



Que bom receber **você** em nosso site!

Somos especializados em **Livros** e **Jogos** de
Psicologia e **Saúde Mental**.

No final do capítulo colocamos um **Desconto Especial** para você.

www.sinopsyseditora.com.br



Psicoeducação

em Terapia Cognitivo-Comportamental

**Nota sobre o conteúdo e a utilização
do material psicoeducativo constante deste livro**

O leitor que fizer uso do material de psicoeducação deve estar atento aos seguintes pontos:

- Todo conteúdo deste livro deve ser utilizado com apoio de um psicoterapeuta capacitado para atuar na abordagem da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC).
- Este é um material complementar para suporte ao tratamento psicoterápico e deve fazer parte do processo terapêutico em TCC. Sugere-se que não seja utilizado isoladamente.
- Todos os capítulos foram embasados em pesquisas e literatura científicas relacionadas ao tema abordado.
- O psicoterapeuta poderá orientar o cliente a comprar e utilizar o material, que é a versão eletrônica do capítulo, disponível no aplicativo Sinopsys APP. Em caso de dúvida, acesse o passo a passo em www.sinopsyseditora.com.br/psicoeducapp

974p Psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental / organizado por Marcele Regine de Carvalho, Lucia Emmanoel Novaes Malagris e Bernard P. Rangé. – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2019. 350p. ; 16x23cm.

ISBN 978-85-9501-069-7

1. Psicologia – Terapia cognitivo-comportamental. I. Carvalho, Marcele Regine de. II. Malagris, Lucia Emmanoel Novaes. III. Rangé, Bernard P. IV. Título.

CDU 159.922

Psicoeducação

em Terapia Cognitivo-Comportamental

Marcele Regine de Carvalho
Lucia Emmanoel Novaes Malagris
Bernard P. Rangé
Organizadores

2ª reimpressão: 2020



2019

© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2019
Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental
Marcele Regine de Carvalho, Lucia Emmanoel Novaes Malagris
Bernard P. Rangé (Orgs.)

Capa: *Fabiana Franck*

Ilustrações capítulos 20 e 27: *Mauro Freitas*

Assistente editorial: *Jade Arbo*

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Editoração: *Formato Artes Gráficas*

Todos os direitos reservados à

Sinopsys Editora

Fone: (51) 3066-3690

E-mail: atendimento@sinopsyseditora.com.br

Site: www.sinopsyseditora.com.br

Autores

Marcele Regine de Carvalho (org.). Pós-doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora do Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia (IP) e do Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental (PROPSAM) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Supervisora na Divisão de Psicologia Aplicada do IP, UFRJ. Colaboradora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Psicoterapia e Reinserção Social (NEPIPreS/PPGP/IP/UFRJ). Coordenadora do Núcleo Integrado de Pesquisa em Psicoterapia nas Abordagens Cognitivo-Comportamentais (IPUB/NIPPACC/LABPR). Diretoria da Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-Rio). Terapeuta Certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Email: marcelecarvalho@gmail.com

Lucia Emmanoel Novaes Malagris (org.). Psicóloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade de Campinas (PUC-Campinas). Doutora em Ciências pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Pós-doutora pela PUC-Campinas. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Psicoterapia e Reinserção Social- NEPIPreS do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRJ. Membro da diretoria da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC) (2015-2019). Terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas. E-mail: lucianovaes@terra.com.br

Bernard P. Rangé (org.). Psicólogo pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Mestre em Psicologia Teórico-Experimental pela PUC-Rio. Doutor em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Especialista em Terapia Cognitiva pelo Beck Institute, Philadelphia, EUA. Professor do Programa de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Email: bernard.range@gmail.com

Aline Arias Wolff. Mestre e Doutora do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Psicóloga clínica e esportiva. Email: alineariaswolff@gmail.com

Aline Sardinha. Doutora em Saúde Mental (IPUB/UFRJ) e autora da Terapia Cognitiva Sexual. Professora do Programa de Pós-graduação em Terapia Cognitivo Comportamental (UNIVERSO, RJ). Ex-Presidente da Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-Rio). Terapeuta Certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Email: alinesardinhapsi@gmail.com

Ana Carolina Robbe Mathias. Pesquisadora e Supervisora do Programa de Estudos e Assistência ao uso indevido de drogas (PROJAD) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista em Assistência ao uso indevido de álcool e outras drogas (PROJAD/IPUB/UFRJ). Mestre em Saúde Mental (PROJAD/IPUB/UFRJ). Email: acrobbe@gmail.com

Antonio Carvalho. Psicólogo Clínico; Terapeuta Cognitivo Comportamental Certificado pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC) e Coautor da *Terapia Cognitiva Sexual*. Email: psi.antonio@gmail.com

Cristiane de Figueiredo Vasconcellos Rodrigues. Psicóloga clínica. Mestre em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Ex-psicóloga do Instituto Estadual de Dermatologia Sanitária (IEDS/RJ). Email: crisfigueiredo2@gmail.com

Diana Soledade do Lago Camera. Mestranda em Psicologia da Saúde pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Colaborador no Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Psicoterapia e Reinserção Social (NEPIPreS/PPGP/IP/UFRJ). Email: soledade.diana@gmail.com

Diego dos Santos Gonçalves Pacheco. Encarregado da Seção de Psicologia da Policlínica Naval de Campo Grande. Pós-Graduado em Terapia Cognitivo-Comportamental. Mestre em Psicologia pelo Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Fernanda Corrêa Coutinho. Coordenadora do Centro de Atendimento em Terapia Cognitiva (CATC). Pós-Doutoranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Doutora em Saúde Mental e Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Email: f.correacoutinho@gmail.com

Fernanda Maia Dias. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Colaboradora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Psicoterapia e Reinserção Social (NEPIPreS/PPGP/IP/UFRJ). Email: maiadias.fernanda@gmail.com

Fernanda Martins Pereira. Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ). Coordenadora da Pós-Graduação lato sensu em Psicologia Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE/FCM/UERJ). Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Terapeuta certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Email: fmartinspereira@gmail.com

Gabriel Talask. Psicólogo. Núcleo Integrado de Pesquisa em Psicoterapia nas Abordagens Cognitivo-Comportamentais (NIPPACC/LABPR). Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB). Colaborador no Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Psicoterapia e Reinscrição Social (NEPIPreS/PPGP/IP/UFRJ). Membro do Laboratório de Projetos Profissionais em Ambiência de Inovação e Empreendedorismo, Programa Inovação como Projeto de Vida da Agência UFRJ de Inovação. Email: gabrieltalask@gmail.com

Heitor Pontes Hirata. Psicólogo pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Terapeuta Cognitivo-Comportamental. Especialista em Psicologia Clínica (CFP). Mestre e Doutor em Psicologia pela UFRJ. Membro da diretoria da Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-Rio). Terapeuta Cognitivo Certificado pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Email: heitorph@gmail.com

Jacqueline Espínola da Paixão. Psicóloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especializanda em Psicologia Hospitalar pelo Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ). Colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Psicoterapia e Reinscrição Social (NEPIPreS/ PPGP/IP/ UFRJ). Email: jacque.paixao@gmail.com

Luana Dumans Laurito. Psicóloga pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Terapeuta Cognitivo-Comportamental. Mestre e Doutoranda em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria (IPUB/UFRJ). Email: luana_laurito@yahoo.com.br

Marco Aurélio Mendes. Psicólogo. Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Clínica Médica da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Psicoterapeuta certificado pela Sociedade Internacional de Terapia Focada nas Emoções (ISEFT). Psicoterapeuta certificado pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Membro da diretoria da Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-Rio). Diretor do Instituto Brasileiro de Terapia Focada nas Emoções e Psicoterapias Integrativas (TFE Brasil). Email: marcomendes@tfebrasil.com.br

Maria Amélia Penido. Professora do Departamento de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RIO). Professora do Mestrado Profissional em Terapia Cognitivo-Comportamental da UNIVERSO. Colaboradora do Núcleo Integrado de Pesquisa em Psicoterapia nas abordagens Cognitivo-Comportamentais (NIPPACC/LABPR). Instituto de Psiquiatria (IPUB/UFRJ). Email: marypenido@terra.com.br

Mariana Almeida de Abreu. Pesquisadora do Programa de Estudos e Assistência ao uso indevido de álcool e outras drogas (PROJAD) do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especializanda no curso TCC: prática baseada em evidências. Especialista em Assistência ao uso indevido de álcool e outras drogas (PROJAD/ IPUB/UFRJ). Colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Psicoterapia e Reinscrição Social (NEPIPreS/PPGP/IP/UFRJ). Graduada pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Email: mariana.psi.ufrj@gmail.com

Monica Duchesne. Coordenadora da Psicologia do Grupo de Obesidade e Transtornos Alimentares – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia Luiz Capriglione (IEDE). Doutora em Saúde Mental pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Terapeuta Certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Email: monica@duchesne.com.br

Nathália Feliciano Soares. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Colaboradora no Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Psicoterapia e Reinserção Social (NEPIPreS/PPGP/IP/UFRJ). Email: feliciano.nathalia@gmail.com

Paula Ventura. Professora Associada do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e do programa de pós-graduação do Instituto de Psiquiatria (IPUB) da UFRJ. Coordenadora da equipe de Terapia Cognitivo-Comportamental do Laboratório Integrado de Pesquisa em Estresse do IPUB, UFRJ. Email: paulaventura@gmail.com

Rafael Thomaz da Costa. Pós-doutorando em Saúde Mental pelo Programa de Pós Graduação em Psiquiatria e Saúde Mental / Instituto de Psiquiatria / Universidade Federal do Rio de Janeiro (PROPSAM/ IPUB/ UFRJ). Professor convidado do PROPSAM/ IPUB/ UFRJ. Pesquisador vinculado ao Laboratório de Pânico e Respiração (LabPR/ IPUB/UFRJ). Coordenador do Núcleo Integrado de Pesquisa em Psicoterapia na Abordagem Cognitivo-comportamental (NIPPACC/ IPUB/ UFRJ). Email: faelthomaz@gmail.com

Raphael Fischer. Universidade Estácio de Sá (UNESA). Email: raphaelfischerp@gmail.com

Raquel Ávila Kepler Alves. Graduada pelo Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especializanda em Terapia Cognitiva pelo Centro de Terapia Cognitiva Veda.

Raquel Ayres de Almeida. Doutora em Psicologia, Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), Faculdade Arthur Sá Earp Neto (FASE). Email: quelayres@gmail.com

Sacha Alvarenga Flavio Blanco. Especializanda em Terapia cognitivo-comportamental: prática clínica baseada em evidências. Especializanda em Terapias Cognitivo-comportamentais na Infância e Adolescência. Clínica particular. Email: sachaalvarenga@hotmail.com

Thiago Carlos Pinheiro. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Colaborador no Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Psicoterapia e Reinserção Social (NEPIPreS/PPGP/IP/UFRJ). Email: thiagocarlospinheiro@gmail.com

Thiago Rodrigues de Santana Dias. Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Colaborador no Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Psicoterapia e Reinserção Social (NEPIPreS/PPGP/IP/UFRJ). Email: thiagorjdias.insight@gmail.com

Uirandilson da Silva Câmara. Psicólogo do Núcleo de Saúde Mental da Prefeitura Municipal de Macaé-RJ. Especialista em Dependências Químicas e Comportamentais pela Universidade Gama Filho (UGF/RJ). Mestre em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Psicólogo da Prefeitura Municipal de Nova Iguaçu. Email: uirandi@gmail.com

Sumário

Apresentação	13
<i>Marcele Regine de Carvalho, Lucia Emmanoel Novaes Malagris e Bernard Rangé</i>	

Introdução	
A psicoeducação na Terapia Cognitivo-Comportamental	15
<i>Marcele Regine de Carvalho, Lucia Emmanoel Novaes Malagris e Bernard Rangé</i>	

PARTE I

Transtornos psicológicos segundo os critérios do DSM-5

1	Transtorno de pânico	30
<i>Marcele Regine de Carvalho e Thiago Rodrigues de Santana Dias</i>		
2	Transtorno de ansiedade generalizada.....	42
<i>Fernanda Corrêa Coutinho e Mariana Almeida de Abreu</i>		
3	Transtorno de estresse pós-traumático	56
<i>Paula Ventura</i>		

4	Transtorno obsessivo-compulsivo	65
	<i>Luana Dumans Laurito e Jacqueline Espínola da Paixão</i>	
5	Fobias específicas	77
	<i>Mariana Almeida de Abreu, Raquel Ávila Kepler Alves e Marcele Regine de Carvalho</i>	
6	Transtorno de ansiedade social	88
	<i>Maria Amélia Penido e Diana Soledade do Lago Camera</i>	
7	Abuso de substâncias.....	98
	<i>Ana Carolina Robbe Mathias e Mariana Almeida de Abreu</i>	
8	Depressão.....	110
	<i>Rafael Thomaz da Costa</i>	
9	Transtorno bipolar do humor	122
	<i>Rafael Thomaz da Costa e Jacqueline Espínola da Paixão</i>	
10	Transtornos alimentares	134
	<i>Monica Duchesne e Thiago Rodrigues de Santa Dias</i>	
11	Esquizofrenia.....	147
	<i>Heitor Pontes Hirata e Jacqueline Espínola da Paixão</i>	
12	Transtornos de controle dos impulsos.....	156
	<i>Heitor Pontes Hirata e Fernanda Maia Dias</i>	
13	Disfunções sexuais.....	167
	<i>Antonio Carvalho, Aline Sardinha e Diana Soledade do Lago Camera</i>	
14	Tabagismo	177
	<i>Uirandilson Câmara</i>	

PARTE II
Condições de saúde

- 15** Hipertensão arterial..... 188
Lucia Emmanoel Novaes Malagris
e Diego do Santos Gonçalves Pacheco
- 16** Diabetes mellitus 198
Raquel Ayres de Almeida e Diana Soledade do Lago Camera
- 17** Câncer..... 210
Fernanda Martins Pereira e Gabriel Talask
- 18** Doenças dermatológicas 224
Cristiane de Figueiredo Vasconcellos Rodrigues
- 19** Fibromialgia 234
Maria Amélia Penido e Thiago Rodrigues de Santana Dias
- 20** Estresse 245
Lucia Emmanoel Novaes Malagris e Fernanda Maia Dias

PARTE III

Dificuldades comuns tratadas em psicoterapia

- 21** Adesão ao tratamento..... 258
Raquel Ayres de Almeida e Thiago Carlos Pinheiro
- 22** Raiva..... 267
Lucia Emmanoel Novaes Malagris e Thiago Carlos Pinheiro
- 23** Procrastinação..... 277
Rafael Thomaz da Costa e Gabriel Talask
- 24** Perfeccionismo 291
Marco Aurélio Mendes e Gabriel Talask

25	Ciúme patológico	303
	<i>Marcele Regine de Carvalho</i>	
	<i>e Sacha Alvarenga Flavio Blanco</i>	

26	Conflitos conjugais	313
	<i>Raphael Fischer e Nathália Feliciano Soares</i>	

PARTE IV

Habilidades básicas úteis no contexto clínico

27	Habilidades sociais.....	322
	<i>Maria Amélia Penido e Thiago Carlos Pinheiro</i>	

28	Respiração diafragmática e relaxamento	332
	<i>Aline Arias Wolff e Fernanda Maia Dias</i>	

29	<i>Mindfulness</i>	342
	<i>Bernard P. Rangé</i>	

Apresentação

Marcele Regine de Carvalho
Lucia Emmanoel Novaes Malagris
Bernard Rangé

A ideia da publicação de um livro específico sobre psicoeducação em terapia cognitivo-comportamental (TCC) surgiu a partir da experiência dos organizadores em psicologia clínica na abordagem e em supervisão de atendimentos psicológicos em clínica-escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). As queixas que surgem nos diversos contextos clínicos são bastante semelhantes e, em geral, observa-se a necessidade de esclarecer ao cliente sobre as mesmas para a adesão e efetividade do tratamento. A TCC conta, em seu arcabouço de intervenções, com uma importante estratégia que é a psicoeducação. Essa modalidade de intervenção tem sido testada e aprovada para diversos tipos de queixas e, associá-la às demais intervenções específicas da abordagem para cada caso, favorece bastante o alcance dos objetivos terapêuticos. No entanto, nem sempre se encontra material apropriado ao cliente, de modo que a linguagem seja acessível e, de fato, atenda às demandas do caso. Muitas vezes, há a necessidade de o terapeuta adaptar textos de livros dirigidos aos profissionais, ajustando as informações para o público leigo, o que exige tempo e nem sempre se torna adequado aos objetivos pretendidos. Outras vezes são usados materiais que não foram elaborados especificamente para a visão da TCC sobre a queixa em questão e dão uma visão geral que não abrange o modelo cognitivo-comportamental. Portanto, a existência de um livro com textos de psicoeducação baseado na TCC e voltado para uma variedade de queixas, pode ser bastante útil.

Este livro busca abarcar as principais queixas que chegam aos psicoterapeutas cognitivo-comportamentais, abrangendo transtornos psicológicos se-

gundo os critérios do DSM-5, condições de saúde e dificuldades comuns tratadas frequentemente em psicoterapia e que podem estar presentes nos critérios diagnósticos de determinados transtornos ou não. Além disso, o livro oferece material sobre alguns tipos de habilidades básicas que podem ajudar terapeutas e clientes em práticas que se revelam úteis no tratamento de vários transtornos e queixas. Os autores dos capítulos são profissionais especializados nas temáticas sobre as quais se debruçaram para confecção do material e contaram com a parceria de estudantes de graduação e de pós-graduação, membros do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Psicoterapia e Reinserção Social (NEPIPReS) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) da UFRJ e da Liga Discente de TCC da Associação de Terapias Cognitivas do Estado do Rio de Janeiro (ATC-Rio), que, com sua experiência como estagiários em clínica-escola no caso dos primeiros ou, em consultórios, no caso dos segundos, puderam dar interessante contribuição.

Temos consciência de que, provavelmente, nenhum material de psicoeducação seja esclarecedor para todos os tipos de clientes e queixas, mas acreditamos que seja possível ampliar o campo de ação desta modalidade de intervenção. Sendo assim, o livro *Psicoeducação em Terapia Cognitivo-Comportamental* foi pensado como uma contribuição para terapeutas e seus clientes, contando com material próprio para cada um. No que se refere ao terapeuta, o livro conta com o mesmo texto que será dirigido ao cliente, mas com dicas e sugestões para o terapeuta, alertando para necessidades básicas do tratamento para o tipo de queixa específica. O material elaborado para o cliente será disponibilizado para o mesmo por meio de um aplicativo; no entanto, o terapeuta poderá ajudá-lo nesse acesso, caso o cliente não tenha possibilidade de utilizar o aplicativo. O terapeuta orientará o cliente em como obter o material e, na medida em que o mesmo esteja nas mãos do cliente, em parceria com o mesmo, poderá utilizá-lo para fins terapêuticos.

Esperamos que o material que consta neste livro possa ajudar terapeutas e clientes no esclarecimento de uma série de queixas comuns em diversos contextos. Assim, pretende-se contribuir para facilitar o curso do tratamento e para sua efetividade. Desejamos que o livro venha a fazer parte do dia a dia dos terapeutas cognitivo-comportamentais brasileiros e de seus clientes, e que seu uso contribua para a abordagem como um complemento básico no processo terapêutico.

Introdução

Marcele Regine de Carvalho
Lucia Emmanoel Novaes Malagris
Bernard Rangé



A psicoeducação na Terapia Cognitivo-Comportamental

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) é reconhecida por auxiliar clientes no aprendizado de novos padrões de pensamento e comportamento (Leahy, 2006). O tratamento cognitivo-comportamental se trata de uma abordagem colaborativa e psicoeducativa, na qual o terapeuta se dedica a desenvolver estratégias de aprendizagem para ensinar aos clientes habilidades como: monitorar pensamentos automáticos; reconhecer a relação entre cognições, emoções e comportamentos; testar a validade dos pensamentos automáticos; e modificar pensamentos distorcidos para torná-los mais realistas; identificar e alterar crenças ou esquemas que predisõem o indivíduo a engajar-se em padrões distorcidos de avaliações (Kendall & Bemis, 1983).

Quanto mais informada está uma pessoa sobre sua condição de saúde física e mental, sobre seu funcionamento (cognitivo, emocional e comportamental) e sobre a forma como pode ser conduzido seu tratamento, mais ela estará pronta para participar ativamente do processo de mudança (Lukens & McFarlane, 2004). A psicoeducação pode ser definida justamente como “o ensino de princípios e conhecimentos psicológicos relevantes para o cliente” (Dobson & Dobson, 2010, p. 71). Uma importante meta da TCC é capacitar o cliente a ser seu próprio terapeuta (Beck, 1997). Como visto, a TCC baseia-se no pressuposto de que os clientes podem aprender estratégias para modificar

pensamentos e crenças, manejar estados emocionais e modificar de forma produtiva seu comportamento (Wright et al., 2008). Os clientes melhoram por meio do tratamento porque eles começam a entender seu funcionamento, a aprender a resolver problemas e a desenvolver um repertório de estratégias que eles mesmos podem aplicar (Beck, 1997). A orientação terapêutica não é especificamente uma intervenção, mas pode interferir no sucesso do tratamento, aumentar a confiança do cliente na abordagem terapêutica e ampliar sua motivação para o tratamento. Esta orientação pode variar quanto ao formato e método, dependendo das necessidades e metas do cliente na terapia (Dobson & Dobson, 2010).

Na psicoeducação em TCC, é essencial que o terapeuta esclareça ao cliente o modelo cognitivo e o processo terapêutico como um todo. O terapeuta também deve ensinar ao cliente as peculiaridades sobre um possível diagnóstico que este possui, ou um problema ou dificuldade que ele apresente (Beck, 1997). Além disso, precisa orientar os clientes a continuarem utilizando o aprendizado adquirido na terapia, mesmo após o seu término, de forma a reduzir o risco de recaída (Wright et al., 2008). A psicoeducação a respeito dos métodos da TCC, dos transtornos mentais ou outras condições de saúde é realizada durante toda a psicoterapia, e não apenas no momento inicial do tratamento. Ao longo do mesmo, ela costuma acontecer em ocasiões da sessão que se mostram boas oportunidades para exemplificar ou explicar conceitos (Wright et al., 2010).

O processo de psicoterapia se torna transparente através da psicoeducação (O'Donohue et al., 2005). Os clientes têm a oportunidade de se familiarizar com o processo psicoterápico de modo a adquirir confiança no terapeuta e no plano de tratamento antes que se dê início às atividades práticas da psicoterapia (Ledley et al., 2011). O conhecimento pode aumentar a sensação de controle sobre os problemas e também auxiliar na mudança cognitiva e no aprendizado de estratégias eficazes para lidar com as dificuldades (Dobson & Dobson, 2010; Wright et al., 2010). O entendimento sobre as dificuldades e formas de tratamento torna mais provável a aceitação e utilização das recomendações do terapeuta (Wright et al., 2010). Os clientes também podem sentir-se validados e esperançosos ao saber que seus problemas são estudados por profissionais, que podem não ser tão incomuns quanto imaginavam e que são passíveis de melhora (Dobson & Dobson, 2010). A psicoeducação pode ainda fortalecer a relação terapêutica por meio da comunicação cuidadosa do terapeuta e de sua demonstração de compreensão, quando o mesmo se mostra familiarizado e confortável

em falar sobre os problemas trazidos pelos clientes (Ledley et al., 2011). Como consequência, os clientes podem demonstrar uma maior disponibilidade e abertura para discutir suas necessidades relacionadas ao tratamento (como, por exemplo, pensamentos negativos sobre o uso de medicação), já que, durante a psicoeducação, eles são convidados e capacitados a participar das tomadas de decisão no seu processo de mudança (Wright et al., 2010).

Wright e colaboradores (2010) apontam alguns princípios gerais que podem nortear a aplicação da psicoeducação em TCC: (1) a adaptação da psicoeducação à capacidade do cliente de compreender e processar informações; (2) o fornecimento de explicações claras e breves, com ênfase colaborativa; (3) a utilização de materiais escritos facilitadores; (4) o incentivo à participação do cliente; (5) a solicitação de *feedback*, de forma a verificar o entendimento do conteúdo apresentado; e (6) a recomendação de leituras específicas, pesquisas ou outras atividades educativas como tarefa de casa, além da consideração sobre o uso de um caderno de terapia ou a criação de um arquivo para a terapia no seu celular (no qual o cliente toma nota do que considerou importante no processo de aprendizagem da psicoterapia, além de também poder anotar as dúvidas que gostaria de esclarecer com seu psicoterapeuta).

Na psicoeducação podem ser recomendados textos, livros, vídeos, filmes, *sites*, programas de computador e aplicativos de celular; assim como, durante as sessões de psicoterapia, podem ser ministradas miniaulas interativas e prescritos exercícios voltados para aprendizagem (Wright et al., 2008; Dobson & Dobson, 2010). É desejável que o material para leitura seja conciso e não extenso. Porém, alguns clientes podem se interessar por consultar diretamente as fontes de pesquisa e aprofundar o aprendizado. Os clientes podem também ser auxiliados para conduzir sua própria busca por informações (Dobson & Dobson, 2010). Para as miniaulas, são sugeridas explicações breves, o uso de ilustrações sobre teorias ou intervenções, ou outras possíveis ferramentas de aprendizagem. Utilizar um caderno de terapia pode ser útil para organizar o conhecimento, reunir o material da terapia e registrar *insights* importantes (Wright et al., 2008). Basear o conteúdo em pontos fortes do cliente e com foco no presente também é importante (Mechanic, 1995).

Ao escolher materiais e fontes de informações, os terapeutas devem considerar a educação, linguagem e nível de alfabetização do cliente; suas habilidades, seu interesse e seu desejo por maior ou menor quantidade de informações; os recursos disponíveis ao cliente; questões de privacidade; nível de sofrimento e capacidade de concentração; e a qualidade dos materiais (Dobson & Dobson,

2010). Os materiais psicoeducacionais podem conter uma série de informações úteis, que precisam ser avaliadas pelo terapeuta, para que a “dose” adequada para cada cliente possa ser determinada. As informações a se considerar incluem: sintomas e/ou critérios diagnósticos, explicações e modelos cognitivo-comportamentais de desenvolvimento e manutenção dos sintomas, intervenções cognitivo-comportamentais e sua eficácia, princípios de mudança do comportamento (reforço, punição, extinção), informações sobre orientações para a prática clínica no tratamento de problemas específicos (guias práticos baseados em evidências) e problemas relacionados que o cliente possa estar experimentando (Dobson & Dobson, 2010).

O’Donohue e Cummings (2008) citam conteúdos que podem integrar materiais de psicoeducação como possíveis fatores de auxílio à mudança:

- 1) provimento de validação, normalização e apoio;
- 2) educação sobre novas habilidades de enfrentamento;
- 3) conhecimento e compreensão pelo cliente dos materiais discutidos;
- 4) mudanças em pensamentos e comportamentos;
- 5) fortalecimento do senso de autoeficácia.

Já Cummings e Cummings (1997, 2005) destacam quatro componentes que programas de psicoeducação devem abordar: tratamento, manejo, prevenção e cooperação.

Dobson e Dobson (2010) chamam atenção para que não se recomende materiais os quais não tenham sido cuidadosamente examinados pelo terapeuta, e que as recomendações sejam sugeridas de acordo com cada cliente, ressaltando que, às vezes, pode-se fornecer informações apenas verbalmente, sem indicação de nenhuma leitura. Independentemente da escolha que for feita em relação à forma de realização da psicoeducação, é fundamental que o terapeuta esteja preparado para conduzir esta troca de informações. A leitura por parte do terapeuta deve ir além dos textos de orientação, para que assim esteja preparado e seguro para responder aos variados questionamentos que o cliente possa vir a fazer. Certamente o conhecimento se acumula na medida em que se estuda mais e também na medida em que se ganha mais experiência através da prática clínica com os clientes (Ledley et al., 2011).

Outro alerta importante de Wright e colaboradores (2008) diz respeito às adaptações dos materiais, que podem ser necessárias para atender a algumas necessidades específicas, como, por exemplo: usar textos com letras grandes

para clientes com problemas de acuidade visual e utilizar gravações de áudio e vídeo para clientes que não consigam ler.

Deve-se considerar a necessidade de realizar uma quantidade apropriada de repetições do conteúdo a ser assimilado pelo cliente. As repetições devem estar adequadas à capacidade de aprendizado do cliente: não podem ser excessivas, entretanto, o fornecimento de informações de uma única vez pode não ser suficiente para o aprendizado (Wright et al., 2010).

Durante a psicoeducação, é importante ouvir o que o cliente já sabe sobre o assunto que estiver sendo abordado, para que possíveis enganos possam ser corrigidos. Também é necessário certificar-se sobre o que o cliente aprendeu. Pedir exemplos da experiência do próprio cliente pode facilitar a percepção sobre o que ele compreendeu em relação à questão discutida (Beck, 1997). É fundamental dar espaço para o cliente se expressar a respeito de suas dificuldades, e também sobre como toda a informação nova que está recebendo se aplica à vida dele. Discutir os conteúdos apresentados pode levantar dados que são importantes para serem integrados à conceitualização de caso e ao plano de tratamento (Ledley et al., 2011).

A família do cliente ou cuidadores podem ser inseridos no processo de psicoeducação. Quanto mais conhecedores forem os clientes, a sua família e os seus cuidadores, mais positiva será a interferência dos novos conhecimentos na convivência e na saúde de todos (Mechanic, 1995; Yacubian & Neto, 2001). Yacubian e Neto (2001) descrevem algumas metas para a psicoeducação familiar. Dentre elas, destacam-se: a legitimação da doença psiquiátrica (ou outra dificuldade apresentada), a promoção da aceitação familiar da doença (ou de outra dificuldade apresentada); o desenvolvimento de expectativas realistas em relação ao cliente; o fomento da colaboração no enfrentamento da doença; explicações sobre as intervenções farmacológicas e psicológicas; a ajuda aos familiares para que reforcem a participação do cliente no tratamento; e o reconhecimento de sinais precoces de recaída e mudanças sintomatológicas. A psicoeducação também pode ser realizada em grupo, no qual há oportunidade para diálogo, aprendizagem social, suporte, constituição de redes de apoio e reforço diante de mudanças positivas (Penninx et al., 1999).

Portanto, a psicoeducação é uma modalidade de tratamento desenvolvida profissionalmente que integra intervenções psicoterapêuticas e educacionais. A psicoeducação reflete uma mudança de paradigma para uma abordagem mais holística e baseada em competências, que enfatiza a saúde, a colaboração, o enfrentamento e o empoderamento (Dixon, 1999; Marsh, 1992). É baseada

nos aspectos das forças do cliente e focada no presente. O cliente e/ou família são considerados parceiros do provedor do tratamento com base na premissa de que quanto mais bem informados forem os destinatários e os cuidadores informais, melhores serão os resultados relacionados à saúde para todos. Para preparar os participantes para essa parceria, técnicas psicoeducacionais são usadas para ajudar a remover barreiras que permitam compreender e digerir informações complexas e emocionalmente carregadas e a desenvolver estratégias para usar informações de forma proativa. O pressuposto é que, quando as pessoas enfrentam doenças ou grandes desafios da vida, seu funcionamento e foco ficam naturalmente interrompidos (Mechanic, 1995).

A psicoeducação está entre as práticas baseadas em evidências mais eficazes, tanto em ensaios clínicos como em contextos comunitários. A flexibilidade do modelo educativo, que incorpora informações específicas sobre psicopatologias e condições de saúde, além de informações sobre estratégias para manejo das mesmas, agrega potencial para lidar com dificuldades variadas (Lukens & McFarlene, 2004).



O uso da psicoeducação no tratamento de clientes com transtornos psicológicos

Um trabalho de psicoeducação conhecido é o de Aristides Cordioli para clientes com transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) e seus familiares (Cordioli, 2017). Nesse livro, Cordioli descreve os principais sintomas do TOC, dá exemplos dos tipos de problemas, apresenta modelos teóricos e os tratamentos comportamentais e cognitivos para o TOC.

Da mesma forma, o trabalho em psicoeducação para terapeutas e clientes com transtorno de pânico (TP) e agorafobia (AGO) é descrito no livro *Vencendo o pânico* publicado por Rangé e Borba, em 2008. Nesse livro, há uma extensa descrição dos principais sintomas característicos desses quadros, descrições de dois modelos explicativos desses problemas, questionamentos das interpretações usuais de clientes com TP e AGO, e uma proposta de intervenção dividida em três passos:

- 1) uma psicoeducação, na qual são descritas as interpretações usuais que clientes com pânico fazem (como, por exemplo: “Vou ter um ataque cardíaco”;

“Vou ficar sufocado”; “Vou perder o controle”; “Vou enlouquecer”; e “Vou desmaiar”), bem como os respectivos questionamentos dessas interpretações, com apresentações de evidências que demonstram que são suposições que não se confirmam;

- 2) a aquisição de habilidades de manejo, como a estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E., habituação interoceptiva e estratégia SPAEC (Situações, Pensamentos Automáticos, Emoções e Comportamento);
- 3) uma reestruturação do modo pouco assertivo, perfeccionista e intolerante com a ansiedade desses clientes.

Lukens e McFarlane (2004) fizeram uma revisão de estudos sobre psicoeducação como uma prática baseada em evidências e citam inúmeros problemas nos quais este tipo de trabalho foi usado. Neste artigo, os autores descrevem os usos da psicoeducação para clientes esquizofrênicos, com transtorno bipolar, com depressão, mulheres com depressão pós-parto, crianças com depressão, mulheres com transtornos alimentares (*binge eating*), cuidadores de pessoas com demência, pais de crianças com retardo mental, mulheres obesas, pessoas com dor crônica etc.

No caso da esquizofrenia, os principais aspectos incluem uma coordenação do serviço (isto é, facilidade de acesso e clareza das expectativas relacionadas ao serviço, manejo da medicação e adesão a ela, planejamento de crises), atenção aos conflitos familiares, comunicação, perdas, estratégias de solução de problemas, atenção às necessidades clínicas para a pessoa com a doença, bem como apoio social expandido para a família através da psicoeducação e grupos de apoio a familiares (Dixon, Adams, & Lucksted, 2000; McFarlane et al., 1995; McFarlane et al., 2003).

Num estudo conduzido na Espanha com clientes ambulatoriais com diagnóstico de transtorno bipolar tipo 1 e 2, Colom e colaboradores (2003) compararam o impacto de 21 sessões em grupo de psicoeducação com grupos de encontros não estruturados. Clientes nos grupos de tratamento ativo, em geral, recaíram menos, tiveram menos recaídas por pessoa, tiveram um maior tempo para a recorrência dos sintomas, e tiveram tanto menos internações como períodos de internação mais curtos.

Num estudo maior, Miklowitz e colaboradores (2003) randomizaram 101 indivíduos com transtorno bipolar e os submetem a 21 sessões indivi-

duais de psicoeducação de famílias ou de intervenção em crises (duas sessões educacionais mais sessões de crises conforme necessário). Os clientes no grupo de tratamento por psicoeducação mostraram menos recaídas em geral, períodos mais longos sem sintomas, menos sintomas e mais adesão à medicação.

Honey, Bennett e Morgan (2003) testaram uma intervenção breve de psicoeducação em grupo para depressão pós-parto, distribuindo randomicamente 45 mulheres irlandesas com escores acima de 12 na Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Figueira et al., 2009) para um conjunto de oito sessões em grupo de psicoeducação ou para tratamento de rotina. O parceiro não foi envolvido. Apesar de não ser baseada em manual, a intervenção seguiu um protocolo prescrito e incluiu estratégias de enfrentamento relacionadas a cuidados com a criança e obtenção de apoio social, técnicas cognitivo-comportamentais e relaxamento. No seguimento de seis meses, as mulheres dos grupos de psicoeducação mostraram queda significativa nos escores de medidas da depressão, com controle para o uso de antidepressivo. No entanto, não houve diferenças em termos de melhor apoio social e relacionamento conjugal.



O uso da psicoeducação no contexto da psicologia da saúde

A psicoeducação tem se mostrado muito frutífera também no contexto da psicologia da saúde, pois o conhecimento sobre as doenças físicas, suas possíveis causas, modos de controle e os efeitos colaterais de medicações podem ajudar muito na adesão ao tratamento e no controle de patologias diversas. Como enfatizam Lemos e Ondere Neto (2017), no contexto da saúde, a psicoeducação pode ser aplicada em cuidados paliativos, doenças crônicas de um modo geral e no atendimento em grupos no sistema de saúde pública.

Lukens e McFarlane (2004) enfatizam que a psicoeducação é uma intervenção que pode contribuir para a redução da sintomatologia da doença, favorecendo a melhoria da qualidade de vida e, além disso, promovendo benefícios, não só para o portador de uma doença, mas também para a família do mesmo. Quanto à relevância de a psicoeducação atingir também a família, convém res-

saltar que o suporte social e familiar funciona como importante fonte de apoio, contribuindo para a adesão ao tratamento de um cliente com doença crônica e seu manejo. Estudos indicam que o apoio social tem influência na manutenção da saúde em geral do indivíduo, inclusive atuando como fator preventivo em relação a doenças orgânicas variadas relacionadas ao estresse. Segundo Ramos (2002), por exemplo, as interações sociais parecem contribuir para a adesão de hábitos saudáveis e para os sentimentos de controle pessoal, favorecendo o bem-estar psicológico. Tal apoio traz benefícios também na recuperação da saúde e na redução dos efeitos de uma enfermidade, como já enfatizavam Cohen e McKay (1984). Pode-se também citar Pinto, Garcia, Bochi e Carvalhaes (2006), que enfatizam que o meio social pode oferecer recursos, tais como a regulação de hábitos saudáveis e o melhor acesso aos cuidados da saúde, que favorecem a saúde positiva e diretamente. Logo, a psicoeducação pode ter resultados mais abrangentes se atingir não só o cliente, mas também sua família e seu círculo social próximo.

Estudos têm investigado a importância da psicoeducação em condições específicas, como em cuidados paliativos em clientes com câncer, por exemplo. Castro e Barroso (2012) afirmam que, além da avaliação geral do cliente e utilização de diversas estratégias cognitivo-comportamentais, é importante que o cliente seja conscientizado sobre questões relacionadas à dor e seu controle. Desse modo, o manejo da dor e o modo de lidar com a doença pode ser mais efetivo. Os autores enfatizam que o adoecimento traz uma série de mudanças para a vida do indivíduo e exige adaptação à condição que se apresenta, ou seja, é necessário que a pessoa se perceba na nova situação e que se adapte à mesma, inclusive procurando ajustar suas expectativas pessoais e buscando alterar alguns aspectos de seu modo de vida. Para que tudo isso seja possível, é importante que receba informações sobre a doença, sobre as limitações que pode vir a ter, sobre efeitos colaterais da medicação, sobre o tratamento em si, sobre como lidar com a dor, dentre outros pontos. Assim, poderão se tornar “agentes de autocuidado e participantes conscientes do processo terapêutico” (Castro & Barroso, 2012, p. 103). Além de a psicoeducação ser muito importante para esses clientes, é extremamente útil se a família também receber informações e se preparar para colaborar no tratamento. Logo, como já enfatizado, a psicoeducação se trata de uma estratégia que pode incluir a família e cuidadores, pois estes, muitas vezes, precisam ser esclarecidos quanto às implicações da doença e ajustar suas expectativas em relação ao cliente.

De um modo geral, indivíduos com doenças crônicas necessitam compreender os aspectos emocionais e cognitivos presentes no seu adoecimento. Crenças disfuncionais, distorções cognitivas e estratégias contraproducentes de controle do estresse podem agravar o quadro da doença e influenciar diretamente no modo como o indivíduo lida com a situação. Além do câncer anteriormente mencionado, diversas outras doenças crônicas podem ter seu tratamento beneficiado pela psicoeducação. Lima-Silva e Yassuda (2012) realizaram um estudo com idosos portadores de hipertensão arterial, no qual foi administrado um treinamento de oito sessões visando aliar estratégias cognitivas ao oferecimento de conteúdos educativos sobre hipertensão. Objetivaram, desse modo, facilitar a aprendizagem das informações relativas à doença. Durante o treinamento foi realizada a educação sobre o manejo da doença, sobre a adesão ao tratamento medicamentoso, alimentação apropriada, importância do consumo reduzido do sódio e sobre hábitos de vida saudáveis. Embora pareça ter havido influência do suporte social do grupo, os autores acreditam que os conhecimentos adquiridos sobre a hipertensão por meio da psicoeducação podem ter contribuído para: o aumento na percepção de controle sobre a doença, ganhos nos conhecimentos acerca da doença e nas atitudes referentes ao manejo de medicamentos. Tais mudanças podem ter contribuído para aumento na adesão ao tratamento da doença e seu consequente controle.

No que se refere à adesão ao tratamento e ao controle das doenças crônicas, a psicoeducação tem demonstrado realizar importante contribuição. Como as doenças crônicas não têm cura e exigem uma série de mudanças na vida do indivíduo que, muitas vezes, representam perda de importantes reforçadores positivos, a adesão nem sempre é fácil. A psicoeducação pode tornar o indivíduo consciente de sua responsabilidade no controle da doença e na manutenção da saúde. Pode também ajudá-lo a deixar de perceber o tratamento como algo punitivo, passando a vê-lo como uma oportunidade de melhorar sua qualidade de vida. Desse modo, a psicoeducação pode contribuir para mudanças cruciais que favorecerão a implementação de hábitos saudáveis e na adesão às prescrições médicas, contribuindo para uma longevidade com qualidade.

Outra doença crônica que pode ter seu tratamento favorecido com a psicoeducação é o *diabetes mellitus*. Losso e colaboradores (2014) realizaram um estudo qualitativo, descritivo-exploratório com 15 clientes entre 18 e 75 anos portadores da doença e insulino dependentes. A intervenção ocorreu em

nove encontros quinzenais e as sessões em grupo trataram dos seguintes temas: aspectos fisiológicos do diabetes, medicamentos utilizados no tratamento e formas de condicionamento dos mesmos, atividades físicas, manejo do estresse, esclarecimentos sobre as possíveis complicações do diabetes, locais de aplicação da insulina, controle glicêmico, alimentação saudável, oficina alimentar, controle do peso e estratégias de autocuidado. Os autores relataram que eram perceptíveis as mudanças dos clientes e que, por meio dos esclarecimentos e das vivências, observaram aumento na adesão ao tratamento. Além disso, verificaram que houve um grande impacto na vida dos clientes diabéticos já que estes relataram mudanças na alimentação e implementação de atividade física em sua rotina, tornando-se corresponsáveis pelo tratamento. Os autores informaram que alguns familiares também participaram de estratégias de psicoeducação. Segundo os autores, a intervenção demonstrou potencial para reduzir custos com a doença.

Em uma revisão sistemática sobre o uso da psicoeducação no contexto da saúde, Lemos e Ondere Neto (2017) encontraram que a estratégia é utilizada como recurso psicoterapêutico em uma diversidade de quadros psicopatológicos e patológicos. Dentre os empregos da psicoeducação, foi encontrado seu uso como psicoprofilaxia cirúrgica no período pré e pós-cirúrgico, em “atividades de sala de espera”, assim como suporte a cuidadores de pessoas em adoecimento, dentre outros. Os autores enfatizam:

A psicoeducação pode utilizar recursos como vídeos, áudios, panfletos, campanhas, etc. Sendo que nesses planejamentos psicoeducacionais podem estar envolvidos por profissionais de diferentes áreas da saúde, fornecendo um trabalho interdisciplinar o qual fornece ao cliente um atendimento cuja integralidade se faz presente. (Lemos & Ondere Neto, 2017, p. 26)

Por fim, a psicoeducação tem cada vez mais se destacado como uma importante estratégia no tratamento de diversas queixas e em uma variedade de contextos. É importante que a estratégia seja baseada em evidências científicas para que seja eficaz. Além disso, é relevante que o profissional saiba o momento adequado de sua utilização e tenha conhecimentos teóricos e práticos para sua implementação. Desse modo, a psicoeducação, somada à diversidade de estratégias cognitivas e comportamentais existentes, pode ser uma importante aliada do psicólogo no tratamento de uma diversidade de queixas.



Referências

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Castro, M. M. C. & Barroso, C. R. (2012). Contribuições da terapia cognitivo-comportamental nos cuidados paliativos. *Revista Psicologia, Diversidade e Saúde*, 1(1), 101-108.
- Cohen, S. & McKay, G. (1984). Social support, stress and the buffering hypothesis: A theoretical analysis. In A. Baum, S. E. Taylor, & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health* (pp. 253-267). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez-Aran, A., Reinares, M., Goikolea, J. M., Benabarre, A., et al. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402-407.
- Cordioli, A.V., Vivan, A.S., & Braga, D.T. (2017) *Vencendo o transtorno obsessivo-compulsivo: Manual de terapia cognitivo-comportamental para pacientes e terapeutas*. Porto Alegre: Artmed.
- Cummings, N. A. & Cummings, J. L. (2005). Behavioral interventions for somatizers within the primary care setting. In N.A. Cummings, W.T. O'Donohue, & E.V. Naylor (Eds.), *Psychological approaches to chronic disease management* (pp. 49-70). Reno: Context Press.
- Cummings, N. A. & Cummings, J. L. (1997). The behavioral health practitioner of the future: The efficacy of psychoeducational programs in integrated primary care. In N.A. Cummings, J.L. Cummings, & J.N. Johnson (Eds.), *Behavioral health in primary care: A guide for clinical integration* (pp. 325-346). Madison: Psychosocial Press (International Universities Press).
- Dixon, L. (1999). Providing services to families of persons with schizophrenia: Present and future. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2, 3-8.
- Dixon, L., Adams, C., & Lucksted, A. (2000). Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 26, 5-20.
- Dobson, D., & Dobson, K.S. (2010). Começando o tratamento: habilidades básicas. In D. Dobson & K. S. Dobson. *A terapia cognitivo-comportamental baseada em evidências* (pp. 69-75). Porto Alegre: Artmed.
- Figueira, P., Correa, H., Malloy-Diniz, L., & Romano-Silva, M.A. (2009). Edinburgh Postnatal Depression Scale for screening in the public health system. *Revista de Saúde Pública*, 43, 79-84.
- Honey, K.L., Bennett, P., & Morgan, M. (2003). Predicting postnatal depression. *Journal of Affective Disorders*, 76, 201-210.
- Kendall, P. C. & Bemis, K. M. (1983). Thought and action in psychotherapy: The

- cognitive- behavioral approaches. In M. Hersen, A. E. Kazdin, & A. S. Bellack (Eds.), *The clinical psychology handbook* (pp. 565–592). New York: Pergamon.
- Leahy, R. L. (2004). *Contemporary cognitive therapy: Theory, research, and practice*. New York: The Guilford Press.
- Ledley, D. R., Marx, B. P., & Heimberg, R.G. (2011). *Making cognitive-behavioral therapy work: Clinical process for new practitioners*. New York: Guilford Press.
- Lemes, C. B. & Ondere Neto, J. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas em Psicologia*, 25(1), 17-28.
- Lima-Silva, T.B. & Yassuda, M.S. (2012). Psicoeducação para idosos hipertensos: exemplo de metodologia aplicada. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), 373-392.
- Losso, A.R., Zimermann, K.G., Ceretta, L.B., Salvaro, M.S., & Rosa, P.C. (2014). Psicoeducação para pacientes diabéticos em tratamento com insulina. *Criar Educação. Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação*, UNESC, 3(2). Disponível em: <http://Periodicos.Unesc.Net/Criaredu/Article/View/1735/1638>.
- Lukens, E. P. & McFarlane, W. R. (2004). Psychoeducation as evidence-based practice: Considerations for practice, research, and policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4(3), 205-225.
- Marsh, D. (1992). Working with families of people with serious mental illness. In L. Van de Creek, S. Knapp, & T. L. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A sourcebook* (pp. 389-402). Sarasota: Professional Resource Press.
- McFarlane, W. R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R., Deakins, S. A., Newmark, M., et al. (1995). Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 52, 679-687.
- Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science and Medicine*, 41, 1207-1216.
- Mechanic, D. (1995). Sociological dimensions of illness behavior. *Social Science and Medicine*, 41, 1207-1216.
- Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A., Simoneau, T. L., & Suddath, R. L. (2003). A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 904-912.
- O'Donohue W., & Cummings, N. (2008). *Evidence-Based Adjunctive Treatments*. New York: Academic Press.
- O'Donohue, W., Michelle, R., Byrd, M.R., Cummings, N.A., & Henderson, D.A. (2005). *Behavioral integrative care: Treatments that work in the primary care setting*. New York: Brunner-Routledge.
- Penninx, B. W., van Tilburg, T., Kriegsman, D.M., Boeke, A. J., Deeg, D. J., & van Eijk, J. T. (1999). Social network, social support, and loneliness in older persons with different chronic diseases. *Journal of Aging and Health*, 11, 151-168.
- Pinto, J. L. G., Garcia, A. C. O., Bocchi, S. C. M., & Carvalhaes, M. A. B. L. (2006). Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 753-764.
- Rangé, B. P. & Borba, A. G. (2008). *Vencendo o pânico: Terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno de pânico e a agorafobia*. Rio de Janeiro: Cognitiva.

Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 4(7), 156-175.

William, T., O'Donohue, M. R. Byrd, Nicholas, A., & Cummings, D. A. H. (2005). *Behavioral integrative care: Treatments that work in the primary care setting*. New York: Brunner-Routledge.

Wright, J. H., Basco, M.R., & Thase, M.E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-compor-*

tamental: Um guia ilustrado. Porto Alegre: Artmed.

Wright, J. H., Turkington, D., Kingdon, D. G., & Basco, M. R. (2010). *Terapia cognitivo-comportamental para doenças mentais graves*. Porto Alegre: Artmed.

Yacubian, J., & Lotufo Neto, F. (2001). Psicoeducação familiar. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, 3(2), 98-108.



PARTE I

**Transtornos psicológicos
segundo os critérios
do DSM-5**

1

Transtorno de pânico

Marcele Regine de Carvalho
Thiago Rodrigues de Santana Dias



O que é transtorno de pânico?

O transtorno de pânico (TP) é a recorrência de sintomas intensos de ansiedade, que geram bastante medo e desconforto, e podem acontecer de repente, em qualquer local ou situação. Chamamos estas sensações corporais intensas de ataques de pânico (AP). Os APs são sensações como: falta de ar, aceleração dos batimentos cardíacos, sensações de calor ou frio, sufocamento, tontura, suor, perda de controle urinário, náuseas, dores na região do peito. Essas sensações geralmente vêm acompanhadas de algum medo em relação a estas sensações, como: morrer, ter um ataque cardíaco, perder o controle ou enlouquecer. Por conta de todo este desconforto, surgem preocupações frequentes sobre ter um novo AP ou sobre as consequências de se ter um AP. Estas preocupações podem trazer prejuízos e limitações a quem vivencia essas sensações. É comum que as pessoas que têm AP frequentes comecem a evitar alguns lugares e situações, ou apenas se sintam seguras se estiverem acompanhadas. Tudo isso ocorre pelo medo de ter novos AP e precisarem de socorro. Isto é o que chamamos de agorafobia.

Se você foi diagnosticado com TP e/ou agorafobia, ou se identificou com o que foi descrito, note que algumas situações que podem ser ativadoras

* A versão eletrônica deste capítulo, que é o material psicoeducativo para o cliente, está disponível para compra no Sinopsys APP nas versões para Android e IOS.

de AP e agorafobia são, por exemplo: estar só, realizar esforços excessivos, dirigir ou passar em túneis ou pontes, multidões, lugares altos, trens, aviões e elevadores. Repare que o medo e a evitação acabam por atrapalhar sua rotina. A tendência é que, a partir das evitações, ocorram restrições ocupacionais, sociais, familiares e prejuízos no bem-estar e na qualidade de vida.

A principal informação que você que sofre com TP precisa ter é que todas essas sensações que você experimenta no seu corpo, apesar de serem realmente desconfortáveis, não são perigosas da forma como você talvez imagine. As sensações de um AP fazem parte da ativação de um sistema de defesa do organismo para que possamos lidar com as adversidades. Cada sensação tem uma função específica que preza pela nossa sobrevivência. Este sistema é acionado em momentos de perigo e serve para nos alertar e nos proteger. Porém, quando ele fica “desregulado”, ele é ativado sem real necessidade (ou seja: um AP) e pode vir a trazer grande desconforto, o que, no entanto, não quer dizer que um perigo realmente exista. Ou seja, é apenas um alarme falso, mas esse alarme acaba por ativar todo o corpo. Da mesma forma que nosso corpo possui um alarme que nos prepara para a defesa e ativa tantas sensações, ele também tem um sistema de reparação que consegue nos autorregular, fazendo com que as sensações desconfortáveis desapareçam. Isto quer dizer que sua ansiedade não pode e não vai crescer infinitamente!



Dica ao terapeuta

É muito interessante que o terapeuta possa fornecer informações ao seu cliente sobre por que sentimos ansiedade.

A ansiedade tem sua origem em nossa história evolutiva. Os medos que sentimos em diferentes situações tiveram, em algum momento, uma função adaptativa. Assim como nossos ancestrais precisavam sentir-se ansiosos para avaliar e lidar com determinados perigos, como predadores, por exemplo, nós também precisamos (Leahy, 2011). O que algumas pessoas têm, em especial, é uma maior sensibilidade à ansiedade, e isso pode resultar em um medo exagerado da própria ansiedade, que surge de uma interpretação distorcida das respostas físicas normais frente a um estressor percebido. Os clientes já costumam se sentir melhor assim que aprendem que cada um dos sintomas de um AP tem uma função protetora, ligada a nossa sobrevivência e, portanto, não precisam ser temidos. É muito importante que compartilhe estas informações com seu cliente!



Como os meus pensamentos influenciam no transtorno de pânico?

Sabe-se que a maneira como avaliamos, ou seja, pensamos sobre uma situação, influencia diretamente a maneira como nos sentimos, nos comportamos e como nosso corpo responde por meio de reações fisiológicas. Quando pensamos, nossa tendência é considerar cada pensamento como uma verdade absoluta. No entanto, não nos atentamos que, em alguns momentos, podemos nos enganar nas nossas avaliações sobre os acontecimentos. Se, por algum motivo, fazemos uma interpretação não realista ou inadequada das situações, ou até de nossas sensações, teremos reações emocionais, comportamentais e fisiológicas coerentes com esta interpretação. Ou seja, podemos sofrer sem ter uma real necessidade, ou exagerar o real desconforto que uma situação pode proporcionar.

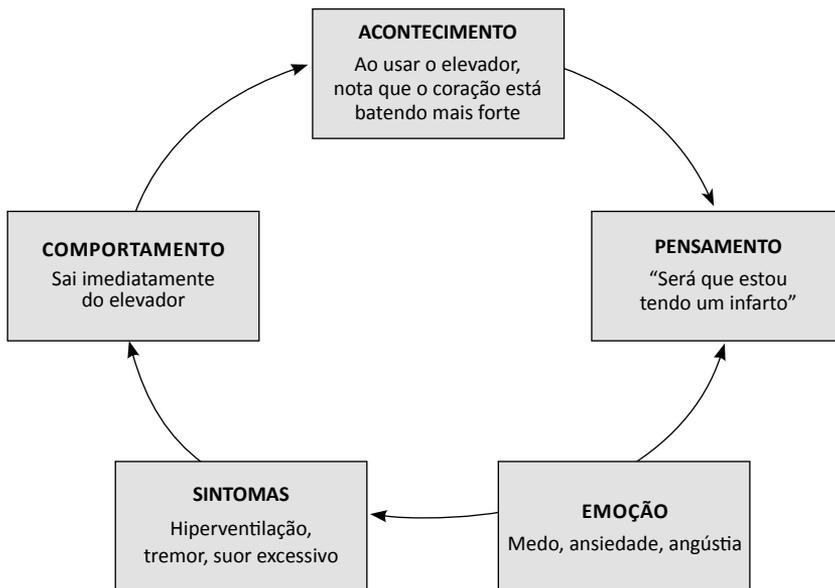


Figura 1.1 Modelo cognitivo.
Fonte: adaptada de Beck (1979).

No TP, a forma como você avalia as sensações corporais é fundamental para influenciar o nível de desconforto que sente. Verifique como você possui uma tendência ao direcionamento da atenção para as suas sensações, e que os pensamentos ou avaliações que costuma ter sobre elas são geralmente catastróficas! Ou seja, você tende a antecipar os piores desfechos possíveis em relação ao desconforto que sente (“Estou morrendo”, “Não vou aguentar”, “Estou enlouquecendo”, “Vou perder o controle”). Estas interpretações sobre perigo e vulnerabilidade costumam aumentar ainda mais a ansiedade, ou seja: as sensações temidas se mantêm intensas. Ao interpretar estas sensações como uma prova de que você realmente está correndo algum risco, você acaba confirmando o perigo percebido de forma equivocada.

Sabe-se que as coisas que as pessoas com TP temem não se concretizam, mas a ansiedade que sentem é tão intensa que acabam desconsiderando este dado de realidade sempre que voltam a experimentar ansiedade. Desta maneira, um ciclo de pensamentos catastróficos (distorcidos em relação à realidade) se mantém, juntamente com a manutenção das sensações, cronificando o problema.



Dica ao terapeuta

Identificando os medos do cliente

Terapeuta, ensinar seu cliente a identificar seus pensamentos automáticos é fundamental para, posteriormente, trabalhar com reestruturação cognitiva. Utilizar a “Estratégia SPAEC” (Sensações, Pensamentos Automáticos, Emoções e Comportamentos; Rangé et al., 2011) pode ser uma ferramenta interessante para oferecer ao cliente *insight* sobre a intensificação de sintomas a partir de pensamentos automáticos catastróficos!

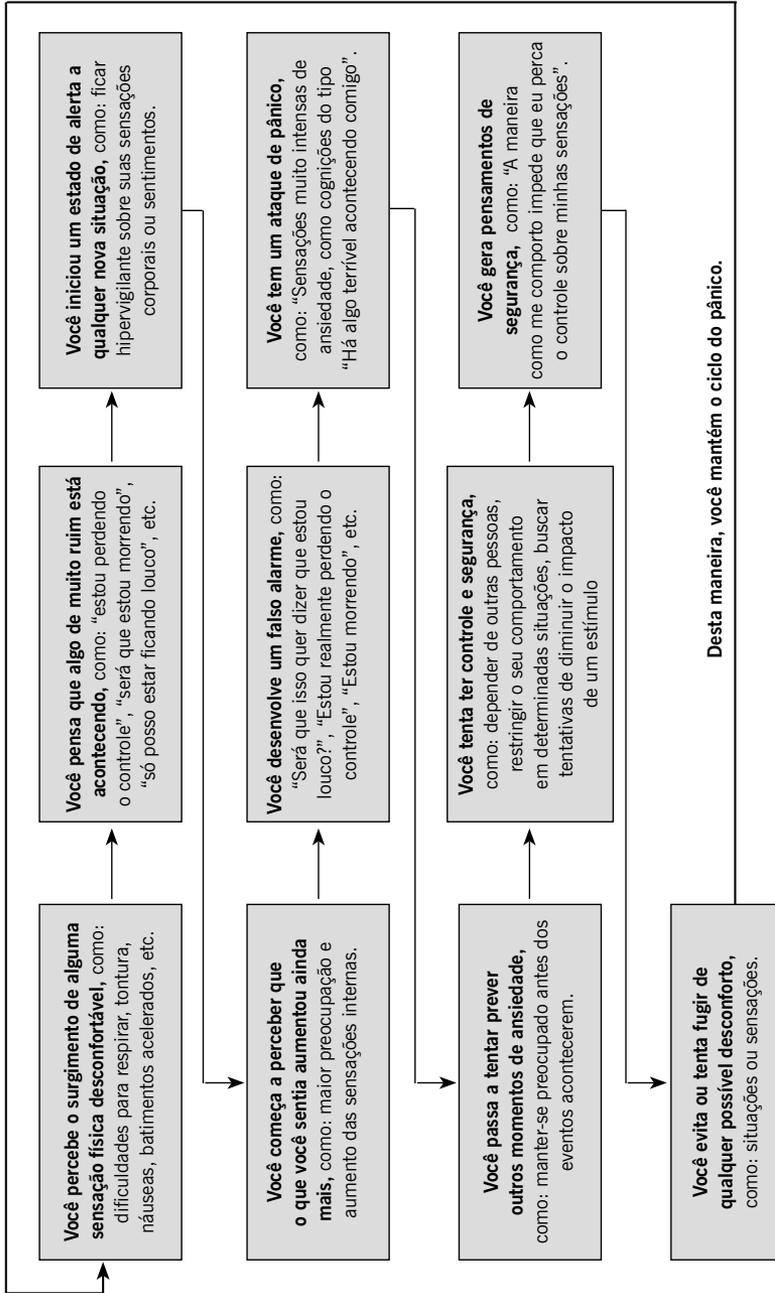


Figura 1.2 Ciclo de pensamentos catastróficos no TP.
Fonte: adaptada de Leahy (2011).



Como o meu problema pode estar sendo mantido?

Ao vivenciar um AP, a experiência de ansiedade intensa e as ideias de morte, loucura ou perda de controle causam grande desconforto. As interpretações equivocadas sobre o perigo aumentam a ansiedade e, conseqüentemente, intensificam ainda mais os sintomas. É possível que você acredite que não suportará novas experiências de ansiedade, que precisará de outras pessoas ou comportamentos de segurança para ficar bem, e que você fique extremamente atento a qualquer modificação corporal. Tudo isso favorece a ocorrência de mais pensamentos catastróficos e aumento/manutenção da intensidade dos sintomas. Com a repetição dos AP, surge a ansiedade antecipatória e o medo sobre as conseqüências de novos ataques, o que pode levar a diversas evitações. Desta forma, cria-se um ciclo na tentativa de evitar a ansiedade que, em curto prazo, pode gerar a impressão de maior controle sobre as sensações, porém, em longo prazo, promove a manutenção do problema.

Como você poderá perceber, existem alguns aspectos neste ciclo que merecem atenção, já que auxiliam na manutenção deste transtorno. Um fator que mantém o problema é a forma como se interpreta as sensações corporais. Se a interpretação é de perigo, o corpo irá reagir provocando as sensações de ansiedade como mecanismo de proteção. Ao se perceber estas sensações corporais de forma crescente, a conseqüência é se preocupar ainda mais, de forma catastrófica. Diante de tantos pensamentos e sensações, a tendência é que um AP realmente venha a acontecer.

Quando se percebe a ocorrência das sensações, o próximo passo na manutenção do problema é buscar uma saída. Você já deve ter notado que geralmente a saída escolhida é a evitação. Ao evitar as situa-

ções que causam a ansiedade, automaticamente você obtém uma sensação de alívio. No entanto, este comportamento traz um conforto de caráter apenas imediato, e isto acaba por reforçar ainda mais o TP, pois você aprende que a maneira que pode lidar com as sensações é tentando se livrar da sua ocorrência. Além disso, ao se manter evitativo, em longo prazo você se sente mais incapaz de lidar com o problema, muitas vezes se criticando por isso e reduzindo sua autoestima (Rangé, Borba, & Melo, 2011).

Assim, outro aspecto de manutenção se faz presente, a ansiedade antecipatória: você desenvolve a preocupação de que um AP possa ocorrer novamente, antecipa esta ocorrência, lembra que não é capaz de lidar com as sensações, aumenta o nível de ansiedade, o que, conseqüentemente, favorece que um novo AP realmente venha a acontecer. Veja que os sintomas de AP anteriores podem ser lembrados, e a simples ideia de vivenciar uma situação próxima àquelas pode trazer de volta as sensações e pensamentos ansiosos e assustadores.

Não aceitar ou entender que as sensações podem acontecer é o que faz com que você tente evitar qualquer ocorrência de ansiedade. E viver sem sentir ansiedade é impossível, pois ela faz parte das características dos seres humanos. Acreditar que não se deve sentir ansiedade, que a ansiedade não terá fim, ou que o próprio fim é uma tragédia, provoca evitações emocionais, situacionais e também de pensamentos. Qualquer evitação gera um alívio em curto prazo, pois temporariamente o contato com o “problema” é interrompido. Porém, em longo prazo, o problema continua fazendo parte da sua vida, o que prolonga seu sofrimento e gera cada vez mais ideias de incapacidade e vulnerabilidade, gerando muita frustração e limitações.

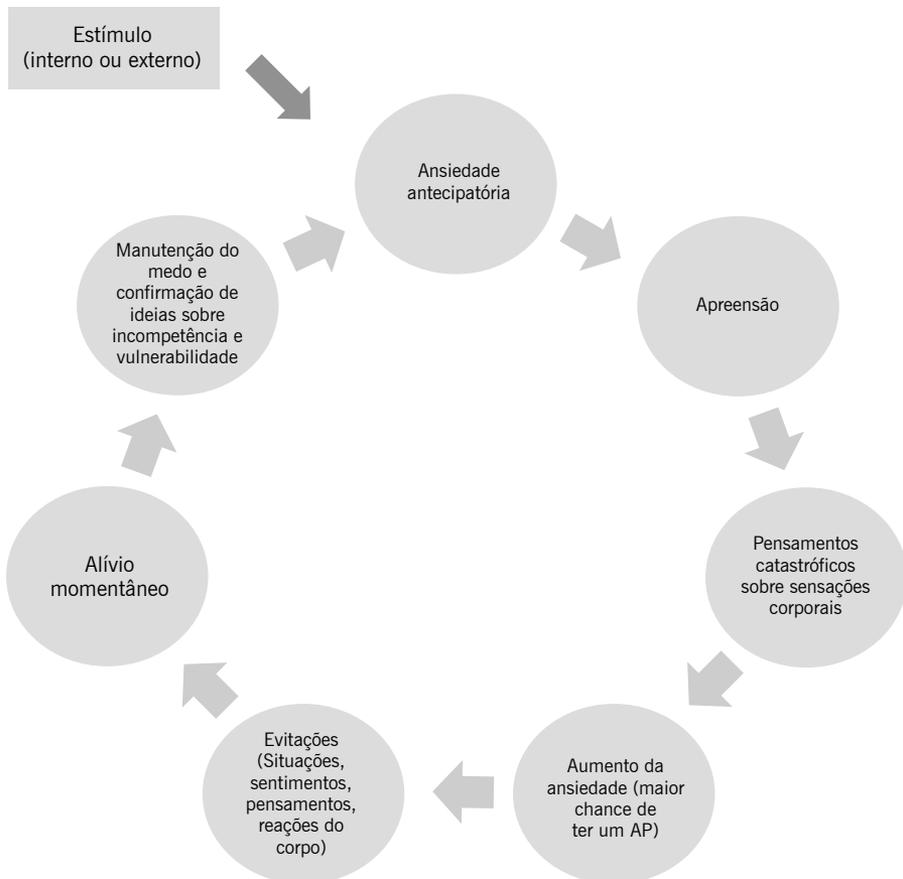


Figura 1.3 Manutenção do TP.
Fonte: adaptada de Rangé, Borba e Melo (2011).



Como posso lidar com o transtorno de pânico?

Durante o tratamento cognitivo-comportamental, você irá aprender diversas estratégias que o ajudarão a lidar com o TP.

Aceitação da ansiedade: Você aprenderá a aceitar e lidar com as suas próprias sensações, não tentando afastá-las. Vai entender que ao resistir, acabará por prolongar ainda mais o seu desconforto. A melhor forma de enfrentar o TP é conviver com suas sensações caso elas venham a acontecer.

Manejo de sintomas: Você aprenderá estratégias para lidar com seus sintomas, ou seja, irá treinar seu corpo a diminuir a ativação provocada pela ansiedade, reduzindo a intensidade das sensações corporais e, em consequência, as interpretações sobre perda de controle a respeito do próprio corpo. Uma maneira de fazer isso é através de técnicas de respiração, que precisarão ser constantemente praticadas para que você consiga utilizá-las nos momentos em que precisar.



Dica do terapeuta

Terapeuta, não deixe de treinar a prática de respiração com o seu cliente! Sem prática, a tentativa de utilizar a respiração de forma a reparar sintomas de ansiedade pode ocasionar o inverso do efeito esperado, ou seja, a sensação de falta de controle e mais ansiedade, com consequente confirmação de pensamentos distorcidos.

Questionar pensamentos: Durante a psicoterapia, você também aprenderá a relativizar a maneira como você pensa sobre as sensações que costuma ter, e a questionar a validade de seus pensamentos, buscando se

basear em evidências. Ou seja, vai se questionar se a forma como interpreta suas sensações condiz mesmo com o que acontece na realidade e se há uma maneira alternativa de entender o perigo que costuma antecipar. Você já parou para se perguntar se tudo que você teme realmente acontece?

Enfrentamento: Você irá aprender estratégias que o ajudarão a enfrentar as situações que costuma evitar, de forma gradual e no seu tempo. Vai descobrir que o enfrentamento é o que realmente diminui o seu medo, e não a evitação. Ou seja, sua emoção será diferente nos ambientes e situações em que agora sente medo. Enfrentar também é uma forma de testar se o que você tem medo de fato acontece da maneira como você geralmente antecipa e imagina.



Dica ao terapeuta

Terapeuta, os clientes com TP têm a tendência a desconsiderar os seus ganhos no processo terapêutico. Valorize cada passo que seu cliente alcançar, explique para ele que o tratamento ocorre de forma gradual, e que aos poucos ele irá sentir-se melhor e mais confiante. Lembre-se de que o que pode parecer um pequeno passo aos olhos do seu cliente exigiu um grande esforço para ser conquistado, portanto significa uma grande vitória, e ele pode se reforçar diante disso!



Será que eu posso conseguir?

Muitas pessoas, ao entrarem em contato com os sintomas do TP, acreditam que nunca mais irão conseguir ficar bem. É verdadeiramente difícil vivenciar sensações e medos tão desconfortáveis e, apesar disso, ter forças para investir na sua melhora. Entretanto, o tratamento para o TP ocorre de maneira gradual, de acordo com os limites que você de-

terminar, e, aos poucos, você irá ganhando mais autoconfiança para permanecer em constante melhora, sentindo-se cada vez mais capaz. É natural sentir-se como se não houvesse uma saída diante de tanto sofrimento, porém, ao se dedicar ao tratamento, perceberá que há soluções possíveis, e que poderá, sim, se sentir esperançoso para alcançar seus objetivos. Além disso, ao se livrar do medo e das limitações, terá condições de investir de forma significativa em diferentes aspectos da sua vida. Pense em tudo que tem deixado de fazer ou tentar por causa do TP! O que será melhor: Investir no tratamento, embora pareça desafiador, ou ficar paralisado mantendo seu próprio medo? Que tal começar a interromper este ciclo e começar a viver uma outra história?



O que eu aprendi e como posso passar para ação?



Bibliografia sugerida para consulta do terapeuta

Barlow, D. H. & Cerny, J. A. (1999). *Tratamento psicológico do pânico*. Porto Alegre: Artmed.

Craske, M. G. & Lewin, M. R. (2003). Transtorno de pânico. In V. E. Caballo

(org). *Manual para tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos* (pp. 111-136). São Paulo: Santos Editora.

Rangé, B. P., Bernik M., Borba A. G., & Melo N. M. (2011). Transtorno de pânico e

agorafobia. In B. Rangé (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2. ed., pp. 234-264). Porto Alegre: Artmed.

Rangé, B. P. & Borba, A. (2008). *Vencendo o pânico: Terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno de pânico e a agorafobia*. Rio de Janeiro: Cognitiva.



Referências

Barlow, D. H. et al. (2009). Transtorno de pânico e agorafobia. In D. H. Barlow. *Manual clínico dos transtornos psicológicos: Tratamento passo a passo* (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Beck, A. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: A Meridian Book.

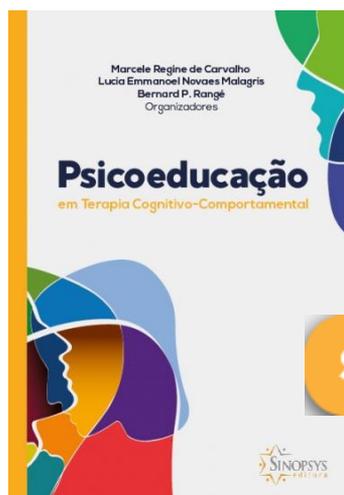
Hofmann S. G. (2014). Combatendo o pânico e a agorafobia. In S. G. Hofmann. *Introdução à terapia cognitiva comportamental contemporânea*. Porto Alegre: Artmed.

Leahy, R. L. (2011). Estou perdendo o controle: Transtorno de pânico e agorafobia.

In R. L. Leahy. *Livre de ansiedade*. Porto Alegre: Artmed.

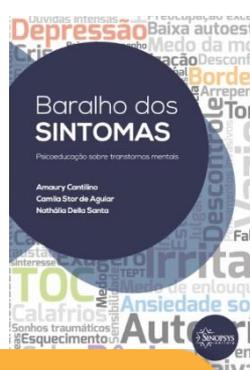
Nardi, A. E., Quevedo J., & Da Silva, A. G. (2013). Aspectos fenomenológicos. In A. E Nardi, J. Quevedo, & A. G. Da Silva. *Transtorno de pânico: Teoria e clínica*. Porto Alegre: Artmed.

Rangé, B. P., Bernik, M., Borba, A. G., & Melo, N. M. (2011). Transtorno de pânico e agorafobia. In B. Rangé (Org). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (2. ed.). Porto Alegre: Artmed.

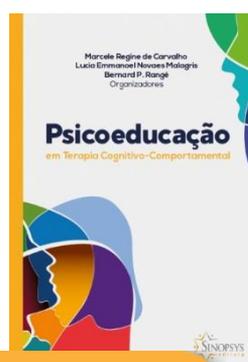


Use o cupom
MEUDESCONTO
e ganhe **15% de Desconto**
nesse e em outros
Livros do nosso site!

SIM, QUERO COMPRAR AGORA



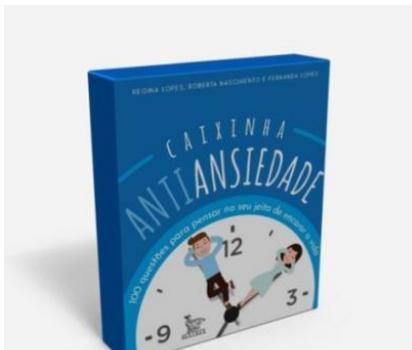
BARALHOS



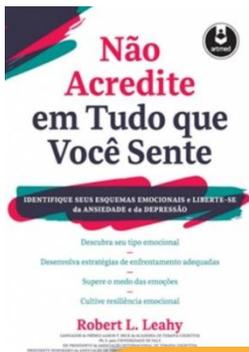
LIVROS SINOPSYSS



RIC JOGOS



CAIXINHAS MATRIX



ARTMED