

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO PILOTO DE TRATAMENTO**  
**COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CASAIS**

**RAPHAEL FISCHER PEÇANHA**

**2005**

RAPHAEL FISCHER PEÇANHA

DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO PILOTO DE TRATAMENTO  
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CASAIS

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicologia

Orientador: Bernard Pimentel Rangé

Rio de Janeiro

2005

P364d Peçanha, Raphael Fischer  
Desenvolvimento de um protocolo piloto de tratamento  
cognitivo-comportamental para casais / Raphael  
Fischer Peçanha – Rio de Janeiro: UFRJ / IP, 2005.  
146 p.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) –  
Universidade Federal do Rio de Janeiro,  
Instituto de Psicologia, 2005.

Orientador: Bernard Pimentel Rangé

1. Terapia Cognitivo-Comportamental.  
2. Protocolo de tratamento. 3. Casal – Dissertação.  
I. Rangé, Bernard Pimentel (Orient.). II. Universidade  
Federal do Rio de Janeiro. Programa de  
Pós-Graduação em Psicologia. III. Título

CDD: 616.89142

# FOLHA DE APROVAÇÃO

RAPHAEL FISCHER PEÇANHA

DESENVOLVIMENTO DE UM PROTOCOLO PILOTO DE TRATAMENTO  
COGNITIVO-COMPORTAMENTAL PARA CASAIS

Rio de Janeiro, 11 de Julho de 2005

---

Bernard Pimentel Rangé  
Professor Doutor da Universidade Federal do Rio de Janeiro

Eliane Mary de Oliveira Falcone

---

Professora Doutora da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

---

Lúcia Emmanoel Novaes Malagris  
Professora Doutora da Universidade Federal do Rio de Janeiro

## AGRADECIMENTOS

Essa é com certeza a parte mais importante de qualquer obra. Agradecer aos responsáveis por possibilitar a sua criação.

Agradeço aos meus pais, Julio e Elisete, pela dedicação de grande parte de suas vidas para minha formação enquanto ser humano e por serem um exemplo de relacionamento conjugal.

Agradeço aos meus irmãos, Leonardo e Amanda, pela possibilidade de aprender a compartilhar o amor fraterno.

Agradeço aos meus avós, Antonieta, Eval (*in memorem*), Francisca (*in memorem*) e Álvaro (*in memorem*), pelo carinho e apoio que recebi ao longo da minha vida.

Agradeço aos meus tios e aos meus primos pelo respeito e companheirismo.

Agradeço a minha namorada, Luciana, pelo amor, compreensão, respeito, apoio, carinho, amizade, aprendizado, companheirismo, entre milhares de palavras que poderiam descrever esses sete anos de um relacionamento amoroso tão gratificante.

Agradeço a todos os meus amigos pelos conselhos e carinho que ajudaram a me tornar uma pessoa melhor.

Agradeço aos mestres pelo aprendizado ao longo do meu mestrado.

Agradeço ao meu orientador, Bernard, por suas dedicadas orientações, ensinamentos, disponibilidade e por ser um modelo de professor.

Agradeço a todas as outras pessoas que de alguma forma me ajudaram a realizar esse sonho.

Agradeço ao meu criador, Deus, por minha vida.

## RESUMO

PEÇANHA, Raphael Fischer. **Desenvolvimento de um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais**. Rio de Janeiro, 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

Este resumo apresenta o desenvolvimento de um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais que foi desenvolvido para esta dissertação, feita no Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. O objetivo foi construir as etapas de um protocolo de tratamento para casais dentro dessa modalidade de terapia que possa ser validado futuramente para a população brasileira. Foi feita uma revisão da literatura científica sobre a terapia cognitivo-comportamental com casais para a elaboração de cada uma das sessões do protocolo piloto. Foram analisados periódicos nacionais e internacionais. A pesquisa de alguns artigos científicos foi realizada nas bibliotecas das universidades do município do Rio de Janeiro. Outros artigos foram obtidos através dos sites da CAPES e do SIBI da UFRJ. Foram avaliados ainda capítulos e livros brasileiros e estrangeiros que tratavam do tema. O protocolo piloto também foi avaliado por cinco psicoterapeutas de casais que atuam há mais de cinco anos dentro das abordagens comportamental ou cognitivo-comportamental. Essas profissionais foram contatadas através de correio eletrônico. O protocolo piloto foi avaliado como atendendo aos preceitos tanto cognitivos quanto comportamentais em termos de terapia. Algumas sugestões e observações foram feitas para que o instrumento fosse adequado ao tratamento de casais. Essas orientações foram analisadas e implementadas conforme a sua pertinência. A terapia cognitivo-comportamental tem se mostrado um modelo eficaz no tratamento de casais norte-americanos, conforme as pesquisas analisadas. Além disso, essa modalidade de terapia é tida como eficaz no tratamento de diferentes transtornos psicológicos no Brasil. Devido a esses fatos, conclui-se ser de extrema importância que um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental seja objeto de uma investigação científica com casais brasileiros.

## ABSTRACT

PEÇANHA, Raphael Fischer. **Development of a pilot protocol for cognitive-behavioral couples treatment.** Rio de Janeiro, 2005. Dissertation (Psychology Master's Degree) – Psychology Institute, Rio de Janeiro's Federal University –UFRJ, Rio de Janeiro, 2005.

A development of a pilot protocol for a cognitive-behavior couples treatment was developed for this dissertation, done at the Psychology Graduate Program of Rio de Janeiro's Federal University Psychology Institute. The main purpose was to build up the stages of a treatment protocol for couples, so that this kind of therapy can be fully implemented into the Brazilian population as soon as possible. First, a review on the scientific literature about cognitive-behavior therapy with couples was done, allowing each of the pilot protocol sessions to be elaborated. National and international periodicals were analyzed at some libraries located on many universities in Rio de Janeiro's city. Other articles were obtained throughout CAPES and SIBI/UFRJ sites. Also, national and international books, and chapters about the topic were evaluated. The pilot protocol was also evaluated by five couples psychotherapists that have been working with cognitive and behavioral area for more than five years. They were contacted by web mail, and evaluated the pilot protocol as able to attend all the cognitive and behavioral precepts in therapy terms. Some observations and suggestions were made in order to adequate the instrument for couples' treatment. These orientations were analyzed and implemented in accordance to its pertinence. Cognitive-behavior therapy has been described as an efficient tool for North-American couples' treatment in accordance with many examined researches. Since this kind of therapy has also been described as an efficient treatment for many psychological disorders in Brazil, it is believed that a cognitive-behavior treatment protocol might be a sound scientific endeavour to be applied to Brazilian couples.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>08</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>CAPÍTULO 1 – PANORAMA DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL</b>	<b>18</b>
1.1 – Breve histórico da Terapia Cognitivo-Comportamental .....	18
1.2 – Definição, características e princípios básicos .....	22
1.3 – Conceitos teóricos .....	27
1.4 – Técnicas e procedimentos .....	37
1.5 – Áreas de aplicação .....	45
<b>CAPÍTULO 2 – TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM CASAIS:</b>	<b>47</b>
<b>UMA REVISÃO</b>	
2.1 – Breve histórico .....	48
2.2 – O papel das cognições disfuncionais .....	49
2.3 – A influência da má comunicação .....	58
2.4 – As conseqüências da resolução de problema inadequada .....	59
2.5 – O papel das interações negativas no relacionamento .....	60
2.6 – Dificuldade de expressar emoções .....	61
2.7 – Outros problemas específicos enfrentados pelos casais .....	63
2.8 – Técnicas e procedimentos utilizados no tratamento de casais .....	65
2.8.1 – As primeiras sessões com o casal .....	66
2.8.2 – Avaliação .....	68
2.8.3 – Modificação de padrões de comportamento .....	73
2.8.4 – Intervir nas reações emocionais excessivas ou deficitárias .....	74
2.8.5 – Etapas da reestruturação cognitiva .....	76

2.8.6 – O treinamento em comunicação .....	81
2.8.7 – Treino em resolução de problemas .....	83
2.8.8 – Prevenção de recaídas .....	84
<b>CAPÍTULO 3 – OBJETIVO E MÉTODO .....</b>	<b>86</b>
3.1 – Objetivo geral .....	86
3.2 – Objetivo específico .....	86
3.3 – Método .....	87
<b>CAPÍTULO 4 – PROTOCOLO PILOTO DE TRATAMENTO COGNITIVO- COMPORTAMENTAL PARA CASAIS .....</b>	<b>89</b>
4.1 – Objetivo e diretrizes do protocolo .....	89
4.2 – Etapas do protocolo de tratamento .....	91
<b>CAPÍTULO 5 – AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO PILOTO .....</b>	<b>108</b>
5.1 – Tabelas .....	110
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>112</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>125</b>

## APRESENTAÇÃO

A proposta de investigar os relacionamentos conjugais nasceu a partir do trabalho que desenvolvi no Escritório Modelo de Advocacia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. A proposta de intervenção psicológica nesse local era auxiliar os casais a se separarem ou divorciarem com o menor desgaste emocional para os envolvidos, apontando para a importância da manutenção dos vínculos de pais e filhos após o desenlace conjugal.

No trabalho realizado no Escritório Modelo transpareceu que alguns casais que estavam ali para se separar ou se divorciar passavam por problemas específicos que talvez pudessem ser solucionados por intervenções num espaço psicoterapêutico. Talvez pudessem até não vir a romper o seu relacionamento conjugal.

Como o trabalho realizado no Escritório Modelo não tinha uma proposta terapêutica, resolvi buscar um local onde pudesse pesquisar os benefícios de um tratamento específico para casais em conflito. Ou seja, contribuir de alguma maneira para que os parceiros em desarmonia pudessem vir a resolver suas diferenças interpessoais e problemas específicos.

O local privilegiado no Brasil para a realização de qualquer pesquisa científica é a Universidade. Assim, ingressei no curso de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro no ano de 2004.

O meu projeto de dissertação inicial era o “Desenvolvimento de um instrumento de psicológico sobre crenças conjugais”. Essa seria uma investigação de grande importância. Contudo, ao longo do processo de uma pesquisa podem

surgir tópicos mais relevantes para serem objeto de estudo do que o proposto inicialmente. Isso foi o que aconteceu com a minha investigação.

O que ficou evidente durante a pesquisa foi o fato de não haver nenhum protocolo validado de tratamento para os casais brasileiros em conflito dentro da abordagem cognitiva.

É importante apontar que nos Estados Unidos a Terapia Cognitiva, desenvolvida por Aaron T. Beck, é empiricamente reconhecida como efetiva no tratamento de diversos transtornos psiquiátricos e também de casais em desalinho (Beck, 1995). Além disso, no Brasil foram realizadas algumas pesquisas que apontaram essa mesma modalidade de processo psicoterapêutico como eficaz no tratamento de diferentes problemas psicológicos (Rangé e Bernik, 2001; Caminha, 2004).

Devido aos fatos expostos acima, resolvi redirecionar o meu objeto de estudo para o “Desenvolvimento de um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais”. Estive fazendo uma revisão da literatura especializada na área cognitiva e comportamental para elaborar os itens desse protocolo terapêutico. Não foi realizada, no entanto, no mestrado a validação desse instrumento, pois almejo fazê-la após um possível ingresso no doutorado.

O objeto da minha pesquisa no mestrado é construir um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais que possa ser submetido a avaliadoras experientes. O modelo de intervenção cognitivo-comportamental utilizado nessa dissertação será o desenvolvido por Aaron T. Beck, denominado de Terapia Cognitiva (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997). Utilizarei tanto o termo cognitivo-comportamental como terapia cognitiva para designar a mesma modalidade psicoterapêutica. No que se refere ao termo casal, refiro-me a duas

peças heterossexuais que vivem na condição de marido e mulher. Aqui no Brasil essa forma de convivência conjugal é legalmente denominada de união estável (Brasil, 2002). Para não ficar limitado e repetitivo no uso da palavra casal, usarei sinônimos como cônjuge, díade, parceiros outros. Sempre me referindo à definição terminológica acima mencionada.

Procurei investigar dentro da psicoterapia cognitiva o modelo explicativo para os desentendimentos dos casais. Segundo as pesquisas realizadas nesse modelo de tratamento, os cônjuges entram em conflito devido às suas crenças disfuncionais, à maneira inadequada de se comunicarem e resolverem os seus problemas (Beck, 1995, Dattilio e Padesky, 1995). Várias questões foram apontadas como áreas de divergências, entre elas estão as questões financeiras, familiares, profissionais, fidelidade, educação dos filhos, sexo, entre outras (Rangé e Dattilio, 2001).

Nessa investigação realizada no meu programa de mestrado, encontrei apenas pesquisas empíricas norte-americanas sobre a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental. Os capítulos de livros de autores brasileiros que falavam sobre psicoterapia para casais dentro da abordagem cognitiva procuravam nortear a prática clínica, fosse através da revisão da literatura e/ou da apresentação de casos clínicos. Não foi encontrado até o momento um artigo brasileiro publicado em um periódico científico nacional ou internacional que tratasse do tema de minha investigação, conforme o método de pesquisa bibliográfica descrito no capítulo três dessa dissertação.

Como dito anteriormente, a minha proposta de pesquisa no programa de mestrado é investigar a eficácia da terapia cognitiva para casais através da avaliação preliminar do protocolo piloto por psicólogas brasileiras experientes. A partir da constatação dos benefícios dessa modalidade de intervenção

psicoterapêutica em cônjuges desajustados através da revisão da literatura, foi montada a estrutura de um protocolo cognitivo-comportamental. O intuito é investigar futuramente sua eficácia no tratamento de casais brasileiros em conflito.

Acredito que muitos são os profissionais da área de saúde mental que trabalham com casais em crise. Grande também deve ser a necessidade de materiais genuinamente brasileiros e comprovados empiricamente que guiem a prática clínica com cônjuges em desalinho em nosso país. Assim, essa dissertação é apenas a etapa inicial de uma possível pesquisa científica que poderá colaborar com as aspirações dos psicoterapeutas no Brasil e as demandas de seus respectivos clientes.

## INTRODUÇÃO

A quantidade de casais que procuram tratamento psicológico é significativa nos locais destinados à saúde mental, segundo pesquisas realizadas nos Estados Unidos (Áries e House, 1998; Bradbury e Fincham, 1990). Diferentes autores afirmam que os problemas conjugais também estão relacionados com os transtornos individuais como, por exemplo, a depressão e a ansiedade (Epstein, 1985; Beck, 1995; Bonet e Castilla, 1998; Kung, 2000; Mead, 2002). Pode-se mencionar ainda que os casamentos desfeitos têm aumentado cada vez mais no Brasil (IBGE, 2002). Faz algumas décadas que esse número também é elevado na América do Norte (Wallerstein e Kelly, 1998). Epstein e Schlesinger (1995) apontam a separação e o divórcio como agentes estressores catastróficos capazes de levar os envolvidos nessas duas situações a um estado de crise. Todo esse quadro alerta para a necessidade de maiores investigações sobre os fatores que estão envolvidos no grau de sofrimento dos parceiros durante a relação conjugal.

É relevante ainda destacar que não foi encontrada até o momento presente nenhuma investigação científica no Brasil sobre os efeitos benéficos do tratamento cognitivo-comportamental para casais em crise. Devido a esse fato, torna-se importante uma pesquisa sobre os efeitos do tratamento cognitivo-comportamental em casais brasileiros em conflito, tendo em vista os resultados empíricos favoráveis a essa modalidade de intervenção terapêutica no tratamento de diferentes problemas psicológicos em nosso país (Rangé e Bernik, 2001; Caminha, 2004).

É importante também haver uma definição sobre o que se entende como um relacionamento amoroso ajustado. Dela Coleta (1989) aponta que existem muitas definições sobre ajustamento conjugal e que esse conceito ainda prescinde de uma especificação melhor. Essa autora prefere entender esse conceito como

multidimensional, acompanhado as pesquisas científicas por ela analisadas. Spainer e Cole (*apud* Dela Coleta, 1989) definem o ajustamento conjugal como “um processo, cujo resultado é determinado pelo grau de incômodas diferenças conjugais, tensão entre o casal, ansiedade pessoal, satisfação conjugal, coesão diádica e consenso nas questões pertinentes para o funcionamento do casamento” (p. 92).

Outro importante conceito que precisa ser definido é o de satisfação no relacionamento conjugal. Essa também é uma idéia considerada como multidimensional, mas que ainda precisa de uma definição mais exata (Dela Coleta, 1989). Gray-Little e Burks (*apud* Dela Coleta, 1989) afirmam que satisfação conjugal “refere-se à satisfação subjetiva dos esposos com o casamento como um todo, tão bem quanto sua satisfação com os aspectos específicos do relacionamento conjugal” (p. 92).

Beck (1995) também descreve o que para ele seria um modelo de relação conjugal. O casamento idealizado teria como meta três diretrizes. A primeira seria a busca constante por princípios como confiança, respeito, entre outros. A segunda seria a procura por uma relação pautada na sensibilidade, compreensão e colaboração entre os parceiros. Por fim, os cônjuges formariam uma parceria para lidarem com os diferentes problemas que surgem no cotidiano do relacionamento.

Pesquisas apontam que os componentes cognitivos estão diretamente relacionados com o nível de satisfação conjugal, com as expectativas positivas em relação ao tratamento e com a colaboração dos parceiros na mudança mútua (Eidelson e Epstein, 1982; Fincham, Bradbury e Beach, 1990; Epstein, Baucom e Rankin, 1993). Os casais em desarmonia são afetados pela manutenção de suas

crenças disfuncionais – geram interpretações errôneas e distorções cognitivas a respeito das situações conjugais (Beck, 1995).

A pessoa quando entra em uma relação já tem algumas crenças elaboradas previamente sobre como deveria ser os relacionamentos em geral e o seu próprio. Conforme vai interagindo com seu parceiro essas convicções podem ser mantidas, alteradas ou rejeitadas (Dattilio, Epstein e Baucom, 1998). A falta de flexibilidade dos companheiros é apontada como uma das fontes de conflito nas relações amorosas (Beck, 1995).

As crenças são idéias ou pensamentos absolutistas, rígidos e supergeneralizados. O ser humano desenvolve essas convicções sobre si mesmo, as pessoas e o mundo para auxiliá-lo no processo de adaptação ao seu meio ambiente. Os esquemas pessoais daí formados não são adequados ou inadequados, dependendo da sua relação com o contexto social e físico. Os pais, os meios de comunicação e as instituições, em geral, têm grande influência na formação desses processos cognitivos (Beck, 2000).

Na relação conjugal ainda existem expectativas, suposições, regras, atitudes e atribuições em relação aos comportamentos dos parceiros entre si (Baucom, Epstein, Sayers, Sher, 1989). Baseados nelas, cada cônjuge tende a interpretar e a reagir de forma idiossincrática a questões como respeito, fidelidade, sexo, educação dos filhos, finanças etc. (Dattilio e Padesky, 1995). As expectativas, por exemplo, vão influenciar o nível de satisfação do relacionamento (Moraes e Rodrigues, 2001).

Segundo algumas pesquisas os parceiros apresentam também problemas no momento em que estão se comunicando. Existem obstáculos tanto para expressar quanto para receptor idéias e sentimentos de cada companheiro entre si (Epstein,

Pretzer e Fleming, 1987). Os casais ainda demonstram dificuldades quando têm que resolver algum problema em conjunto (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

Como o modo de pensar das pessoas está diretamente relacionado com os seus comportamentos e emoções (Greenberger e Padesky, 1999), objetiva-se construir um protocolo piloto de tratamento para casais capaz de intervir nas principais crenças disfuncionais utilizadas na vida cotidiana dual. Além disso, promover alterações na maneira destrutiva dos parceiros se comunicarem e resolverem seus problemas.

O primeiro capítulo dessa dissertação descreve um panorama geral da terapia cognitiva. Inicialmente, é feito um breve histórico das terapias cognitivo-comportamentais. A seguir, é feita a definição da terapia cognitiva propriamente dita, além de suas características e seus princípios básicos. São apresentadas ainda as concepções teóricas mais importantes da abordagem cognitiva. Além disso, são descritos os principais procedimentos utilizados no tratamento de diferentes transtornos. Por fim, são apontadas as diferentes áreas de aplicação da terapia cognitiva.

O segundo capítulo é uma revisão da literatura científica sobre a terapia cognitiva com casais. Esse capítulo pode ser dividido em duas partes. Na primeira são descritos os principais fatores que contribuem para os conflitos conjugais. Na segunda são apresentados os principais procedimentos utilizados no tratamento de casais em desalinho.

A primeira parte começa com um breve histórico do trabalho com cônjuges em conflito. Logo após, é descrito o papel desempenhado pelas cognições disfuncionais no relacionamento amoroso. É apontada ainda a influência da comunicação ineficaz no convívio conjugal. Também são apresentadas as

conseqüências da resolução de problema inadequada. Além disso, é demonstrado o papel das interações negativas entre os parceiros para sua relação. A dificuldade de expressão das emoções também é descrita. Por fim, são apontados alguns outros problemas específicos enfrentados pelos casais.

Na segunda parte do capítulo dois, é apontada a importância das primeiras sessões para o tratamento dos problemas conjugais. A seguir, é descrito todo o processo de avaliação que é realizado com os casais. São apresentadas também as técnicas para a modificação de padrões de comportamentos destrutivos dos parceiros. São apontadas ainda as diferentes maneiras de intervir nas reações emocionais excessivas ou deficitárias. Além disso, são descritas as diversas etapas do processo de reestruturação das crenças disfuncionais dos cônjuges. É apresentado também o treinamento em comunicação realizado com os casais. O treino em resolução de problemas ainda é descrito. Por fim, é mencionado o trabalho de prevenção de recaída e de término do tratamento.

O terceiro capítulo é composto dos objetivos da dissertação do mestrado com o desenvolvimento do protocolo piloto. Além disso, é apresentado o método empregado para a construção de cada etapa desse protocolo piloto.

O quarto capítulo é composto da descrição das diretrizes e apresentação propriamente dita do protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais, com as devidas alterações sugeridas pelos avaliadores desse instrumento. Cada uma das sessões é descrita em detalhes. Todo o material que será entregue futuramente aos cônjuges em conflito está anexado ao final dessa dissertação.

Além dos capítulos anteriores, são apresentados ainda os resultados obtidos através do envio do protocolo piloto para análise de cinco avaliadoras. São

apresentadas todas as sugestões e observações mencionadas por cada uma das psicólogas que participaram dessa investigação.

Por último, são feitas as considerações finais a respeito do tema tratado durante toda a dissertação. Essa parte não será chamada de conclusão porque ainda existe um longo caminho a ser percorrido para a efetiva validação do protocolo de tratamento para casais. Serão descritos apenas os questionamentos necessários, assim como, os comentários pertinentes para futuras pesquisas nesse campo.

Finalmente, é importante mencionar-se que todos os exemplos utilizados ao longo dessa dissertação são fictícios, pois ainda não foi realizada uma pesquisa efetiva com casais em conflito.

## **CAPÍTULO 1 – PANORAMA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL**

Esse capítulo vai abordar, inicialmente, um breve histórico das terapias cognitivo-comportamentais. São destacados ainda os princípios básicos da terapia cognitiva, sua definição e características. Os principais conceitos teóricos que fundamentam a abordagem cognitiva também são mencionados. Além disso, as diferentes técnicas e procedimentos utilizados são descritos. Por fim, são apresentadas as diversas áreas de aplicação da terapia cognitiva.

### **1.1 – Breve histórico da Terapia Cognitivo-Comportamental**

A Terapia Cognitivo-Comportamental surge no contexto do desenvolvimento da Psicologia Cognitiva. A Terapia Comportamental tradicional também é responsável pela formação desse modelo de intervenção. Durante as décadas de 1960 e 1970 foram várias as abordagens que surgiram com as designações de psicoterapias cognitivo-comportamentais. Essa nova classe de terapia foi descrita como a “quarta força” no campo da psicologia clínica, após o behaviorismo, humanismo e a psicanálise (Dobson e Scherrer, 2004).

As características principais das propostas de tratamento cognitivo-comportamentais baseavam-se em três premissas. A primeira seria que o comportamento é influenciado pelos processos cognitivos. A segunda aponta que uma monitoração e uma alteração das nossas atividades cognitivas é possível. A terceira afirma que uma cognição uma vez alterada pode levar a uma mudança de sentimentos e aos comportamentos desejados (Dobson e Scherrer, 2004).

Dobson e Scherrer (2004) apontaram ainda vários fatores históricos que propiciaram um campo fértil para o aparecimento das psicoterapias cognitivo-comportamentais nos Estados Unidos. O primeiro foi o descontentamento com a proposta de intervenção puramente comportamental que estava marcando fortemente uma grande parcela de psicoterapeutas norte-americanos na década de 1960. Em segundo lugar, o tratamento de alguns problemas psiquiátricos com práticas de intervenção comportamentais e/ou não-cognitivas estavam se mostrando ineficazes. Em terceiro, havia também uma grande rejeição do modelo psicodinâmico, apesar de ser uma das fortes alternativas existentes naquele momento. O quarto fator histórico foi que muitas pesquisas no campo da cognição humana estavam sendo realizadas, o que estimulou na psicologia experimental a aplicação de vários conceitos mediacionais. O quinto foi surgimento de diversos pesquisadores e profissionais da área de saúde mental se autodenominando “cognitivo-comportamentais”. Por fim, essa nova modalidade de terapia foi alvo de investigações que mostravam sua eficácia no tratamento de diferentes transtornos psicológicos (Roth e Fonagy, 1996; Chambless e Hollon, 1998; DeRubeis e Crits-Christoph, 1998).

As principais psicoterapias cognitivo-comportamentais na atualidade compartilham uma série de semelhanças e diferenças particulares. Entre as terapias que mais se destacarem estão a Terapia Racional-Emotiva-Comportamental, desenvolvida por Albert Ellis e a Terapia Cognitiva, criada por Aaron T. Beck (Rangé e Fenster, 2004; Falcone, 2001).

Além desses dois modelos terapêuticos importantes dentro da abordagem cognitivo-comportamental, Dobson e Scherrer (2004) apontam algumas outras variantes teóricas que surgiram nesse cenário durante o decorrer dos anos. A

primeira é a reestruturação racional sistemática (RSS), criada por Marvin Goldfried. A segunda é o programa de treinamento do manejo da ansiedade (TMA), idealizado por Suinne Richardson. A terceira é o treinamento de auto-instrução e o treino de inoculação do estresse, desenvolvidos por Donald Meichenbaum. A quarta é a terapia de resolução de problemas, elaborada por D’Zurilla e Goldfreid. A quinta é a terapia multimodal de Arnold Lazarus; entre outros.

Essa dissertação pretende focar, particularmente, a Terapia Cognitiva desenvolvida por Aaron T. Beck, a partir de 1956. Como mencionado anteriormente, essa é também uma modalidade de psicoterapia cognitivo-comportamental. Para efeitos dessa dissertação, os dois nomes serão utilizados como sinônimos, referindo-se ao modelo psicoterapêutico desenvolvido por Aaron T. Beck. Este modelo de psicoterapia propõe que as percepções e os pensamentos dos indivíduos influenciam seus comportamentos e emoções, a partir da interpretação dos eventos ocorridos em uma situação específica. As relações interpessoais são mediadas por processos cognitivos, assim como, alguns transtornos psicopatológicos (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997).

Abaixo estão as diversas contribuições para a formação do modelo terapêutico desenvolvido por Beck. Varia da filosofia grega a diferentes teorias do século XX (Dobson e Scherrer, 2004).

O estóico – filósofo grego do século I – Epíteto (*apud Beck et al*, 1997), em sua obra intitulada *The Encheridicion*, afirmou que “os homens são perturbados não pelas coisas, mas pelas opiniões que extraem delas”. A Terapia Cognitiva recebe influência ainda do taoísmo e do budismo. Dessas duas filosofias de origem oriental, retira-se o conceito de que os sentimentos dos seres humanos são influenciados por suas idéias (Beck *et al.*, 1997).

Aaron Beck por ser psicanalista, inicialmente, recebe influência de alguns conceitos da obra Freud. O pensamento “pré-consciente” freudiano, por exemplo, é semelhante ao pensamento automático (Beck, 1995).

Kant, Husserl e Heidegger são filósofos alinhados com a fenomenologia que é responsável pelo desenvolvimento de importantes psicoterapias na Psicologia moderna (Beck *et al*, 1997). A abordagem fenomenológica caracteriza-se por colocar como determinante para a emissão de um comportamento a maneira como o indivíduo vê a si mesmo e ao mundo. Alguns terapeutas que construíram seus modelos de intervenção a partir desses ideais influenciaram a formação da Terapia Cognitiva. Merece destaque a Psicologia Individual de Alfred Adler e o conceito de “tirania dos deverias” de Karen Horney (Dattilio e Padesky, 1995; Falcone, 2001).

Albert Bandura (1979) desenvolveu um conceito importante chamado auto-eficácia. Para Bandura existem dois tipos de expectativas. A primeira seria a expectativa de resultado. Nesse tipo de expectativa o sujeito crê que ao emitir determinado comportamento obterá um resultado específico. A segunda seria a expectativa de eficácia. O indivíduo que tem uma expectativa de auto-eficácia acredita que pode atingir uma meta ao desempenhar um determinado comportamento, por ter em seu repertório algum tipo de habilidade. Esse conceito marca um diferencial com a abordagem behaviorista e possibilita a ampliação das teorias cognitivistas.

Albert Ellis exerceu uma grande influência no desenvolvimento dos diferentes tipos de terapia cognitivo-comportamental, incluindo a Terapia Cognitiva (Beck *et al*, 1997). No ano de 1955, em um congresso da Associação de Psiquiatria Americana, Ellis (Lega e Ellis, 2001) apresentou o conceito de crenças irracionais que se referem a pensamentos irracionais sobre si mesmos, os outros e o mundo em geral.

Logo em seguida, no início dos anos de 1960, foi criado o modelo ABC. A letra (A) é um evento ativador ou situação relacionada a uma consequência emocional ou comportamental (C) através de uma crença (B). O objetivo da Terapia Racional-Emotivo-Comportamental é promover alterações nas crenças disfuncionais do indivíduo e em consequência no seu estado emocional (Rangé, 2001).

Abaixo são apresentados a definição, as características e os princípios da terapia cognitiva.

## **1.2 – Definição, características e princípios básicos**

A terapia cognitiva é definida como uma abordagem psicoterapêutica “estruturada, diretiva, ativa, de prazo limitado e usada para tratar uma variedade de transtornos psiquiátricos” (Beck *et al*, 1997, p. 5).

O fundamento principal desse modelo terapêutico é que o afeto e o comportamento de uma pessoa, geralmente, são determinados pelo seu modo de estruturar o mundo ao seu redor. As cognições do seres humanos – representadas por fluxos de pensamentos ou imagens da consciência – são influenciadas por atitudes ou pressuposições desenvolvidas desde a infância (Beck *et al*, 1997).

O que caracteriza a terapia cognitiva e a diferencia dos outros processos psicoterapêuticos tradicionais são a estrutura formal das suas sessões e os tipos de problemas focalizados. Em relação à primeira característica, o terapeuta cognitivo está permanentemente em atividade, ou seja, interagindo propositalmente com o cliente. O paciente por sua vez é estimulado a uma postura de engajamento ativo no processo terapêutico. Essa forma de estruturar as sessões é chamada de empirismo colaborativo. Em relação à segunda característica, a terapia cognitiva focaliza o

tratamento de problemas recentes. O objetivo principal é questionar a validade dos sentimentos e pensamentos do paciente durante e depois das sessões. Não há um trabalho específico de intervenção em estruturas “inconscientes” (Beck *et al*, 1997).

Uma terceira característica que diferencia a terapia cognitiva das outras abordagens terapêuticas tradicionais é sua estratégia geral de intervenção. Esse modelo de tratamento enfatiza a investigação empírica dos pensamentos e outras cognições disfuncionais do cliente. O psicoterapeuta procura formular as idéias inadequadas do paciente em uma base hipotética e busca testá-las de uma forma sistemática através de experimentos (Beck *et al*, 1997).

Os princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental podem ser divididos em dez tópicos. O primeiro preceito é que a formulação de um caso clínico e dos problemas referentes a ele está em constante desenvolvimento. O terapeuta desde o início do tratamento deve estar identificando o pensamento atual e os comportamentos disfuncionais do cliente. O profissional terá ainda que identificar quais são os fatores que predisõem o cliente a perceber as situações de determinada maneira. Por fim, é importante que hipóteses sejam levantadas sobre os fatos marcantes do desenvolvimento pessoal do cliente e modo persistente dele interpretar esses eventos em sua vida (Beck, J., 1997).

O segundo princípio é formação de uma aliança terapêutica segura. Existem alguns itens básicos para a construção desse pacto positivo entre cliente e terapeuta. O profissional precisa assumir posturas empáticas, cordiais, respeitadas, atentas e competentes em relação aos problemas do paciente. O terapeuta demonstra que respeita e compreende as dificuldades pessoais do cliente através de uma escuta atenciosa e cuidadosa, a partir de breves vocalizações das emoções

e idéias relatadas pelo paciente. O profissional busca ainda ao final de cada sessão ouvir os sentimentos do cliente em relação aquele dia de tratamento (Beck, J.,1997).

O terceiro princípio é a ênfase na colaboração entre psicoterapeuta e paciente no tratamento. A idéia é de que seja realizado um trabalho conjunto. Há uma participação ativa do terapeuta e do cliente. A princípio o profissional toma mais as iniciativas em relação ao tratamento. Posteriormente, o cliente é incentivado a indicar os principais itens a serem abordados na sessão, a avaliar as distorções dentro de seus pensamentos e planejar as tarefas de casa (Beck, J.,1997).

O quarto princípio é a orientação para metas e a focalização de problemas específicos do paciente. A partir da primeira sessão o terapeuta solicita ao cliente que liste seus problemas e aponte suas metas para o tratamento. Logo que uma meta é traçada é importante que o profissional auxilie o paciente a avaliar e a questionar os pensamentos impedem a realização do objetivo delineado. A validade dos pensamentos do cliente é avaliada tanto na sessão através do exame de evidências quanto fora dela através da realização de experimentos. Após a correção das distorções do pensamento, o paciente é levado a ver os benefícios da resolução de seus problemas de uma maneira adequada (Beck, J.,1997).

O quinto princípio é a ênfase no presente nas etapas iniciais do tratamento. A terapia focaliza os problemas atuais do cliente e as situações especificamente aflitivas. Os pontos de dificuldade do paciente são trabalhados no “aqui-e-agora”, independente do diagnóstico do caso. Apenas em três situações específicas o trabalho terapêutico se volta para o passado. A primeira se dá quando o paciente tem uma grande propensão a trazer fatos passados. A segunda ocorre quando o tratamento voltado para o presente está sendo ineficaz na alteração das cognições disfuncionais, dos estados de humor ou dos comportamentos do cliente. A terceira

acontece quando há um interesse do terapeuta em investigar as origens dos pensamentos inadequados e sua repercussão na vida do cliente atualmente (Beck, J.,1997).

O sexto princípio é a proposta educativa da terapia cognitiva. Pretende-se que o paciente venha a ser seu próprio terapeuta, ou seja, que as técnicas utilizadas no tratamento possam ser aprendidas pelo cliente e que ele generalize o uso dos procedimentos terapêuticos no seu cotidiano. Essa proposta é uma forma de prevenir as possíveis recaídas do paciente após o término do tratamento (Beck, J.,1997).

O sétimo princípio é o tempo limitado para o tratamento. Os terapeutas cognitivos geralmente têm disponíveis protocolos para tratar transtornos psiquiátricos específicos em um número pré-determinado de sessões. A depressão, por exemplo, pode ser tratada de quatro a quatorze sessões. Contudo, existem casos clínicos em que são necessários atendimentos superiores há poucos meses. Em determinadas situações é preciso alguns anos de tratamento. No geral são casos em que o paciente tem cognições inadequadas muito arraigadas e comportamentos inflexíveis (Beck, J.,1997).

O oitavo princípio é a forma estruturada das sessões terapêuticas. A estrutura básica da sessão inclui a verificação do humor inicial do cliente; a solicitação de um pequeno relato dos principais acontecimentos da semana; a descrição de uma agenda de forma colaborativa entre terapeuta e paciente; o *feedback* da última sessão; a revisão da tarefa; discussão dos tópicos estabelecidos na agenda; designação de novas tarefas de casa; e *feedback* do cliente sobre a sessão. Existem aspectos positivos para se estruturar cada sessão dessa maneira. Primeiro, é possível uma melhor compreensão do processo terapêutico. Segundo, aumenta a

probabilidade do cliente ser seu próprio terapeuta após o término do tratamento. Terceiro, há um foco da atenção nos aspectos mais importantes do problema do paciente. Por fim, o tempo de terapia pode ser maximizado (Beck, J.,1997).

O nono princípio é o ensino da identificação e avaliação das crenças disfuncionais para o cliente. O terapeuta ensina o paciente que em uma determinada situação vivenciada pelo cliente é possível se identificar alguns pensamentos importantes, que esse modo de perceber o que está acontecendo pode ser avaliado e que planos podem ser traçados para testar a validade dessas idéias. O terapeuta faz isso através do questionamento socrático que é um modo sistemático de avaliar as crenças de uma pessoa. O profissional pode utilizar ainda o empirismo colaborativo, onde o cliente é convidado a avaliar a precisão e a utilidade dos seus pensamentos. O terapeuta pode também ajudar o cliente a descobrir de um modo guiado o sentido de suas idéias até revelar as crenças subjacentes do paciente. Por fim, a pessoa aprende a questionar suas crenças em termo de validade e funcionalidade (Beck, J.,1997).

O décimo princípio é o uso de uma gama de procedimentos terapêuticos para alterar o pensamento, humor e comportamento do paciente. O terapeuta cognitivo não se limita apenas ao uso de técnicas estreitamente de sua abordagem teórica, como o questionamento socrático e a descoberta guiada. A terapia cognitiva toma emprestada para seu repertório técnicas de outras abordagens como, por exemplo, a terapia comportamental e a terapia da *gestalt* (Beck, J.,1997).

### 1.3 – Conceitos teóricos

A terapia cognitivo-comportamental tem uma teoria básica fundamentada cientificamente para validar a prática clínica. Essa abordagem psicoterapêutica contém um modelo cognitivo de psicopatologia, onde são definidas a organização da estrutura do pensamento e as anomalias do pensar. Além disso, destaca a importância das emoções e comportamentos no funcionamento do ser humano em geral (Beck *et al*, 1997).

Inicialmente, Aaron T. Beck era um psicanalista e um de seus objetivos como pesquisador era validar os conceitos de Freud sobre a depressão – hostilidade retrofletida. Contudo, a pesquisa apontou que uma das causas do transtorno estava ligada ao modo pessimista da pessoa ver a si mesma, aos outros e ao mundo (Beck *et al*, 1997). Com os apontamentos dessa investigação, Beck formulou o modelo cognitivo da depressão que posteriormente foi ampliado para explicar outros transtornos mentais (Beck e Alford, 2000).

Um dos conceitos importantes desse modelo é a de tríade cognitiva que se refere a três padrões cognitivos maiores (Beck *et al*, 1997). A psicopatologia é marcada por uma visão inadequada do *self*, do ambiente e do futuro, sendo que cada síndrome psicológica tem caracterizado o seu significado mal-adaptativo a respeito de cada um desses componentes da tríade cognitiva (Beck e Alford, 2000). O primeiro padrão está relacionado ao modo como a pessoa vê a si mesma que pode ser de uma forma negativista, inadequada, abusada, entre outras. O segundo refere-se à forma como o sujeito percebe o mundo ao seu redor. Na depressão, por exemplo, a pessoa tende a ver as suas vivências recentes negativamente. O terceiro está ligado à maneira do indivíduo ver o seu futuro. Nos transtornos de ansiedade,

por exemplo, o futuro é marcado pela incerteza (Beck *et al*, 1997; Beck e Alford, 2000).

Dentro do modelo cognitivo a psicopatologia é marcada ainda pela inter-relação existente entre os pensamentos, sentimentos e comportamentos (Knapp, 2004a). A maneira de interpretar os eventos ambientais influencia o modo como a pessoa se sente e se comporta em determinado contexto (Beck, J., 1997). É importante destacar que o pensamento modula a emoção e comportamento, mas não os gera (Falcone, 2001). Uma pessoa com bulimia nervosa ao avaliar que comeu alimentos demasiadamente pode se sentir ansiosa e culpada. Ela fica então com medo de ficar gorda e para que isso não aconteça, se engaja em comportamentos compensatórios (p.ex.: vômitos, exercícios excessivos etc.). Alterações no pensamento levam conseqüentemente a mudanças de humor e de comportamento (Beck *et al*, 1997).

A cognição tem um papel de primazia em relação às emoções e reações dos seres humanos dentro da teoria cognitiva (Knapp, 2004a). Contudo, existe uma interação entre o sistema cognitivo do ser humano e seus outros sistemas, como o emocional e comportamental (Beck e Alford, 2000). O contexto ambiental e as reações fisiológicas também fazem parte desse processo interativo (Knapp, 2004a). Esses são os cinco componentes que interagem em uma determinada situação. A mudança de qualquer um desses componentes afeta diretamente os outros (Greenberger e Padesky, 1999).

A interpretação que a pessoa faz de uma situação específica e a relação desse evento com o *self* é chamada de significado. A cognição distribui o significado em categorias que tem implicações na expressão de padrões específicos de comportamento, sentimento, memória etc. Esse quadro anterior é chamado de

especificidade do conteúdo cognitivo (Beck e Alford, 200). Para a terapia cognitiva cada um dos transtornos mentais têm um conteúdo cognitivo específico. Na depressão, por exemplo está presente o tema da desvalorização. No transtorno obsessivo-compulsivo o conteúdo é o da intrusão de pensamentos (Knapp, 2004a).

O modo de interpretar as situações cotidianas leva o indivíduo ao longo do seu desenvolvimento à formação de esquemas que o auxiliam a avaliar, codificar e categorizar os eventos externos e internos. Os esquemas são designados como processos cognitivos estáveis – gerados em uma base regular de interpretação (Beck *et al*, 1997). Esses padrões complexos de pensamento são utilizados pelos indivíduos mesmo sem a presença de informações ambientais (Dattilio e Freeman, 1998).

Os esquemas são estruturas cognitivas com um determinado significado, sendo a maneira mais funcional e adaptativa da psique humana. Essas estruturas de cognição são chamadas de teleonômicas, por seu caráter evolutivo em prol da adaptação do ser humano (Beck e Alford, 2000). Os esquemas são elaborados precocemente na infância, continuam a serem desenvolvidos ao longo da vida e são impostos fortemente nas experiências da vida adulta (Young, Klosko e Weishaar, 2003). Aaron T. Beck (*apud* Beck, J., 1997) aponta que os esquemas “são estruturas cognitivas dentro do pensamento, cujo conteúdo específico são as crenças centrais” (p. 174).

O ser humano tem dois níveis de crenças. No primeiro estão as crenças centrais que formam o conteúdo dos esquemas. Essas crenças formam-se durante o processo de desenvolvimento humano como um modo de adaptação ambiental. Com base nessas crenças a pessoa define a si mesma, as pessoas e o mundo. As

crenças caracterizam-se por serem o nível mais elementar de crenças e de convicção a respeito do *self* (Beck, J., 1997).

As crenças centrais do ser humano podem ter um cunho positivo ou negativo. Uma pessoa pode manter ativada durante a maior parte de sua vida uma crença positiva sobre si mesma. Contudo, essa mesma pessoa pode ter uma crença central negativa ativada caso seja exposta constantemente a condições ambientes adversas que gerem sofrimento psicológico (Beck, J., 1997).

As crenças centrais negativistas são inflexíveis, supergeneralizadas e rígidas. Essas crenças estão tão arraigadas e fundamentadas na vida do indivíduo que ele não as questiona e as trata como uma verdade absoluta sobre todas as coisas. Existem duas categorias amplas de crenças de cunho negativo: de desamparo e de não ser amado. As crenças de desamparo estão relacionadas a temas de ser pessoalmente desamparado. Um paciente pode expressar suas crenças de desamparo dessa maneira, “eu sou vulnerável”, “eu sou carente”, “eu sou frágil” etc. As crenças de não ser amado são verbalizadas desse modo, “eu sou indesejável”, “eu sou mau”, “eu não sou atraente” etc (Beck, J., 1997).

Knapp (2004a) aponta a existência de uma terceira categoria de crenças centrais que seria a de desvalor. Segundo Judith S. Beck (1997) as crenças de não ter valor levam o indivíduo a acreditar que não obterá êxito em alcançar determinado objetivo ou que não terá condições de receber afeto de outras pessoas. No primeiro caso, o sujeito pode pensar que “eu sou um fracasso”, “eu sou incompetente”, “eu sou inadequado” etc. No segundo caso, a pessoa afirma que “eu não tenho valor”, “eu sou imperfeito”, “eu sou diferente” etc.

As crenças centrais não se referem apenas à pessoa em si. Esse tipo de cognição também se desenvolve no ser humano como uma forma de extrair sentido

do contexto externo e de suas relações com outras pessoas. Como mencionado anteriormente, é uma maneira de se organizar as experiências de uma pessoa para que ela se adapte adequadamente a seu ambiente (Beck, J. 1997).

O segundo nível de crenças são as crenças intermediárias. São representadas por regras, suposições e atitudes adotadas por uma pessoa e que acabam por nortear os seus comportamentos. Podem ser chamadas ainda de pressupostos subjacentes ou condicionais. As crenças intermediárias surgem da mesma maneira como as crenças centrais, ou seja, como uma tentativa do indivíduo entender ou compreender as suas diversas interações com outras pessoas e com o mundo (Beck, J., 1997).

As crenças intermediárias são cognições não adaptativas que o ser humano utiliza para lidar com suas crenças centrais negativas. O indivíduo para não ativar suas crenças de desamparo, por exemplo, pode desenvolver a seguinte regra “eu devo ser forte o tempo todo”. Em outra situação, o sujeito com o objetivo de não confirmar sua crença de não ser amado pode, por exemplo, afirmar que “se eu fizer coisas boas em todas as ocasiões, então não acharão que sou mau”. Além disso, a crença de desvalor pode, por exemplo, levar uma pessoa a assumir uma atitude de que “é horrível ser incompetente” quando colocada diante de uma situação desafiadora (Knapp, 2004a).

Caso esses pressupostos subjacentes não venham a ser cumpridos conforme o indivíduo prescreve, a pessoa fica vulnerável ao desenvolvimento de transtornos mentais quando ativadas as crenças centrais disfuncionais. Entretanto, as crenças intermediárias do sujeito não conseguem lograr êxito, apesar de serem empregadas para não permitir a confirmação das crenças centrais. Essas regras condicionais

acabam por confirmar e reforçar as crenças centrais inadequadas da pessoa (Knapp, 2004a).

Existem ainda num nível mais superficial das cognições do ser humano que é o pensamento automático, ou seja, não se restringe aos transtornos mentais. Beck (*apud* Beck, J., 1997) define os pensamentos automáticos como “um fluxo de pensamento que coexiste com um fluxo de pensamento manifesto” (p.87). O pensamento automático pode ser representado através de idéias ou imagens. Nem sempre o pensamento é expresso através de palavras ditas na mente da pessoa, pois pode ser experimentado como imagens ou figuras mentais (Beck, J., 1997).

Caso o indivíduo não tenha nenhum problema psicológico grave, poderá facilmente avaliar a realidade quando ciente dos seus pensamentos automáticos (Beck, J., 1997). É importante ressaltar que nas situações envolvendo transtornos psiquiátricos, como o transtorno obsessivo-compulsivo, a terapia cognitiva evita controlar essas idéias, pois qualquer tentativa nesse sentido tem um efeito contrário (Beck e Alford, 2000).

São pensamentos que estão na fimbria da consciência. Eles são rápidos e instantâneos, o que dificulta sua percepção ao nível da consciência sem um treinamento adequado (Beck, 1995). Beck e Alford (2000) apontam que existem estruturas e processos mentais que não estão dentro da consciência fenomenal, mas que tem um reflexo determinante nos comportamentos, emoções e outras atividades conscientes. O pensamento automático é considerado um processamento cognitivo “pré-consciente”.

Beck *et al* (1997) afirmam, a partir de suas pesquisas com pacientes deprimidos, que o pensamento do ser humano no geral pode ser dividido em “primitivo” versus “maduro”. O pensamento primitivo é global e não-dimensional, ou

seja, o indivíduo costuma julgar os eventos cotidianos de modo global e amplo. Essa forma de pensar é absolutista e moralista, pois é extremo e sentencioso em relação à pessoa em si. É uma idéia invariante, pois o indivíduo rotula a si mesmo, outros ou o mundo de um modo categórico. É um “diagnóstico do caráter”, ou seja, o sujeito atribui os eventos negativos a aspectos do seu caráter. O pensamento primitivo é marcado pela irreversibilidade, pois uma vez que a pessoa acredita possuir determinada característica, ela se sente impotente para modificar a si mesma. Segundo os autores mencionados, “no pensamento absolutista, a complexidade, variabilidade e diversidade das experiências e comportamentos humanos são reduzidos a umas poucas categorias rudimentares” (Beck *et al*, p. 12, 1997).

Por outro lado, Beck *et al* (1997) apontam que o pensamento “maduro” é multidimensional, pois os fatos que acontecem na existência de um indivíduo são balizados em diversas dimensões ou qualidades pessoais. É uma idéia relativista e não-crítica, ou seja, não avalia as situações cotidianas em termos absolutistas e nem a si mesmo ou outras pessoas criticamente. É uma maneira variável de pensar, onde o sujeito interpreta a si mesmo de uma maneira não-categórica. O indivíduo pensa em termos de “diagnóstico comportamental”, pois interpreta o seu comportamento como pertencente ao seu repertório de funcionamento e não como algo definidor do seu caráter. O pensamento “maduro” é caracterizado ainda pela reversibilidade, ou seja, o sujeito sabe que hoje ele assume determinada postura diante da vida, mas que amanhã pode se comportar e se ver de outra maneira.

O pensamento das pessoas pode sofrer ainda a influência de algumas anomalias que são chamadas de distorções cognitivas. São erros sistemáticos de interpretação, processamentos falhos das informações e raciocínios ilógicos. As informações que provem do contexto tanto interno quanto externo são processadas

erroneamente na maior parte das vezes. Os pacientes acometidos por algum problema psicológico mantêm suas crenças nos conceitos do seu pensamento distorcido, apesar de inúmeras evidências contrárias. Entre esses erros sistemáticos do pensar encontra-se a abstração seletiva, a hipergeneralização, a personalização, entre outros (Beck *et al*, 1997). As distorções cognitivas vão ser mais bem exemplificadas no capítulo referente à revisão da terapia cognitiva com casais.

As distorções cognitivas podem ser entendidas ainda como erros que afetam o significado ou conteúdo cognitivo que uma pessoa atribui a determinado evento. Um sujeito pode ser predisposto a construir essas estruturas cognitivas com falhas específicas. A predisposição as distorções são chamadas de vulnerabilidades cognitivas, pois uma pessoa fica inclinada a desenvolver algum transtorno específico. O conteúdo específico de uma cognição é inter-relacionado com a vulnerabilidade cognitiva (Beck e Alford, 2000).

As emoções desempenham um papel de destaque na terapia cognitiva desde o princípio de sua construção. O terapeuta cognitivo tem as emoções como uma fonte primária de mudança (Beck, J, 1997). Inicialmente, Beck *et al* (1997) apontaram que o objetivo dessa modalidade psicoterapêutica era obter o alívio da dor emocional na depressão, além de outros sintomas associados a esse transtorno mental. O meio que foi e ainda é até hoje utilizado para atingir essa meta, é questionar as interpretações errôneas do paciente, modificar seus comportamentos inadequados e suas atitudes disfuncionais. A mudança cognitiva é colocada como fator mais importante para a melhora emocional. A busca ou aumento da experiência das emoções no processo terapêutico não é colocado como fator exclusivo, como nas escolas experimentais. Contudo, esse mesmo processo terapêutico utilizado pela a terapia cognitiva é baseado fortemente em técnicas do âmbito emocional. A

percepção sensorial e a submersão são exemplos desses procedimentos, conquanto que sejam manejados juntos com um programa específico de modificação cognitiva.

Identificar e expressar emoções é uma etapa fundamental na terapia cognitivo-comportamental. Para algumas pessoas é difícil reconhecer que estão sofrendo por algum motivo. Outras encontram dificuldade para identificar quais emoções estão associadas a uma determinada situação. Ainda há terceiros que têm problemas para expressar suas emoções, pois podem tanto evitar dizer o que sentem quanto podem fazê-lo de forma inadequada dependendo da ocasião (Beck *et al*, 1997).

Alguns pacientes costumam também confundir o que sentem e o que pensam em uma determinada situação. Durante a intervenção psicológica é importante que o terapeuta auxilie o cliente a diferenciar idéias e sentimentos. Ao distinguir as emoções dos pensamentos, o terapeuta aponta para o paciente que seus sentimentos estão diretamente relacionados com suas crenças e comportamentos. Safran e Greenberg (2002) apontam que são inseparáveis as nossas emoções, ações e pensamentos. Esses mesmos autores afirmam que “a emoção é um aspecto fundamental daquilo que significa ser humano e não é menos central ao funcionamento humano do que são as cognições e o comportamento” (Safran e Greenberg, p.113, 2002).

Apesar das emoções serem um importante guia do processo psicoterapêutico, nem todos os sentimentos de um paciente são averiguados pelo profissional nas situações que ocorre disforia. Na verdade, as emoções somente são analisadas quando associadas a erros de interpretação em um contexto específico (Beck, J. 1997). O motivo para tal procedimento, segundo Judith Beck, é que “as emoções negativas ‘normais’ são tanto uma parte da riqueza da vida quanto as

emoções positivas e servem a uma função tão importante quanto a dor física, nos alertando para um problema potencial que pode ser abordado” (p. 105, 1997).

Como mencionado anteriormente, o pensamento, a emoção e o comportamento estão diretamente relacionados e se influenciam mutuamente. Por esse motivo, o comportamento do ser humano também tem um papel de destaque na terapia cognitiva.

O comportamento é a ação do indivíduo que pode ser observado, em um contexto tanto micro quanto macro (White, 2003). O comportamento é influenciado pelas cognições do sujeito, uma resposta ao modo do indivíduo perceber e interpretar os eventos que acontecem em sua vida. Beck e Alford (2000) afirmam que “o comportamento humano normal teoricamente depende da capacidade de a pessoa compreender a natureza do ambiente social e físico dentro do qual ela está situada” (p. 30).

A maneira como o sujeito se sente diante de determinadas situações também influencia seus comportamentos (Beck *et al*, 1997). Um exemplo é da pessoa com agorafobia que ao sentir as sensações corporais fisiológicas da ansiedade procura fugir do ambiente supostamente eliciador dessa emoção. O comportamento por sua vez também tem um papel ativo na confirmação dos pensamentos e sentimentos do indivíduo, caracterizando um processo de retroalimentação (Knapp, 2004a). Ainda usando o exemplo acima, quando o sujeito sai do local que gera ansiedade e evita situações semelhantes constantemente, ele perpetua suas crenças e seus sentimentos de medo em relação às respostas fisiológicas naturais do organismo.

Alguns comportamentos são utilizados em determinados transtornos psicológicos como uma estratégia de enfrentamento. Esses comportamentos específicos são modelados pelas crenças intermediárias do paciente como uma

forma de evitar a confirmação de suas crenças centrais. No caso, por exemplo, de um paciente socialmente ansioso pode haver a evitação de contato com outras pessoas para que suas crenças sobre não ser amado não sejam ativadas (Knapp, 2004a).

#### **1.4 – Técnicas e procedimentos**

Esse tópico tem por objetivo descrever as técnicas centrais empregadas na terapia cognitiva para tratar diferentes problemas psicológicos. Serão enfatizados os procedimentos terapêuticos que farão parte do protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais.

Como mencionado ao longo do texto, a terapia cognitiva surge inicialmente com o objetivo de tratar a depressão. Para intervir com eficácia nesse transtorno, foi necessária a criação ou reunião de um grupo específico de técnicas. Esses procedimentos foram diretamente relacionados com o arcabouço teórico da abordagem cognitiva para a depressão (Beck *et al*, 1997).

Com o desenvolvimento dessa modalidade de intervenção psicoterapêutica e a ampliação de seu uso para tratar diferentes transtornos mentais, algumas técnicas foram aperfeiçoadas e outras criadas ou mesmo incorporadas. As principais técnicas utilizadas pela terapia cognitiva podem ser divididas em dois grandes grupos. Existem os procedimentos de natureza cognitiva e os de base comportamental (Beck *et al*, 1997). Essa divisão tem apenas um objetivo pragmático, pois algumas técnicas comportamentais têm a função de alterar as crenças disfuncionais. Na verdade, o objetivo principal da terapia cognitivo-comportamental é promover a reestruturação cognitiva (Knapp, 2004b).

O terapeuta desde o início do tratamento pode contar, dentre as técnicas cognitivas, com a colaboração de um instrumento valioso que é o diagrama de conceituação cognitiva. Nesse quadro o profissional vai anotando as principais informações sobre o funcionamento cognitivo do cliente. O terapeuta descreve os pensamentos, emoções, sentimentos, crenças etc. Posteriormente, o profissional apresenta esse diagrama para o cliente. Esse processo de conceituação cognitiva é tido como uma das principais etapas de tratamento dentro da abordagem cognitiva (Beck, J., 1997).

Inúmeras são as técnicas utilizadas para promover mudanças nas cognições inadequadas de um paciente. O primeiro passo no processo de reestruturação cognitiva é auxiliar o cliente a identificar o sentimento relacionado a um nível de sofrimento significativo em um contexto específico. Para se saber o quanto essa emoção foi desagradável para a pessoa em determinada situação, são utilizados geralmente algarismos arábicos em escalas de zero a cem. O número zero significa que o paciente não foi afetado emocionalmente pela situação e o número cem refere-se à experiência máxima daquele sentimento pelo indivíduo em qualquer momento. Posteriormente, essa emoção é relacionada a uma idéia específica do indivíduo (Beck *et al*, 1997).

A identificação dos pensamentos automáticos do cliente é uma etapa primordial no tratamento de qualquer problema psicológico pela terapia cognitiva. Os pensamentos automáticos disfuncionais de uma pessoa estão ligados aos seus sentimentos desagradáveis em determinado contexto específico. Após captar o humor negativo, o terapeuta ensina o cliente a identificar a cognição inadequada. Existe uma pergunta na terapia cognitiva que é considerada básica ou padrão. A

questão principal é “O que está passando em sua cabeça nesse momento?” (Beck, J., 1997).

O terapeuta quando formula essa pergunta está querendo ter acesso ao “pensamento quente” do cliente. É importante para o processo de reestruturação cognitiva que o pensamento a ser identificado e modificado seja aquele que esteja diretamente relacionado à emoção desagradável intensa que a pessoa experimentou em determinado momento. O “pensamento quente” do paciente pode estar relacionado a diferentes contextos. Por exemplo, pode ser sobre ele mesmo “Eu sou um fracasso” ou sobre a terapia “Isso não vai funcionar comigo” (Greenberg e Padesky, 1999).

Existem ainda outras maneiras de se captar os pensamentos automáticos. A melhor maneira de se capturar esses pensamentos é logo após que eles ocorrem, mas nem sempre isso é possível devido a diversos fatores. O terapeuta pode solicitar ao cliente que registre o maior número de idéias ou imagens que venham a sua cabeça em um período da semana. O paciente pode ser instruído a anotar os pensamentos automáticos em um período curto do dia como por exemplo, 10 minutos após o almoço. É possível que essas idéias ou imagens sejam percebidas em um contexto específico que esteja relacionado com o humor negativo da pessoa. O cliente pode ser encorajado a confrontar com uma situação perturbadora para evocar e identificar seus pensamentos. Uma outra estratégia utilizada é solicitar o registro de idéias com um tema em comum como, por exemplo, os pensamentos do cliente sobre ser criticado ao falar em público (Beck *et al*, 1997).

Costuma-se utilizar o Registro de Diário de Pensamentos Disfuncionais como um poderoso aliado no processo de identificação dos pensamentos automáticos. É um instrumento composto de seis colunas, onde a princípio o paciente deve

assinalar uma data e uma situação específica relacionada a um pensamento disfuncional e ao humor negativo. Posteriormente, o cliente aprende a buscar uma resposta racional a essa idéia inadequada e redimensionar o grau de sua crença na mesma (Beck *et al*, 1997). [ver anexo]

O paciente também é solicitado a assinalar o grau de sua convicção no pensamento automático. Utiliza-se uma escala de valores de zero a cem, onde zero significação ausência de confiança naquela idéia e cem refere-se ao nível máximo de credibilidade que pode ser dado ao pensamento na situação específica (Beck, J., 1997).

Alguns pensamentos automáticos de um paciente podem ser inadequados. Essas idéias disfuncionais geralmente são distorcidas. As distorções cognitivas devem ser identificadas no processo terapêutico. Esta é uma das etapas principais de qualquer protocolo de tratamento dentro da terapia cognitiva. O profissional geralmente fornece ao cliente um lista contendo as principais distorções cognitivas, o que auxilia no processo de sua identificação. O paciente aprende a associar suas idéias inadequadas a essas interpretações sistemáticas errôneas. Costuma-se pedir que o indivíduo anote a distorção cognitiva ao lado pensamento automático disfuncional (Beck *et al*, 1997).

Os pensamentos automáticos devem ser avaliados e testados pelo cliente. Inicialmente, o terapeuta ajuda o paciente nesse processo de questionamento de suas idéias inadequadas. O terapeuta pode também fornecer uma lista de perguntas que ajudam o paciente a questionar suas idéias disfuncionais, na busca de respostas mais racionais para seu problema. Entre as principais perguntas estão busca por evidências contrárias e a favor do pensamento além de uma possível explicação alternativa sobre determinada situação específica. Os pensamentos são

questionados ainda em termos de sua utilidade. O paciente é levado a refletir sobre vantagens e desvantagens de acreditar plenamente em uma determinada idéia (Beck, J., 1997).

Como mencionado anteriormente, segundo a teoria que fundamenta a terapia cognitiva existe ainda um nível mais profundo das nossas crenças. São as crenças intermediárias e centrais. Existem algumas maneiras de se ter acesso às crenças intermediárias. A primeira seria identificar nos pensamentos automáticos a presença dessas crenças. A segunda poderia ser através da elaboração da primeira etapa de uma suposição como, por exemplo, o terapeuta pergunta ao cliente “se você não trabalhar duro para os exames escolares, então ...”. Uma terceira maneira seria obter diretamente uma regra ou atitude do paciente. Outra forma seria através da busca de temas freqüentes nas idéias disfuncionais do cliente (Beck, J., 1997).

Um procedimento muito importante utilizado para identificar as crenças subjacentes é a técnica da flecha descendente. Nesse procedimento o terapeuta seleciona um pensamento automático do cliente que acredita estar relacionado a uma crença intermediária. Logo após, pergunta ao paciente o que significaria se aquela idéia inadequada realmente ocorresse. Esse procedimento continuaria até o momento em que uma crença relevante seja detectada. O terapeuta quando pergunta ao cliente o que determinado pensamento significa está obtendo uma crença intermediária (Beck, J., 1997). Por exemplo, um estudante que tirou uma nota seis na sua prova de matemática pensa, “Eu nunca consigo tirar uma boa nota”. Ao ser questionado sobre o significado de seu pensamento por seu terapeuta, o aluno pode responder com a seguinte atitude, “É horrível ser incapaz”. O estudante também pode supor que “Se eu estudar muito, eu conseguirei fazer as coisas direito”, mas por outro lado “Caso eu não me aplique exaustivamente, eu

fracassarei”. Esse indivíduo pode ter ainda a seguinte regra em sua vida “Eu devo ser o melhor em todas as coisas que eu faço”.

As crenças intermediárias disfuncionais importantes também devem ser modificadas no processo terapêutico. O cliente a princípio é educado sobre o papel dessas crenças no funcionamento humano. Logo após, é incentivado a avaliar as vantagens e desvantagens de acreditar nessas suposições, regras e atitudes subjacentes. A principal técnica utilizada é o questionamento socrático. O profissional faz perguntas sistemáticas ao cliente para guiá-lo no processo de descoberta da inadequação de suas crenças. O cliente pode ainda ser incentivado a fazer experimentos comportamentais para testar a credibilidade de suas idéias subjacentes (Beck, J., 1997).

O *continuum* cognitivo é outra técnica utilizada nesse processo de questionamento de crenças e pensamentos automáticos. Consiste em uma linha com uma escala de zero a cem, onde o cliente, por exemplo, deve avaliar adequadamente o seu próprio desempenho em determinada tarefa em relação a outras pessoas, tomando uma como totalmente competente e/ou desejável e outra – o cliente - como totalmente incompetente ou indesejável. Depois disso o terapeuta faz perguntas sobre uma grande quantidade de outras pessoas concebíveis como mais incompetentes ou indesejáveis. Costuma ser empregado para avaliar pensamentos dicotômicos. O *role-play* racional-emocional é uma técnica utilizada com os clientes que dizem que podem compreender que uma crença é disfuncional, mas que emocionalmente têm um sentimento de que ela é verdadeira. Uma técnica também bastante eficaz na modificação das crenças intermediárias é fazer com que o indivíduo utilize uma outra pessoa (amigos, parentes etc.) como um ponto de

referência. Para algumas pessoas é muito mais fácil encontrar soluções para os problemas de outras do que para os seus próprios (Beck, J., 1997).

O procedimento de encenar “Como Se” é apresentado ao cliente como uma maneira dele realizar algo que gostaria, mas que é impedido por não acreditar, por exemplo, em sua capacidade pessoal para realizá-lo. O terapeuta avalia com a pessoa o que ela faria se não acreditasse em determinada crença. Então, o indivíduo é incentivado a emitir determinado comportamento como se as suas avaliações não fossem verdadeiras. O profissional pode ainda utilizar auto-revelação para auxiliar o paciente a modificar suas crenças disfuncionais (Beck, J., 1997).

O processo de identificação utilizado na captura das crenças centrais engloba técnicas semelhantes às manejadas para identificar as crenças intermediárias. Para iniciar o processo de modificação da crença central o terapeuta apresenta ao cliente sua hipótese. O paciente aprende sobre o papel que a crença central desempenha em sua vida como um todo. Além disso, aprende a monitorar a ativação dessa idéia rígida sobre si mesmo no momento em que é ativada. Entre as principais técnicas para modificar as crenças centrais, além das mencionadas acima, estão a minuta de crença central, os contrastes entre extremos, o desenvolvimento de metáforas, os testes históricos, a reestruturação de memórias antigas e os cartões de enfrentamento (Beck, J., 1997).

As técnicas de base comportamental são muito importantes no tratamento psicoterapêutico empregado pela terapia cognitiva. Os experimentos comportamentais têm em seu conteúdo um caráter cognitivo, pois também auxiliam na modificação das crenças inadequadas de uma pessoa (Knapp, 2004b). Os procedimentos de base comportamental têm uma natureza avaliativa. Essas técnicas colaboram na avaliação dos pensamentos e crenças disfuncionais do

cliente. O terapeuta e paciente vão sempre decidir juntos se esse tipo de experiência vai ocorrer no espaço terapêutico ou não (Beck, J, 1997).

Um das principais técnicas é a monitoração do comportamento pelo próprio cliente, chamada de automonitoramento. É um procedimento caracterizado por sua simplicidade e por sua pouca intrusão no espaço pessoal do cliente (Knapp, 2004b). Um exemplo, é o registro diário de pensamento disfuncional (RDPD) é um valioso instrumento de automonitoramento. Como mencionado acima, esse procedimento auxilia o paciente a captar seus pensamentos, emoções e comportamentos que aconteceram em determinado contexto. O que permite posterior avaliação das idéias inadequadas (Beck *et al*, 1997).

É importante ainda mencionar que existem dois procedimentos de natureza comportamental que são amplamente utilizados nos protocolos de tratamento cognitivo. Merece destaque o treino em comunicação e a técnica de resolução de problemas (Hawton e Kirk, 1997; Knapp, 2004b). Para fins dessa dissertação, essas duas modalidades de intervenção serão melhores exploradas no capítulo sobre a revisão da terapia cognitiva com casais.

Os terapeutas cognitivos utilizam também alguns procedimentos empregados na sessão terapêutica que facilitam o relacionamento entre terapeuta e cliente. O primeiro a ser destacada é o uso da agenda. É um processo consensual, pois conta com a colaboração do profissional e do paciente. O que torna essa técnica tão importante é que ela permite a utilização do tempo da sessão terapêutica de modo mais eficaz. Um segundo procedimento que contribui para uma melhor relação terapêutica é designação da tarefa de casa. O cliente e seu terapeuta decidem juntos que tipo de lição deverá ser realizada durante a semana pelo paciente. No geral, as tarefas de casa envolvem algum tipo de experimentação comportamental,

apesar de que essas lições podem ser de várias naturezas (White, 2003). Um último fator de colaboração é o *feedback*. Ao final de cada sessão o profissional solicita ao paciente que expresse de forma verbal ou por escrito como foi o tratamento psicológico naquela sessão. Segundo Judith Beck (1997) quando o profissional solicita o *feedback*, ele “fortalece o *rapport*, transmitindo a mensagem de que o terapeuta se importa com que o paciente pensa e sente” (p. 56).

Por fim, uma técnica de grande importância e por isso bastante empregada na terapia cognitivo-comportamental ao final de cada tratamento é a prevenção de recaídas. É procedimento fundamental porque os problemas tratados em terapia retornam em algum momento na vida do paciente. O terapeuta cognitivo visa com essa técnica que o cliente evite ter uma recaída total de seus sintomas. O profissional e seu paciente se preparam antecipadamente para esses ciclos. O terapeuta ensina algumas habilidades de enfrentamento para que o cliente possa manejar os sintomas de seu transtorno e outros problemas relevantes quando surgirem novamente (Beck *et al*, 1997; White, 2003).

### **1.5 – Áreas de aplicação**

A terapia cognitivo-comportamental tem sido considerada um modelo eficaz para o tratamento de diversos transtornos psicológicos (Almeida e Neto, 2004; APA, 1995). Entre as áreas de aplicação clínica da terapia cognitiva está o tratamento dos transtornos afetivos como, por exemplo, a depressão (Beck *et al*, 1997; Young, Beck e Weinberg, 1999) e o transtorno bipolar (Juruena, 2004).

A terapia cognitiva também tem se mostrado eficaz no tratamento dos transtornos de ansiedade, tais como, transtorno do pânico e agorafobia (Rangé e

Bernik, 2001; Crask e Barlow, 1999), do estresse pós-traumático (Caminha, 2004; Rangé e Masci, 2001), da fobia social ou ansiedade social (Picon e Knijnik, 2004; Falcone e Figueira, 2001), da ansiedade generalizada (Clark, 1997; Brown, O'Leary e Barlow, 1999) e do transtorno obsessivo-compulsivo (Torres, Shavitt e Miguel, 2001).

Além desses problemas psiquiátricos, a terapia cognitiva tem realizado pesquisas e intervenções no tratamento de crianças (Stallard, 2004; Reinecke, Dattilio e Freeman, 1998), problemas familiares (Dattilio, Epstein, Baucom, 1998; Dattilio, 2004), dos transtornos alimentares (Duchesne, 1998), entre outros.

Atualmente, Aaron T. Beck vem investigando o papel da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da esquizofrenia e outros transtornos psicóticos (Beck e Alford, 2000; Beck e Rector, 2004).

Como mencionado anteriormente, o tema dessa dissertação é o tratamento de casais em conflito. A terapia cognitiva tem se revelado nos Estados Unidos um modelo comprovado cientificamente eficaz para tratar os desajustamentos das relações amorosas (Beck, 1995; Epstein e Baucom, 1998; Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997). O capítulo a seguir faz uma revisão dos principais conceitos e procedimentos utilizados pela abordagem cognitivo-comportamental no tratamento de casais em desalinho.

## **CAPÍTULO 2 – TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL COM CASAIS (TCCC): UMA REVISÃO**

Esse capítulo apresenta as principais temáticas e técnicas mencionadas na literatura científica para o tratamento de casais pela terapia cognitiva. No que se refere aos temas, inicialmente, é relatado um breve histórico da intervenção cognitivo-comportamental com parceiros em conflito. Em seguida é descrito o papel desempenhado pelas cognições disfuncionais nas relações amorosas. Também é apontada a influência da má comunicação nos problemas dos relacionamentos afetivos. São descritas ainda as conseqüências da resolução inadequada de problemas para o convívio conjugal. Logo após, é mencionado o papel das interações negativas no relacionamento marital. Depois é relatada a dificuldade de expressar emoções por parte dos companheiros. Além disso, são apresentados outros problemas específicos enfrentados pelos casais.

A parte que se refere às técnicas utilizadas pela terapia cognitiva no tratamento de casais está descrita conforme a estrutura de intervenção do protocolo piloto que é apresentado no capítulo quatro dessa dissertação. A princípio é apontada a importância das sessões iniciais para o tratamento do casal. Logo após, são descritos os estágios e os procedimentos envolvidos na avaliação realizada com os cônjuges. Em seguida é apresentada a modificação de padrões de comportamento disfuncionais. Também é relatada a intervenção nas reações emocionais excessivas ou deficitárias. Além disso, são apresentadas as etapas relacionadas à reestruturação cognitiva. É destacado ainda o treinamento em comunicação com os parceiros em conflito. O treino em resolução de problemas também é apresentado. Por fim, é descrita a técnica de prevenção de recaídas.

## 2.1 – Breve histórico

A Terapia Cognitivo-Comportamental com Casais (TCCC) está se desenvolvendo de uma forma gradual, onde saiu de um estágio infantil para a sua juventude nos Estados Unidos (Dattilio, 2004). No Brasil, por outro lado, essa modalidade de intervenção terapêutica nas relações amorosas conturbadas estaria ainda em uma fase “embrionária”. Um dado importante é que as primeiras publicações traduzidas nessa área aqui no Brasil aconteceram somente na década de 1990 (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995).

O tratamento de cônjuges em conflito pela abordagem cognitiva teve seu início a partir das intervenções comportamentalistas, onde eram enfatizados o contrato marital e o intercâmbio social simples (Dattilio e Padesky, 1995).

A partir da década de 1970, a Teoria da Aprendizagem Social, desenvolvida por Bandura (1979), foi aplicada à terapia conjugal, onde foram enfatizados os processos cognitivo-perceptivos (atribuições) dos cônjuges a respeito do comportamento do companheiro e de si mesmo (Jacobson e Holtzworth-Munroe, 1986; Schmalings, Fruzzetti e Jacobson, 1997). Os psicoterapeutas da teoria do intercâmbio social e da aprendizagem operacional, com o intuito de melhorar o nível de satisfação na interação conjugal, utilizaram em suas intervenções técnicas tanto cognitivas quanto comportamentais (Dattilio, 2004).

O enfoque de terapia conjugal, predominantemente cognitiva, ocorre com a Terapia Racional-Emotiva-Comportamental (TREC), de Albert Ellis. As crenças – concebidas nesta abordagem como crenças irracionais – foram apontadas como fatores importantes no relacionamento conjugal. Os conflitos dentro do casamento seriam influenciados pelas crenças irrealistas dos parceiros sobre a sua relação,

além das causas das insatisfações estarem ligadas a avaliações negativas extremadas. A TREC trabalhava nos relacionamentos íntimos focalizando as crenças ou os pensamentos inadequados – irracionais, inflexíveis e absolutistas – para alterá-los e em consequência as emoções e os comportamentos (Dattilio *et al* 1998).

A TCCC vem se desenvolvendo a partir da década de 1980 (Dattilio *et al*, 1998). Algumas técnicas, antes utilizadas pela terapia cognitiva no tratamento da depressão e de outros transtornos psicológicos, foram adaptadas para o trabalho clínico com cônjuges em conflito (Beck, 1995). Contudo, nesse período as cognições se tornaram o foco central das investigações, onde o que foi pesquisado de uma forma sistemática e diretiva foi o papel das cognições na qualidade das interações maritais (Fincham, Bradbury e Beach 1990).

## **2.2 – O papel das cognições disfuncionais**

Diferentes investigações foram desenvolvidas para pesquisar a influência das cognições disfuncionais dos cônjuges sobre o seu relacionamento (Baucom, Epstein, Sayers e Sher, 1989; Eidelson e Epstein, 1982). Os estudos apontaram que os pensamentos inadequados, as crenças sobre os relacionamentos, as expectativas, as atribuições, entre outros processos mentais, desempenhavam um papel significativo na qualidade das interações entre os parceiros numa relação afetiva (Epstein, Baucom e Rankin, 1993; Fincham *et al*, 1990).

Aaron T. Beck (1995) fez uma importante contribuição sobre o papel desempenhado pelas cognições inapropriadas para o funcionamento do ser humano em geral e dos relacionamentos amorosos especificamente. Como visto no primeiro

capítulo, Beck *et al* (1997) apresentaram três diferentes níveis de cognição, sendo eles os pensamentos automáticos, as crenças intermediárias e as crenças centrais.

Os pensamentos automáticos são essas idéias ou imagens “pré-concientes” que passam na mente de todas as pessoas sem serem notadas (Beck *et al*, 1997). Em uma situação específica, um cônjuge muitas vezes não consegue perceber que existe um fluxo de pensamento rápido, mediando suas emoções e comportamentos. Esse nível de raciocínio não costuma ser avaliado e acaba sendo aceito como plausível por um ou ambos os membros do casal. Como é influenciado pelos esquemas individuais, o pensamento automático do companheiro descontente acaba se tornando inadequado em determinado momento (Dattilio, Epstein e Baucom, 1998).

Como mencionado anteriormente, os pensamentos automáticos estão presentes dentro do fluxo de consciência das pessoas, sendo traduzidos em idéias, crenças ou imagens. Por exemplo, o marido pode pensar ao ver que sua companheira não está em casa, “minha mulher já deveria ter chegado do trabalho, está atrasada”. Além disso, o parceiro pode imaginar a esposa tendo relações com outro homem. O problema com essas cognições é a falta de verificação de sua validade. O companheiro quando pensa dessa forma acaba não levando em consideração outras explicações possíveis como, por exemplo, de que possa ter ocorrido um imprevisto com o carro dela (Dattilio, 2004).

As crenças intermediárias e centrais de um parceiro sobre seu relacionamento são desenvolvidas desde a infância pela influência dos pais, da cultura, dos primeiros encontros amorosos, entre outros (Dattilio *et al*, 1998). Os indivíduos podem rejeitar esses modelos como uma forma de se comportar enquanto marido ou mulher (Beck, 1995). Contudo, a forma como cada parceiro

acredita que a relação “deveria” ser, geralmente, está associada a uma crença disfuncional que não costuma estar tão bem articulada na mente de cada companheiro (Dattilio *et al*,1998). Beck (1995) aponta que as crenças inadequadas a respeito de uma relação amorosa não se encontram ao nível da consciência dos cônjuges.

Os esquemas são modos mais amplos de ver o mundo que nos cerca. São estruturas complexas que englobam crenças básicas a respeito das pessoas e dos relacionamentos em geral. Uma pessoa nem sempre tem articulada em sua mente quais esquemas traz ou produz em sua relação. No máximo tem idéias vagas sobre o modo com é ou deveria ser o casamento. Diante de novas situações, um sujeito tende a processar as informações atuais como os mesmos esquemas que desenvolveu ao longo de sua vida, o que muitas vezes gera conflitos (Dattilio, 2004).

Alguns pesquisadores que atuam na TCCC afirmam que as crenças básicas sobre a díade e os relacionamentos em geral estão ligadas a diferentes níveis de discórdia, insatisfação e desajustamento que ocorreram no passado, que estão acontecendo no presente e que podem vir a ocorrer no futuro dentro da relação amorosa (Dattilio e Padesky, 1995; Epstein, 1998).

Alguns autores que atuam em outras correntes teóricas também destacaram a importância das crenças dos parceiros sobre a sua relação e sobre os relacionamentos em geral para qualidade do convívio conjugal (Kinder e Cowan, 1990; Lazarus, 1992; Paul e Paul, 1999). Esses mesmos pesquisadores preferem chamar essas crenças específicas de *mitos conjugais*. Lazarus (1992) apontou vinte e quatro mitos que são capazes de conturbar relacionamentos ou mesmo piorar a interação entre os companheiros que já tem um histórico de conflitos conjugais. Um exemplo desses mitos seria “marido e mulher devem fazer tudo juntos” ou mito da

“União total” (p. 37). Kinder e Cowan (1990), por sua vez, destacaram que existem tanto os mitos masculinos sobre as mulheres quanto os mitos femininos sobre os homens que afetam as relações entre os parceiros.

As distorções cognitivas exercem uma grande influência negativa nos relacionamentos amorosos (Rangé e Dattilio, 2001). As distorções cognitivas advêm de falhas no processamento de informações, erros de interpretação e raciocínios ilógicos no pensamento de um indivíduo (Beck e Alford, 2000). Beck (1995), ao direcionar seus estudos para o tratamento de casais em conflito, percebeu que eram cometidas as mesmas anomalias na tramitação do pensar que ocorriam com pacientes deprimidos e ansiosos. Entre as distorções de raciocínio, baseadas no modelo descrito por Beck *et al* (1997), descritas na literatura científica estão a abstração seletiva, a hipergeneralização, a personalização, inferência arbitrária, leitura de pensamento, rotulação negativa, pensamento dicotômico, maximização e minimização, entre outras (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995; Rangé e Dattilio, 2001, Dattilio, 2004).

Na abstração seletiva ocorre um processo de seleção das informações ambientais, confirmando o pensamento distorcido e ignorando fatos contrários evidentes. O cônjuge retira de um determinado contexto uma informação que tem certos aspectos realçados em detrimentos de todos os outros. Este tipo de distorção sofre ainda influência do pensamento dicotômico e a atenção dos parceiros é altamente seletiva. Por exemplo, um caso seria a do companheiro que deixa de recolher um dos brinquedos dos filhos na sala e a parceira pensa “ele me trata como se eu fosse sua escrava”. A mulher nessa situação deixou de notar que ele tinha retirado outros brinquedos e ainda arrumado a sala. Essa distorção pode ainda levar um companheiro a ver os componentes do comportamento do outro apenas

quando relacionados à maneira global de enxergá-lo. No caso acima a esposa vai estar atenta somente as possíveis “falhas” do marido que possam estar ligadas à sua idéia exploração (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995; Rangé e Dattilio, 2001, Dattilio, 2004).

Na hipergeneralização, a partir de fatos isolados, o indivíduo cria regras gerais para outras situações diferentes. A partir de uma situação isolada uma pessoa acaba interpretando os incidentes ocorridos em outro contexto da mesma forma, estando ou não ligados. Em muitos casos, acaba contribuindo para a abstração seletiva. Como exemplo, temos o caso da esposa que criticada pelo companheiro por não comprar um aparelho doméstico pensa “Ele sempre me critica”. Em outro exemplo, o parceiro está mostrando a companheira um projeto que vai apresentar no trabalho no dia seguinte. Ela faz uma avaliação crítica e o marido pensa “ela nunca me apóia”. Contudo, ele negligenciou que a mulher opinou em termos tanto positivos quanto negativos. Palavras como sempre, nunca, nada, tudo, nenhum, todos etc. estão presentes sempre nesse tipo de distorção (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995; Rangé e Dattilio, 2001, Dattilio, 2004).

Na inferência arbitrária o indivíduo tem uma maneira tendenciosa de tirar conclusões em situações específicas sem provas concretas. Por exemplo, o parceiro está em casa esperando a esposa para jantarem juntos no dia do aniversário de casamento deles, mas ela está atrasada uma hora. Então ele conclui com o seguinte pensamento, “ela pode ter tido um acidente com seu carro”. O marido não cogita a possibilidade, por exemplo, da esposa estar atrasada por que o patrão não liberou os funcionários no horário de sempre. Esse tipo de distorção mantém ainda relações estreitas com as atribuições e expectativas de cada parceiro. De um modo geral, nas relações conflitantes os parceiros tendem a atribuir negativamente determinadas

ações positivas. Por exemplo, a mulher recebe um presente do cônjuge fora de uma data festiva e conclui “ele está me agradando, porque está me traindo”. A companheira não pergunta o motivo para tal gesto carinhoso e deixa de saber que ele está querendo sair da rotina do relacionamento. (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995; Rangé e Dattilio, 2001, Dattilio, 2004).

Na personalização, acontecimentos interpessoais são interpretados de uma forma egocêntrica. É mais uma forma de inferência arbitrária, mas que se distingue dessa por suas características particulares. Na personalização a pessoa tende a retirar conclusões sobre si mesma a partir de eventos externos, sem evidências que as comprovem. Por exemplo, o marido que prepara o café da manhã para a companheira, mas ela não está comendo quase nada, então ele pensa “ela detesta as coisas que preparo no café”. O parceiro não avaliou a possibilidade da mulher está tendo naquela hora cólicas menstruais intensas e por isso tenha perdido o apetite. Em outro exemplo, a parceira vê o seu cônjuge trocando a fralda do bebê, chega a seguinte conclusão “a sua insatisfação com o meu modo de tratar as crianças é tão grande que resolveu fazer por si mesmo” (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995; Rangé e Dattilio, 2001, Dattilio, 2004).

Na rotulação negativa a pessoa constrói traços estáveis sobre si mesma ou sobre o parceiro a partir de situações que aconteceram há algum tempo atrás. O modo como os parceiros rotulam um ao outro muitas vezes está baseado em atribuições negativas que fazem sobre as causas dos comportamentos de cada um. Não tomam em consideração as evidências em contrário que poderiam levar a concepções menos destruidoras. Por exemplo, a parceira está conversando com o companheiro sobre os gastos financeiros. No meio do diálogo o marido discorda que a esposa compre um novo sofá para a sala, então ela pensa “ele é um avarento”.

Contudo, a mulher esqueceu que naquele mês o casal ia pagar a última prestação do empréstimo do carro e por isso não poderiam ter contas extras (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995; Rangé e Dattilio, 2001, Dattilio, 2004).

A leitura de pensamento pode ser considerada a distorção cognitiva por excelência dentro das relações amorosas desajustadas. É também um tipo de inferência arbitrária. Na maioria dos relacionamentos problemáticos os parceiros acreditam ter o dom “mágico” de adivinhar o que o outro está pensando e sentindo o tempo todo, mesmo que o outro não expresse direta e claramente o que sente e pensa. Por exemplo, o homem que vê sua esposa ligando para a mãe e pensa “ela não quer falar comigo e prefere conversar com a mãe, porque não gosta mais de mim”. O que ele não procurou saber foi que a mulher estava falando naquele momento com a mãe porque não queria atrapalhá-lo em ver seu programa de televisão favorito. É claro que nas relações de longos anos as pessoas conhecem a maneira de pensar do outro companheiro sobre determinado assunto, mas mesmo nesses casos muitos erros de avaliação acontecem (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995; Rangé e Dattilio, 2001, Dattilio, 2004).

O pensamento dicotômico é uma forma de pensar caracterizada por ser extremada. Pode ainda ser descrito na literatura especializada como pensamento polarizado, assim como, pensamento tudo-ou-nada. As categorias criadas pelo parceiro são mutuamente excludentes. Não existe um meio termo. Ou uma pessoa é totalmente amada ou totalmente rejeitada. Ou o parceiro é dedicado ou é negligente. Uma situação típica, por exemplo, é a da mulher que não responde a uma pergunta do marido e o esposo pensa, “ela me odeia”. O que o cônjuge não percebeu foi que a parceira naquele momento estava assistindo um documentário relacionado ao

trabalho dela (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995; Rangé e Dattilio, 2001, Dattilio, 2004).

Na maximização e minimização o indivíduo avalia que determinada situação teve um peso maior ou menor do que normalmente é esperado. Os aspectos negativos do evento costumam serem ampliados enquanto os positivos são desqualificados. Nos casos em que o incidente mexe com alguma crença do que um parceiro “deveria ser”, geralmente, o outro fica aborrecido e geralmente há conflito. Por exemplo, quando o marido lembra da data de aniversário de casamento a esposa pensa “lembrar do dia em casamos na prova que ele gosta de mim”. Caso o cônjuge esquecesse, a mulher poderia pensar “não lembrar da data de casamento significa que ele me não me ama” (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995; Rangé e Dattilio, 2001, Dattilio, 2004).

Pesquisas apontaram ainda que além dos pensamentos automáticos, das distorções cognitivas e crenças disfuncionais, existiam outros tipos de processos mentais envolvidos no conflito conjugal. Notou-se que suposições, padrões, expectativas, atribuições e a atenção seletiva estavam igualmente envolvidas no desajustamento marital (Baucom, Epstein, Sayers e Sher, 1989; Vanzetti, Notarius e Neesmith, 1992; Kurdek, 1992).

Dattilio (2004) afirma que atenção seletiva, as atribuições, as expectativas, os pressupostos e os padrões por si sós não são problemáticos. Na verdade, são componentes centrais para o desenvolvimento e manutenção de qualquer relacionamento interpessoal gratificante. Contudo, cada um desses processos cognitivos, presentes normalmente nas mentes humanas, torna-se problemáticos quando assumem formas tendenciosas, rígidas, inflexíveis, imprecisas, extremas ou de julgamentos errados.

Baucom *et al* (1989) delinearão cinco categorias de fenômenos cognitivos interligados que parecem desempenhar um papel importante no desenvolvimento e manutenção do conflito conjugal. O processo de percepção da atenção seletiva é a primeira categoria. As outras quatro categorias estão relacionadas aos resultados de processo cognitivos, entre elas estão as atribuições, as expectativas, as suposições e os padrões. As atribuições se referem ao por quê dos acontecimentos ocorrerem. As expectativas são as predições dos eventos que vão ocorrer no futuro. As suposições dizem respeito à natureza do mundo e as correlações entre situações e características das pessoas. Os padrões se referem ao modo como "deveria" ser um relacionamento.

É importante ainda mencionar que algumas investigações buscaram avaliar o impacto das atribuições nas relações amorosas conturbadas (Fincham e Bradbury, 1987, 1992; Baucom, Epstein, Daiuto, Carels, Rankin e Burnett, 1996). Os seres humanos de alguma forma têm a necessidade de compreenderem e explicarem os comportamentos das outras pessoas para prevê-los futuramente (Rodrigues, Eveline e Jablonski, 2000) Algumas pesquisas apontaram que as atribuições de causa e responsabilidade desempenham um papel importante nos relacionamentos conflituosos (Bradbury e Fincham, 1990; Epstein *et al*, 1993). Uma das características da atribuição consiste em culpar o outro companheiro pelos acontecimentos negativos no casamento (Dattilio e Padesky, 1995). Nieto (1998) aponta que uma das etapas fundamentais do processo terapêutico com casais em conflito é justamente intervir nas atribuições disfuncionais.

Enfim, os juízos elaborados, as interpretações das situações cotidianas e as decisões tomadas em relação ao comportamento do parceiro estão relacionados, estreitamente, com suas crenças (Beck, 1995).

### **2.3 – A influência da má comunicação**

Os cônjuges em desalinho têm grande dificuldade em expressar o que sentem, pensam e ouvem durante a interação conjugal (Beck, 1995). A comunicação eficiente está relacionada a expressão adequada de idéias e emoções em termos de vocabulário, tom de voz, gestos corporais, entre outros (Dattilio, 2004).

Os fatores individuais relacionados ao déficit de comunicação são de natureza diversa. Entre os itens apontados na literatura científica, estão os padrões disfuncionais de cognição que influenciam a resposta que cada cônjuge emite durante o processo de comunicação com o seu parceiro (Epstein, Pretzer e Fleming, 1987). É possível ainda se localizar uma dificuldade de comunicação quando um dos parceiros apresenta algum tipo de patologia como, por exemplo, depressão (Epstein, 1985).

No âmbito da relação em si, o casal quando interage pode utilizar suas palavras de uma forma inadequada. Muitas vezes, os parceiros transmitem suas mensagens indiretamente ou de forma ambígua. Isso dificulta muito o processo de assimilação e compreensão do que um dos companheiros pensa e sente em relação a uma situação específica. Por outro lado, comunicar-se de forma clara e específica ajuda o casal a tomar suas decisões em conjunto (Beck, 1995).

O contexto sociocultural também exerce uma grande influência na qualidade da comunicação dentro do casamento. A aprendizagem inadequada de crenças na família e traumas oriundos de relações desastrosas são exemplos de como o âmbito situacional tem um papel de destaque no processo comunicativo dos casais (Dattilio, 2004).

É importante ainda mencionar que o fato dos parceiros apresentarem dificuldades de comunicação dentro da relação marital não implica necessariamente que os mesmos obstáculos estejam presentes na conversação com outras pessoas. Isso significa que em contextos fora do relacionamento, ambos os parceiros podem se comunicar de forma eficaz e produtiva para relações interpessoais gratificantes (Beck, 1995).

#### **2.4 – As conseqüências da resolução de problema inadequada**

A literatura científica aponta a resolução inadequada de problemas como uma das principais áreas que gera conflito entre os membros de um casal (Beck, 1995; Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997). Resolver um problema de forma eficaz significa clarificar o impasse em termos de definição, quais são as soluções alternativas possíveis, verificar as vantagens e desvantagens para o casal, consentir em comum acordo sobre a melhor solução e por fim construir um plano de execução (Dattilio, 2004).

Schmaling *et al* (1997) apontam que muitos casais têm a história de sua relação marcada por atritos e desavenças não resolvidos. Os impasses não solucionados poderiam levar inclusive a formação de expectativas pessimistas em relação a problemas posteriores. A conseqüência final dessa resolução inadequada dos problemas seria que as discordâncias futuras não contariam com uma postura construtiva dos parceiros.

Beck (1995) afirma que existe uma série de diferenças individuais que contribuem para que o trabalho conjunto de um casal em prol da resolução de um problema seja dificultado. Na verdade, os parceiros num relacionamento são

diferentes um em relação ao outro. O fato é que existem algumas diferenças específicas que podem gerar conflito entre os companheiros. Por exemplo, um cônjuge pode ter atitudes ou perspectivas em relação a determinado assunto diametralmente opostas ao outro. A dificuldade vai estar justamente numa postura totalmente inflexível de um ou ambos os companheiros na defesa de sua perspectiva.

## **2.5 – O papel das interações negativas no relacionamento**

Os membros de um casal em conflito apresentam um índice mais elevado de comportamentos negativos ou destrutivos entre si do que parceiros em harmonia. Os comportamentos positivos ficam em segundo plano. Nos casais sem grandes conflitos existe uma redução e equilíbrio na emissão de condutas negativas e positivas de um parceiro para com o outro. Uma outra característica das relações disfuncionais é o grau elevado de revidade ao comportamento negativo emitido pelo outro. Uma vez que essa postura é assumida pelos cônjuges, um ciclo vicioso de brigas e discórdia é construído (Jacobson, Follette e McDonald, 1982).

Epstein, Baucom e Rankin (1993) afirmam que os comportamentos não-verbais têm grande importância para os profissionais que trabalham com casais. Para esses pesquisadores devem-se levar em maior consideração os comportamentos negativos dos cônjuges do que os positivos, pois os primeiros têm uma repercussão direta no modo como os parceiros se sentem em relação um ao outro no seu cotidiano.

Epstein e Baucom (*apud* Dattilio, 2004) sugeriram que existem dois importantes padrões comportamentais num relacionamento amoroso, sendo eles o

nível micro e o macro. O nível micro refere-se aos comportamentos que os parceiros emitem uns para os outros de forma não verbal. Esses podem ser atos positivos ou negativos como, por exemplo, tomar conta das crianças. Esses comportamentos também podem ter por objetivo influenciar o que o outro parceiro(a) sente como, por exemplo, fazer um carinho. Para esses autores, deveriam ser levados mais em consideração padrões de níveis macro como, por exemplo, o limite existente dos parceiros entre si (p. ex., grau em que determinado tempo é passado junto, atividade ou comunicação é compartilhado). Ou ainda, como assuntos de poder e controle são distribuídos entre os parceiros (p. ex., o modo como os cônjuges buscam se influenciar e tomar decisões sobre certas situações). Deve-se considerar também o quanto cada companheiro investe em termos de tempo e energia na sua relação conjugal.

## **2.6 – Dificuldade de perceber e expressar emoções**

A primeira vista o nome, terapia cognitivo-comportamental dá a entender que os sentimentos não são levados em consideração durante o processo de intervenção. Na verdade, conforme já afirmado no capítulo um, dentro dessa abordagem psicoterapêutica é de grande importância aliviar o paciente do seu sofrimento emocional (Beck *et al*, 1997).

Dentro desse contexto, é importante destacar a distinção entre rancor e hostilidade feita por Beck (1995). O rancor é um sentimento que avisa a pessoa de que algo precisa ser feito em um contexto específico. Seja para o indivíduo se defender de uma possível agressão ou para agir de uma forma agressiva. A hostilidade por sua vez, é caracterizada por ser justamente o impulso para atacar.

Um sujeito pode se engajar em um comportamento hostil sem sentir rancor e vice-versa.

Beck (1995) descreve uma seqüência que pode acontecer dentro de um relacionamento no momento de um conflito. Primeiro ambos os parceiros percebem que algo está errado. Depois sentem o rancor. Esse sentimento leva à hostilidade, como um impulso para atacar. Contudo, essa seqüência destrutiva pode ser interrompida em qualquer uma dessas etapas descritas anteriormente. Caso a pessoa avalie que seu pensamento de vir a ser abusada naquela situação esteja equivocado, ela poderá diminuir seu sentimento de rancor e não dar vazão ao seu impulso de atacar.

Nos relacionamentos conturbados os sentimentos geralmente são ignorados, pois os próprios indivíduos não prestam muita atenção tanto ao que sentem em si mesmos quanto ao que outro está sentindo. Essa situação pode ser problemática, pois uma pessoa ao deixar de monitorar suas emoções pode expressá-las de forma destrutiva (Dattilio, 2004). Os fatores responsáveis pela falta de atenção aos sentimentos podem variar desde a aprendizagem na família de origem ao medo de perder o controle pessoal ao expressar o afeto, ou ainda, de crenças ou convicções básicas de que expressar emoções no relacionamento já não possui mais valor (Beck, 1995).

Existem ainda cônjuges que apresentam dificuldades na regulação da expressão emocional. Algumas pessoas, por exemplo, costumam experimentar afetos intensos em resposta a situações cotidianas sem grande relevância. O nível de satisfação pessoal com a relação pode ser comprometido com o descontrole emocional. Dentre os motivos ligados à experiência desregulada dos sentimentos estão os traumas que a pessoa traz de relações passadas, crescer com familiares

com falta de controle das emoções e a presença de algum tipo de psicopatologia (Dattilio, 2004).

O modo e o grau como o cônjuge expressa os sentimentos também influencia a qualidade da vida a dois. Existem pessoas que encontram grandes dificuldades para demonstrar qualquer tipo sentimento, ao lado de outras que livremente dizem o que sentem. As razões apontadas para a expressão inadequada dos sentimentos podem estar relacionadas, por exemplo, a uma aprendizagem na infância de que somente se conseguia a atenção de pessoas significativas através da expressão de sentimentos exagerados. Por outro lado, o sujeito atualmente só consegue obter alívio momentâneo de emoções intensamente desagradáveis ao expressá-las descontroladamente. Uma última hipótese seria que ao expressar suas emoções de forma desregulada a pessoa conseguira se tranquilizar. Contudo, o indivíduo que expressa de forma desenfreada suas emoções para satisfazer suas necessidades imediatas acaba justamente gerando mais sentimentos desagradáveis devido ao conflito conjugal (Dattilio, 2004).

## **2.7 – Outros problemas específicos enfrentados pelos casais**

Nesse tópico serão abordados outros problemas específicos enfrentados pelos casais. Entre esses temas especiais serão destacados os problemas sexuais, o *stress* e a infidelidade. São questões que geram conflito e desgaste no relacionamento conjugal, mas que pode ser superadas (Beck, 1995). É importante ressaltar que esses assuntos não serão abordados em sua totalidade, pois existe a literatura científica específica tratando desses temas. Com certeza existem ainda inúmeras outras questões que afetam uma relação amorosa, mas que não serão

descritas nessa dissertação como, por exemplo, quando um dos parceiros deseja terminar o relacionamento (Dattilio e Padesky, 1995).

Existe um grande número de pessoas insatisfeitas com sua sexualidade (Carvalho, 2001). A maioria dos problemas sexuais tem por base a ansiedade, tanto nos homens quanto nas mulheres (Hawton, 1997). O casal pode ter problemas nas diferentes fases da resposta sexual – o desejo, a excitação e o orgasmo (Kaplan, 1983).

Os problemas sexuais são muito mais freqüentes em uma relação afetiva do que se leva em consideração (Masters e Johnson, 1970). A primeira área atingida durante a convivência de longos anos é o desejo sexual (Beck, 1995). Este último é uma resposta de apetite ou impulso produzida em nosso cérebro (Kaplan, 1983). Beck (1995) afirma que os fatores relacionados à diminuição do desejo sexual são de base psicológica, tais como, as crenças que uma pessoa tem sobre si mesma, sobre o parceiro e sobre o sexo. Os casais também podem enfrentar dificuldades nas fases de excitação e orgasmo (Hawton, 1997). Podem surgir problemas como impotência no homem, vaginismo na mulher e anorgasmia em ambos os parceiros (Masters e Johnson, 1970; Kaplan, 1983).

O *stress* é outro problema específico que costuma afetar uma relação amorosa (Vilela, 2004). Na literatura científica o termo *stress*, em inglês é tido como o mais adequado, ficando o termo “estresse” para publicações de caráter popular (Lipp e Malagris, 2001). O *stress* é definido como “um processo pelo qual alguém percebe e responde a eventos que são julgados como desafiadores ou ameaçadores” (Straub, 2005, p. 117).

Dentro de um relacionamento afetivo pode haver diferentes estressores (Tanganelli, 2000). Beck (1995) aponta como possíveis fontes de *stress* no

casamento o nascimento de filhos, a tomada de decisões em conjunto, o modo de educar as crianças, entre outros. É importante destacar ainda que existe uma relação estreita entre *stress* no casamento e crenças disfuncionais, estando entre elas os erros cognitivos, as crenças e as expectativas irrealistas (Beck, 1995; Tanganelli, 2000). Os conflitos entre os membros do casal foram ainda relacionados com a supressão da resposta imunológica do organismo de cada parceiro (Kiecolt-Glaser *et al*, 1997 *apud* Straub, 2005).

A infidelidade é um tema bastante delicado dentro da relação afetiva na sociedade ocidental. Apregoa-se em nossa cultura a monogamia como pedra fundamental de um casamento. Contudo, muitas pessoas mantêm casos extraconjugais, principalmente em período de crise na relação (Beck, 1995). Apesar de sua grande incidência, um relacionamento amoroso fora do casamento pode ser muitas vezes desastroso, sinalizando às vezes o fim da convivência conjugal (Dattilio e Padesky, 1995). A infidelidade pode ter um significado simbólico específico para o outro parceiro como, por exemplo, traição (Beck, 1995). O trabalho de intervenção terapêutica justamente incide sobre os significados da infidelidade para ambos os parceiros (Beck, 1995; Dattilio e Padesky, 1995). Um fator preocupante que permeia a questão da infidelidade é possibilidade de contaminação por doenças sexualmente transmissíveis como, por exemplo, o vírus HIV (Dattilio e Padesky, 1995).

## **2.8 – Técnicas e procedimentos utilizados no tratamento de casais**

O primeiro passo na direção de um programa de tratamento é selecionar o objeto de atuação. A terapia cognitiva intervém nas crenças, no estilo destrutivo de comunicação e na resolução de problemas inadequada dos casais em conflito

(Beck, 1995). Os aspectos cognitivos, alvo do processo terapêutico, são os pensamentos automáticos, os esquemas subjacentes, as distorções cognitivas, entre outras cognições disfuncionais anteriormente apontadas (Rangé e Dattilio, 2001; Epstein, Baucom e Rankin, 1993). Essa abordagem psicoterapêutica atua ainda no modo como cada parceiro em uma relação amorosa sente e expressa suas emoções (Dattilio, 2004). Além de todos esses fatores citados, o terapeuta cognitivo intervém nos comportamentos que formam um padrão específico de interação do casal em desarmonia (Epstein, 1993).

Abaixo serão descritos os procedimentos e as técnicas mais importantes encontrados na literatura científica sobre o tratamento cognitivo-comportamental com casais. A ordem do processo de intervenção terapêutica está de acordo com o protocolo piloto de casais apresentado no capítulo quatro dessa dissertação.

### **2.8.1 – As primeiras sessões com o casal**

As entrevistas iniciais que o terapeuta realiza com o casal são de grande valia. É nesse contato inicial que são obtidas preciosas informações sobre o funcionamento atual e anterior da relação amorosa. Nessa etapa, o profissional pode observar importantes interações conjugais dentro do espaço terapêutico. O terapeuta inclusive pode perceber nessas sessões os pontos fortes e fracos do relacionamento afetivo. Esses dados iniciais coletados na avaliação serão utilizados na formulação de hipóteses que deverão ser testadas ao longo do tratamento (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

O processo de observar e construir teses permite ao terapeuta entender os motivos que trouxeram o casal para a terapia e o sentimento de insatisfação

conjugal. Na entrevista inicial com o casal buscam-se os fatores de discordância, a história familiar de cada um dos parceiros, as demandas presentes no casal sobre as características de cada um, a dinâmica da relação e os fatores ambientais (Dattilio e Padesky, 2001).

Outro alvo de investigação são os recursos que o casal tem para solucionar seus problemas e responder as demandas específicas de cada um. Também é pesquisado se esses recursos são utilizados a partir da influência de fatores específicos. Por fim, mas não menos importante, as cognições, reações emocionais e comportamentos dos cônjuges entre si são avaliados pelo profissional (Dattilio, 2004).

A maioria das sessões realizadas com os casais em conflito são as conjuntas (Rangé e Dattilio, 2001). A primeira sessão sempre é feita com a presença de ambos os cônjuges (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997). Contudo, sessões individuais podem ser realizadas com cada um dos parceiros em desarmonia (Dattilio e Padesky, 1995). Logo após a sessão inicial conjunta, são feitas duas sessões individuais (Dattilio, 2004).

Nas sessões individuais os parceiros muitas vezes fazem revelações pessoais ou sobre a relação que não falaria abertamente. Algumas dificuldades próprias como decepções em relações passadas, abusos na infância, medos etc, costumam aparecer quando o outro não está por perto. Geralmente, são omitidos casos de violência intrafamiliar, como a agressão física (Dattilio e Padesky, 2001).

O profissional de saúde, durante essas entrevistas, precisa avaliar as possíveis psicopatologias e problemas de maior gravidade na relação. Caso seja necessário, podem ser realizadas sessões individuais com um dos parceiros. O

terapeuta também pode fazer encaminhamentos para outros especialistas caso julgue necessário (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

É importante ressaltar que não haverá sigilo nas sessões individuais. Um fato que prejudica o andamento terapêutico se for guardado entre terapeuta e uma das partes é a infidelidade conjugal. O profissional informa aos parceiros que informações dessa magnitude não serão mantidas em segredo (Dattilio, 2004). O abuso físico seguido de risco de vida é outra questão ética que exige medidas pertinentes por parte do terapeuta. Durante as sessões individuais o cliente abusado deve ser trabalhado para planejar sua segurança, metas específicas para sair do local de abuso e buscar auxílio em algum outro lugar seguro (Beck, 1995).

### **2.8.2 – Avaliação**

Essa é a primeira etapa essencial no tratamento de qualquer transtorno psicológico dentro terapia cognitiva. O tratamento de relações íntimas conturbadas segue uma estrutura básica para a admissão dos casais. Inicialmente, o clínico avalia o caso através de entrevistas, inventários e questionários. Dattilio e Padesky (1995) afirmam que esses dois últimos instrumentos auxiliam na captação de informações que possam ter sido omitidas no primeiro contato, além de diminuir o tempo gasto com a terapia. Os inventários são utilizados também ao longo do tratamento como uma forma de avaliar a sua evolução. Nesses instrumentos os sujeitos são solicitados a dar sua opinião e a prestar informações sobre suas atitudes (Erthal, 1987; Moura, 1998).

Alguns questionários e inventários foram selecionados para serem utilizados no protocolo de tratamento cognitivo-comportamental para casais, apresentado no

quarto capítulo da presente dissertação de mestrado. Abaixo serão descritas as principais características desses instrumentos de avaliação psicológica.

Dela Coleta (1989) validou para a população brasileira o “Inventário de Satisfação Conjugal”. É um instrumento de origem mexicana. Esse inventário investiga a satisfação de ambos os parceiros com o relacionamento amoroso. Contudo, é uma escala de aplicação individual. Esse instrumento é composto de 24 itens que permite ao sujeito três opções de resposta, sendo elas: “Eu gosto de como tem sido”; “Eu gostaria que fosse um pouco diferente”; “Eu gostaria que fosse muito diferente”.

O objetivo do inventário é avaliar três aspectos da relação conjugal o que equivale a diferentes sub-escalas. A primeira refere-se à satisfação com aspectos emocionais do cônjuge, representados em 5 (cinco) itens. A segunda diz respeito à satisfação com a interação conjugal, descrita em 10 (dez) itens. A terceira e última está relacionada com a satisfação com a forma de organização e de estabelecimento e cumprimento de regras pelo cônjuge, alocada em 9 (nove) itens (Dela Coleta, 1989).

Como mencionado acima, essa escala permite avaliar o grau de satisfação do cônjuge com seu casamento. Os escores mais altos indicam um nível mais elevado de insatisfação com a relação. É importante ressaltar ainda que a autora optou por traduzir e adaptar essa escala a população brasileira devido à hipótese de que os latino-americanos possuem características culturais semelhantes, em contra partida a cultura anglo-saxônica (Dela Coleta, 1989).

Beck (1995), no livro “Para além do Amor”, apresenta uma série de instrumentos elaborados por ele mesmo para auxiliar os casais em conflitos a encontrarem pontos de atrito nos seus relacionamentos.

O questionário, “Convicções ante a transformação” (Beck, 1995), é utilizado para verificar alguns das atitudes e convicções que os parceiros podem ter em relação às mudanças que possam efetivamente ocorrer em seus relacionamentos. O objetivo do instrumento é captar atitudes em forma de pensamentos automáticos e reestruturá-los mediante uma avaliação racional da situação. Os parceiros são solicitados a preencherem o questionário separadamente, onde assinalaram alguns itens dentro de temas gerais como “convicções ou idéias derrotistas”; “convicções e idéias com que nos justificamos”; “A exigência da reciprocidade”; e “o problema está nele (nela)”.

O inventário “Escala de Ajustamento Diádico”, criado por Spainer, no ano de 1976, tem por objetivo medir de forma geral o grau de satisfação num relacionamento amoroso. São 32 itens que avaliam a qualidade da relação a partir da perspectiva dos membros do casal (Corcoran e Fischer, 1987).

Ainda podem ser mencionados outros importantes questionários e inventários que estão disponíveis na literatura científica, mas que não estarão presentes no protocolo de tratamento de casais.

Dattilio e Padesky (1995) , no livro *Terapia Cognitiva para Casais*, apontam o questionário “Avaliação de Admissão para Casais” como um instrumento eficaz na etapa de avaliação do tratamento. Esse formulário abrangente é composto de perguntas a serem respondidas por ambos os membros do casal. A anotação de cada perspectiva dos problemas na relação é preenchida separadamente. Existem questões formuladas sobre problemas conjuntos enfrentados pelos parceiros, como dificuldades na criação dos filhos, problemas de comunicação, problemas sexuais, entre outros. Existe também um campo de perguntas destinado a ser respondido quando um dos membros do casal não estiver na sessão.

Beck (1995) cria ainda o questionário, “Problemas no relacionamento”, que é composto de quatro grandes áreas – decisões, finanças, relacionamento sexual, lazer – em que costumam haver discórdia nas relações afetivas. Essa lista permite que o casal transforme suas queixas em problemas específicos que possam ser resolvidos. São um total de 41 itens distribuídos nos quatro temas gerais. A pessoa assinala o grau do problema numa escala de que vai de 0 “não ocorre” até 4 “o tempo todo”. Esse mesmo autor, no mesmo livro mencionado anteriormente, ainda elaborou outras escalas interessantes para avaliar outros aspectos importantes nas relações amorosas.

Eidelson e Epstein (1982) construíram um inventário para captar crenças disfuncionais sobre relacionamentos íntimos, chamando *Relationship Belief Inventory* (RBI). Foram selecionadas cinco crenças: 1) *Desacordo é destrutivo*, onde a falta de consenso é vista como uma ameaça à relação; 2) *Leitura mental é esperada*, os parceiros acreditam que o seu companheiro deveria ser capaz de saber o que sentem ou pensam sem comunicarem; 3) *Parceiros não podem mudar*, em que uma pessoa acredita que seu companheiro não seria capaz de mudar nem a si próprio nem a sua relação; 4) *Perfeccionismo sexual*, o parceiro deve ter um desempenho sexual perfeito; 5) *Os sexos são diferentes*, é a crença de que os problemas no relacionamento são diferenças típicas entre os gêneros masculino e feminino.

O inventário *Relationship Attribution Measure* foi criado para avaliar as atribuições causais e de responsabilidade dentro das relações íntimas. Os escores obtidos foram correlacionados com satisfação marital, dificuldades conjugais e padrões de comportamentos atuais emitidos pelos parceiros (Fincham e Bradbury, 1992).

O questionário *Marital Attitudes Questionnaire (revised)* determina o modo como os parceiros vêem o seu relacionamento. É composto de 74 itens, onde são apontadas diferentes declarações sobre os problemas conjugais, as suas causas e a necessidade de superá-los (Sokol, 1999).

Alguns instrumentos não foram validados, mas são utilizados no processo de avaliação conjugal (Dattilio e Padesky, 1995). Um exemplo é o questionário, *O que você pensa a respeito de seu relacionamento*, que foi criado para que os companheiros identifiquem problemas em potencial relacionados a crenças e atitudes contraproducentes. São 15 itens pontuados numa escala de 7 pontos, onde 1 significa “discordo inteiramente” e 7 “concordo inteiramente” (Beck, 1995).

Por fim, é importante ressaltar que o modelo de tratamento de casais segue a mesma estrutura básica da terapia cognitiva para os transtornos psicológicos (Beck, 1995). Entre as etapas do processo terapêutico está a devolução das informações obtidas na avaliação inicial. Os dados obtidos na averiguação do caso geralmente são passadas na quarta sessão na presença de ambos os parceiros. O profissional compartilha com as partes envolvidas todas as novas hipóteses que surgirem sobre o caso ao longo do tratamento. O padrão de interação problemático também é apresentado na sessão conjunta de devolução de forma concisa (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

Dattilio (2004) propõe que alguns temas devem ser abordados nessa sessão de devolução dos dados obtidos no processo de avaliação. Primeiro é importante que se apresente à força dos padrões de comportamentos conturbados. Em segundo, as questões relevantes para o casal. Depois, fatores de estresse e de pressão da vida cotidiana que levam ao surgimento de dificuldades. Por fim, os

aspectos positivos e negativos ao nível macro relacionados a interações problemáticas.

Após apresentar as questões referidas acima, terapeuta e clientes decidem juntos qual dos problemas tem prioridade no tratamento. Também são vislumbrados os procedimentos que podem gerar alívio nas tensões e reduzir o estresse. O terapeuta ainda vai discutir possíveis entraves para o atendimento do casal como, por exemplo, o medo das conseqüências das mudanças (Dattilio, 2004).

### **2.8.3 – Modificação de padrões de comportamento**

A forma como os membros do casal interagem costuma seguir uma regularidade. Nas relações conturbadas os comportamentos mais freqüentes são os de caráter negativo (Jacobson, Follette e McDonald, 1982). Uma etapa do processo terapêutico focaliza exatamente esses padrões de conduta (Epstein, Baucom e Rankin, 1993). O psicoterapeuta procura favorecer o aumento das interações positivas e a diminuição das negativas, através do treino em comunicação, da adequada resolução problemas e de acordos sobre mudança do comportamento entre os parceiros (Epstein, 1998).

Dentro da abordagem cognitivo-comportamental os contratos para mudança de comportamento desempenham um papel relevante. O principal objetivo dessa intervenção é incentivar os membros do casal a identificarem e demonstrarem para o seu parceiro um comportamento cortês mesmo que a recíproca não seja a mesma. Além disso, essa técnica objetiva aumentar a satisfação de cada parceiro com o seu relacionamento (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

Para facilitar o engajamento dos cônjuges nesse tipo de contrato, o psicólogo pode apresentar de forma sucinta o impacto da reciprocidade negativa nas relações conturbadas. Por exemplo, apontar que a pessoa somente consegue controlar suas próprias ações e que é importante o casal se comprometer com a melhoria do ambiente de sua convivência (Dattilio, 2004).

#### **2.8.4 – Intervir nas reações emocionais excessivas ou deficitárias**

Desde de seu surgimento, a terapia cognitiva tem sido acusada por outras abordagens de dar pouca ou nenhuma atenção às emoções nos transtornos mentais e nos relacionamentos em geral (Dattilio e Padesky, 1995). Contudo, a intervenção nos sentimentos desempenha um papel relevante no tratamento dos problemas psicológicos de qualquer natureza (Beck *et al*, 1997).

A abordagem cognitivo-comportamental com casais tem como um dos seus objetivos aumentar a experiência de emoções em pessoas retraídas e moderar a expressão de sentimentos intensos em indivíduos exaltados, através de procedimentos específicos (Beck, 1995; Dattilio, 2004).

Dattilio (2004) aponta que o terapeuta pode ensinar aos cônjuges vários procedimentos para lidar com as dificuldades em vivenciar emoções. Inicialmente, o casal pode aprender a delinear comportamentos específicos dentro e fora das sessões de terapia, evitando dessa forma a recriminação por expressar sentimentos. O cliente pode ainda avaliar emoções e pensamentos implícitos através das técnicas cognitivas. Além disso, a pessoa aprende a estar atenta a variação de seus estados internos emocional em situações específicas. O cônjuge também aprende a ficar atento aos seus sentimentos durante a sessão, quando ele tenta mudar o rumo da

conversa. Por fim, o terapeuta também pode promover o aparecimento de reações emocionais do cliente em questões importantes dentro do relacionamento ao utilizar a técnica do *role-play*.

Nos casos em que um dos cônjuges ou ambos os parceiros têm problemas na expressão ponderada de seus sentimentos, levando assim a problemas nas interações, Dattilio (2004) sugere que o terapeuta, por exemplo, fixe com os envolvidos horários determinados para o casal debater assuntos problemáticos. O terapeuta pode também capacitar o casal a identificar e avaliar as cognições inadequadas em situações específicas. Os companheiros podem ser incentivados ainda a buscar apoio social na iminência de violência física. Além disso, o profissional pode capacitar os cônjuges a ter tolerância a emoções aversivas em si mesmos. Por fim, os membros do casal são incentivados a se expressarem de forma construtiva para que possam ser ouvidas uns pelos outros.

Como mencionado anteriormente, Beck (1995) descreveu um modelo cognitivo para o rancor. Segundo este autor, por de trás desses sentimentos se encontram outros dois que são o medo e a mágoa. O terapeuta ao intervir nesses sentimentos pode auxiliar a expressão dessas emoções adicionais, levando a uma dissipação do rancor. Outra vantagem de trabalhar mágoa e o medo é evitar que os cônjuges respondam ao rancor de seus parceiros com defesas ou atos agressivos. Além disso, a terapia cognitiva com casais propõe-se a intervir nos significados subjacentes que estão relacionados a cada uma dessas emoções.

Beck (1995) fornece ainda alguns princípios para os cônjuges evitarem maiores desgastes emocionais em situações de discussão intensa. O primeiro passo seria dizer o que se quer do outro de modo claro e específico, ao invés de se usar de sarcasmos ou ironias quando precisam fazer um pedido como, por exemplo,

trocar a fralda do neném. O segundo passo é perceber que o uso de argumentos pejorativos somente leva a um aumento do conflito. O terceiro princípio é que o controle ou a redução da hostilidade advinda do rancor é melhor do que exprimi-la. O quarto é a aprendizagem de técnicas para manejar o rancor como, por exemplo, pedir uma pausa na discussão. O último princípio seria para os cônjuges ficarem atentos aos seus pensamentos automáticos e aos significados relacionados ao rancor.

### **2.8.5 – Etapas da reestruturação cognitiva**

O objetivo principal da terapia cognitiva no tratamento de qualquer problema psicológico é justamente promover a reestruturação das crenças disfuncionais dos indivíduos, seja por causa de um transtorno mental ou por motivos de conflito conjugal (Beck, J., 1997; Rangé e Dattilio, 2001). Pesquisas apontam que a reestruturação cognitiva torna a terapia marital mais eficaz do que utilizar apenas técnicas comportamentais no tratamento de casais em conflito (Baucom e Lester, 1986; Baucom, Sayers e Sher, 1990; Baucom, Shoham, Mueser, Daiuto, Stickle, 1998).

Implementar a capacidade de identificar os pensamentos automáticos é a pedra fundamental para a mudança de crenças distorcidas e extremadas que cada parceiro tem sobre si, o outro e o relacionamento. Os cônjuges aprendem a perceber como numa determinada situação existe uma associação entre sua maneira de pensar e o modo como reagem emocionalmente e aos seus comportamentos (Beck, 1995).

Um método utilizado para a identificação de pensamentos é o uso de um diário. Esse pode ser desde uma folha qualquer de papel até instrumentos

especialmente desenvolvidos para tal tarefa. A coleta de pensamentos automáticos pode ser realizada através do uso do registro diário de pensamentos disfuncionais (Beck *et al*, 1997). No registro precisa ser especificada a situação, seguida da descrição dos pensamentos e das emoções negativas experimentadas, além do comportamento subsequente (Greenberger e Padesky 1999). Com a utilização desse tipo de instrumento o casal consegue visualizar claramente a relação entre pensamentos, reações emocionais e comportamentos que contribuem para o desajuste conjugal (Dattilio e Padesky, 1995).

O terapeuta pode auxiliar os parceiros a se conscientizarem da sua capacidade de controlar seus sentimentos e atos através da revisão sistemática das suas cognições disfuncionais tais como, atenção seletiva, atribuições, padrões e expectativas disfuncionais (Baucom, Epstein, Sayers e Sher, 1989). Por fim, o profissional pode auxiliar cada cônjuge a assumir dessa forma a responsabilidade pelas suas reações diversas (Dattilio, 2004).

Outra etapa muito importante dentro do processo de reestruturação cognitiva é a identificação das distorções cognitivas. Um método muito eficaz de identificação é o cliente utilizar uma lista de distorções cognitivas fornecidas previamente pelo terapeuta. Na seqüência, o paciente pode aplicá-la aos pensamentos automáticos registrados durante a semana anterior ou na própria sessão. A partir dos dados obtidos, terapeuta e cliente podem analisar quão adequados foram os pensamentos automáticos numa situação específica. Além disso, a pessoa pode avaliar o grau de influência das distorções nas suas emoções e comportamentos negativos naquele contexto (Beck *et al*, 1997). Exemplos desses erros sistemáticos do pensamento encontram-se no capítulo um.

Diante das distorções cognitivas apresentadas nos pensamentos dos cônjuges é importante que o profissional atente para a possível presença de psicopatologias como, por exemplo, depressão. O terapeuta deverá avaliar se um membro ou ambos os membros do casal deverão fazer tratamento individual antes de dar prosseguimento à intervenção conjugal. Caso seja necessário, os clientes podem ser encaminhados para tratamento com outros profissionais (Dattilio e Padesky, 1995).

Diante de tantas distorções que podem estar presentes dentro dos pensamentos dos cônjuges conturbados é de extrema importância avaliá-las. Dentro da terapia cognitiva com casais esse é uma das etapas mais relevantes do tratamento (Beck, 1995).

Diferentes métodos podem ser empregados no processo de reestruturação das cognições disfuncionais. O primeiro passo é identificar as distorções presentes no modo de pensar de cada parceiro. O segundo é procurar explicações alternativas para o ocorrido na relação naquele momento. Perguntas sistemáticas também são empregadas para conduzir os cônjuges a um pensar mais racional. Essa última técnica é também conhecida como questionamento socrático. Após coletar e contestar essa maneira de pensar tendenciosa, cada parceiro é levado a avaliar o grau validade das respostas racionais nos pensamentos originais. Costumam haver alterações nas emoções e comportamentos dos parceiros após o uso desses procedimentos (Rangé e Dattilio, 2001).

O experimento comportamental também é tido como o método mais eficaz de alterar interpretações errôneas e testar as previsões negativistas. Embora o combate lógico possa levar a reestruturação cognitiva, geralmente, é necessário algum plano

de ação no concreto para adquirir ou manter novas formas de pensar (Beck, J., 1997).

O profissional que atua com a abordagem cognitivo-comportamental leva os cônjuges a construírem investigações comportamentais específicas, com o intuito de cada parceiro teste suas previsões a respeito das reações do outro naquela situação. Para se certificar que o ensaio logrará êxito, o terapeuta pode solicitar o auxílio de um dos parceiros que fornecerá a previsão de suas respostas ao evento. Nesse momento, ajustes podem ser feitos caso apareçam entraves a realização desse tipo de pesquisa. O percentual de eficácia do experimento aumenta na maior parte das vezes quando os membros do casal se mostram dispostos a cooperar (Dattilio, 2004).

Técnicas que envolvam o uso de imagens, recordação de interações anteriores e dramatização são empregadas durante a sessão para auxiliar um paciente na busca de informações pertinentes que possam estar sendo esquecidas (Beck, J., 1997). Geralmente, essas técnicas são empregadas nas situações vivenciadas pelo casal que são emocionalmente tão intensas que dificultam a identificação dos pensamentos automáticos, dos sentimentos e dos comportamentos de cada um (Dattilio e Padesky, 1995).

Durante a utilização dessas técnicas os parceiros podem começar a lembrar da situação e a vivenciar a carga emocional intensa um pelo outro. Nesse caso, a dramatização na sessão torna-se um experimento *in vivo*. O terapeuta no uso desses procedimentos pode auxiliar os cônjuges a alterar seus padrões de interação negativos, caso seja habilidoso no manejo das reações afetivas e comportamentais inadequadas (Dattilio e Padesky, 1995).

A troca de papéis é uma técnica utilizada para gerar empatia de cada parceiro pelas vivências do outro. Nessa dramatização os companheiros vão interagir conforme a última situação problemática que aconteceu. Contudo, nessa experiência o marido fica no lugar da mulher e vice-versa. O objetivo dessa técnica é alterar os conceitos pré-formados de um companheiro sobre o outro. Para isso é preciso que novas informações venham à tona, assim é solicitado que cada membro do casal se focalize nas idéias e sentimentos da outra pessoa durante o experimento (Dattilio, 2004).

Os casais que estão em grandes conflitos têm uma visão limitada das dificuldades que estão passando. Contudo, na época do namoro essas mesmas pessoas tinham uma percepção muito mais positiva de seu parceiro. Os cônjuges são levados a comparar justamente esse contraste entre as recordações de momentos agradáveis e a perspectiva negativa atual. Essa técnica procura fornecer evidências ao casal de que eles podem ter uma relação gratificante como já aconteceu, mas que é necessário empenho e tempo (Beck, 1995).

Algumas recomendações são importantes para a administração dessas técnicas. A utilização de imagens devem ser cuidadosamente aplicada. Deve ser evitada caso o casal tenha, por exemplo, um histórico de abuso físico (Dattilio e Padesky, 1995). A dramatizações devem somente ser empregada quando o terapeuta avaliar que os parceiros serão capazes de dominar a expressão de suas emoções e evitarem comportamentos hostis (Dattilio, 2004).

As crenças que os parceiros tem sobre si mesmos, sobre sua relação e sobre os relacionamentos em geral também devem ser reestruturadas caso sejam disfuncionais (Rangé e Dattilio, 2001). As técnicas empregadas são similares às utilizadas no tratamento de diferentes transtornos psiquiátricos que foram

anteriormente citadas no capítulo um (Beck, 1995). Será dado destaque aqui apenas a técnica da flecha descendente.

A flecha descendente é uma técnica utilizada para capturar as crenças intermediárias e as centrais de uma pessoa. Uma idéia ordinária sobre um determinado evento pode ser aflitiva, se estiver relacionada a outros pensamentos disfuncionais. A técnica compõe-se de uma série de perguntas a partir de um pensamento automático chave. Entre as questões mais freqüentes estão: “caso tal fato aconteça, o significaria para você” ou “se for verdade, o significaria sobre você?” (Beck, J., 1997). Através dessas perguntas os parceiros podem avaliar a veracidade de determinada crença. O terapeuta também pode captar áreas reais de conflito na interação conjugal. Essa técnica ainda pode ser utilizada para evidenciar pressupostos e padrões que podem estar sendo camuflados pelos pensamentos automáticos (Dattilio, 2004).

#### **2.8.6 – O treinamento em comunicação**

Diversos estudos apontam que um ponto-chave no tratamento de casais pela abordagem cognitiva é o treinamento em comunicação (Epstein, Baucom e Rakin, 1993; Epstein, 1998). Nesse tipo de intervenção objetiva-se influenciar de forma positiva as interações conturbadas, diminuir a quantidade de distorções cognitivas que os parceiros têm sobre cada um e promover uma melhor qualidade da sensação e expressão de idéias e sentimentos (Dattilio, 2004).

A primeira etapa do processo de uma comunicação mais eficaz consiste na instrução aos cônjuges sobre as condutas esperadas no exercício das habilidades específicas de falar e escutar (Rangé e Dattilio, 2001).

Diferentes autores descreveram algumas diretrizes para o falante (Beck, 1995; Schmalings, Fruzzetti e Jacobson, 1997; Dattilio, 2004). O importante primeiro é admitir que existem visões específicas e subjetivas de cada um sobre determinado assunto (sem dar a entender que a idéia do outro é equivocada). Em segundo lugar, apresentar emoções e pensamentos próprios, pontuando o lado positivo e o negativo. Além disso, falar de forma clara e objetiva. Outro passo útil é apontar problemas específicos e não gerais. O falante também deve reduzir sua mensagem a poucas palavras, pois facilita a absorção e lembrança dos conteúdos emitidos. E por fim, ser gentil, diplomático e tratar o assunto com tato.

No caso da pessoa que ouve é importantíssimo o uso da escuta empática (Epstein, 1998). Também foram descritos passos que devem ser seguidos pelo ouvinte para melhorar a qualidade da comunicação do casal. Em primeiro lugar, a pessoa que está ouvindo precisa deixar transparecer que o outro está tendo atenção. No geral, utilizam-se comportamentos não-verbais como os gestos com a cabeça, contato ocular, entre outros. Um segundo passo, é usar de pequenas vocalizações como, por exemplo, “hum-hum”. Pode-se ainda manifestar respeito pela informação da outra pessoa que fala, concordando ou não. O falante deve perceber que tem direito a expressar suas emoções e idéias. Além disso, a pessoa que ouve precisa esforçar-se na compreensão e identificação da perspectiva do parceiro. Por fim, o ouvinte deve parafrasear o que foi dito pelo falante, mostrando que ele foi entendido (Beck, 1995; Schmalings, Fruzzetti e Jacobson, 1997; Dattilio, 2004).

As informações para a boa comunicação podem ser fornecidas através de folhetos explicativos para que sejam utilizadas quando se fizer necessário, seja durante a sessão ou no próprio lar dos cônjuges (Beck, 1995). O objetivo final é que

cada membro do casal incorpore essas diretrizes ao seu repertório pessoal (Dattilio, 2004).

Durante o processo terapêutico, o profissional funciona como um modelo da capacidade de expressar e ouvir adequadamente (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997). Ao longo do treinamento nas sessões, o terapeuta conduz o casal a discutir primeiro uma questão pouco polêmica para que as habilidades possam ser apreendidas sem a interferência das reações emocionais exageradas. Com a proficiência na execução dessas habilidades, os clientes são solicitados a conversarem sobre questões mais divergentes (Epstein, 1998). O uso continuado desses princípios permite aos parceiros desmistificarem suas distorções cognitivas e terem uma visão mais benevolente de cada um (Dattilio, 2004).

### **2.8.7 – Treino em resolução de problemas**

O treinamento na resolução de problemas é outro momento importante dentro da terapia cognitiva para o tratamento de diferentes transtornos mentais. O processo de solucionar um impasse é realizado em duas fases diferentes. A primeira etapa consiste na definição do problema a ser solucionado. A segunda fase refere-se à solução do problema propriamente dita (Hawton e Kirk, 1997). Os casais em conflito também podem se beneficiar das técnicas de solução de problemas para obterem maior satisfação com seus relacionamentos (Dattilio e Padesky, 1995; Rangé e Dattilio, 2001).

A definição do problema em si deve ter um caráter específico e objetivo, a partir de comportamentos que estão acontecendo ou não na interação conjugal. Recomenda-se que quando o problema é o comportamento de um dos parceiros

que o outro comece a descrever a situação problemática a partir de comentários positivos relacionados ao evento. Somente após cumprir essa primeira parte é que o problema deve ser definido especificamente, acompanhado da descrição dos sentimentos da pessoa. É importante ainda que o cônjuge insatisfeito com o comportamento do parceiro expresse como pode estar contribuindo para que aquela situação esteja acontecendo, demonstrando assim um espírito de colaboração para solucionar o problema (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

Na fase da solução do problema é importante obter-se o maior número de alternativas para as dificuldades em termos de comportamentos específicos. É importante nesse momento não se utilizar qualquer tipo de juízo sobre as idéias propostas. Em seguida, cada uma das soluções alternativas produzidas precisam ser avaliada em termos de suas vantagens e desvantagens. Uma das soluções deve ser escolhida, a partir de critérios de execução e atração para ambos os membros do casal. Por fim, os cônjuges vão estabelecer um período de teste e avaliar a opção escolhida. Todas essas etapas descritas precisam ser praticadas em casa para que as habilidades possam ser fixadas (Dattilio, 2004).

#### **2.8.8 – Término e prevenção de recaídas**

O procedimento de prevenção de recaídas é uma etapa primordial na terapia cognitiva (White, 2003). O paciente é preparado para o acontecimento de possíveis recaídas desde a primeira sessão. Além disso, é importante que o profissional prepare o cliente para o término do tratamento. A terapia cognitiva não almeja resolver todos os problemas da pessoa, pois o objetivo dessa abordagem é ensinar o indivíduo habilidades que o capacitem a ser seu próprio terapeuta (Beck, J., 1997).

O terapeuta de casais dentro da abordagem cognitiva também pode preparar seus clientes para possíveis baixas no seu tratamento. A terapia visa antecipar e corrigir possíveis deslizes e lapsos na interação conjugal que levam a desentendimentos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

Por fim, a terapia de casais não é interrompida bruscamente, pois as sessões são espaçadas antes do término do tratamento. As consultas vão variar no intervalo de quinze dias, para mensais e assim sucessivamente. É importante ainda que os clientes saibam que podem recorrer ao seu terapeuta quando avaliarem que seja necessário (Rangé e Dattilio, 2001).

## **CAPÍTULO 3 – OBJETIVO E MÉTODO**

Este capítulo descreve os objetivos e o método utilizados nessa dissertação para o processo de construção de um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais.

### **3.1 – Objetivo geral**

Essa dissertação pretendeu elaborar um protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais que possa ser posteriormente validado cientificamente para a população brasileira.

### **3.2 – Objetivos específicos**

Os objetivos específicos dessa dissertação de mestrado podem ser divididos em três diferentes etapas.

- Revisar a literatura científica sobre o tratamento de casais com base na abordagem cognitivo-comportamental;
- Formular cada etapa do protocolo piloto;
- Recomendar a validação do protocolo piloto para um possível ingresso no curso de doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

### **3.3 – Método**

A construção do protocolo piloto foi feita a partir da revisão da literatura científica sobre o tratamento de casais com base na abordagem cognitivo-comportamental. Foram analisados periódicos nacionais e internacionais. A pesquisa de alguns artigos científicos foi realizada nas bibliotecas das universidades do município do Rio de Janeiro. Outros artigos foram obtidos através dos sites da CAPES e do SIBI da UFRJ. Foram avaliados ainda capítulos e livros brasileiros e estrangeiros que tratam do tema.

O protocolo piloto de tratamento de casais foi encaminhado para cinco psicólogas que atuam há mais de cinco anos dentro das abordagens comportamental, cognitiva ou cognitivo-comportamental. Essas profissionais foram contatadas através de correio eletrônico. Solicitou-se que as psicólogas avaliassem todas as sessões do protocolo piloto, com seus respectivos procedimentos. Foi fornecido um período de 4 semanas para o processo de avaliação.

O protocolo enviado para as avaliadoras era composto de cada uma das etapas do tratamento. Além disso, esse protocolo foi encaminhado com todos os materiais que se pretende fornecer aos clientes durante as sessões. Ao final, foi enviado um questionário sobre o protocolo piloto.

O questionário enviado para as psicólogas tinha por objetivo tanto traçar o perfil das avaliadoras quanto averiguar a validade dos itens do protocolo piloto. No que diz respeito as profissionais, foram feitas perguntas sobre a abordagem teórica utilizada por elas; o tempo de atuação nessa abordagem e há quantos anos elas utilizam essa teoria no tratamento de casais. No que se refere à avaliação dos itens em si, o questionário era composto de perguntas sobre clareza e objetividade; se o

protocolo piloto está de acordo com a terapia cognitivo-comportamental e se era necessária alguma alteração dos itens. Além disso, foi solicitado que as avaliadoras fizessem alguma sugestão para a adequação do protocolo piloto, caso achassem pertinente<sup>1</sup>.

O objetivo desse questionário é avaliar a adequação do protocolo piloto para o tratamento de casais segundo os princípios que norteiam a abordagem cognitivo-comportamental. Além disso, esse instrumento foi utilizado para obter informações sobre o tempo de atuação dessas profissionais em suas abordagens e especificamente no tratamento de casais.

---

<sup>1</sup> Ver o anexo treze

## **CAPÍTULO 4 – PROTOCOLO PILOTO DE TRATAMENTO COGNITIVO- COMPORTAMENTAL PARA CASAIS**

Nesse capítulo é apresentado tanto o objetivo quanto a diretriz que nortearam a construção desse protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais. Merece destaque ainda nesse capítulo, a delimitação do objeto de estudo para futura aplicação do instrumento. Por fim, será relatada cada uma das etapas do protocolo piloto.

### **4.1 – Objetivo e diretrizes do protocolo**

O objetivo do desenvolvimento de um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental para casais é fornecer ao terapeuta brasileiro uma base norteadora de um modelo de intervenção para o tratamento cognitivo-comportamental de casais. Pretende-se que o protocolo seja eficaz em alterar as crenças disfuncionais, o estilo destrutivo de comunicação, a maneira inadequada de resolver problemas, além das dificuldades específicas dos parceiros em conflito (Beck, 1995; Dattilio, 2004).

Para promover as mudanças almejadas, serão utilizadas diferentes técnicas que incluem: (1) exercícios comportamentais; (2) treino em auto-monitoração sistemática da relação entre pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais; (3) auxílio aos clientes na identificação e modificação de crenças inadequadas; (4) treino em comunicação eficaz; e (5) treino na resolução de problemas.

Para promover a aprendizagem por parte dos casais das técnicas propostas serão utilizados experimentos, agendamento de atividades e uso de registros de pensamento. Cada tarefa proposta conta com a colaboração do terapeuta e do casal. O profissional tem um papel ativo durante o tratamento.

As sessões são estruturadas e planejadas para a intervenção em problemas específicos do casal. Serão realizados atendimentos conjuntos e individuais num total de 16 sessões. Cada sessão conjunta terá a duração de uma hora e trinta minutos. A consulta individual é feita em 45 minutos. A frequência do casal ao tratamento será semanal.

Cada sessão será gravada ou em fita K-7 ou, desejavelmente, em fita de vídeo. Essas gravações serão realizadas através da concordância dos clientes. Será entregue ao casal um termo de compromisso sobre o sigilo profissional, ressalvadas as exibições do material coletado para as atividades de ensino e pesquisa. O psicoterapeuta e a instituição de ensino também ficarão com uma cópia desse termo. Esse documento será assinado pelo casal, o aluno da pós-graduação e o seu orientador, na qualidade de representante da instituição de ensino. Esse recurso será utilizado com o objetivo de aprendizagem, facilitar a coleta de dados nas sessões, avaliar a fidedignidade do uso do protocolo e melhorar a qualidade desse instrumento terapêutico.

O protocolo será aplicado a uma população especificamente selecionada, devido às restrições de pesquisa. Não é possível a construção de um protocolo que contemple todos os diferentes tipos de relacionamentos amorosos e nem os problemas a eles diretamente ligados.

O grupo alvo da investigação será casais que vivem juntos na condição de marido e mulher, ou seja, em união estável (Brasil, 2002). O casal não precisará estar legalmente casado.

A pesquisa será feita com pessoas heterossexuais, apesar da terapia cognitiva ser eficaz no tratamento de casais homossexuais (Dattilio e Padesky, 1995). A opção de trabalhar com casais heterossexuais é apenas uma delimitação do objeto de estudo, ficando excluída qualquer forma de preconceito.

Nessa investigação não haverá restrição da aplicação do protocolo em casais de cores, raças, religiões e/ou nível socioeconômico diferentes. Contudo, ambos os membros do casal precisarão ter o 2º grau escolar completo, conforme as leis vigentes no Brasil. Além disso, os casais que vêm de culturas diferentes não serão contemplados na investigação da eficácia desse protocolo piloto.

#### **4.2 – Etapas do protocolo piloto**

Todos os itens do protocolo seguem as prescrições da literatura cognitivo-comportamental especializada na área de casais em conflito e da terapia cognitiva em geral. Encontram-se no anexo da dissertação, todo o material didático que é fornecido pelo terapeuta aos clientes durante as sessões.

Nas primeiras três sessões é feita a avaliação do caso. A primeira sessão de avaliação é conjunta, seguida por duas sessões individuais avaliativas. Na primeira sessão são utilizados instrumentos psicológicos, para auxiliar o trabalho de avaliação do terapeuta.

Na quarta sessão o psicoterapeuta faz a devolução do processo de avaliação aos clientes. Nessa sessão, é iniciado o processo de intervenção psicológica através de técnicas comportamentais como, por exemplo, a expressão de carinho.

Da quinta até sétima sessão é realizado o procedimento de reestruturação cognitiva. São utilizadas técnicas como registro de pensamento, questionamento socrático, entre outras.

A oitava e nona sessões trabalham respectivamente a melhora da comunicação entre os cônjuges e a resolução inadequada de problemas. A partir da décima primeira sessão são abordados os problemas específicos que fez o casal buscar tratamento psicoterápico.

Cada etapa do tratamento está minuciosamente discriminada em suas respectivas sessões do protocolo piloto, conforme abaixo.

### **1ª SESSÃO**

- 1 – A sessão inicial é conjunta (Dattilio e Padesky, 1995).
- 2 – A sessão conjunta tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).
- 3 – Nessa sessão são averiguadas as principais áreas de dificuldades do relacionamento e os pontos positivos da relação do casal (Schmaling *et al*, 1997).
- 4 – O terapeuta dá uma explicação geral do modelo de terapia cognitiva com casais. Além disso, fornece um folheto instrutivo<sup>2</sup> para o casal sobre o assunto (Rangé e Dattilio, 2001).

---

<sup>2</sup> Ver o anexo um

5 – O terapeuta estabelece em comum acordo com o casal que nenhum parceiro(a) poderá manter com o profissional qualquer tipo de informação que o outro parceiro(a) não possa tomar conhecimento após as sessões individuais.

6 – Na última meia hora da sessão, o terapeuta solicita que os parceiros preencham individualmente a medida “Escala de Satisfação Conjugal”<sup>3</sup> (Dela Coleta, 1989). O terapeuta também solicita que os parceiros preencham individualmente o questionário “Convicções ante a transformação”<sup>4</sup> (Beck, 1995)

7 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1997): os parceiros são orientados a preencherem individualmente o inventário “Escala de Ajustamento Diádico”<sup>5</sup> (Spainer, 1976 *apud* Corcoran e Fischer, 1987). O casal é instruído ainda a trazer o instrumento devidamente preenchido na próxima sessão individual de cada um.

8 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

Obs. 1: Durante a entrevista conjunta o terapeuta avalia também a interação do casal na sessão (Dattilio, 2004).

Obs. 2: Esse tempo de meia hora para responder aos inventários é permitido porque alguns casais podem ter dificuldades no preenchimento da medida psicológica e precisar da assistência do terapeuta para assinalar os itens do instrumento.

Obs. 3: O casal e o terapeuta decidirão em conjunto a ordem de quem virá nas duas sessões individuais seguintes.

## **2ª SESSÃO**

1 – A sessão é com um dos membros do casal (Dattilio e Padesky, 1995)

2 – A sessão individual tem duração de 45 minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

---

<sup>3</sup> Ver o anexo 2

<sup>4</sup> Ver o anexo 3

<sup>5</sup> Ver o anexo 4

3 – O parceiro que compareceu à sessão é questionado sobre temas que possam não ter sido abordados na sessão conjunta. Exemplo: “Existe algum tópico que você gostaria de mencionar ou alterar neste momento, sem a presença de seu(sua) parceiro(a)?” (Dattilio e Padesky, 1995).

4– O terapeuta e o(a) parceiro(a) revêem os tópicos importantes assinalados nos questionários (Dattilio, 2004).

5 – *Feedback* do(a) parceiro(a) que compareceu sobre a sessão (Beck, J., 1997).

Obs.: O casal e o terapeuta decidiram em conjunto na primeira sessão quem deveria vir na segunda.

### **3ª SESSÃO**

1 – A sessão é com um dos membros do casal (Dattilio e Padesky, 1995)

2 – A sessão individual tem duração de 45 minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

3 – O parceiro que compareceu à sessão é questionado sobre temas que possam não ter sido abordados na sessão conjunta. Exemplo: “Existe algum tópico que você gostaria de mencionar ou alterar neste momento, sem a presença de seu(sua) parceiro(a)?” (Dattilio e Padesky, 1995)

4 – O terapeuta e o(a) parceiro(a) revêem os tópicos importantes assinalados nos questionários (Dattilio, 2004).

5 – *Feedback* de um dos parceiros que compareceu sobre a sessão (Beck, J., 1997).

Obs.: O casal e o terapeuta decidiram em conjunto na primeira sessão quem deveria vir na terceira.

#### **4ª SESSÃO**

- 1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).
- 2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).
- 3 – O terapeuta faz a apresentação da conceituação do caso, assinala as principais áreas problemáticas do relacionamento e as características positivas da convivência do casal (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).
- 4 – É feita uma apresentação do plano de tratamento para o casal (Schamaling *et al*, 1997).
- 5 – O terapeuta faz a explanação sobre a importância do aumento dos comportamentos positivos e da expressão de carinho para a interação conjugal (Beck, 1995).
- 6 – É solicitado aos membros do casal que exercitem na sessão um comportamento positivo específico e expressem um carinho específico que agrade aos membros do casal (Beck, 1995).
- 7 – É recomendado ao casal que evite críticas e reclamações improdutivas (Guerney, 1987).
- 8 – É proposto ao casal que os problemas mais complicados sejam, inicialmente, colocados no “freezer”, ou seja, abordados após a aquisição de habilidades específicas ao longo do tratamento (Guerney, 1987).
- 9 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1995): é solicitado que os parceiros exercitem comportamentos positivos e expressem carinho que agrade a ambos. Essa atividade será realizada diariamente pelo casal e terá uma duração limitada.

Os parceiros preencherão um formulário<sup>6</sup> para monitorar a tarefa de casa (Beck, 1995).

10 - *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

## **5ª SESSÃO**

1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).

2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).

4 – O terapeuta junto com os membros do casal estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).

5 – Os membros do casal são ensinados a identificar emoções em uma situação específica da relação (Dattilio, 2004).

6 – O terapeuta fornece ao casal uma lista de “Estados de Humor”<sup>7</sup> (Greenberg e Padesky, 1999).

7 – O casal é ensinado a identificar pensamentos automáticos em si próprios em situações específicas, relacionadas à alteração do humor (Beck, Rush, Shaw e Emery, 1997).

8 – O casal é ensinado a identificar comportamentos relacionados às emoções e pensamentos em situações específicas (Beck et al, 1997).

9 – O profissional ensina o casal a preencher o Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais<sup>8</sup> (Beck et al, 1997).

---

<sup>6</sup> Ver o anexo cinco

<sup>7</sup> Ver o anexo seis

10 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1997): é solicitado a cada parceiro que preencha individualmente as folhas do Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais quando houver mudança de humor durante a semana (Beck et al, 1997).

11 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

### **6ª SESSÃO**

1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).

2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).

4 – O terapeuta junto com o casal estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).

5 – O casal é ensinado a identificar e rotular distorções cognitivas em seus pensamentos automáticos. Serão utilizados, como exemplo de distorções cognitivas, trechos de discurso do casal gravados durante as sessões transcorridas. Poderá também ser utilizado um pensamento inadequado do casal apresentado durante essa sessão (Rangé e Dattilio, 2001).

6 - É fornecida uma lista contendo as principais distorções cognitivas<sup>9</sup> que estão presentes nas relações conturbadas (Dattilio, 2004).

---

<sup>8</sup> Ver o anexo 7

<sup>9</sup> Ver o anexo 8

7 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1995): é solicitado que cada parceiro rotule suas próprias distorções cognitivas que estão presentes nos seus pensamentos disfuncionais (Beck, J., 1997).

8 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

## **7ª SESSÃO**

1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).

2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).

4 – O terapeuta junto com os pacientes estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).

5 – O casal é ensinado a encontrar evidências para os pensamentos automáticos com o auxílio de um quadro de perguntas<sup>10</sup> (Beck, J., 1997; Greenberg e Padesky, 1999).

6 – O terapeuta ensina o casal a buscar respostas alternativas ou racionais para os pensamentos disfuncionais preenchendo o Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais<sup>11</sup>, com o auxílio de um quadro de perguntas (Beck et al, 1997; Beck, J., 1997).

7 – Tarefa de casa: preencher o Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais quando houver mudança de humor durante a semana.

8 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

---

<sup>10</sup> Ver o anexo nove

<sup>11</sup> Ver o anexo sete

## 8ª SESSÃO

- 1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).
- 2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).
- 3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).
- 4 – O terapeuta junto com os pacientes estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).
- 5 – É ensinado ao casal as habilidades necessárias para uma comunicação eficaz. Serão utilizados, como exemplo de comunicação inadequada, trechos de discursos do casal gravados durante as sessões transcorridas. Poderá também ser utilizado como exemplo de má comunicação um diálogo do casal durante essa sessão (Beck, 1995).
- 6 – É fornecido ao casal um folheto com “Regras de Etiqueta para o Diálogo”<sup>12</sup> (Beck, 1995).
- 7 – É fornecido ao casal um folheto com recomendações para quem fala e para quem escuta<sup>13</sup> (Beck, 1995).
- 8 – O terapeuta solicita aos membros do casal que pratiquem na sessão o papel de falante e ouvinte, a partir de uma situação sem grande carga emocional vinculada ao relacionamento (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).
- 9 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1995): é solicitado ao casal que pratique o diálogo, recomendando-se que escolham problemas simples de sua convivência para exercitarem-se (Beck, 1995).

---

<sup>12</sup> Ver o anexo 10

<sup>13</sup> Ver o anexo 11

10 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

### **9ª SESSÃO**

1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).

2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).

4 – O terapeuta junto com o casal estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).

5 – O casal é ensinado a utilizar a técnica de resolução de problemas. Inicialmente, o psicoterapeuta fornecerá, como exemplo de resolução inadequada de problemas, trechos de discurso do casal gravados durante as sessões precedentes (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

6 – É fornecido ao casal um folheto ilustrativo sobre regras para solução de problemas<sup>14</sup> (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

7 – O terapeuta pratica com o casal a solução de algum problema específico sem grande carga emocional (Beck, 1995).

8 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1995): treinar a técnica de solução de problemas em uma das áreas de menor dificuldade do casal (Beck, 1995).

9 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

### **10ª SESSÃO**

---

<sup>14</sup> Ver o anexo 12

- 1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).
- 2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).
- 3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).
- 4 – O terapeuta e o casal estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).
- 5 – É solicitado ao casal que pratique na sessão o uso das habilidades aprendidas para resolver problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento. As situações problemáticas podem estar relacionadas às diferenças existentes entre eles sobre o modo de educar os filhos, à maneira de utilizar o dinheiro do casal, à atividade sexual do casal, às decisões que precisam ser tomadas em conjunto, aos momentos de lazer dos parceiros, entre outras coisas (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).
- 6 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1995): É solicitado ao casal que pratique em casa as habilidades aprendidas para solucionar problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento (Schmaling *et al*, 1997).
- 7 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

### **11ª SESSÃO**

- 1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).
- 2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).

4 – O terapeuta junto com o casal estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).

5 – É solicitado ao casal que pratique na sessão o uso das habilidades aprendidas para resolver problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento. As situações problemáticas podem estar relacionadas às diferenças no modo de educar os filhos, à maneira de utilizar o dinheiro do casal, à atividade sexual do casal, às decisões que precisam ser tomadas em conjunto, aos momentos de lazer dos parceiros, entre outras coisas (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

6 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1995): É solicitado ao casal que pratique em casa as habilidades aprendidas para solucionar problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento (Schmaling *et al*, 1997).

7 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

## **12ª SESSÃO**

1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).

2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).

4 – O terapeuta junto com o casal estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).

5 – É solicitado ao casal que pratique na sessão o uso das habilidades aprendidas para resolver problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento. As situações problemáticas podem estar relacionadas às diferenças no modo de educar os filhos, à maneira de utilizar o dinheiro do casal, à atividade sexual do casal, às decisões que precisam ser tomadas em conjunto, aos momentos de lazer dos parceiros, entre outras coisas (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

6 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1995): É solicitado ao casal que pratique em casa as habilidades aprendidas para solucionar problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento (Schmaling *et al*, 1997).

7 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

### **13ª SESSÃO**

1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).

2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).

4 – O terapeuta junto com o casal estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).

5 – É solicitado ao casal que pratique na sessão o uso das habilidades aprendidas para resolver problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento. As situações problemáticas podem estar relacionadas às diferenças no modo de educar os filhos, à maneira de utilizar o dinheiro do casal, à atividade sexual do casal, às decisões que precisam ser tomadas em conjunto, aos momentos de lazer dos parceiros, entre outras coisas (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

6 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1995): É solicitado ao casal que pratique em casa as habilidades aprendidas para solucionar problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento (Schmaling *et al*, 1997).

7 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

### **14ª SESSÃO**

1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).

2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).

4 – O terapeuta junto com o casal estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).

5 – É solicitado ao casal que pratique na sessão o uso das habilidades aprendidas para resolver problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento. As situações problemáticas podem estar relacionadas às

diferenças no modo de educar os filhos, à maneira de utilizar o dinheiro do casal, a atividade sexual do casal, às decisões que precisam ser tomadas em conjunto, aos momentos de lazer dos parceiros, entre outras coisas (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

6 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1995): É solicitado ao casal que pratique em casa as habilidades aprendidas para solucionar problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento (Schmaling *et al*, 1997).

7 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

### **15ª SESSÃO**

1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).

2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

3 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).

4 – O terapeuta junto com o casal estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).

5 – É solicitado ao casal que pratique na sessão o uso das habilidades aprendidas para resolver problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento. As situações problemáticas podem estar relacionadas às diferenças no modo de educar os filhos, à maneira de utilizar o dinheiro do casal, à atividade sexual do casal, às decisões que precisam ser tomadas em conjunto, aos

momentos de lazer dos parceiros, entre outras coisas (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

6 – Tarefa de casa (Dattilio e Padesky, 1995): É solicitado ao casal que pratique em casa as habilidades aprendidas para solucionar problemas específicos de maior carga emocional trazidos no início ou ao longo do tratamento (Schmaling *et al*, 1997).

7 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

### **16ª SESSÃO**

1 – A sessão é conjunta (Rangé e Dattilio, 2001).

2 – A sessão tem duração de uma hora e trinta minutos (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

2 – O terapeuta e o casal revêem juntos a(s) tarefa(s) de casa (Dattilio e Padesky, 1995).

3 – O terapeuta junto com o casal estabelecem uma agenda para a sessão (Dattilio e Padesky, 1995).

4 – Avaliar com o casal através de perguntas os progressos ocorridos ou não do tratamento.

5 – O casal é encorajado a prosseguir sozinho a partir dessa sessão. Estima-se que dessa sessão em diante o casal utilize as técnicas aprendidas ao longo do tratamento sem a intervenção do terapeuta. A proposta é que eles se tornem os seus “próprios terapeutas” (Schmaling, Fruzzetti e Jacobson, 1997).

6 – Trabalhar a prevenção de recaídas (Schmaling *et al*, 1997).

7 – Reaplicar questionários e inventários para saber qual foi o impacto do tratamento no relacionamento do casal (Rangé e Dattilio, 1995).

8 – *Feedback* do casal sobre a sessão (Beck, J., 1997).

## CAPÍTULO 5 – AVALIAÇÃO DO PROTOCOLO PILOTO

Nesse capítulo são apresentados os resultados obtidos com a aplicação do questionário sobre a adequação do protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais<sup>15</sup>. Serão descritas ainda as sugestões feitas pelas avaliadoras para a melhora da qualidade do protocolo piloto.

Como mencionado no capítulo três, foram selecionadas cinco psicólogas que atuam dentro das abordagens comportamental ou cognitivo-comportamental. Três profissionais estão incluídas na primeira e duas outras na segunda. Essas terapeutas são de diferentes regiões do país, sendo duas do Rio Grande do Sul e três de São Paulo.

O tempo de atuação dessas psicólogas variou de cinco a mais de vinte e cinco anos no tratamento de diferentes problemas psicológicos e de casais especificamente. É importante destacar que as terapeutas comportamentais tinham mais tempo de intervenção com casais, quase todas com mais de vinte e cinco anos de experiência. Já as duas terapeutas cognitivo-comportamentais atuavam de cinco a dez anos nessa abordagem e uma tinha menos de cinco anos de experiência com casais. Essa última profissional foi incluída na investigação por ser professora de uma universidade.

As avaliadoras da abordagem comportamental assinalaram que o protocolo piloto está de acordo com os preceitos da terapia comportamental. Por sua vez, as avaliadoras da abordagem cognitiva afirmaram que o protocolo piloto atende os requisitos da terapia cognitivo-comportamental. Além disso, afirmaram que os itens do protocolo são objetivos e de fácil entendimento. Foram feitas ainda algumas sugestões que são descritas conforme a opinião de cada uma das avaliadoras. As

---

<sup>15</sup> Ver o anexo treze

psicólogas são apresentadas como terapeutas A, B, C, D, E. O objetivo é preservar a identidade das avaliadoras, mantendo-se o sigilo necessário nesse tipo de pesquisa. A ordem da apresentação das sugestões feitas não faz nenhum tipo de discriminação entre as profissionais, sendo apenas uma proposição didática.

A terapeuta A que atua há menos de cinco anos com casais na abordagem cognitivo-comportamental não fez nenhuma sugestão específica para a adequação do protocolo.

A terapeuta B que atua entre cinco a dez anos com casais na abordagem cognitivo-comportamental sugeriu que os questionários utilizados devem ser preenchidos como tarefa de casa e se houver alguma dúvida trazê-los para a próxima sessão. Uma segunda observação é que deve haver um acordo com o casal a respeito dos segredos que possam surgir nas duas sessões individuais.

A terapeuta C que atua na abordagem comportamental não fez nenhuma sugestão específica. Observou apenas que o protocolo está de acordo com os preceitos comportamentais e abstendo-se de comentar os princípios da terapia cognitivo-comportamental.

A terapeuta D que também atua na abordagem comportamental apontou que dezesseis sessões podem ser insuficientes para treinar as habilidades que se pretendem desenvolver no repertório do casal.

A terapeuta E que também atua na abordagem comportamental sugeriu que deve haver instruções gerais no protocolo como, por exemplo, duração das sessões e também da programação da agenda. Apontou ainda que alguns itens do protocolo devem ser agrupados, como assinalado no próprio. Afirmou que é necessário dar alguns exemplos concretos em algumas situações. Examinar e descrever também a possibilidade de nem sempre ser possível aplicar o protocolo no número previsto de

sessões. Levar em consideração que algum membro do casal não têm a disponibilidade ou desejo de se envolver em exercícios, ou carinhos, ao mesmo tempo. Para essa profissional, algumas vezes os parceiros topam fazer terapia de casal, mas não estão totalmente engajados.

## 5.1 – Tabelas

O objetivo dessas tabelas é transparecer os dados obtidos com a aplicação do questionário sobre a adequação do protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais. A primeira tabela apresenta o perfil de cada uma das cinco avaliadoras. A segunda demonstra todas as avaliações feitas sobre o protocolo piloto.

**Tabela 1 – Perfil das Avaliadoras**

<b>Terapeuta</b>	<b>Abordagem</b>	<b>Tempo de Atuação</b>	<b>Tempo de Atuação com Casais</b>
A	Cognitiva	5 a 10 anos	Menos de 5 anos
B	Cognitiva	5 a 10 anos	5 a 10 anos
C	Comportamental	Mais de 25 anos	15 a 20 anos
D	Comportamental	Mais de 25 anos	Mais de 25 anos
E	Comportamental	Mais de 25 anos	Mais de 25 anos

**Tabela 2 – Resultados das Avaliações**

Terapeuta	Avaliação
A	<p>1 – Os itens estão de acordo com os preceitos teóricos da TCCC</p> <p>2 – Os itens são objetivos e de fácil entendimento</p> <p>3 – Não fez nenhuma sugestão para a adequação do protocolo piloto</p>
B	<p>1 – Os itens estão de acordo com os preceitos teóricos da TCCC</p> <p>2 – Os itens são objetivos e de fácil entendimento</p> <p>3 – Os questionários deveriam ser preenchidos em casa</p> <p>4 – Acordo entre terapeuta e casal sobre não haver segredos após as sessões individuais</p>
C	<p>1 – Os itens estão de acordo com os preceitos teóricos da TCCC</p> <p>2 – Os itens são objetivos e de fácil entendimento</p> <p>3 – O protocolo está de acordo com os preceitos comportamentais</p> <p>4 – Absteve-se de comentar os princípios da parte cognitiva</p>
D	<p>1 – Os itens estão de acordo com os preceitos teóricos da TCCC</p> <p>2 – Os itens são objetivos e de fácil entendimento</p> <p>3 – O número de sessões pode ser insuficiente</p>
E	<p>1 – Os itens estão de acordo com os preceitos teóricos da TCCC</p> <p>2 – Os itens são objetivos e de fácil entendimento</p> <p>3 – O número de sessões pode ser insuficiente</p> <p>4 – Deveria haver instruções gerais sobre o protocolo</p> <p>5 – Alguns itens do protocolo deveriam ser agrupados</p> <p>6 – Averiguar motivação dos cônjuges para se engajarem nas atividades propostas pelo terapeuta</p>

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A palavra conclusão não é o termo mais adequado para descrever a parte final dessa dissertação. Na verdade, essa pesquisa é apenas o ponto inicial de uma investigação muito maior que se almeja realizar em um possível ingresso do presente aluno no doutorado. No presente momento, é mais adequado discutir e considerar os aspectos relevantes daquilo que foi produzido.

Um primeiro dado importante obtido com a aplicação do questionário sobre a adequação do protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais foi a grande diferença de tempo de atuação das terapeutas comportamentais e das cognitivo-comportamentais. Esse fato se justifica porque somente no ano de 1995 foram publicados os primeiros livros sobre terapia cognitiva com casais no Brasil, sendo eles o “Para além do amor”, de Aaron T. Beck, e “Terapia cognitiva com casais”, de Dattilio e Padesky. Além disso, os próprios terapeutas cognitivos norte-americanos começaram a se dedicar a essa temática somente na década de 1980. Por sua vez, a terapia comportamental com casais já tem uma incidência de algumas décadas em no Brasil.

O papel das avaliadoras do protocolo piloto foi primordial para balizar esse instrumento. Todas as sugestões feitas foram levadas em consideração e são discutidas abaixo.

A terapeuta A não fez sugestões a respeito do protocolo por acreditar que o protocolo realmente estar de acordo com os preceitos da terapia cognitiva.

A primeira sugestão da terapeuta B é que os inventários sejam levados para casa e as dúvidas sejam retiradas na sessão. De acordo com a literatura científica é mais adequado que o casal preencha os questionário na própria sessão. É que esse

material será utilizado nas duas sessões individuais. Na verdade, apenas um questionário será fornecido como tarefa de casa de acordo com protocolo piloto desenvolvido. O instrumento se chama, “Escala de Ajustamento Diádico”, de Spainer (*apud* Corcoran e Fischer, 1987). Esse fato se justifica porque os dados obtidos nesse instrumento serão reunidos com todos os outros recolhidos até a terceira sessão, com objetivo de apresentar para o casal um quadro do funcionamento atual da relação e do tratamento a ser seguido.

A segunda observação da terapeuta B foi a respeito do acordo em relação aos segredos que possam surgir nas sessões individuais. A partir dessa sugestão, foi acrescentado na primeira sessão do protocolo piloto o seguinte item: “5 – O terapeuta estabelece em comum acordo com o casal que nenhum parceiro(a) poderá manter com o profissional qualquer tipo de informação que o outro parceiro(a) não possa tomar conhecimento após as sessões individuais”.

A terapeuta C não fez nenhuma sugestão, assim como, a terapeuta A. Contudo, a primeira profissional atua entre 15 a 20 anos na abordagem comportamental. Nesse caso específico, pode-se considerar que o protocolo piloto esteja de acordo com os princípios comportamentais.

A terapeuta D acredita que dezesseis sessões poderiam ser insuficientes para o tratamento almejado. O protocolo contém esse número de sessões devido ao que se recomenda na literatura científica. Contudo, essa hipótese somente será confirmada ou rejeitada com uma pesquisa envolvendo atendimento de casais efetivamente.

A terapeuta E fez algumas sugestões. A primeira se refere ao uso de instruções gerais para cada sessão do protocolo piloto. Na verdade, opta-se pelo formato original apresentado, porque se pretende trazer em detalhes cada passo de

um protocolo de tratamento, o que talvez evite equívocos ou dúvidas dos profissionais que possam no futuro utilizar o protocolo piloto.

A segunda observação foi que alguns itens deveriam ser agrupados e que era necessário uma revisão ortográfica do texto. Essas alterações foram feitas conforme assinalado pela profissional. A terceira sugestão seria a necessidade de se exemplificar os procedimentos propostos. O protocolo piloto enviado para análise realmente não dispunha de nenhum tipo de exemplificação, porque não foi reconhecida a relevância para tal procedimento. Acredita-se que os possíveis exemplos mencionados pela profissional encontrem-se distribuídos ao longo da presente dissertação de mestrado. Pressupõe-se que o protocolo piloto já tem o número de informações suficiente para nortear a prática clínica.

O quarto ponto destacado é que talvez dezesseis sessões sejam insuficientes, assim como, mencionado pela terapeuta D. Como mencionado acima, somente com a investigação empírica será possível confirmar ou não essa hipótese.

A quinta e última sugestão é um questionamento do que se fará com o membro do casal que não se disponibilize ou deseje se envolver nos exercícios propostos ao longo do tratamento. Um pré-requisito básico para qualquer tratamento psicológico é o paciente estar motivado. Uma alternativa é saber porque aquele cliente específico não está motivado para realizar as tarefas propostas. Somente depois é que se tomará uma decisão a respeito do que será feito em termos de tratamento.

Todos os apontamentos feitos acima foram de fundamental importância para o desenvolvimento desse protocolo piloto de tratamento cognitivo-comportamental para casais.

Vale lembrar que apesar do grande avanço no número de pesquisas para melhorar o relacionamento de casais em desarmonia na América do Norte, parece existir uma grande lacuna desse tipo de pesquisa aqui em nosso país. Durante a etapa de construção dessa dissertação, não foi encontrado nenhum artigo científico publicado – na abordagem cognitiva – em periódico nacional ou internacional que validasse um protocolo de tratamento cognitivo-comportamental de casais para a realidade brasileira. O que existe em termos de publicação são alguns capítulos de livro de autores brasileiros que procuram nortear a prática clínica conjugal. O fato é que a terapia cognitiva tem se mostrado um modelo eficaz no tratamento de casais norte-americanos, conforme as pesquisas analisadas ao longo dessa dissertação de mestrado.

Conclui-se ser de extrema importância que um protocolo de tratamento para casais dentro dessa abordagem seja objeto de uma investigação científica com a população brasileira. Por fim, acredita-se que com o possível ingresso do presente aluno no doutorado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro seja viável a realização da pesquisa proposta acima.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M.; NETO, F. L. Indicações e contra-indicações. In: KNAPP, P. (Org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 9, p. 159-167.

ÁRIES, I.; HOUSE, A. S. Tratamiento cognitivo conductal de los problemas de pareja. In: CABALLO, V. F. (Org.), **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**. Madrid: Siglio Veintiuno, 1998, cap.17, p 553-577.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PSIQUIATRIA (APA). **DSM-IV**: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

BANDURA, A. Modificação do comportamento. Rio de Janeiro: Interamericana, 1979

BAUCOM, D. H.; EPSTEIN, N.; DAIUTO, A. D.; CARELS, R. A.; RANKIN, L. A.; BURNETT, C. K. Cognitions in marriage: The relationship between standards and attributions. **Journal of family psychology**, vol. 10, n.2, p. 209-222, jun., 1996.

BAUCOM, D. H.; EPSTEIN, N.; SAYERS, S.; SHER, T. G. The role cognitions in marital relationships: Definitional, methodological and conceptual issues. **Journal of consulting and clinical psychology**, vol. 57, p. 31-38, fev., 1989.

BAUCOM, D. H; LESTER, G. W. The usefulness of cognitive restructuring as an adjunct to behavioral marital therapy. **Behavior Therapy**, vol. 17, p. 385-403, 1986.

BAUCOM, D. H.; SAYERS, S.; SHER, T. G. Supplementing behavioral marital therapy with cognitive restructuring and emotional expressiveness training: a outcome investigation. **Journal of consulting and clinical psychology**, vol. 58, p. 636-645, 1990.

BAUCOM, D. H.; SHOHAM, V.; MUESER, K. T.; DAIUTO, A. D.; STICKLE, T. R. Empirically Supported Couple and Family Interventions for Marital Distress and Adult

Mental Health Problems. **Journal of consulting and clinical psychology**, vol. 66, n.1 p. 53-88, fev.,1998.

BECK, A. T. **Para além do amor**. Tradução de Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Record, 1995.

BECK, A.T.; ALFORD, B. A. **O poder integrador da terapia cognitiva**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

BECK, A. T.; RECTOR, N. A. Um modelo cognitivo das alucinações. In: KNAPP, P. (org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 7, p. 101-132.

BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G. **Terapia cognitiva da depressão**. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BECK, J. S. **Terapia cognitiva**: Teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

BONET, J. L. C.; CASTILLA, D. S. Un programa estructurado para el tratamiento de los problemas de pareja. In: CABALLO, V. F. (Org.). **Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos**. Madrid: Siglo Veintiuno, 1998, cap. 17, p. 576-600.

BRADBURY, T. N.; FINCHAM, F. D. Attributions in marriage: Review and critique. **Psychological Bulletin**, v. 107, p. 3-33, jan., 1990.

BRASIL. **Novo Código Civil**. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

BROWN, T. A.; O'LEARY, T. A.; BARLOW, D. H. Transtorno da ansiedade generalizada. In: BARLOW, D. H (Org.). **Manual clínico dos transtornos psiquiátricos**. Tradução de Maria Regina Borges Osório. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999, cap. 4, p. 161-216.

CAMINHA, R. M. Transtorno do estresse pós-traumático. In: KNAPP, P. (org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 16, p. 267-279.

CARVALHO, A. Disfunções sexuais. In: RANGÉ, B. (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap.31, p. 512-552.

CHAMBLESS, D. L.; HOLLON, S. D. Defining Empirically Supported Therapies. **Journal of consulting and clinical psychology**, vol. 66, n.1, p. 7-18, fev., 1998.

CLARK, D. Estados de ansiedade: pânico e ansiedade generalizada. In: HAWTON, K. et al. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático**. Tradução de Alvamar Lamparelli. São Paulo: M. Fontes, 1997, cap. 3, p. 75-138.

CORCORAN, K.; FISCHER, J. **Measures for clinical practice: a sourcebook**. New York: The Free Press, 1987.

CRASK, M. G.; BARLOW, D. H. Transtorno do pânico e agorafobia. In: BARLOW, D. H (Org.). **Manual clínico dos transtornos psiquiátricos**. Tradução de Maria Regina Borges Osório. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999, cap. 1, p. 13-62.

DATTILIO, F. M. Casais e família. In: KNAPP, P. (org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap.25, p. 377-401.

DATTILIO, F. M.; PADESKY, C. A. **Terapia Cognitiva com casais**. Tradução de Dayse Baptista. Porto Alegre: Artmed, 1995

DATTILIO, F. M.; EPSTEIN, N.; BAUCOM, D. H. An introduction to cognitive-behavioral therapy with couples and families. In: DATTILIO, F. M. (Org.). **Case studies in couple and family therapy: Systemic & cognitive perspectives**. New York - London: Guilford Press, 1998, p. 1-36.

DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. Introdução à terapia cognitiva. In: \_\_\_\_\_. **Compreendendo a terapia cognitiva**. Campinas: Editorial Psy, 1998, p. 19-28.

DeRUBEIS, R. J. e CRITS-CHRISTOPH, P. Empirically Supported Individual and Group Psychological Treatments for Adult Mental Disorders. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, vol. 66, n. 1, 37-52, fev., 1998.

DELA COLETA, M.F. A medida da satisfação conjugal: adaptação de uma escala. **Psico**, vol.18, n.2, p. 90-112, jul./dez., 1989.

DOBSON, K.; SCHERRER, M. C. História e futuro das terapias cognitivo-comportamentais. In: KNAPP, P. (org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 2, p. 42-57.

DUCHESNE, M. Abordagem cognitivo-comportamental. In: NUNES, M. A. A. et al (Orgs.). **Transtornos alimentares e obesidade**. Porto Alegre: Artmed, 1998, cap. 14, p. 139-147.

EIDELSON, R. J.; EPSTEIN, N. B. Cognition and relationship maladjustment: Development of a measure of dysfunctional relationship beliefs. **Journal of consulting and clinical psychology**, vol. 50, n. 5, p. 715-720, 1982.

EPSTEIN, N. **Depression and marital dysfunction**: cognitive and behavioral linkages. *International journal of mental health*, vol. 13, n. 3-4, p. 86-104, 1985.

\_\_\_\_\_. Terapia de Casal. In: DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (Orgs.). **Compreendendo a terapia cognitiva**. Campinas: Editorial Psy, 1998, p. 305-313.

EPSTEIN, N. ; BAUCOM, D. H. Cognitive-Behavioral Couple Therapy. **Case studies in couple and family therapy: Systemic & cognitive perspectives**. New York - London: Guilford Press, 1998, p. 37-61.

EPSTEIN, N.; BAUCON, D. H.; RANKIN, L. A. Treatment of marital conflict: A cognitive-behavioral approach. **Clinical psychology review**, vol. 13, p. 45-57, 1993.

EPSTEIN, N.; PRETZER, J. L.; FLEMING, B. The role of cognitive appraisal in self-reports of marital communication. **Behavior Therapy**, vol. 18, p. 51-69, 1987.

EPSTEIN, N.; SCHLESINGER, S. E. Problemas conjugais. IN: DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. (Orgs.). **Estratégias cognitivo-comportamentais para intervenção em crises**. Campinas: Editorial Psy II, 1995, p. 343-365.

ERTHAL, T. C. Técnicas e instrumentos de avaliação. In: ERTHAL, T. C. (Org.) **Manual de psicometria**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996, p. 34-50.

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.

FALCONE, E. FIGUEIRA, I. Transtorno de ansiedade social. In: RANGÉ, B (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 10, p. 183-207.

FINCHAM, F. D.; BRADBURY, T. N. Cognitive processes and conflict in close relationships: An attribution-efficacy model. **Journal of personality and social psychology**, vol. 53, n. 6, p. 1106-1118, dez., 1987.

\_\_\_\_\_. Assessing attributions in marriage: The relationship attribution measure. **Journal of personality and social psychology**, vol. 62, n. 3, p. 457-468, 1992.

FINCHAM, F. D.; BRADBURY, T. N.; BEACH, S. R. H. To arrive where we began: A reappraisal of cognition in marriage and in marital therapy. **Journal of Family Psychology**, vol. 4, n.2, p. 167-184, 1990.

GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor: Mude como você se sente, mudando o modo como você pensa**. Porto Alegre: Artmed, 1999.

GUERNEY Jr., B. **Relationship enhancement: marital / family, therapist manual**. Pennsylvania: Ideals, 1987.

HAWTON, K. Disfunções sexuais. In: \_\_\_\_\_, et al. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático**. Tradução de Alvamar Lamparelli. São Paulo: M. Fontes, 1997, cap. 11, p. 527-574.

HAWTON, K.; KIRK, J. Resolução de problemas. In: \_\_\_\_\_, et al. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático**. Tradução de Alvamar Lamparelli. São Paulo: M. Fontes, 1997, cap. 12, p. 575-604.

IBGE. Estatísticas do registro civil. **Anuário Estatístico do Brasil**, 2002.

JACOBSON, N.S.; FOLLETE, W. C.; McDONALD, D. W. Reactivity to positive and negative behavior in distressed and nondistressed married couples. **Journal of consulting and clinical psychology**, 50, p. 706-714, 1982.

JACOBSON, N. S.; HOLTZWORTH-MUNROE, A. Marital therapy: A social learning-cognitive perspective. In: JACOBSON, N. S.; GURMAN, A. S. (Orgs.), **Clinical handbook of marital therapy**. New York – London: Guilford Press, 1986, p. 29-70.

JURUENA, M. F. Transtorno afetivo bipolar. In: \_\_\_\_\_. **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 20, p. 317-327.

KAPLAN, H. S. **O desejo sexual**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

KNAPP, P. Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In: \_\_\_\_\_. **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004a, cap.1, p. 19-41.

\_\_\_\_\_. Principais técnicas. In: \_\_\_\_\_. **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004b, cap. 8, p. 133-158.

KINDER, M.; COWAN, C. **Maridos e Mulheres**: a formação dos mitos conjugais: a intensificação do amor e do desejo. Tradução de Elisabeth Lissovsky. Rio de Janeiro: Rocco, 1990.

KUNG, W. W. The intertwined relationship between depression and marital distress: elements of marital therapy conducive to effective treatment outcome. **Journal of marital and family therapy**, vol. 26, n. 1, p. 51-63, jan., 2000.

KURDEK, L. A. Assumptions versus standards: The validity of two relationship cognitions in heterosexual and homosexual couples. **Journal of Family Psychology**, vol. 6, n. 2, p. 164-170, dez., 1992.

LAZARUS, A. A. **Mitos Conjugais**. Tradução de José Carlos Vitor Gomes. Campinas, SP: Editorial Psy, 1992.

LEGA, L. I.; ELLIS, A. Rational Emotive Behavior Therapy (REBT) in the New Millennium: A Cross-Cultural Approach. **Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy**, vol. 19, n. 4, p. 201 – 222, dez. 2001.

LIPP, M. E. N.; MALAGRIS, L. E. N. O *stress* emocional e seu tratamento. In: RANGE, B. (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 28, p. 475-490.

MASTERS, W. H.; JOHNSON, V. E. **A incompetência sexual: suas causas, seu tratamento**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1970.

MEAD, E. D. Marital distress, co-occurring depression and marital therapy: a review. *Journal of marital and family therapy*. **Journal of marital and family therapy**, vol. 28, n. 3, p. 299-314, jul., 2002.

MORAES, C. G. DE A.; RODRIGUES, A. S. Terapia de Casais. In: RANGE, B. (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap.31, p. 512-552.

MOURA, M. L. S. DE. Definição da metodologia. In: \_\_\_\_\_ (Org.), **Manual de elaboração de projetos de pesquisa**. Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 57-97, 1998.

NIETO, M. T. Terapia de casal cognitivo-constructivista: a contribuição da teoria da atribuição. In: FERREIRA, R. F.; ABREU, C, N. (Org.). **Psicoterapia e construtivismo: considerações teóricas e práticas**. Porto Alegre; Artmed Editora, p. 229-239, 1998.

PAUL, J.;PAUL, M. **Terapia do Amor: não renuncie a si mesmo**. Tradução de Rosana Castilho. São Paulo: Madras, 1999.

PICON, P.; KNIJNIK, D. Z. Fobia social. In: KNAPP, P. (Org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 14, p. 226-247.

\_\_\_\_\_. Terapia racional-emotivo-comportamental. In: \_\_\_\_\_. (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 2, p. 34-48.

RANGÉ, B.; BERNIK, M. A. Transtorno do pânico e agorafobia. In: RANGÉ, B (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 9, p. 145-182.

RANGÉ, B. ; DATTILIO, F. M. Casais. In: RANGÉ, B. P. (org). **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas, SP: L. Pleno, 2001, cap.15, 171-191.

RANGÉ, B.; FENSTER, D. Terapia racional-emotivo-comportamental. In: KNAPP, P. (Org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap. 29, p. 439-453.

RANGÉ, B.; MASCI, C. Transtorno do estresse pós-traumático. In: RANGÉ, B (Org.), **Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001, cap. 15, p. 257-274.

RODRIGUES, A.; EVELINE, M. L. A.; JABLONSKI, B. **Psicologia Social**. Petrópolis: Vozes, 1999.

ROTH, A.; FONAGY, P. **What works for whom**. New York: Guilford, 1996.

REINECKE, M. A.; DATTILIO, F. M.; FREEMAN, A. **Terapia cognitiva com crianças e adolescentes: manual para a prática clínica**. Tradução de Maria Rita Hofmeister. Porto Alegre: Artmed, 1999.

SAFRAN, J. D.; GREENBERG, L. S. Pensamento quente e processo psicoterapêutico: Uma abordagem ecológica e de processamento de informações. SAFRAN, J. D. (Org.). **Ampliando os limites da terapia cognitiva: O relacionamento terapêutico, a emoção e processo de mudança**. Porto Alegre: Artmed, 2002, cap. 6, p. 107-138.

SCHMALING, K. B.; FRUZZETTI, A. E.; JACOBSON, N. S. Problemas conjugais. In: HAWTON, K. et al. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos: um guia prático**. Tradução de Alvamar Lamparelli. São Paulo: M. Fontes, 1997, cap. 10, p. 481-525.

SOKOL, L. **Curso de treinamento em psicologia cognitiva**. Porto Alegre - São Paulo: Sociedade Brasileira de Terapias Cognitivas e Instituto Beck, 1999.

STALLARD, P. **Bons pensamentos – bons sentimentos**: manual de terapia cognitivo-comportamental para crianças e adolescentes. Tradução de Carlos Alberto Silveira Netto Soares. Porto Alegre: Artmed, 2004.

STRAUB, R. O. **Psicologia da Saúde**. Trad. Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2005.

VILELA, M. V. Stress no relacionamento conjugal. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **O stress no Brasil**: pesquisas avançadas. Campinas: Papyrus, 2004, cap. 14, p.151-159.

VANZETTI, N. A.; NOTARIUS, C. I.; NEESMITH, D. Specific and generalized expectancies in marital interaction. **Journal of family psychology**, vol. 6, n. 2, dez., p. 171-183, 1992.

TANGANELLI, M. do S. Você me estressa, eu estresso você. In: LIPP, M. E. N. (Org.). **O stress está dentro de você**. 2ª ed. São Paulo: Contexto, 2000, p. 155-168.

TORRES, A. R.; SHAVITT, R. G.; MIGUEL, E. C. **Medos, dúvidas e manias**: orientações para pessoas com transtorno obsessivo-compulsivo e seus familiares. Porto Alegre: Artmed, 2001.

WALLERSTEIN, J. S.; KELLY, J. B. **Sobrevivendo a separação**: como pais e filhos lidam com o divórcio. Tradução de Maria Adriana Veríssimo Veronese. Porto Alegre: Artmed, 1998.

WHITE, J. R. Introdução. In: WHITE, J. R.; FREEMAN, A. S. (Org.). **Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos**. Tradução de Mônica Gilglio Armando. São Paulo: Roca, 2003.

YOUNG, J. E.; BECK, A. T.; WEINBERG, A. Depressão. In: BARLOW, D. H (Org.). **Manual clínico dos transtornos psiquiátricos**. Tradução de Maria Regina Borges Osório. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 1999, cap. 6, p. 273-312.

YOUNG, J. E.; KLOSKO, J. S.; WEISHAAR, M. E. **Schema therapy: a practitioner's guide**. New York: Guilford Press, 2003.

# **ANEXOS**

## ANEXO 1

### FOLHETO INSTRUTIVO PARA CASAIS

A terapia cognitiva com casais envolve auxiliar os membros do casal a tomarem consciência dos pensamentos disfuncionais que praticam na sua relação, os quais levam a conflitos nas suas interações. As expectativas que os membros do casal trazem para a sua relação, a propósito de sua intimidade e dos seus papéis, serão o foco específico da sua terapia. Relacionamentos problemáticos geralmente acontecem quando um ou ambos possuem crenças irracionais ou expectativas irrealistas sobre eles mesmos e o relacionamento. Como resultado, os casais fazem atribuições negativas acerca dos comportamentos um do outro, o que conduz a opiniões generalizadas um do outro feitas sob uma ótica exclusivamente negativa. Os membros do casal tendem então a dar mais atenção aos comportamentos negativos um do outro, não notando as suas ações positivas. Isto os atira para uma espiral contínua de interação conflituosa, até estarem constantemente discutindo ou a ignorarem-se completamente. A terapia cognitiva com casais usa um conjunto de princípios e técnicas concebidas para alterar e expandir as perspectivas dos cônjuges na interpretação que fazem dos significados e causas dos seus comportamentos. É por meio destas técnicas que os casais aprendem a corrigir as suas interações menos corretas e a melhorar o seu relacionamento.

Retirado do artigo: RANGÉ, B. ; DATTILIO, F. M. Casais. In: RANGÉ, B. P. (org). **Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas**. Campinas, SP: L. Pleno, 2001, cap.15, 171-191.

## ANEXO 2

### ESCALA DE SATISFAÇÃO CONJUGAL<sup>16</sup>

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

A seguir é apresentada uma lista de acontecimentos que você deverá ler, julgar e marcar sua resposta de acordo com as seguintes opções:

- (1) Eu gosto como tem sido
- (2) Eu gostaria que fosse um pouco diferente
- (3) Eu gostaria que fosse muito diferente

01 – O tempo que minha mulher (meu marido) dedica ao nosso casamento	.....
02 – A freqüência com que minha mulher (meu marido) me diz algo bonito	.....
03 – O quanto minha mulher (meu marido) me atende	.....
04 – A freqüência com que minha mulher (meu marido) me abraça	.....
05 – A atenção com que minha mulher (meu marido) tem para com minha aparência	.....
06 – A comunicação com minha mulher (meu marido)	.....
07 – O comportamento de minha mulher (meu marido) na frente de outras pessoas	.....
08 – A forma como me pede para ter relações sexuais	.....
09 – O tempo que dedica a si mesma (o)	.....
10 – O tempo que dedica a mim	.....
11 – A forma como se comporta quando está triste	.....
12 – A forma como se comporta quando está chateada (o)	.....
13 – A forma como se comporta quando está preocupada (o)	.....
14 – A forma como se comporta quando está de mau humor	.....
15 – A forma como minha mulher (meu marido) organiza sua vida e suas coisas	.....
16 – As prioridades que minha mulher (meu marido) tem na vida	.....
17 – A forma com passa seu tempo livre	.....
18 – A reação de minha mulher (meu marido) quando não quer ter relações sexuais	.....
19 – A pontualidade de minha mulher (meu marido)	.....
20 – O cuidado que minha mulher (meu marido) tem com a saúde	.....
21 – O interesse que minha mulher (meu marido) tem pelo que faço	.....
22 – O tempo que passamos juntos	.....
23 – A forma como minha mulher (meu marido) procura resolver os problemas	.....
24 – As regras que minha mulher (meu marido) faz para que sejam seguidas em casa	.....

<sup>16</sup> Referência: DELA COLETA, M.F. A medida da satisfação conjugal: adaptação de uma escala. **Psico**, vol.18, n.2, p. 90-112, jul./dez., 1989.

## ANEXO 3

### CONVICÇÕES ANTE A TRANSFORMAÇÃO<sup>17</sup>

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Verifique quais das seguintes convicções você ou seu cônjuge apresentam:

#### Convicções ou idéias derrotistas

- \_\_\_\_\_ Meu marido (mulher) é incapaz de se modificar.
- \_\_\_\_\_ Nada pode melhorar nosso relacionamento.
- \_\_\_\_\_ As coisas só vão piorar.
- \_\_\_\_\_ As pessoas seguem o seu trilho e não conseguem mudar.
- \_\_\_\_\_ Ele (ela) nunca vai cooperar e nada pode ser feito sem a sua cooperação.
- \_\_\_\_\_ Já sofri demais. Não tenho mais forças para continuar tentando.
- \_\_\_\_\_ Se precisamos elaborar alguns problemas em nosso relacionamento, é sinal de que há alguma coisa errada com ele.
- \_\_\_\_\_ A elaboração de certas questões do relacionamento só o faz piorar.
- \_\_\_\_\_ Só estamos adiando o inevitável.
- \_\_\_\_\_ Agora os estragos já são muito grandes.
- \_\_\_\_\_ Meu casamento está morto.
- \_\_\_\_\_ Não me sinto capaz de mudar.
- \_\_\_\_\_ Se não conseguimos nos entender até agora, por que achar que conseguiremos no futuro?
- \_\_\_\_\_ Não importa que ele (ela) comece a agir de forma mais positiva, o problema está na sua atitude.

#### Convicções e idéias com que nos justificamos

- \_\_\_\_\_ É normal eu me comportar desse jeito.

<sup>17</sup> Retirado do livro: BECK, A. T. **Para além do amor**. Tradução de Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Record, 1995.

- \_\_\_\_\_ Está certo pensar do meu jeito.
- \_\_\_\_\_ Qualquer outra pessoa na minha posição reagiria dessa forma.
- \_\_\_\_\_ Ele (ela) me magoa. Merece ser magoado(a).

### *A exigência da reciprocidade*

- \_\_\_\_\_ Eu me esforço. Se ele se esforçar primeiro.
- \_\_\_\_\_ Tango se dança a dois – não vejo por que devo ser só eu a me modificar.
- \_\_\_\_\_ Não é justo que eu faça todo o trabalho
- \_\_\_\_\_ Depois de todo o meu esforço, agora é a vez dele (dela) se virar.
- \_\_\_\_\_ O que é que eu ganho com isso?
- \_\_\_\_\_ Ele (ela) já me magoou muito no passado; agora vai ter de fazer por onde.
- \_\_\_\_\_ Como vou saber se ele está ainda a fim de manter o relacionamento?

### *O problema está nele (nela)*

- \_\_\_\_\_ Se começarmos a explorar nosso relacionamento, ele (ela) vai piorar.
- \_\_\_\_\_ Não tem nada de errado comigo. Se ele (ela) se modificasse, tudo ficaria bem.
- \_\_\_\_\_ Ele (ela) não se preocupa em melhorar nosso relacionamento.
- \_\_\_\_\_ Ele (ela) é impossível
- \_\_\_\_\_ Ele (ela) é maluco(a)
- \_\_\_\_\_ Ele (ela) só sabe ser daquele jeito
- \_\_\_\_\_ Ele (ela) está cheio de ódio – esse é o problema
- \_\_\_\_\_ Nunca tive problemas na vida até nos casarmos.

## ANEXO 4

### ESCALA DE AJUSTAMENTO DIÁDICO<sup>18</sup>

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_

A maioria das pessoas tem desentendimentos em seus relacionamentos. Por favor, indique abaixo a extensão aproximada da concordância ou discordância entre você e seu parceiro em cada item da lista a seguir.

	<u>Sempre Concorda</u>	<u>Quase Sempre Concorda</u>	<u>Ocasionalmente discorda</u>	<u>Freqüentemente discorda</u>	<u>Sempre Discorda</u>
1. Manejar finanças da família	_____	_____	_____	_____	_____
2. Assuntos de recreação	_____	_____	_____	_____	_____
3. Assuntos de religião	_____	_____	_____	_____	_____
4. Demonstrações de afeto	_____	_____	_____	_____	_____
5. Amigos	_____	_____	_____	_____	_____
6. Relações sexuais	_____	_____	_____	_____	_____
7. Convencionalida de (comportamento correto ou apropriado)	_____	_____	_____	_____	_____
8. Filosofia de vida	_____	_____	_____	_____	_____
9. Modos de lidar com pais e sogros	_____	_____	_____	_____	_____
10. Metas, objetivos e coisas que acredita serem importantes	_____	_____	_____	_____	_____

<sup>18</sup> Retirado do livro: CORCORAN, K.; FISCHER, J. **Measures for clinical practice**: a sourcebook. New York: The Free Press, 1987.

11. Quantidade de tempo gasto juntos	_____	_____	_____	_____	_____
12. Tomar decisões importantes	_____	_____	_____	_____	_____
13. Tarefas de casa	_____	_____	_____	_____	_____
14. Interesses e atividades para lazer	_____	_____	_____	_____	_____
15. Decisões sobre carreira	_____	_____	_____	_____	_____

	<u>O tempo todo</u>	A maior parte do tempo	Mais freqüente do que não	<u>Ocasionalmente</u>	<u>Raramente</u>	<u>Nunca</u>
--	---------------------	------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------	--------------

Quão freqüentemente vocês consideraram terminar a relação de vocês?

	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Quão freqüentemente você ou seu parceiro(a) deixaram a casa depois de uma briga?

	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Em geral, quão freqüentemente vocês pensam que as coisas entre vocês estão indo bem?

	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Você confia em seu cônjuge?

	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Alguma vez se arrependeu de ter casado?

	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Quão freqüentemente vocês brigam?

	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Quão freqüentemente vocês "se

	_____	_____	_____	_____	_____	_____
--	-------	-------	-------	-------	-------	-------

alfinetam”? \_\_\_\_\_

	<u>Todo dia</u>	<u>Quase todo dia</u>	<u>Ocasionalmente</u>	<u>Raramente</u>	<u>Nunca</u>
Você beija seu cônjuge?	_____	_____	_____	_____	_____

	<u>Todos</u>	<u>A maioria</u>	<u>Alguns</u>	<u>Muito poucos</u>	<u>Nenhum</u>
--	--------------	------------------	---------------	---------------------	---------------

Você e seu cônjuge se dedicam a interesses juntos?	_____	_____	_____	_____	_____
---	-------	-------	-------	-------	-------

Quão freqüentemente vocês se diriam que os seguintes acontecimentos ocorrem entre você e seu cônjuge?

	<u>Nunca</u>	<u>Menos de uma vez por mês</u>	<u>Uma ou duas vezes por mês</u>	<u>Uma ou duas vezes por semana</u>	<u>Uma vez por dia</u>	<u>Mais freqüente</u>
Ter uma troca de idéias estimulante	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Rir juntos	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Discutir algo calmamente	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Trabalhar juntos num projeto	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Estas são coisas sobre as quais os casais às vezes concordam e às vezes discordam. Indique qual dos itens abaixo causam diferenças de opiniões ou são problemas na relação entre vocês nas últimas semanas. (marcar sim ou não)

	Sim	Não	
( )	_____	_____	Estar muito cansado para o sexo
( )	_____	_____	Não mostrar amor

As marcas na linha abaixo representam graus diferentes de felicidade na sua relação. O marca do meio, “feliz”, representa o grau de felicidade da maior parte das relações. Por favor, circule a marca que melhor descreva o seu grau de felicidade, considerando todas as coisas.

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Extremamente feliz	Muito feliz	Bastante Extremamente feliz	Um pouco feliz	Perfeito feliz	Feliz feliz

Qual das seguintes afirmações melhor descreve como você se sente quanto ao futuro do seu relacionamento?

\_\_\_\_\_ Quero desesperadamente que a minha relação dê certo e faria quase qualquer coisa para ver isso acontecer.

\_\_\_\_\_ Quero muito que a minha relação dê certo e vou fazer tudo o possível para isso acontecer.

\_\_\_\_\_ Quero muito que a minha relação dê certo e vou fazer a minha parte para isso acontecer.

\_\_\_\_\_ Seria bom se a minha relação desse certo mas não posso fazer mais do que estou fazendo agora para isso acontecer.

\_\_\_\_\_ Seria bom se a minha relação desse certo mas me recuso a fazer mais do que estou fazendo agora para manter a relação andando.

\_\_\_\_\_ Minha relação nunca vai dar certo e não há mais nada que possa fazer para manter a relação andando.

## ANEXO 5

### FORMULÁRIO DIÁRIO DE EXPRESSÃO DE CARINHO E COMPORTAMENTO POSITIVO

Por favor, descreva abaixo a interação positiva e carinhosa que você tem com seu cônjuge em cada dia da semana e do mês, com o respectivo horário e local.

<b>DIA DA SEMANA / DO MÊS</b>	<b>HORÁRIO</b>	<b>LOCAL</b>	<b>INTERAÇÃO</b>

## ANEXO 6

### LISTA DE ESTADOS DE HUMOR

Aborrecido	Humilhado
Alegre	Irritado
Ansioso	Magoado
Apaixonado	Otimista
Calmo	Preocupado
Confiante	Rejeitado
Confuso	Relaxado
Culpado	Temeroso
Embaraçado	Tenso
Enciumado	Tímido
Envergonhado	Tranquilo
Esperançoso	Triste
Exausto	<hr/>
Feliz	

Adaptado do seguinte livro: GREENBERGER, D.; PADESKY, C. A. **A mente vencendo o humor**: Mude como você se sente, mudando o modo como você pensa. Porto Alegre: Artmed, 1999.

## ANEXO 7

<b>REGISTRO DIÁRIO DE PENSAMENTOS DISFUNCIONAIS (RDPD)<sup>19</sup></b>					
<b>DATA</b>	<b>SITUAÇÃO</b>	<b>EMOÇÃO</b>	<b>PENSAMENTO AUTOMÁTICO</b>	<b>RESPOSTA RACIONAL</b>	<b>RESULTADO</b>
	DESCREVER:  1. Evento real que conduziu a emoção desagradável ou 2. Fluxo de pensamentos, devaneio ou recordação que conduziu à emoção desagradável	ESPECIFICAR  1. Triste / ansioso, raivoso etc.  2. Classificar grau de emoção 1-100%	1. Escrever pensamento(s) automático(s) que precederam emoção(ões)  2. Classificar crença em pensamento(s) automático(s) 1-100%	1. Escrever resposta racional a pensamento(s) automático(s)  2. Classificar crença em resposta racional 1-100%	1. Reclassificar crença em pensamento(s) automático(s) 1-100% 2. Especificar e classificar emoção(ões) subsequentes 1-100%
<p><b>EXPLICAÇÃO:</b> quando você experimentar uma emoção desagradável, anote a situação que pareceu estimular esta emoção. (Se a emoção ocorreu enquanto você estava pensando, devaneando etc., por favor, anote isso). Então anote o pensamento automático associado à emoção. Registro o grau no qual você acredita neste pensamento: 0% = não em absoluto; 100% = completamente. Ao classificar o grau de emoção: 1 = traços; 100% = a maior intensidade possível.</p> <p><small>Adaptado do livro: BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; GARY, E. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed, 1997.</small></p>					

<sup>19</sup> O Registro Diário de Pensamentos Disfuncionais está nesse formato para ficar de acordo com a configuração do protocolo nesse software (Word 2000). A versão impressa do RDPD é configurada na modalidade paisagem, o que permite uma maior disposição dos quadros a serem preenchidos pelos membros do casal.

## ANEXO 8

### DISTORÇÕES COGNITIVAS COMUNS

**Inferência arbitrária:** Pular para conclusões na ausência de comprovadas evidências concretas. Por exemplo, um homem cuja esposa chega em casa do trabalho com meia hora de atraso conclui: “Ela deve estar fazendo algo escondido de mim”.

**Leitura de pensamento:** Trata-se de um tipo de inferência arbitrária em que uma pessoa acredita que sabe o que outra pessoa está pensando e sentindo sem se comunicar diretamente com ela. Por exemplo, uma esposa que nota que o marido está particularmente quieto e conclui: “Ele está infeliz com o nosso casamento e deve estar pensando em me abandonar”.

**Abstração seletiva:** Informações são tiradas de contexto e certos detalhes são destacados, enquanto outras informações são ignoradas. Por exemplo, um marido cuja esposa não responde a seu cumprimento pela manhã conclui: “Ela está me ignorando”.

**Hipergeneralização:** Um acidente isolado é visto como representação de situações semelhantes em outros contextos, relacionados ou não-relacionados. Por exemplo, uma esposa que criticada pelo marido por não jogar o lixo fora conclui: “Ele sempre me critica”

**Maximização e minimização:** Um caso ou circunstância é julgado como tendo maior ou menor importância do que é adequado. Por exemplo, quando a esposa lembra da data de aniversário de casamento, o marido conclui: “Ela ainda gosta de mim depois de tanto anos casados”. Caso o cônjuge esqueça, o marido conclui: “Ela está deixando de gostar de mim”.

**Personalização:** Eventos externos são atribuídos a si mesmo, quando não existem evidências suficientes para tirar uma conclusão. Por exemplo, uma esposa que percebe que o marido não está comendo o jantar como ela havia previsto e conclui: “Ele detesta minha comida”.

**Pensamento dicotômico:** As experiências de uma pessoa são classificadas em categorias extremas mutuamente exclusivas, tais como êxito completo ou fracasso total. Por exemplo, um marido pode chegar a seguinte conclusão após uma discussão: “Se ela não me amam, ela me odeia”.

**Rotulação:** A tendência da pessoa a representar a si mesma ou outra pessoa em termos de características estáveis e globais, com base em ações passadas. Por exemplo, depois que o marido comete vários erros no orçamento familiar e no equilíbrio das finanças, a esposa conclui: “Ele é negligente”.

Retirado do seguinte artigo: DATTILIO, F. M. Casais e família. In: KNAPP, P. (org). **Terapia cognitivo-comportamental na prática clínica psiquiátrica**. Porto Alegre: Artmed, 2004, cap.25, p. 377-401.

## ANEXO 9

### QUESTIONANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

1. Quais são as evidências?

Quais são as evidências que apóiam essa idéia?

Quais são as evidências contra essa idéia?

2. Existe uma explicação alternativa?

3. Qual é o pior que poderia acontecer? Eu poderia superar isso?

Qual é o melhor que poderia acontecer?

Qual é o resultado mais realista?

4. Qual é o efeito da minha crença no pensamento automático?

Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento?

5. O que eu deveria fazer em relação a isso?

6. O que eu diria \_\_\_\_\_ (a um amigo) se ele ou ela estivesse na mesma situação

**Retirado do livro:** BECK, J. S. **Terapia cognitiva:** Teoria e prática. Porto Alegre: Artmed, 1997.

## ANEXO 10

### REGRAS DE ETIQUETA PARA O DIÁLOGO

Essas são cinco diretrizes que podem ajudar a tornar as conversas mais alegres e também mais eficazes.

#### **Sintonizar no canal do parceiro**

Para se ter uma conversa frutífera é necessário que marido e mulher estejam sintonizados um no outro, que estabeleçam contato um com o outro. Fale diretamente ao seu parceiro o que você deseja em uma conversa com ele. Por exemplo, um conselho prático ou um apoio emocional. O outro cônjuge por sua vez precisa ser sensível a esses sinais.

#### **Dar sinais de que está ouvindo**

É importante que o ouvinte demonstre que está escutando atentamente o que fala. As pessoas às vezes se esquecem que a conversa é uma troca mútua de informações e de idéias.

Exemplos de vocalizações que indicam ao parceiro que ele está sendo ouvido são: “hum-hum”; hã-hã”, “Tô entendendo; Tô ouvindo”. Também podem ser utilizadas expressões faciais e corporais para informar a outra pessoa que ela está sendo ouvida atentamente. Por exemplo, balançar a cabeça positivamente.

#### **Não interromper**

As interrupções podem parecer muito naturais para quem interrompe, mas podem evocar uma série de pensamentos negativos em quem é interrompido. Por exemplo, “Ela não me escuta”, “Ele só quer ouvir a si mesmo” etc.

### **Perguntar com habilidade**

As perguntas podem dar início a uma conversa e mantê-la em andamento – ou interrompê-la prematuramente. Uma boa pergunta pode às vezes ter um efeito positivo para seu parceiro falar. Por exemplo, pedir ao seu cônjuge a opinião sobre alguma coisa.

Por outro lado, algumas pessoas interrompem o fluxo de um diálogo por seu estilo de conversar. Respondem as perguntas feitas de uma forma monossilábica. Por exemplo, quando a esposa pergunta “Como foi seu dia?”, o marido responde “Legal”. Ela volta a perguntar “Aconteceu alguma coisa diferente?”, ele responde “Nada”, assim por diante. Por fim, as perguntas que começam com “por que” devem ser evitadas, pois costumam bloquear o diálogo por parecerem acusatórias.

### **Usar de tato e de diplomacia**

Todas as pessoas têm áreas sensíveis em suas vidas, incluindo o seu cônjuge. Fique atento e seja criterioso para abordar determinados assuntos durante uma conversa amistosa. Por exemplo, algumas pessoas costumam falar do aparente excesso de peso da outra quando está conversando sobre um assunto totalmente diferente.

**Retirado do livro:** BECK, A. T. **Para além do amor**. Tradução de Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Record, 1995.

## ANEXO 11

### PRINCÍPIOS PARA QUEM FALA

**Ser breve:** Tentar ser o mais conciso possível naquilo que se tem a dizer.

**Ser específico:** Evitar comentários vagos e genéricos.

**Não insultar, xingar ou acusar:** Limite-se a sugerir uma atitude corretiva sem acusar ou culpar o outro.

**Não rotular:** Evitar rótulos como “egoísta”, “irresponsável” que costumam ser generalizações e que encobrem o problema em questão.

**Não ser absoluto:** Não usar expressões como “nunca” e “sempre”. Estes são termos inexatos e só pedem por refutação.

**Afirmar de forma positiva. Evitar críticas.** A parceira pode falar ao companheiro “Quero sua ajuda para jogar o lixo fora”, e não “você nunca me ajuda a retirar o lixo”.

**Não tentar ler as intenções do outro.** As inferências costumam estar errada a maior parte das vezes, o que só agrava a situação.

### PRINCÍPIOS PARA QUEM OUVI

**Descubra os pontos de acordo ou de entendimento mútuo.** A idéia é que você não pareça um oponente.

**Desconsiderar as afirmações negativas do outro.** Tente se concentrar na causa do rancor e ignorar as expressões de culpa e de crítica.

**Faça perguntas a si mesmo.** Às vezes a queixa do(a) (a) pode parecer clara a ele(ela), mas não a você. Pergunte-se “O que ela(ele) está tentando me dizer?”.

Verifique o seu entendimento das queixas do outro. Por exemplo, "Você está tentando me dizer que ..." ou "Acho que você está me dizendo que ...".

**Esclareça os seus motivos.** Caso você ache que está sendo interpretado incorretamente por seu parceiro(a), diga os fatores que levaram você a se comportar de determinada maneira.

**Não receie dizer que sente muito.** Amar requer a manifestação do arrependimento quando se magoa o outro de forma inadvertida ou deliberada. É importante comunicar este sentimento.

**Retirado do livro:** BECK, A. T. **Para além do amor.** Tradução de Paulo Fróes. Rio de Janeiro: Record, 1995.

## ANEXO 12

### PASSOS NA RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS

1. O primeiro passo consiste em proceder a um *brainstorming* (tempestade de idéias) ao elaborar uma lista de soluções para o problema.
2. Qualquer solução é aceitável nesse momento. Vocês não devem censurar ou avaliar suas próprias soluções ou do seu(sua) parceiro(a).
3. Esse procedimento deve continuar até não ser encontrada mais nenhuma solução.
4. Cada uma dessas soluções deve ser anotada.
5. Depois cada solução deve ser avaliada segundo os quatro critérios:  
É absurda?  
Esta solução ajudaria a resolver o problema  
Quais são os prós desta solução?  
Quais são os contras desta solução?
6. O consenso final deve incluir quem fará o quê, quando, onde e quando, em termos específicos.
7. Colocar o plano em ação
8. Verificar o que deu certo e o que deu errado.
9. Caso necessário, tomar outra solução para o mesmo problema.

**Retirado do livro:** SCHMALING, K. B.; FRUZZETTI, A. E.; JACOBSON, N. S. Problemas conjugais. In: HAWTON, K. et al. **Terapia cognitivo-comportamental para problemas psiquiátricos:** um guia prático. Tradução de Alvamar Lamparelli. São Paulo: M. Fontes, 1997, cap. 10, p. 481-525.



