

**Bernard Rangé**  
& COLABORADORES

2ª edição

# Psicoterapias cognitivo-comportamentais

*um diálogo com a psiquiatria*





---

P974      Psicoterapias cognitivo-comportamentais [recurso eletrônico] :  
              um diálogo com a psiquiatria / Bernard Rangé ...[et al.]. – 2.  
              ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2011.

              Editado também como livro impresso em 2011.  
              ISBN 978-85-363-2656-6

              1. Terapia cognitivo-comportamental – Psicoterapia.  
              2. Psiquiatria. I. Rangé, Bernard.

CDU 616.89

---

Catálogo na publicação: Ana Paula M. Magnus – CRB 10/2052



Parte **I**

**INTRODUÇÃO ÀS PSICOTERAPIAS  
COMPORTAMENTAIS E COGNITIVAS**

# Terapia cognitiva

Melanie Pereira  
Bernard P. Rangé



## INTRODUÇÃO

O objetivo deste capítulo é apresentar um breve histórico das terapias cognitivas, centrando-se mais especificamente no Modelo de Reestruturação Cognitiva para Depressão, criado por Aaron Beck, e apresentar conceitos básicos da terapia cognitiva, como níveis de cognição, conceitualização, estrutura de sessão, tratamento e algumas técnicas da terapia, tais como o questionamento socrático, a técnica da seta descendente, entre outras.

## VISÃO GERAL HISTÓRICA DAS TEORIAS E DAS TERAPIAS COGNITIVO-COMPORTAMENTAIS

### Mudança de paradigma

Na década de 1960, teorias psicanalíticas dominavam de forma absoluta a psicologia clínica e a psiquiatria. Na teoria psicanalítica, a psicopatologia da depressão era atribuída, entre outras hipóteses, à raiva introjetada do objeto perdido, a emoções negativas relacionadas a vivências traumáticas reais.

No entanto, a partir da década de 1970 se desencadeou nos Estados Unidos um movimento de questionamento nos meios científicos quanto à eficácia da abordagem psicanalítica para os transtornos mentais.

Algumas das teorias cognitivo-comportamentais atuais surgiram nesse período.

A **Terapia Racional Emotiva, desenvolvida por Albert Ellis (1962)**, estabeleceu a visão de que construções cognitivas, como pensamentos irracionais e negativos, seriam a base dos transtornos psicológicos. Bandura (1969-1971), com sua teoria da aprendizagem social, estabeleceu o processo cognitivo como um elemento fundamental na aquisição e na regulação do comportamento.

Outras teorias comportamentais importantes com ênfase no processo cognitivo surgiram, como a de Meichenbaum (1973) com o Treino de Inoculação ao Estresse; a de D’Zurilla e Goldfried (1971) com o Treino em Solução de Problemas; a de Mahoney (1974) com a Modificação Cognitiva do Comportamento; representando um meio de o ser humano construir sua capacidade de aprendizado serviram como base para o fortalecimento da terapia cognitiva.

### Construção do modelo de reestruturação cognitiva de Beck

Foi no período entre 1959 e 1979 que Aaron Beck, psicanalista de formação, professor e pesquisador da Universidade da Filadélfia, nos Estados Unidos, juntamente com seus colaboradores, desenvolveu e sistematizou o modelo da Terapia Cognitiva.

Como psicanalista e pesquisador, a intenção inicial de Beck foi estudar qual seria o processo psicológico central envolvido nas depressões. Sua hipótese inicial foi de que a “raiva internalizada” seria o processo psico-

lógico central dos transtornos depressivos, e elegeu os sonhos como objeto de estudo para validar essa ideia. Investigou, inicialmente, o conteúdo dos sonhos de pacientes deprimidos e não deprimidos, não encontrando uma diferença significativa em conteúdos hostis ou agressivos entre os dois grupos (1959).

Sua hipótese alternativa foi, então, a de uma necessidade de sofrer ou um masoquismo, e elaborou um segundo estudo, quantificando o conteúdo masoquista dos 20 primeiros sonhos de pacientes deprimidos (n = 18) e não deprimidos (n = 12), encontrando uma diferença significativa na quantidade de temas masoquistas nos sonhos de pacientes deprimidos comparados com os de não deprimidos (1959).

Ele realizou a seguir um estudo maior que confirmou o resultado anterior: uma maior quantidade de conteúdo masoquista nos sonhos do grupo de pacientes deprimidos quando comparado ao grupo dos não deprimidos. Além disso, encontrou também um paralelo entre o conteúdo masoquista dos sonhos de pacientes deprimidos e seu comportamento em estado de alerta; isso o levou ao questionamento de que “a necessidade de sofrer” poderia ser encontrada, além de nos sonhos, em outros fenômenos cognitivos nos indivíduos depressivos quando acordados. A manipulação experimental desses pacientes levou Beck e seus colaboradores a abandonar a hipótese de necessidade de sofrer - o masoquismo - como o principal elemento psicológico na depressão. A conclusão final desses estudos foi de que “certos padrões cognitivos poderiam ser responsáveis pela tendência do paciente a fazer julgamentos com um viés negativo de si mesmo, de seu ambiente e do futuro que, embora menos proeminentes no período fora do episódio depressivo, se ativariam facilmente durante os períodos de depressão” (Beck, 1967).

Beck passou a utilizar esses achados em sua prática, apontando para seus pacientes deprimidos em atendimento suas distorções cognitivas negativas e a relação destas com o estado depressivo deles. Para sua surpresa, provocá-los no aqui e agora a perceber

este viés negativo de pensamento resultou em uma significativa melhora no humor e no comportamento desses indivíduos.

A sistematização final dessas observações e intervenções foi publicada por Beck e colaboradores no livro *Terapia Cognitiva da Depressão* (1979).

## O MODELO COGNITIVO

O que perturba o ser humano não são os fatos, mas a interpretação que ele faz destes. (Epitecto, século 1 d.C.)

Nossa serenidade não depende das situações, mas de nossa reação diante delas. Portanto, ao intervirmos no aqui e agora, toma-se possível provocar mudanças em nosso futuro. (Buda, 563 a.C.)

Estoicismo e filosofias orientais - como taoísmo e budismo - enfatizam que as emoções humanas têm como base o pensamento, a mente em constante atividade, gerando raciocínios, afetos e condutas que permitem ao indivíduo uma maior ou menor percepção da realidade.

A terapia cognitiva criada por Beck está baseada nesses princípios. Mais que os fatos em si, a forma como o indivíduo os interpreta influencia a forma como ele se sente e se comporta em sua vida. Uma mesma situação produz reações distintas em diferentes pessoas, e uma mesma pessoa pode ter reações distintas a uma mesma situação em diferentes momentos de sua vida.

O indivíduo com sofrimento psicológico tem sua capacidade de percepção de si mesmo, do ambiente e de suas perspectivas futuras prejudicada pelas distorções de conteúdo de pensamento específicas de sua patologia, que acabam por determinar “vícios na forma como os fatos são interpretados.

Nos estados depressivos, são essas distorções cognitivas que influenciam na visão negativa do indivíduo em relação a si mesmo, ao mundo e ao seu futuro. Nos estados

ansiosos, levam a uma superestimativa de riscos tanto internos como externos, além de uma subestimativa dos próprios recursos pessoais e de seu ambiente para lidar com esses riscos. A terapia cognitiva de Beck evoluiu a partir da observação clínica e de testes experimentais dessa forma de pensar peculiarmente negativa dos pacientes com transtornos depressivos.

Todas as terapias cognitivo-comportamentais derivam do modelo cognitivo e compartilham alguns pressupostos básicos:

1. a atividade cognitiva influencia o comportamento;
2. a atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada;
3. mudanças na cognição determinam mudanças no comportamento (Dobson, 2001).

A terapia cognitiva de Beck é uma psicoterapia focal, baseada no modelo cognitivo que pressupõe que, em transtornos mentais, o pensamento disfuncional é um elemento importante. A modificação de pensamentos disfuncionais leva à melhora sintomática dos transtornos, à modificação de crenças disfuncionais subjacentes e estabelece uma melhora mais abrangente e duradoura.

A terapia cognitiva trabalha basicamente com identificação e reestruturação de três níveis de cognição: pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças nucleares.

Pensamentos automáticos são o nível de cognição mais superficial na terapia cognitiva: são espontâneos, telegráficos, repetitivos e sem questionamento quanto a sua veracidade ou utilidade e são acompanhados de uma forte emoção negativa ante as mais variadas situações do cotidiano. Podem ser mais facilmente identificados pelo paciente.

Crenças intermediárias são o segundo nível de cognição criado por Beck em seu modelo: são as regras e os pressupostos criados pelo indivíduo para que ele possa conviver com as idéias absolutas, negativas e não adaptativas, que tem a seu respeito. Funcionam como um mecanismo de sobre-

vivência que o auxiliam a lidar e a se proteger da ativação extremamente dolorosa das suas crenças nucleares.

Crenças nucleares são o terceiro e mais profundo nível de cognições e têm sua origem nas experiências infantis. Têm uma forma absoluta, negativa, rígida e inflexível sobre o que o indivíduo pensa sobre si; são mais difíceis de ser acessadas e modificadas; resultam da interação da natureza genética do indivíduo e de sua hipersensibilidade pessoal à rejeição, ao abandono, à oposição, às dificuldades inerentes de se estar vivo e de componentes externos do seu ambiente, que podem reforçar ou atenuar fatores positivos e negativos da natureza geneticamente determinada do indivíduo.

## CONCEITUALIZAÇÃO COGNITIVA

Quando você não está certo de para onde está indo, qualquer estrada serve para te fazer chegar.  
(Lewis Carroll,  
Alice no País das Maravilhas)

Elemento fundamental na terapia cognitiva, a conceitualização cognitiva é a habilidade clínica mais importante que o terapeuta cognitivo precisa dominar para um planejamento adequado e para a eficácia do tratamento. Um entendimento adequado sobre as razões do comportamento não adaptativo do paciente é absolutamente necessário para que o tratamento não acabe sendo meramente uma aplicação de técnicas cognitivas e comportamentais, sem a estruturação que caracteriza a terapia cognitiva. É a conceitualização que torna possível criar o foco, com a colaboração do paciente e do terapeuta em conjunto. É um elemento fundamental para qualquer tratamento psicoterápico, é o mapa que permite a compreensão de como o paciente se estruturou para sobreviver e como se protegeu de suas crenças negativas e do ambiente adverso.

Segundo Beck, alguns elementos são fundamentais para a elaboração de uma conceitualização:

1. diagnóstico clínico do paciente;
2. identificação de pensamentos automáticos, sentimentos e condutas frente a diferentes situações do cotidiano que mobilizem afeto e que tenham um significado importante para a pessoa;
3. crenças nucleares e intermediárias;
4. estratégias compensatórias de conduta que o indivíduo utiliza para evitar ter acesso a suas crenças negativas;
5. dados relevantes da história do paciente que contribuíram para formação ou fortalecimento destas.

Este processo tem início desde o primeiro contato com o paciente: hipóteses são criadas e são verificadas a partir de situações e pensamentos repetitivos do dia a dia do indivíduo.

Resumindo, no modelo cognitivo de Beck, experiências precoces de perda são interpretadas a partir da sensibilidade geneticamente herdada pelo indivíduo, criando-se então estruturas cognitivas que ele denominou de crenças centrais negativas em relação a si mesmo, seu ambiente e suas perspectivas de futuro, estabelecendo um **viés no processamento de informações, um “erro lógico na cognição”**. Essas distorções cognitivas alteram as emoções, o comportamento e a fisiologia do indivíduo. São estas crenças centrais negativas que levam à necessidade da elaboração de regras e pressuposições que auxiliam o indivíduo a lidar com esses autoesquemas negativos.

## PRINCÍPIOS do tratamento

A terapia cognitiva proposta por Beck e baseada na conceitualização é uma abordagem estruturada, diretiva e colaborativa, com um forte componente educacional, orientada para o aqui e agora, de prazo limitado, indicada atualmente por sua eficácia cientificamente comprovada para o tratamento de uma série de transtornos mentais, como depressão, ansiedade, transtornos de personalidade, esquizofrenia, entre outros.

Como em qualquer abordagem psicoterápica, uma relação terapêutica sólida e empática e uma avaliação diagnóstica cuidadosa são elementos fundamentais para o sucesso do tratamento.

A cada sessão faz-se inicialmente uma verificação do humor do paciente em relação à sessão anterior e como ele se sentiu durante a semana. Isso costuma ser feito através de instrumentos autoaplicáveis, como a Escala de Beck para Depressão (BDI) (Beck et al., 1961), e Ansiedade (BAI) (Beck et al., 1988) ou utilizando instrumentos clínicos como solicitar ao paciente que ele atribua uma nota de 0 a 10 para a intensidade da tristeza ou da ansiedade que sentiu durante a semana.

Na terapia cognitiva, uma agenda é estabelecida em cada sessão, em comum acordo entre paciente e terapeuta. No início da sessão, costuma ocorrer uma revisão da tarefa proposta na sessão anterior e o estabelecimento de uma hierarquia nos assuntos propostos para serem discutidos na sessão que está por ocorrer.

Discutir os elementos da agenda, estabelecer uma tarefa para a semana relacionada ao trabalhado na sessão, revisar o humor do paciente ao final e solicitar que ele faça um resumo do que considera estar levando de útil para si da sessão e se, na sua opinião, ocorreu ou não uma melhora de seu humor são outros itens de uma sessão típica de terapia cognitiva.

Finalmente, ao término, solicita-se ao paciente um feedback de como ele se sentiu durante a sessão, se algum dos assuntos tratados lhe foi desconfortável ou se algo que tinha interesse de conversar não foi trabalhado.

A estrutura original da terapia cognitiva de Beck (1979) para o transtorno depressivo unipolar tem o formato de 15 a 20 sessões semanais, por um período de seis meses, com duração de 45 a 60 minutos. Nos últimos dois meses, as sessões ocorrem de 15 em 15 dias, com mais algumas sessões mensais de “reforço” por dois ou três meses ainda, quando ocorre o término do tratamento.

A terapia cognitiva é constituída de uma série de componentes e técnicas:

Psicoeducação.

Identificação, avaliação e modificação de pensamentos automáticos e crenças.

Identificação das distorções cognitivas.

Controle de atividades e agendas.

Utilização de cartões de autoajuda.

Treinamento de habilidades, especialmente da habilidade de solução de problemas.

Realização de tarefas cognitivas e comportamentais entre sessões.

Exposição hierárquica.

Ensaio cognitivo.

Dramatização.

Exame de vantagens e desvantagens.

Aprendizado de manejo de tempo.

Revisão de videoteipes das sessões.

O tratamento irá envolver:

Avaliação, identificação de problemas, delimitação de um foco.

Conceitualização, elaborada de forma colaborativa com o paciente.

Intervenções para diminuir a frequência e a intensidade de pensamentos automáticos negativos e ruminções.

Identificação, questionamento e revisão de pensamentos automáticos negativos.

Identificação e questionamento de regras e suposições visando buscar e testar al-

ternativas para reduzir a vulnerabilidade do indivíduo.

Prevenção de recaída.

Um caso clínico para ilustrar a aplicação do modelo será relatado a seguir.

Carla, 32 anos, secretária, solteira, curso superior completo, procurou tratamento por sentir-se deprimida desde que seu namorado rompeu a relação há três meses. Está insone, pessimista e sem ânimo.

Relata em sessão seu encontro com o ex-namorado em uma festa no final de semana.

Terapeuta: O que você pensou quando encontrou seu ex-namorado na festa?

Paciente: Pensei que ninguém nunca vai gostar de mim e que não deveria ter ido à festa, me senti uma boba.

Terapeuta: Você pensou então: “Ninguém nunca mais vai gostar de mim”;  
“Não deveria ter vindo à festa”;  
“Sou uma boba”?

Paciente: Sim.

Terapeuta: E como você se sentiu ao pensar isso?

Paciente: Ansiosa e triste... tão triste que resolvi ir embora.

Terapeuta: Seria então... (escrevendo com as palavras da paciente, na sessão) (ver Quadro 1.1):

### QUADRO 1.1

### REGISTRO DE PENSAMENTO DISFUNCIONAL

Situação	Pensamento automático	Sentimento	Comportamento
Encontro com ex-namorado na festa	Ninguém nunca mais vai gostar de mim.	Tristeza	Fui embora
	Não deveria ter vindo à festa.	Ansiedade	
	Sou uma boba.		

Na terapia cognitiva, nossa primeira tarefa como terapeuta é demonstrar para o paciente a conexão existente entre pensamento, sentimento e comportamento. É importante tomar o paciente atento a essa relação.

Solicitar que registre inicialmente situações em que se SENTIU emocionalmente mobilizado e no que estava PENSANDO no momento que se sentiu desconfortável é uma das primeiras tarefas que se propõe ao paciente. Na terapia cognitiva, essa tarefa é denominada Registro de Pensamento Disfuncional.

Como pode ser observado, é muito comum a confusão entre pensamento e sentimento. Um exemplo dessa confusão é quando Carla diz: “me senti uma boba”. O terapeuta, durante a sessão, demonstra esta dificuldade quando escreve, ao preencher o registro de pensamento disfuncional, as palavras SENTIU e PENSANDO em letras maiúsculas.

Perguntamos a Carla, após o registro, qual o pensamento que mais a incomodou, mais trouxe tristeza e ansiedade entre os três que automaticamente lhe ocorreram ao ver seu ex-namorado na festa.

Carla responde: Foi, sem dúvida, o pensamento de que ninguém nunca mais vai gostar de mim.

Terapeuta: Quanto você acredita realmente nisso, de 0 a 100%?

Paciente: 100%.

Resumindo, o pensamento que automaticamente ocorre à paciente ao ver seu ex-namorado na festa é o de que nunca mais

alguém gostará dela e, como consequência dessa ideia, sente-se triste e ansiosa e vai embora da festa (ver Quadro 1.2).

Continuando a sessão com Carla:

Terapeuta: E ninguém nunca mais vai gostar de você, significa o que a seu respeito?

Paciente: Que sou um fracasso.

Terapeuta: Então... pessoas que não têm parceiros são fracassadas?

Paciente: Sim, ter alguém é algo muito importante para mim!

Terapeuta: Porque pessoas que tem parceiros...

Paciente: São felizes, dão certo na vida, são bem-sucedidas.

Terapeuta: Então, dentro dessa lógica, parece que existe uma regra, não? Caso você não concorde, me corrija: “Pessoas que têm um relacionamento afetivo são bem-sucedidas e pessoas que não têm um relacionamento afetivo são fracassadas”?

Paciente: Acho que é assim mesmo que eu penso.

Toma-se compreensível a reação de Carla ao término de seu relacionamento de acordo com essa regra que criou como defesa de sua ideia de ser um fracasso.

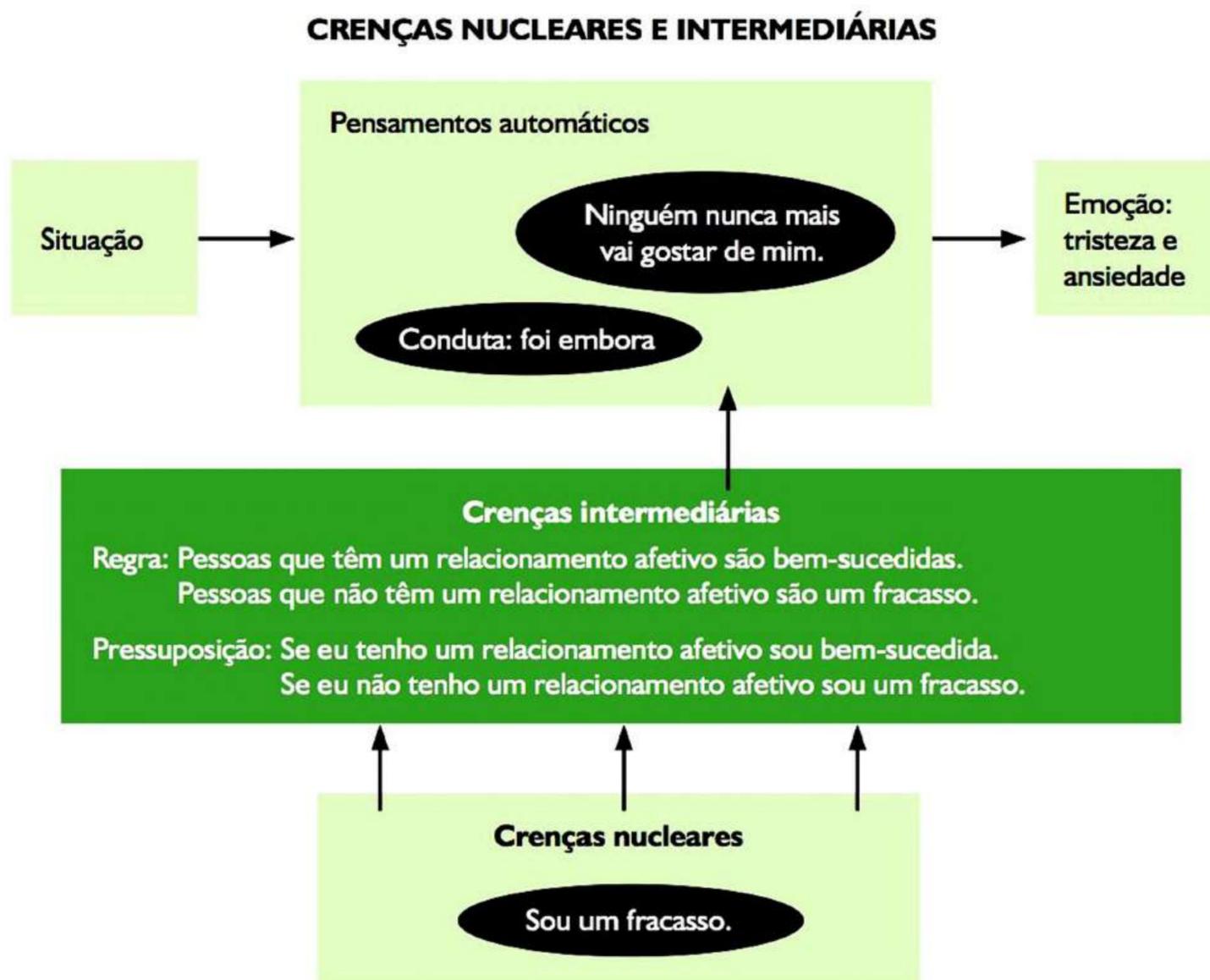
Neste trecho da entrevista, é possível identificar a crença central de Carla de “ser um fracasso”: este é o terceiro e mais profundo nível de cognição do modelo de reestruturação de Beck.

A partir dessa crença, a paciente interpreta toda a sua realidade: não ter alguém e

**QUADRO 1.2**

**REGISTRO DE PENSAMENTO DISFUNCIONAL**

Situação	Pensamento automático	Sentimento
Namorado rompeu relacionamento	“Ninguém nunca mais vai gostar de mim” Acredito – 100%	Tristeza Desânimo Intensidade – 10

**FIGURA 1.1**

Esquema de registro de crenças nucleares e intermediárias da paciente Carla.

ter sofrido um rompimento são “provas” de que sua ideia negativa de si mesma é verdadeira. Ter alguém, uma regra que criou para sobreviver à esta crença absoluta negativa, estava sendo preenchida.

Como ocorre a intervenção quando Carla já é capaz de identificar os três níveis de cognição nos quais ela funciona?

O objetivo maior da terapia cognitiva é tomar o paciente seu próprio terapeuta.

Terapeuta: E outra situação foi...

Paciente: Sou professora. Essa semana três alunos dormiram em minha sala de aula. Logo pensei que realmente não consigo fazer as coisas direito, senti um desânimo... Terminei a aula mais cedo e fui chorar no banheiro.

A visão absoluta de Carla de si mesma como um fracasso fez com que ela interpretasse as situações de seu cotidiano dentro dessa ótica, praticamente sem nenhum questionamento. A interpretação da realidade a partir da crença nuclear de ser um fracasso leva Carla a um viés interpretativo da realidade.

Esses pensamentos automáticos e as crenças intermediárias podem ser o resultado da ativação de crenças negativas de Carla a respeito de si mesma, o que é comum em quadros depressivos.

Mas Carla é ou não um fracasso? Outro objetivo da terapia cognitiva é ensinar o paciente a revisar consigo mesmo se seus pensamentos são verdadeiros ou não.

O objetivo de um terapeuta não é ensinar o paciente a “brincar de contente”, mas tomá-

-lo capaz de poder interpretar a realidade, identificar as distorções cognitivas características de sua patologia (ver Quadro 1.3).

Terapeuta: Então você seria um fracasso porque...

Paciente: Levei um fora de meu namorado, me sinto um fracasso, não consigo fazer as coisas direito, minhas festas não dão certo e meus alunos dormem em minhas aulas.

Terapeuta: Vamos ver então, Carla. Você levou um fora do seu namorado. Você já teve outros namorados?

Paciente: Sim, três que eu me lembre, mais o João quando eu tinha só 15 anos.

Terapeuta: Quanto tempo eles duraram?

Paciente: Ah, eu namoro por bastante tempo, pelo menos dois ou três anos cada um.

Terapeuta: O fato de você ter se envolvido em quatro relacionamentos anteriores que duraram em média dois anos é uma evidência a favor ou contra a ideia de que nunca mais uma pessoa vai gostar de você?

Paciente: Parando para pensar, acho que é contra.

Terapeuta: Podemos descrever este fato como uma evidência de que você é ou não é um fracasso?

Paciente: Acho que como uma evidência de que não sou um fracasso.

Seguimos investigando com a paciente.

Terapeuta: Você sempre levou o fora nestes relacionamentos?

Paciente: Digamos que meio a meio, dos meus cinco namorados, dei dois foras e levei três.

Terapeuta: Isso é uma prova de você ser um fracasso?

Paciente: Ter rompido dois namoros em cinco não fecha muito com essa ideia...

Terapeuta: Então, isso é uma evidência de que você é ou não um fracasso?

Paciente: De que não sou um fracasso (com expressão surpresa).

Terapeuta: Não tem ninguém interessado em você agora?

Paciente: Minhas colegas dizem que o Zeca, um colega de trabalho, vive na minha volta.

Terapeuta: E isso é uma evidência...

Paciente: De que não sou um fracasso. Agora me lembrei que quando

**QUADRO 1.3**

**REGISTRO DE PENSAMENTOS  
DISFUNCIONAIS DA PACIENTE CARLA**

Situação	P. A.	Sentimento	Conduta	P. Alt.
Organizei uma festa este fim de semana	Minhas festas dão sempre errado. Acredita que choveu!	Me deu uma <b>tristeza</b>	Fiquei andando de um lado para o outro. Não conseguia sentar para atender todo mundo. <b>Mal conversei.</b> Fiquei cansada.	PA- Emoção
Sou professora e três alunos dormiram na sala de aula.	Não consigo fazer as coisas direito.	Dá um <b>desânimo.</b>	Terminei a aula mais cedo e fui chorar no banheiro.	

estava indo embora da festa, o Zeca veio falar comigo, mas eu nem dei atenção a ele, só queria sair dali.

O questionamento socrático, como exemplificado acima, é uma técnica muito utilizada na terapia cognitiva, através da qual o terapeuta coleta informações que sustentam ou não a ideia do paciente; no caso da paciente Carla, ela ser ou não um fracasso.

O mesmo questionamento seria feito com as duas outras situações que ela trouxe durante a sessão (ver Quadro 1.4).

Investigar evidências que sustentam ou não uma crença nuclear (neste caso, ser um fracasso) é uma das maneiras de ensinar o paciente a revisar suas distorções e criar crenças alternativas mais dentro da realidade.

O objetivo final da terapia cognitiva visa ensinar o paciente a ser capaz de reconstruir sua cognição, avaliar o que sustenta ou não suas crenças nucleares negativas e o quanto elas são verdadeiras ou não - possibilitando a construção de crenças nucleares e intermediárias alternativas - e colocar suas regras em um continuum, não mais polarizadas em positivo e negativo.

### Origem das crenças nucleares e intermediárias negativas

Carla relata que seu pai era uma pessoa extremamente exigente e sua irmã mais velha, uma pessoa muito bonita e inteligente, uma aluna nota 10.

Carla sempre foi uma aluna média. Não se destacava, mas nunca repetia o ano. Seu pai sempre a comparava com a irmã e vivia dizendo que ela seria “um fracasso”, que não daria certo na vida, caso não se esforçasse como a irmã.

Carla teve um quadro de depressão maior aos 18 anos porque não passou no seu primeiro vestibular. Seu pai ficou muito decepcionado e assustado, pois o pai dele (o avô paterno da paciente) era deprimido e se suicidou. “Ele nunca me perdoou por isso e se afastou definitivamente de mim”, disse Carla.

Passamos a falar então de conceitualização, um instrumento básico na terapia cognitiva para a compreensão de como o indivíduo se organizou para poder interagir com suas crenças nucleares negativas disfuncionais.

No modelo de reestruturação de Beck, os dados coletados são organizados em um quadro, como pode ser visto na Figura 1.2.

Seguindo com a paciente, seu quadro de conceitualização pode ser preenchido a partir de três situações que relata de seu cotidiano consideradas problemáticas devido à forte carga de afeto e aos pensamentos negativos que provocaram. A elaboração de uma hipótese de conceitualização pode ocorrer na primeira sessão com o paciente.

No caso de Carla, a primeira situação relatada foi o encontro com ex-namorado na festa; seu pensamento automático - “Ninguém nunca mais vai gostar de mim” - fez com que se sentisse ansiosa e triste e decidisse ir embora.

A situação número 2, foi quando organizou um churrasco no fim de semana; seu

#### QUADRO 1.4

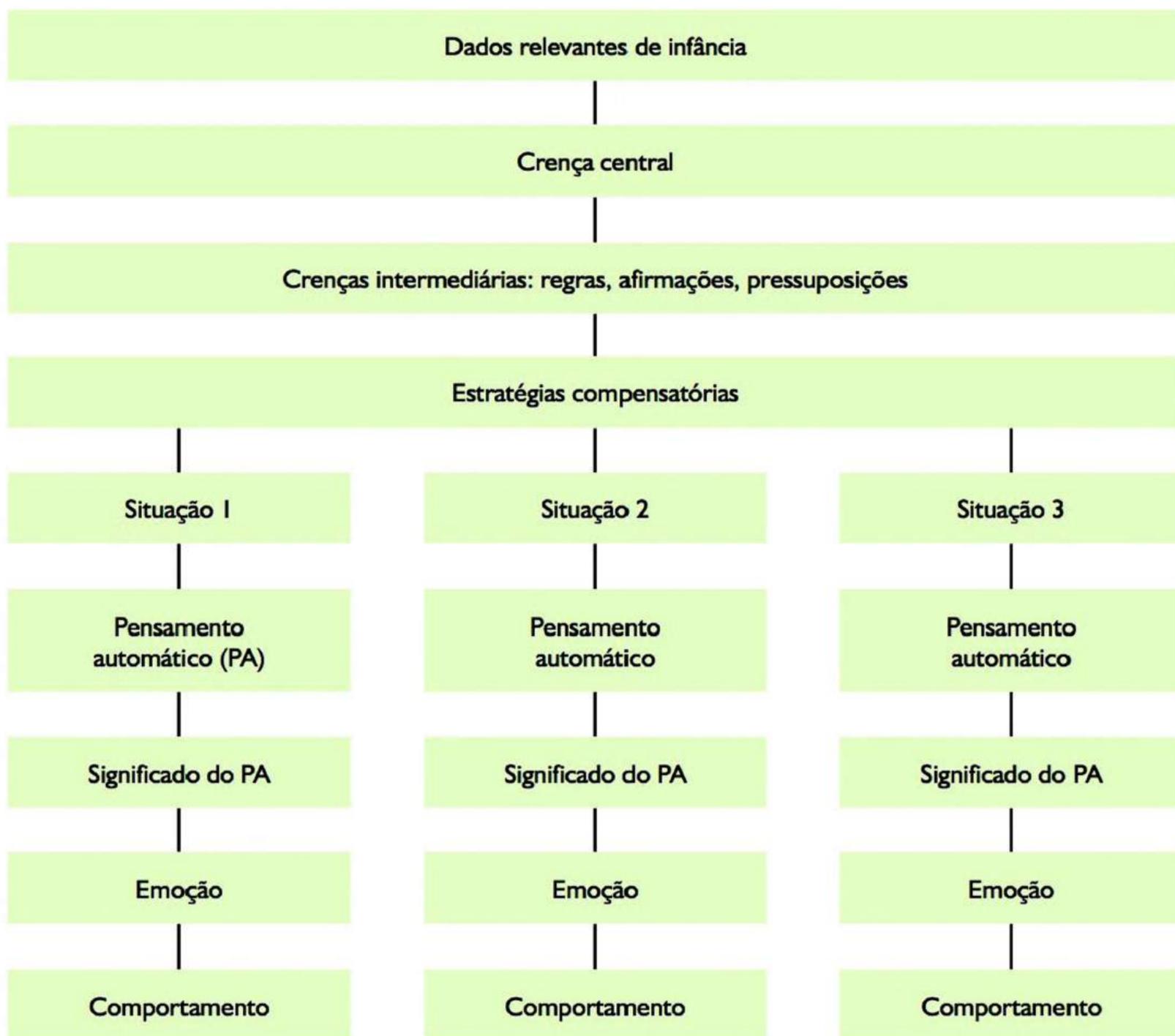
#### QUADRO DE EVIDÊNCIAS PRÓS E CONTRAS SOBRE A CRENÇA NUCLEAR DA PACIENTE DE SER UM FRACASSO

##### Evidências que sustentam a crença

1. Meu namorado brigou comigo
2. Não faço as coisas direito
3. Minhas festas não dão certo
4. Meus alunos dormem na sala de aula

##### Evidências que não sustentam a crença

1. Tive cinco namorados
2. Dei dois foras
3. O Zeca está interessado em mim
4. Ele me procurou antes de eu ir embora da festa



**FIGURA 1.2**

Diagrama de conceitualização cognitiva (© Judith Beck, 1993).

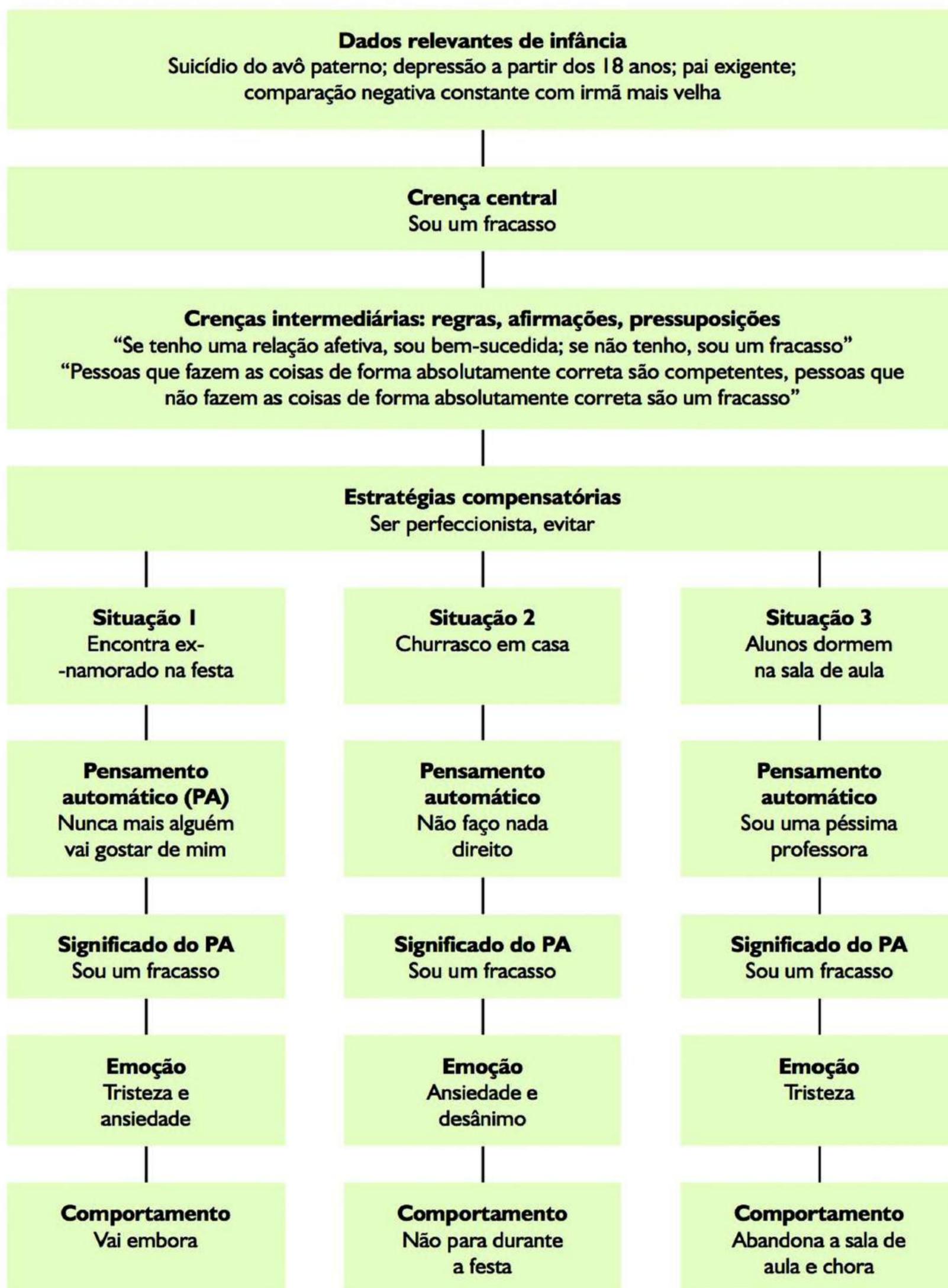
pensamento automático foi “Minhas festas sempre dão errado”; sentiu-se triste e desanimada, não conseguindo parar de trabalhar e não se permitindo conversar com ninguém.

A situação 3 foi de três alunos dormirem na sua aula; o pensamento automático de Carla foi “Não consigo fazer as coisas que tenho de fazer”; sentiu-se desanimada e triste, terminando sua aula mais cedo.

O passo seguinte é identificar com Carla o que cada pensamento automático significa em cada situação em relação a sua pessoa, ou seja, tentar identificar sua crença

nuclear negativa, neste caso: “Sou um fracasso”.

A partir dessa sua crença nuclear negativa, “sou um fracasso”, que suas crenças intermediárias se estabeleceram como, por exemplo: “Se tenho um relacionamento afetivo, sou bem-sucedida; se não tenho um relacionamento afetivo, sou um fracasso”; ou afirmações como: “Pessoas que fazem as coisas de forma absolutamente correta são bem-sucedidas e pessoas que não fazem as coisas de forma absolutamente correta são um fracasso”.



**FIGURA 1.3**

Diagrama da conceitualização da paciente Carla (© Judith Beck, 1993).

A identificação de comportamentos e estratégias compensatórias fica visível: ser perfeccionista, evitar.

Dados relevantes da história da paciente, que podem ou não reforçar ou atenuar a sua crença negativa, são importantes para uma conceitualização adequada e útil.

No caso de Carla, o suicídio do avô paterno, seu diagnóstico de depressão aos 18 anos, um pai crítico e exigente e uma irmã atraente com uma inteligência aparentemente acima da média são dados de história que podem ser considerados relevantes.

A elaboração da conceitualização é um processo contínuo, vivo e sujeito a modificações, à medida que novos dados são revelados e hipóteses podem ser confirmadas ou rejeitadas durante o processo do tratamento. É um instrumento clínico imprescindível, um guia, seja qual for o diagnóstico psiquiátrico do paciente.

O exercício final da terapia cognitiva é, através de treinamentos, capacitar o paciente para que ele possa aprender a fazer reestruturações cognitivas e conseguir estabelecer estratégias que perpetuem essa habilidade de forma duradoura. Mas como isso é possível?

O registro de pensamento disfuncional é um dos instrumentos da terapia cognitiva que torna possível ao paciente aprender e reconhecer a conexão entre pensamento, afeto e conduta, verificar evidências pró e

contras a veracidade ou a utilidade de pensamentos automáticos e crenças nucleares negativas, possibilitando ao final do tratamento que o paciente seja capaz de reestruturar seu pensamento e criar pensamentos e crenças alternativas.

A paciente Carla tem o pensamento absoluto: “Ninguém nunca mais vai gostar de mim” e acredita nele 100%.

Através do questionamento socrático, torna-se possível para Carla obter e avaliar evidências sobre se este seu pensamento automático é verdadeiro ou não. Uma série de fatos pró e contra esta ideia são coletados.

Ao serem lidas todas as evidências pró e contra para Carla durante a sessão, ocorreu-lhe o pensamento alternativo: “Meu namorado não gosta mais de mim, mas já tive outros ex e não deixei de ter relacionamentos depois”.

Durante a sessão, ao ser questionada sobre o quanto ela, naquele momento, acreditava no que estava dizendo, Carla disse acreditar 60% no que recém havia elaborado.

É a prática fora da sessão, no dia a dia do paciente, por meio de tarefas combinadas a serem praticadas entre uma sessão e outra, que dá ao paciente o domínio das diferentes técnicas da terapia cognitiva que o levam a uma reestruturação cognitiva e a uma consequente melhora no seu humor e no comportamento cotidiano.

**QUADRO 1.5**

**CONSTRUÇÃO DE PENSAMENTO ALTERNATIVO POR MEIO DO REGISTRO DE PENSAMENTO DISFUNCIONAL**

**REGISTRO DE PENSAMENTO DISFUNCIONAL – PENSAMENTO ALTERNATIVO**

<b>Pensamento automático</b>	<b>Sentimento</b>	<b>Fatos que confirmam esta ideia</b>	<b>Fatos que não confirmem esta ideia</b>
“Ninguém nunca mais vai gostar de mim.” Acredito – 100%	Tristeza Intensidade – 10	Levei um fora de meu namorado. Me sinto um fracasso. Não faço as coisas direito.	Já tive 5 outros namorados. Levei o fora de 3 e dei o fora em 2. Tem um colega de trabalho interessado em mim.

## CONCLUSÃO

Nessas quatro décadas de existência da terapia cognitiva, vários desdobramentos ocorreram em relação ao modelo original, mais de 20 outras formas de terapias cognitivas surgiram.

A Terapia do Esquema, de Jeffrey Young (2008), a Terapia Comportamental Dialética para o transtorno borderline de personalidade, de Marsha Linehan (1993), o modelo de intervenção para pânico, de David Clark (1986), a Terapia Metacognitiva, de Adrian Wells (2004), e a Terapia de Aceitação e Compromisso (ACT), de Steven Hayes (1983), são alguns exemplos dessa diversidade.

Muitas perguntas, no entanto, ainda permanecem:

Quais seriam as bases biológicas sobre o porquê pacientes melhoram? Que tipo de conhecimento mais recente poderia auxiliar em relação ao modelo cognitivo? O que sabemos agora sobre o que torna um indivíduo mais vulnerável à depressão? O que contribui para que ela persista?

Recentes avanços nas neurociências aumentaram a compreensão dos transtornos depressivos e ampliaram o repertório clínico, mas muito ainda precisa ser feito, como, por exemplo, instrumentos que possibilitem medir mudanças na cognição pela terapia cognitiva nos pacientes, uma redução ainda maior nos índices de recaída associados à intervenção, dados mais consistentes quanto à eficácia da TC em comparação a outras abordagens para transtornos alimentares, de personalidade, esquizofrenia, etc.

A terapia cognitiva, no seu formato original e nos seus desdobramentos, é uma construção que, sem dúvida, proporcionou uma nova, clara e eficaz estrutura conceitual psicoterápica para uma série de transtornos mentais, um sólido instrumento terapêutico para que nossos pacientes se tornem capazes de lidar com e controlar sua doença.

## REFERÊNCIAS

- Barlow, D. (2001). *Clinical handbook of psychological disorders* (3rd ed.). New York: Guilford.
- Beck, A., Rush, J., Shaw, B., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos, o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artmed.
- Clark, D., Beck, A., & Alford, B. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley & Sons.
- Giacobbe, G. (2009). *Como virar Buda em cinco semanas*. [S.I.]: Sindicato Nacional dos Editores.
- Greenberger, D., & Padesky, C. (1996). *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, E (Org.). (2004). *Terapia cognitivo comportamental na prática psiquiátrica*, Porto Alegre: Artmed
- Salkovskis, E (1996). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford.