


I'm not robot  reCAPTCHA

Continue

MARILENE GRANDESSO INTERFACI - NUFAC-PUK-SP, SÃO PAULO - SP - BRASIL. O objetivo deste curso é apresentar a Terapia Conjunta como uma prática pós-modernista organizada por uma conversa terapêutica construída sobre a parceria entre o terapeuta e o cliente, seja a pessoa, a família ou a comunidade. A partir de ideias de construção social, a Terapia Colaborativa faz do diálogo sua principal ferramenta de mudança terapêutica (ANDERSON, 2007a). Tendo como cliente como especialista, o terapeuta conjunto se coloca como parceiro de conversação que, como arquiteto do diálogo (Anderson e Goolishian, 1988), constrói o contexto para uma conversa de diálogo em torno de trocas colaborativas entre os participantes, a partir da qual novos significados emergem. O processo terapêutico, construído dessa forma entre terapeutas e clientes, baseia-se em um momento interativo que se desenvolve no contexto da terapia. Buscando deixar de lado seu entendimento preliminar, o terapeuta se afasta do que é dito na busca não se diz, em favor de novos conhecimentos, novas identidades com grande autoinstrução e experiência, constituindo possíveis futuros (Grandesso, 2009). Em uma postura lateral e não hierárquica, o terapeuta busca manter e incentivar conversas respeitosas, abrindo espaço e acolhendo incertezas e inesperados, mas ainda não ditos. Entendida como um exemplo filosófico ou atitude para a vida, a terapia conjunta é caracterizada por uma de suas principais representantes, Harlene Anderson como ... forma de estar em relacionamentos e conversas: forma de pensar, experimentar, estar em relacionamentos, agir com as pessoas e responder a elas, o que encontramos na terapia (ANDERSON, 2007b, p. 43). A proposta do curso, do ponto de vista metodológico, envolve a organização da separação dos presentes em torno de dois eixos: um teórico e outro empírico. No teórico, que ocorrerá no primeiro dia do curso, pretendo apresentar os fundamentos da terapia articular e sensibilidade que norteiam sua prática. Atenção especial será dada à relação entre o terapeuta e o cliente em relação ao processo de escuta e interrogatório e ao diálogo como contexto de mudança. Com relação à prática programada para o segundo dia do curso, a terapia conjunta será demonstrada na prática com a participação dos presentes. Palavras-chave: Terapia Colaborativa, Diálogo, Conversas Terapêuticas Referências Anderson Bibliográfico, H. Diálogo: Pessoas Criando Significado uns com os outros e encontrar maneiras de seguir em frente. Em Anderson, H. e Gehart, D. (Ed.) Terapia Colaborativa: Relacionamentos e Conversas que Fazem a Diferença.Nova York: Routledge, 2007a, p. 33-41. ANDERSON, H. Coração e o espírito da terapia articular: a posição filosófica é o modo de ser nas relações e conversas. Em Anderson, H. e Gehart, D. (Ed.) Terapia Colaborativa: Relacionamentos e Conversas Que Fazem Nova lorque: Routledge, 2007b, p. 43-59. ANDERSON, H.I. GOOLISHIAN, H. Sistemas humanos como sistemas linguísticos: ideias preliminares e em evolução sobre as implicações para a teoria clínica. Family Process: SlideShare usa cookies para otimizar a funcionalidade e o desempenho do site, bem como para fornecer anúncios mais relevantes aos nossos usuários. Se você continuar navegando no site, você concorda em usar cookies. Leia nosso Contrato de Usuário e nossa política de privacidade. O SlideShare usa cookies para otimizar a funcionalidade e o desempenho do site, bem como para apresentar anúncios mais relevantes aos nossos usuários. Se você continuar usando o site, você concorda em usar cookies. Para obter mais informações, visite nossa Política de Privacidade e Contrato de Usuário. 1. Objetivo: aprimorar o conhecimento de estudantes e profissionais de psicologia sobre terapia cognitiva. Preparação: Ana Maria Serra, Doutora em Terapia Cognitiva, Coordenação São Paulo-SP: Claudia Stella, Psicologia Clínica, Doutora em Educação, Professora de Psicologia e Editora da revista Psicologia Brasil. Módulos: oito módulos a serem publicados em periódicos consecutivos. Módulos de Conteúdo: Introdução à Terapia Cognitiva 2. Conceitos e Preconceito na Terapia Cognitiva 3 Terapia Cognitiva e Depressão 4 Terapia Cognitiva e Terapia Cognitiva suicida e Intervenção em Crise 4 Terapia Cognitiva e Transtornos de Ansiedade Atuais Especiais na Terapia Cognitiva Aplicada a Transtornos de Ansiedade, TOC (Transtorno Obsessivo-Compulsivo), Fobia, Transtorno do Pânico, TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático), Ansiedade Relacionada à Saúde 5 Terapia Cognitiva e Terapia Cognitiva de Dependência Química e Terapia de Distúrbios Cognitivos Alimentares em Organizações 6 Cognitivas Com Casais e Famílias de Terapia Cognitiva com Crianças e adolescente terapia cognitiva e prevenção da depressão em crianças e adolescentes 7 transtornos cognitivos e de personalidade terapia cognitiva e esquizofrenia terapia cognitiva e transtorno bipolar 8 Resistência na Terapia Cognitiva Terapia Cognitiva com Pacientes Difíceis Aliança Terapêutica em Questões de Terapia Cognitiva Relacionada à Aprendizagem na Terapia Cotva 1 Ana Maria Serra - Instituto de Terapia Cognitiva São Paulo-SP Módulo Básico Histórico da Terapia Cognitiva em 1950 Nos Estados Unidos, os princípios piagetianos da epistemologia genética e do construtivismo têm sido conhecidos no mundo acadêmico, bem como a psicologia dos desenhos pessoais de Kelly. Além disso, em relação ao advento das ciências cognitivas, o contexto da época já sinalizava uma transição generalizada para a perspectiva cognitiva do processamento da informação, com os médicos defendendo uma abordagem mais cognitiva dos transtornos emocionais. Neste momento, uma reaproximação rara foi observada psicanalistas e comportamento em um ponto: sua insatisfação com os próprios modelos nesseito, o modelo psicanalítico da raiva retroflexa e o modelo de condicionamento operacional. As clínicas têm apontado a confiabilidade duvidosa desses modelos como modelos de depressão clínica. Como resultado, nas décadas de 1960 e 1970, vários de seus adeptos observaram uma mudança para longe da psicanálise e comportamento radical. Em 1962, Ellis ofereceu sua terapia emocional racional, a primeira psicoterapia moderna com um claro sotaque cognitivo, tendo a construção cognitiva como base de distúrbios psicológicos. Especialistas comportamentais como Bandura, Mahoney e Mayhembbaum publicaram importantes artigos que identificaram processos cognitivos como críticos na aquisição e regulação do comportamento, sugerindo a cognição como uma estrutura de mediação entre ambiente e comportamento, bem como estratégias de intervenção cognitiva e comportamental para variáveis cognitivas. Martin Seligman, curso médio, ofereceu sua teoria do desamparo aprendido, essencialmente teoria cognitiva, e suas revisões como relevantes para os processos psicológicos na depressão. Em 1977, foi lançado o Journal of Cognitive Therapy and Research, o primeiro periódico a lidar com a terapia cognitiva. Em 1985, a palavra cognição foi adotada nas publicações da AABT, a Associação para o Avanço da Terapia Comportamental. Em 1986, Beck foi admitido na mesma AABT. E em 1987, apenas dois anos após a AATT adotar a palavra cognição em suas publicações, em uma pesquisa realizada entre membros da AATT, 69% se identificaram como tendo orientação cognitiva comportamental. Assim, foi aberta uma era cognitiva na psicoterapia, a partir de fatos que convergiram fortemente para o surgimento da perspectiva cognitiva, o que se refletiu na proposta da terapia cognitiva como sistema de psicoterapia baseado em seus próprios modelos de funcionamento humano e psicopatologia. Aaron Beck Mas quem é Aaron Beck, criador da Terapia Cognitiva? Beck nasceu em 1921. Graduiu-se em 1942 em Inglês e Ciência Política na Brown University, mudando-se para a Yale University School of Medicine, onde se formou em neurologia. Ele recebeu um certificado de psiquiatria em 1953 e tornou-se professor de psiquiatria na Faculdade de Medicina da Universidade da Pensilvânia, na Filadélfia, em 1954. Na década de 1960, ele estabeleceu e dirigiu o Centro de Terapia Cognitiva da Universidade da Pensilvânia. Em 1995, mudou-se do Centro, fundando o Instituto Bec com sua filha Judy Beck em Bala Sinvíd, um subúrbio da Filadélfia. Em 1996, retornou à Universidade da Pensilvânia como professor honorário, com extenso financiamento do NIMH, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos. Além disso, recebeu inúmeros prêmios e honrarias de instituições ao redor do mundo. 3. O advento da terapia cognitiva Inicialmente Beck propôs um modelo cognitivo de depressão que se desenvolveu, levou a um novo psicoterapia, que será chamada de terapia cognitiva. Na verdade, a influência mais importante, e a que levou à terapia cognitiva, foram os próprios experimentos e observações clínicas de Beck. No campo de seus experimentos, Beck primeiro pesquisou empiricamente modelos psicanalíticos de depressão como agressão retroflexa, ou seja, a agressão do indivíduo contra si mesmo na tentativa de autoajudar. Através de estudos sobre o conteúdo dos sonhos e a manipulação do humor e desempenho com depressivos, coletou dados que contradizem o modelo motivacional da psicanálise, e apontaram a depressão como simplesmente refletindo padrões negativos de processamento de informações. Na época, Beck e seus colegas desenvolveram o Beck Depression Inventory, uma medida que se tornaria a escala mais utilizada de depressão em estudos em todo o mundo. A versão revisada atual do inventário foi publicada em 1996 (BDI-II), mas não foi confirmada em português. No campo de suas observações clínicas, indicaram direções semelhantes. Beck observou que durante a terapia cognitiva, os pacientes não relatam um fluxo de pensamentos automáticos, pré-conscientes, rápidos e específicos em auto-escapeamento contínuo. Ao investigar, observou que tais fluxos de pensamento são fundamentais para a conceituação dos transtornos dos pacientes. Funcionaram como uma variável de mediação entre a ideia do paciente e suas respostas emocionais e comportamentais. Além disso, no caso de pacientes deprimidos, esses pensamentos expressavam negatividade, ou pessimismo, de uma pessoa comum contra si mesmo, o meio ambiente e o futuro. Baseado em dados sensoriais derivados de pesquisas e experimentos empíricos, Beck propôs sua teoria cognitiva da depressão. O negativo geral expresso pelos pacientes não foi um sintoma de sua depressão, mas desempenho no papel central no cenário e manutenção da depressão. Além disso, os depressivos distorcem sistematicamente a realidade aplicando viés negativo no processamento de informações. Beck aponta a cognição, não a emoção, como um fator significativo na depressão, concebendo-a como um transtorno mental e não como um transtorno emocional. Ele propôs a hipótese de vulnerabilidade cognitiva como pedra angular do novo modelo de depressão, e o conceito de circuitos cognitivos. Em 1967, Beck publicou seu primeiro grande trabalho, Depressão: Causas e Tratamento (1967), seguido de uma série contínua de publicações expressivas como a Terapia Cognitiva para Transtornos Emocionais (1976), um trabalho no qual a terapia cognitiva já é apresentada como um novo sistema de psicoterapia. Terapia de Depressão Cognitiva (1979), o trabalho mais citado na literatura especializada, além de outros trabalhos importantes nos quais Beck e sua equipe desenvolvem e ampliam os limites da terapia cognitiva aplica-se a uma ampla gama de disorders. Destaques das principais características da terapia como os sistemas psicoterapêuticos são: ➤ É um sistema psicoterapêutico integrado. Combina um modelo cognitivo de personalidade e psicopatologia com um modelo aplicado que combina um conjunto de princípios, métodos e estratégias terapêuticas baseadas diretamente em seu modelo teórico. Também possui evidências empíricas baseadas no volume respeitável de estudos de eficácia controlada. Em outras palavras, atende aos critérios básicos que lhe dão o status de sistemas psicoterapêuticos. ➤ demonstra aplicabilidade efetiva, segundo estudos controlados, em diversas áreas: no campo tradicional da psicologia clínica, onde a TC é aplicada à depressão, transtornos de ansiedade (ansiedade generalizada, fobias, pânico, hipocôndria, transtorno obsessivo-compulsivo), dependência química, transtornos alimentares, transtorno de estresse pós-traumático, transtornos de personalidade, casais e terapia de grupo, adultos, crianças e adolescentes. A terapia cognitiva padrão, combinando métodos terapêuticos e estratégias para atingir seus principais objetivos, foi modificada para uso em diversas áreas da especialidade, refletindo modelos teóricos e especialmente aqueles aplicados para cada classe de transtornos. ➤ Também se aplica às áreas de educação, esportes e organizações, e é usado com sucesso como suplemento no tratamento de transtornos orgânicos, área em que possui um grande corpo de pesquisa. E em um caso particular de psicose, publicações no campo da esquizofrenia e transtorno bipolar, o que mostra resultados encorajadores. Trata-se de um processo terapêutico baseado em políticas e semiestruturados de resolução de problemas. Essa colaboração, ou seja, reflete o processo em que tanto o terapeuta quanto o paciente desempenham um papel ativo e estabelecem conjuntamente metas terapêuticas, agendas de cada sessão, tarefas entre sessões, etc. Envolve uma relação genuína entre terapeuta e paciente baseada na empatia terapêutica na qual o terapeuta é amigável, caloroso e genuíno. ➤ Sessões, bem como o processo terapêutico, são semiestruturadas, envolvendo tarefas entre as sessões. Trata-se de um ponto focal, exigindo uma definição específica e específica dos problemas e objetivos terapêuticos do paciente. ➤ Tem um caráter didático no qual o objetivo não é apenas ajudar o paciente com seus problemas, mas também fornecer-lhe uma nova ferramenta cognitiva comportamental, através da prática regular, para que ele possa perceber e responder a formas reais funcionais, sendo funcionalmente definido como o que contribui para o alcance de seus objetivos. Nesse sentido, as intervenções são explícitas, envolvendo feedback mútuo entre o terapeuta e o paciente. É um processo terapêutico de um curto e tempo, e sua aplicação pode variar de cerca de 12 a 24 sessões, tornando-o sua parte o contexto socioeconômico atual e possibilitando a sua utilização no sistema público de saúde, bem como no sistema de saúde. ➤ É eficaz para diferentes grupos da população, independentemente da cultura e do nível socioeconômico e educacional (Serra et al., 2001). Atender a todas essas características certamente nos permite argumentar que a terapia cognitiva representa uma mudança de paradigma na psicoterapia. No entanto, a terapia cognitiva parece fácil, mas não é! A média de estudantes que recebem terapia cognitiva após o primeiro ano de estudo em centros internacionais é de apenas 25%, 5%, índice, que tende a aumentar à medida que o tempo de treinamento é estendido, indicando a relevância da formação. Por isso, recomenda-se treinamento extensivo e formal, com instrutores treinados em uma área específica de terapia cognitiva, e acompanhamento clínico prolongado até que o terapeuta possa praticar por conta própria. Intervenção clínica na terapia cognitiva Enfatizamos vários estágios. Em primeiro lugar, enfatizamos a definição de estratégia de intervenção, ou seja, a conceituação cognitiva do paciente e seus problemas, a definição de metas terapêuticas e o planejamento do processo de intervenção. Na segunda etapa, o terapeuta busca normalizar as emoções do paciente, a fim de aumentar a motivação do paciente para o trabalho terapêutico e seu apego ao processo. Nesse sentido, o terapeuta prioriza o que podemos chamar de intervenção funcional, focando na cognição disfuncional, iniciando os primeiros esforços para resolver problemas e incentivando o paciente a desenvolver habilidades de resolução de problemas. Na terceira etapa, o trabalho foca na intervenção no nível estrutural, ou seja, o problema das crenças e esquemas disfuncionais que visam promover a reestruturação cognitiva do paciente. Na quarta etapa, a cessação, promove, por meio de diversos métodos, assimilação e generalização de benefícios terapêuticos, bem como prevenção de recaídas. O objetivo final do esforço terapêutico é fornecer ao paciente estratégias cognitivas e comportamentais para que ele promova e mantenha uma estrutura cognitiva funcional. O princípio básico da terapia cognitiva e do modelo cognitivo da psicopatologia O princípio básico da terapia cognitiva pode ser resumido da seguinte forma: nossas respostas emocionais e comportamentais, bem como nossa motivação, não dependem diretamente de informações, mas como lidamos com essas situações, ou seja, as interpretações que fazemos dessas situações, nossa representação dessas situações, ou o significado que atribuímos a elas, são reflexos no conteúdo de nossos pensamentos automáticos contidos em vários fluxos paralelos ocorrem em um nível pré-consciente. O conteúdo de nossos pensamentos automáticos e pré-conscientes reflete a ativação de estruturas, padrões e crenças inconscientes básicas, bem como o valor atribuído pelo sujeito ao real. Um exemplo simples para ilustrar esse princípio: suponha que nos encontremos por acaso com um amigo que não nos cumprimenta. Se pensarmos que ele não quer mais ser meu amigo, nossas emoções ficarão tristes, e nosso comportamento provavelmente nos distanciará de um amigo. Se, no entanto, pensarmos: 'Oh, ele está entediado comigo?', nossas emoções ficarão apreensivas e nosso comportamento procurará um amigo e perguntará o que está acontecendo. Ou se pensarmos: Quem ele acha que não deveria me receber? Deixe-o esperar por mim!, nossas emoções podem ser raiva e comportamento, vamos resistir a um amigo. No entanto, diante da mesma situação, ainda podemos pensar em não ter me recebido. ... Acho que ele não me viu, e neste caso, nossas emoções e comportamento permanecerão os mesmos. 6. Assim, este exemplo ilustra que nossas interpretações, percepções ou apropriações de significado atutam como uma variável de mediação entre reações reais e nossas emocionais e comportamentais. Segue-se que, para mudar emoções e comportamentos, intervimos na forma como os processos individuais de informação, ou seja, interpretamos, representam ou atribuem o significado dos eventos, na tentativa de promover mudanças em seu sistema de padrões e crenças. Essas intervenções



