressaltar que essa transformação eleva as possibilidades da terapia alcançar seus dois principais objetivos: aliviar o sofrimento do paciente e promover o desenvolvimento de sua resiliência.

Com o objetivo de favorecimento de um planejamento adequado para a terapia, é preciso que os terapeutas recolham dados com o intuito de elaborar hipóteses que serão confirmadas ou não pelo paciente a fim de fazer a identificação de quais são seus tipos de crenças negativas sobre si. É válido ressaltar, porém, segundo A. Beck (2005), que os indivíduos não apresentam apenas categorias de crenças centrais negativas sobre si, apesar de estas serem o foco central da intervenção psicoterápica. No que se refere às crenças centrais que fazem o oposto das ideias apresentadas por J. Beck (2007), as mesmas podem estar disfuncionalmente ativadas.

É necessário haver uma conceituação cognitiva com base na sintomatologia, no histórico e no funcionamento neurocognitivo do paciente. Essas questões geram influências na forma como o tratamento será desenvolvido. Pacientes com bom histórico pré-mórbido e nível mais alto de funcionamento podem receber tratamento por meio de algumas das técnicas cognitivas comuns. Por outro lado, para os que apresentam comprometimento neurocognitivo significativo, o terapeuta precisa ser muito mais diretivo e passar um tempo maior fazendo com que o paciente se envolva em sessões individuais e dando-lhe explicações em termos mais simples, o que favorece que entenda e se lembre das mesmas (BECK; RECTOR; STOLAR; GRANT, 2010).

Antes de dar início ao trabalho com a conceituação colaborativamente com o paciente, o terapeuta deve preencher o diagrama de conceituação com os dados que foram coletados em sessão. Aos terapeutas iniciantes, sugere-se que discutam tais dados com seus supervisores antes de levá-los para a sessão.



Segundo Kuyken et al. (2010), de maneira simultânea à conceituação cognitiva colaborativa que se desenvolverá com o paciente em sessão, acontece um processo de supervisão e consulta para o terapeuta. A conceituação colaborativa entre supervisor e terapeuta (supervisionado) pode trazer favorecimento para uma excelente experiência de aprendizagem. Devem-se discutir nas supervisões questões como: o plano de tratamento, o andamento e o progresso da terapia, os resultados das intervenções, os impasses terapêuticos e as reações do terapeuta.

De acordo com Waller (2009) um ponto muito relevante no que diz respeito à dificuldade dos terapeutas e pacientes em darem andamento à conceituação é o processo de “travar” e não ir adiante com a conceituação diversas vezes, que expressa um comportamento de busca de segurança com interligação entre terapeuta e paciente. Tal tipo de questão deve ser identificada e trabalhada na supervisão, tendo em vista que a conceituação irá colocar à prova a habilidade do terapeuta na compreensão do paciente e em lhe propor transformações. Para o paciente, entretanto, o processo de conceituação proporcionará a oportunidade de ter o melhor conhecimento de si e de seus comportamentos, de forma objetiva, compreendendo a importância da TCC.

## 9 ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE DEVE FAZER O TERAPEUTA COGNITIVO EFICAZ

Para Judith Beck (2007), um terapeuta cognitivo eficaz deve:

1. Checar o humor do paciente de alguma forma, no início da sessão;
2. Estabelecer uma agenda próximo ao início de cada sessão;
3. Colaborativamente determinar tarefas para casa em cada sessão;
4. Solicitar *feedback*;
5. Conceituar continuamente o paciente e suas dificuldades de acordo com o modelo cognitivo e usar essa conceituação para planejar o tratamento ao longo das sessões e durante cada sessão em particular;
6. Trabalhar continuamente em prol do desenvolvimento e manutenção de uma forte aliança terapêutica;
7. Promover ativamente a resolução de problemas;
8. Utilizar uma grande variedade de estratégias para ajudar os pacientes a identificar, avaliar e responder a disfunções cognitivas chaves, a fim de promover uma melhora duradoura nas emoções, comportamento, e (freqüentemente) respostas fisiológicas; trabalhar continuamente em direção à prevenção de recaídas; e
9. Variar a implementação dos itens acima a fim de atender as necessidades individuais dos pacientes. Essas constituem tarefas básicas, mas não o suficiente para garantir um tratamento eficaz.

Na avaliação de Safran, ele conclui que:

Existe uma tendência na literatura comportamental-cognitiva de considerar o relacionamento terapêutico menos importante do que certas técnicas cognitivas específicas. Isso está começando a mudar, visto que os terapeutas cognitivos reconhecem a importância do relacionamento. Entretanto, ainda permanece uma tendência de considerar um bom relacionamento terapêutico mais como condição necessária para a mudança do que um mecanismo de mudança. A presente perspectiva, contudo, sugere que essa visão das coisas não reconhece a natureza inseparável de fatores técnicos e fatores do relacionamento no processo de mudança. Ao esmiuçar o conceito de relacionamento, minha intenção foi mostrar como cada intervenção terapêutica inevitavelmente causa impacto sobre o relacionamento terapêutico e como qualquer "ato do relacionamento" é fundamentalmente uma intervenção cognitiva. (SAFRAN, 2002, p. 103).

Segundo Jose e Goldfried (2008), é crucial explicar para o paciente o que é uma situação, um pensamento, um comportamento, uma emoção ou sentimento e uma reação fisiológica. Os autores apontam que, a princípio, parece ser desejável que o paciente compreenda situações como eventos externos, relativos ao ambiente, a fim de tornar mais fácil sua compreensão, por mais que o terapeuta precise estar atento para ensiná-lo, no futuro, que os eventos internos também podem ser situações.

No que diz respeito aos pensamentos, diversos tipos diferentes de cognições podem ser nomeados em tal momento e cabe ao terapeuta atentar a algumas cognições em especial: expectativas sobre si, os outros/o mundo e o futuro, auto-avaliações e auto-observações, atribuições e categorizações de pessoas e eventos. No que se refere aos termos emocionais, devem ser foco da atenção do terapeuta, e precisam ser explicados e exemplificados, tanto os sentimentos subjetivos e como o paciente os nomeia, assim como as reações fisiológicas que andam junto com estes sentimentos.

No que se refere aos comportamentos, devem ser incluídas todas as ações (e falta de ação) nas quais o paciente se encaixe. Assim, pode ser importante fazer a avaliação do significado idiossincrático de expressões como “eu não fiz nada” ou “eu deixei pra lá”, uma vez que podem ser interpretados como falta de ação, quando na verdade podem expressar ações que se quer evitar.

Knapp (2004) afirma que durante o processo continuado de conceituação cognitiva, inicialmente o terapeuta deve dirigir-se mais à atividade, até que o paciente aprenda a se perceber e a se conhecer cognitivamente.

Rangé (2004) aponta que a elaboração da conceituação cognitiva seja iniciada a partir da solicitação de que o paciente descreva três situações típicas de seu funcionamento em seu dia a dia. Depois do registro das três situações, deve-se pedir ao paciente que descreva experiências infantis significativas com familiares ou outras pessoas importantes. Tal levantamento se recomenda em função de que essas experiências irão fortalecer as crenças do indivíduo sobre si mesmo e sobre o mundo.

De acordo com Beck (1997), a TCC apresenta como característica essencial o uso de dados oferecidos de forma direta pelo paciente para a elaboração da conceituação.

## 10 CONCLUSÕES

A pesquisa bibliográfica, para realização deste trabalho, demonstrou-nos a amplitude e complexidade do referido tema.

Delimitamos alguns temas básicos, para facilitar o aprendizado dos terapeutas iniciantes da terapia cognitiva, portanto a partir deste trabalho introdutório, podemos concluir que:

- A grande maioria dos teóricos pesquisados, concordam que a construção da aliança terapêutica, embora seja um componente não específico nas psicoterapias, é fator fundamental para eficácia do processo terapêutico.
- Os estudos para averiguação da eficácia da aliança terapêutica estão em pleno desenvolvimento e que há muitos desafios pela frente.
- A TCC exige um aprimoramento contínuo e consistente do terapeuta que pretenda alcançar excelência como terapeuta cognitivo-comportamental.
- Ainda, na América do Sul, as pesquisas sobre o tema são escassas.

Ao longo da nossa pesquisa, pudemos identificar a existência de vários estudos e investigações realizados empiricamente, o que comprova a importância desta temática.

Podemos afirmar que construir uma aliança terapêutica satisfatória é imprescindível para o sucesso da terapia de maneira geral. Em se tratando de TCC, em função do uso de um arsenal considerável de técnicas terapêuticas, é fundamental dar maior importância à construção de uma aliança terapêutica consistente para facilitar que o paciente responda confortavelmente ao processo terapêutico cognitivo-comportamental e produza mudanças duradouras.

Enfim, ser um terapeuta eficaz é um caminho para toda a vida, pois perpassa em evoluir constantemente enquanto ser humano, passando pela estrada da ciência e pelo jardim da arte, é um caminhar dialético por excelência. Portanto concordamos com o Butler e Strupp (1986): “A complexidade e sutileza dos processos psicoterapêuticos não podem ser reduzidos a um conjunto de técnicas desincorporadas, pois as técnicas adquirem seu significado e, assim, sua efetividade, a partir da interação particular entre os indivíduos envolvidos” (SAFRAN, 2002 p. 33).

Consideramos que, a relação terapêutica não se resume apenas de uma escuta que busca sinais e sintomas ou respostas para que possamos preencher critérios diagnósticos ou instrumentos de pesquisa, e sim, a uma escuta comprometida, interessada e vinculada à pessoa, com toda a sua complexidade e vicissitudes, desta maneira, a aliança terapêutica é complexa em sua natureza e por ser uma ciência humana agrega em seu contexto uma mistura com a arte. A arte de buscar na relação com o outro a possibilidade de compreender o sofrimento e oportunizar as condições para o alívio. A pergunta é: como desenvolver essa arte?

Este trabalho, contribui para responder esta pergunta, na medida em que evidencia para o terapeuta a sutileza da relação terapeuta-paciente. É esperado que o bom terapeuta seja uma pessoa serena, amadurecida emocional e moralmente, que na prática significa que tolere bem frustrações, que tenha controle sobre suas emoções, especialmente as de natureza agressiva; que seja capaz de ousar, errar, reconhecer os erros e aprender com eles, que tenha princípios éticos e que viva de acordo com eles, pois desta maneira, poderá ser percebido pelo paciente como uma pessoa confiável, virtude indispensável para a construção da relação terapêutica, a qual se qualifica como íntima e complexa em toda sua extensão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, C. B.; ROSO, M. Cognitivismo e Construtivismo. In: **Psicoterapias Cognitiva e Construtivista: novas fronteiras da prática clínica**. Porto Alegre: Artmed; 2003, 35-50.
- BAPTISTUSSI, Maira C. Bases teóricas para o bom atendimento em clínica comportamental. In.: Wielenska, Regina C (org). **Sobre Comportamento e Cognição** – questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, volume 6. 2001
- BÄUML, J. et al. Psychoeducation: A Basic Psychotherapeutic Intervention for Patients With Schizophrenia and Their Families. **Schizophrenia Bulletin**, n. 32, v. 1, p. 1-9. 2006
- BECK, Judith. **Terapia cognitiva para desafios clínicos: o que fazer quando o básico não funciona**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BECK, Judith. **Terapia cognitiva teoria e prática**. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Artes Médicas. Porto Alegre, 1997.
- BECK, A. T., et al. **Terapia cognitiva da esquizofrenia** (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed 2010. (Obra original publicada em 2009).
- BIELING, P. J.; KUYKEN, W. (2003). Is cognitive case formulation science or science fiction? **Clinical Psychology: Science and Practice**, n. 10, v. 1, p. 52-69. 2003.
- BORGES, M. C. **A construção de um psicoterapeuta: formação e habilidades**. Rio de Janeiro: Pontífica Universidade Católica. Disponível em: <[http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/MANUELA\\_BORGES.pdf](http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/MANUELA_BORGES.pdf)>
- CALLAHAM, M. A.; BAUER, M. S. Psychosocial Interventions for Bipolar Disorder. **The Psychiatric Clinics of North America**, n. 22, p. 675-88. 1999
- CAMINHA, R., WAINER, R., OLIVEIRA, M. & PICCOLOTO, N. **Psicoterapias Cognitivo- Comportamentais – Teoria e Prática**. São Paulo: Casa do Psicólogo. 2003
- CORDIOLI, A. Volpato. **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- DATTILIO, F.M.; PADESKY, C. A. **Terapia Cognitiva com casais**. Tradução de Dayse Baptista. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- EIZIRIK, Cláudio L. et al. **Psicoterapia de Orientação Analítica – Fundamentos Teóricos e Clínicos**. Artmed, 2005.

EIZIRIK, C. L. e HAUCK, S. Psicanálise e psicoterapia de orientação analítica. In Cordioli, A. V (Org.), **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed; 2008, 151-166.

EIZIRIK, C. L., LIBERMANN, Z.; COSTA, F. A relação terapêutica: transferência, contratransferência e aliança terapêutica. In Cordioli, A. V (Org.), **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed; 2008, 74-84.

FALCONE, Eliane Mary de O. As habilidades sociais do terapeuta cognitivocomportamental na interação de pacientes difíceis. In.: Del Prette, Almir e Del Prette, Zilda, A. (Organizadores) **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**. Questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas, São Paulo: Editora Alínea. 2003.

FALCONE, E. Psicoterapia cognitiva. In: RANGE, B. (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 31, p. 512-552.

FIORINI, H. J. **Teoria e técnica de psicoterapias**. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves S. A. 6ª Edição. 1985.

GLICK, I. D. et al. Effectiveness in psychiatric care III: psychoeducation and outcome for patients with major effective disorder and their families. **British Journal of Psychiatry**, n. 164, p. 104-106. 1994

GERRIG, R. J.; ZIMBARDO, P. G.. **A Psicologia e a Vida**. Trad. Roberto Cataldo Costa. 16.ed; Porto Alegre: Artmed, 2005.

GONZALEZ-PINTO, A., et al. Psychoeducation and cognitive-behavioral therapy in bipolar disorder: an update. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, n. 109, v. 2, p. 83-90. 2004

ISOLAN, L., PHEULA, G. e CORDIOLI, A. V. Fatores comuns e mudança em psicoterapia. In Cordioli, A. V (Org.), **Psicoterapias: abordagens atuais**. Porto Alegre: Artmed; 2008, 58-73.

JOSE, A.; GOLDFRIED, M. A transtheoretical approach to case formulation. **Cognitive and Behavioral Practice**, n. 15, p. 212-222. 2008

JUSTO, L. P.; CALIL, H. M. Intervenções psicossociais no transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, n. 31, v. 2, p. 91-99. 2004

KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. **Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica**. Porto Alegre: Artmed. 1997

KNAPP, P. Principais técnicas. In P. Knapp (Org.), **Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica** (pp. 133-158). Porto Alegre: Artmed. 2004

KUYKEN, W., PADESKY, C. A.; DUDLEY, R. **Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com clientes em terapia cognitivo-comportamental** (S. M. M. da Rosa, Trad.). Porto Alegre: Artmed 2010. (Obra original publicada em 2009).



LEAHY, R. L. **Técnicas de terapia cognitiva**: Manual do terapeuta (M. A. V. Veronese, & L. Araújo, Trad.). Porto Alegre: Artmed. 2006. (Obra original publicada em 2003).

MEYER, Sonia; VERMES, Joana S. Relação terapêutica. In.: Rangé, Bernard (organizador), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais** – Um diálogo com a psiquiatria. Porto Alegre: Artmed Editora. 2001

NEMIAH, John. C., FREYBERG, H. & SIFNEOS, Peter. E. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. **Modern Trends in Psychosomatic Medicine**, v.3, p. 430-439, 1976.

OTERO, Vera R. L. Psicoterapia funciona?. In.: Wielenska, Regina C (org). **Sobre Comportamento e Cognição** – questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos. Santo André, SP: ESETec Editores Associados, volume 6. 2001

SAFRAN, Jeremy D. **Ampliando os limites da terapia cognitiva**: o relacionamento terapêutico, a emoção e o processo de mudança. Porto Alegre: Artmed, 2002.

STERBA, R. F. The fate of the ego in analytic therapy. **International Journal of Psycho-Analysis**. v. 115, p. 117-126, 1934.

SUDAK, Donna M. **Terapia cognitivo-comportamental na prática**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

RAMOS, A. L. M. **Ciúme romântico**: teoria, medida e variáveis correlacionadas. Tese de Doutorado. Brasília: Universidade de Brasília; 1998.

RAMOS, A. L. M. **Ciúme romântico**: teoria e medida psicológicas. Lorena: Stiliano; 2000.

RANGÉ, B. **Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais**: um diálogo com a Psiquiatria. Porto Alegre: Artmed, 2001.

RANGÉ, B. E e SOUSA, C. R. Terapia cognitiva. In Cordioli, A. V (Org.), **Psicoterapias**: abordagens atuais. Porto Alegre: Artmed; 2008, 263-284.

RANGÉ, B. Conceituação cognitiva. In C. N. de Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), **Terapia comportamental e cognitivo-comportamental**: Práticas clínicas (pp. 286-299). São Paulo: Roca. 2004

RANGÉ, Bernard; ERTHAL, Teresa C. S. ().A relação terapêutica na abordagem comportamental. In.: Lettner, Harold W. e Rangé, Bernard. (orgs.) **Manual de psicoterapia comportamental**. São Paulo: Manole. 1987

REVISTA DE PSIQUIATRIA. Rio Grande do Sul. v.28, n.2, Maio/Ago, 2006.

REVISTA CIÊNCIA E VIDA PSIQUE. Ed. Especial. *Terapia Cognitiva e Construção do Pensamento*. ano I, n.3 2007. Ana Serra.

YOUNG, J. **Terapia do Esquema**: Guia de Técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ZAMIGNANI, Denis R. O caso clínico e a pessoa do terapeuta: desafios a serem enfrentados. In.: Kerbauy, Rachel R. (org.) **Sobre Comportamento e Cognição** – Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico. Santo André, SP: SET, volume 5. 2000

WAINER, Ricardo; PICCOLOTO, Neri; PERGHER, Kuckartz. **Novas temáticas em terapia cognitiva**. Porto Alegre : Sinopsys, 2011.

WALLER, G. Evidence-based treatment and therapist drift. **Behaviour Research and Therapy**, *n. 47*, p. 119-127. 2009.

WRIGHT, Jesse H; BASCO, Monica R; THASE, Michael E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**: um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed, 2008.