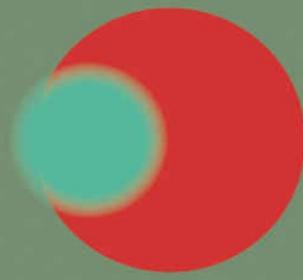
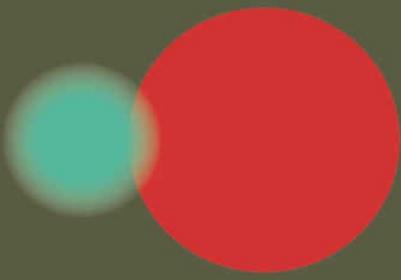


*Judith S. Beck*  
Apresentação AARON T. BECK

# TERAPIA COGNITIVO- -COMPORTAMENTAL



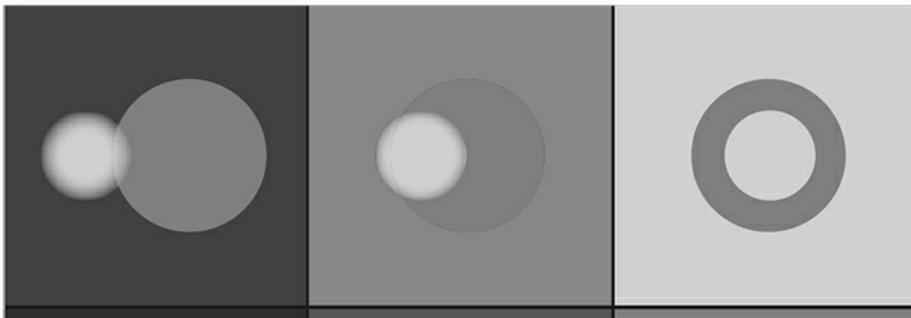
## TEORIA E PRÁTICA

2ª EDIÇÃO  
do clássico da Terapia Cognitiva



*Judith S. Beck*

TERAPIA  
COGNITIVO-  
-COMPORTAMENTAL



TEORIA E PRÁTICA

2ª EDIÇÃO

**Tradução:**

*Sandra Mallmann da Rosa*

**Consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição:**

*Paulo Knapp (Coordenação)*

Psiquiatra. Formação em terapia cognitiva no Beck Institute, Filadélfia. Membro fundador e primeiro Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Membro fundador e membro da Comissão de Credenciamento da Academy of Cognitive Therapy (ACT). Research Fellow sob orientação de Aaron Beck (2009-2011) na Universidade da Pensilvânia.

*Elisabeth Meyer*

Terapeuta cognitivo-comportamental com treinamento no Beck Institute, Filadélfia.  
Mestre e Doutora em Psiquiatria pela UFRGS.

Versão impressa  
desta obra: 2013



2014

Obra originalmente publicada sob o título Cognitive Behavior Therapy:  
Basics and Beyond, 2nd Edition  
ISBN 9781609185046

Copyright © 2011 Judith S. Beck  
Published by The Guilford Press, a Division of Guilford Publications, Inc.

*Gerente editorial:*  
Letícia Bispo de Lima

**Colaboraram nesta edição**

*Coordenadora editorial:*  
Cláudia Bittencourt

*Capa:*  
Maurício Pamplona

*Preparação de originais:*  
Camila W. Heck

*Editoração eletrônica:*  
Ledur Serviços Editoriais Ltda.

*Produção digital:*  
Freitas Bastos



---

B393t Beck, Judith S.

Terapia cognitivo-comportamental: teoria e prática [recurso eletrônico] / Judith S. Beck; tradução: Sandra Mallmann da Rosa; revisão técnica: Paulo Knapp, Elisabeth Meyer. – 2. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2014.  
e-PUB

Editado também como livro impresso em 2013.

ISBN 978-85-8271-129-3

1. Psicoterapia. 2. Terapia cognitivo-comportamental.

I. Título.

CDU 615.851

Reservados todos os direitos de publicação, em língua portuguesa, à  
ARTMED EDITORA LTDA., uma empresa do GRUPO A EDUCAÇÃO S.A.  
Av. Jerônimo de Ornelas, 670 – Santana  
90040-340 – Porto Alegre, RS  
Fone: (51) 3027-7000 Fax: (51) 3027-7070

É proibida a duplicação ou reprodução deste volume, no todo ou em parte, sob quaisquer formas ou por quaisquer meios (eletrônico, mecânico, gravação, fotocópia, distribuição na Web e outros), sem permissão expressa da Editora.

SÃO PAULO  
Av. Embaixador Macedo Soares, 10.735 – Pavilhão 5  
Cond. Espace Center – Vila Anastácio  
05095-035 – São Paulo, SP  
Fone: (11) 3665-1100 Fax: (11) 3667-1333

SAC 0800 703-3444 – [www.grupoa.com.br](http://www.grupoa.com.br)

# INTRODUÇÃO À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL



No começo da década de 1960, Aaron T. Beck, M.D., na época professor assistente de psiquiatria na University of Pennsylvania, deu início a uma revolução no campo da saúde mental. Dr. Beck era psicanalista com formação completa e atuante. Fundamentalmente um cientista, ele acreditava que, para que a psicanálise fosse aceita pela comunidade médica, suas teorias precisariam ter demonstração de validação empírica. No final da década de 1960 e início dos anos de 1970, dedicou-se a uma série de experimentos que, esperava ele, comprovassem perfeitamente essa validação. Ao invés disso, aconteceu o contrário. Os resultados de seus experimentos levaram-no à busca de outras explicações para a depressão. Ele identificou cognições negativas e distorcidas (principalmente pensamentos e crenças) como característica primária da depressão e desenvolveu um tratamento de curta duração, no qual um dos objetivos principais era o teste de realidade do pensamento depressivo do paciente.

Neste capítulo, você encontrará respostas para as seguintes perguntas:

- O que é terapia cognitivo-comportamental?
- Como ela foi desenvolvida?
- O que as pesquisas nos dizem sobre sua eficácia?
- Quais são seus princípios básicos?
- Como você pode se tornar um terapeuta cognitivo-comportamental eficaz?

# O QUE É TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia no início da década de 1960, a qual denominou originalmente “terapia cognitiva”. O termo “terapia cognitiva” hoje é usado por muitos da nossa área como sinônimo de “terapia cognitivo-comportamental”, e é este último termo que será utilizado ao longo deste livro. Para o tratamento da depressão, Beck concebeu uma psicoterapia estruturada, de curta duração, voltada para o presente, direcionada para a solução de problemas atuais e a modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (inadequados e/ou inúteis) (Beck, 1964). Desde aquela época, ele e outros autores tiveram sucesso na adaptação dessa terapia a populações surpreendentemente diversas e com uma ampla abrangência de transtornos e problemas. Essas adaptações alteraram o foco, as técnicas e a duração do tratamento, porém os pressupostos teóricos em si permaneceram constantes. Em todas as formas de terapia cognitivo-comportamental derivadas do modelo de Beck, o tratamento está baseado em uma formulação cognitiva, as crenças e estratégias comportamentais que caracterizam um transtorno específico (Alford e Beck, 1997).

O tratamento também está baseado em uma conceitualização, ou compreensão, de cada paciente (suas crenças específicas e padrões de comportamento). O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva – modificação no pensamento e no sistema de crenças do paciente – para produzir uma mudança emocional e comportamental duradoura.

Beck lançou mão de inúmeras e diferentes fontes quando desenvolveu essa forma de psicoterapia, incluindo os primeiros filósofos, como Epiteto, e teóricos como Karen Horney, Alfred Adler, George Kelly, Albert Ellis, Richard Lazarus e Albert Bandura. O trabalho de Beck, por sua vez, foi ampliado por pesquisadores e teóricos atuais dos Estados Unidos e do exterior, numerosos demais para serem aqui mencionados.

Existem muitas formas de terapia cognitivo-comportamental que compartilham características da terapia de Beck, mas cujas conceitualizações e ênfases no tratamento variam até certo ponto. Elas incluem a terapia racional-emotiva comportamental (Ellis, 1962), a terapia comportamental dialética (Linehan, 1993), a terapia de solução de problemas (D’Zurilla e Nezu, 2006), a terapia de aceitação e compromisso (Hayes, Follette e Linehan, 2004), a terapia de exposição (Foa e Rothbaum, 1998), a terapia de processamento cognitivo (Resick e Schnicke, 1993), o sistema de psicoterapia de análise cognitivo-comportamental (McCullough, 1999), a ativação comportamental (Lewinsohn, Sullivan e Grosscup, 1980; Martell, Addis e Jacobson, 2001), a modificação cognitivo-comportamental (Meichenbaum, 1977) e outras. A terapia cognitivo-comportamental de Beck frequentemente incorpora técnicas de todas estas e outras psicoterapias, dentro de uma estrutura cognitiva. O panorama histórico da área apresenta uma descrição rica de como se originaram e se desenvolveram as diferentes correntes da terapia cognitivo-comportamental (Arnkoff e Glass, 1992; A. Beck, 2005; Clark, Beck e Alford, 1999; Dobson e Dozois, 2009; Hollon e Beck, 1993).

A terapia cognitivo-comportamental tem sido adaptada a pacientes com diferentes níveis de educação e renda, bem como a uma variedade de culturas e idades, desde crianças pequenas até adultos com idade mais avançada. É usada atualmente em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, entre outros contextos. É utilizada nos formatos de grupo, casal e família. Embora o tratamento descrito neste livro esteja focado nas sessões individuais de 45 minutos, elas podem ser mais curtas. Alguns pacientes, como os que sofrem de esquizofrenia, frequentemente não conseguem tolerar uma sessão inteira, e certos profissionais podem vir a utilizar técnicas da terapia cognitiva sem realizar uma

sessão completa de terapia, seja durante uma consulta clínica ou de reabilitação, seja na revisão da medicação.

# QUAL A TEORIA SUBJACENTE À TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL?

Em poucas palavras, o *modelo cognitivo* propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento. Por exemplo, se você estivesse muito deprimido e emitisse alguns cheques sem fundos, poderia ter um *pensamento automático*, uma ideia que simplesmente apareceria em sua mente: “Eu não faço nada direito”. Esse pensamento poderia, então, conduzir a uma reação específica: você se sentiria triste (emoção) e se refugiaria na cama (comportamento). Se, então, examinasse a validade dessa ideia, poderia concluir que fez uma generalização e que, na verdade, você faz muitas coisas bem. Encarar a sua experiência a partir dessa nova perspectiva provavelmente faria você se sentir melhor e levaria a um comportamento mais funcional.

Para que haja melhora duradoura no humor e no comportamento do paciente, os terapeutas cognitivos trabalham em um nível mais profundo de cognição: as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas. A modificação das crenças disfuncionais subjacentes produz uma mudança mais duradoura. Por exemplo, se você continuamente subestima suas habilidades, pode ser que tenha uma crença subjacente de incompetência. A modificação dessa crença geral (isto é, ver a si mesmo de forma mais realista, como alguém que tem pontos fortes e pontos fracos) pode alterar a sua percepção de situações específicas com que se defronta diariamente. Você não terá mais tantos pensamentos com o tema: “Eu não faço nada direito”. Em vez disso, em situações específicas em que comete erros, você provavelmente pensará: “Eu não sou bom nisto [tarefa específica]”.

# O QUE DIZEM AS PESQUISAS?

A terapia cognitivo-comportamental tem sido amplamente testada desde que foram publicados os primeiros estudos científicos, em 1977 (Rush, Beck, Kovacs e Hollon, 1977). Até o momento, mais de 500 estudos científicos demonstraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para uma ampla gama de transtornos psiquiátricos, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos (veja, p. ex., Butler, Chapman, Forman e Beck, 2005; Chambless e Ollendick, 2001). A Tabela 1.1 lista muitos dos transtornos e problemas que foram tratados com sucesso com a terapia cognitivo-comportamental. Uma lista mais completa pode ser encontrada em [www.beckinstitute.org](http://www.beckinstitute.org).

Foram realizados estudos para demonstrar a eficácia da terapia cognitivo-comportamental na comunidade (veja, p. ex., Shadish, Matt, Navarro e Philips, 2000; Simons et al., 2010; Stirman, Buchhofer, McLaulin, Evans e Beck, 2009). Outros estudos concluíram ser efetiva a terapia cognitivo-comportamental assistida por computador (veja, p. ex., Khanna e Kendall, 2010; Wright et al., 2002). E diversos pesquisadores demonstraram que existem alterações neurobiológicas associadas ao tratamento com terapia cognitivo-comportamental para vários transtornos (veja, p. ex., Goldapple et al., 2004). Centenas de estudos científicos também validaram o modelo cognitivo da depressão e da ansiedade. Uma ampla revisão desses estudos pode ser encontrada em Clark e colaboradores (1999) e em Clark e Beck (2010).

**TABELA 1.1.** Lista Parcial de Transtornos Tratados com Sucesso pela Terapia Cognitivo-comportamental

<b>Transtornos psiquiátricos</b>	<b>Problemas psicológicos</b>	<b>Problemas médicos com componentes psicológicos</b>
Transtorno depressivo maior	Problemas conjugais	Dor lombar crônica
Depressão geriátrica	Problemas familiares	Crises de dor da anemia
Transtorno de ansiedade generalizada	Jogo patológico	Enxaqueca
Ansiedade geriátrica	Luto complicado	<i>Tinnitus</i> (Zunido)
Transtorno de pânico	Angústia do cuidador	Dor do câncer
Agorafobia	Raiva e hostilidade	Transtornos somatoformes
Fobia social		Síndrome do intestino irritável
Transtorno obsessivo-compulsivo		Síndrome da fadiga crônica
Transtorno da conduta		Dor de doença reumática
Abuso de substância		Disfunção erétil
Transtorno de déficit de atenção/ hiperatividade		Insônia
Ansiedade pela saúde		Obesidade
Transtorno dismórfico corporal		Vulvodínea
Transtornos da alimentação		Hipertensão
Transtornos da personalidade		Síndrome da Guerra do Golfo
Agressores sexuais		
Transtornos de hábitos e dos impulsos		
Transtorno bipolar (com medicação)		
Esquizofrenia (com medicação)		

# COMO FOI DESENVOLVIDA A TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL DE BECK?

No fim da década de 1950 e início da década de 1960, o Dr. Beck decidiu testar o conceito psicanalítico de que a depressão é resultante de hostilidade voltada contra si mesmo. Investigou os sonhos dos pacientes deprimidos, os quais, segundo sua previsão, manifestariam mais temas de hostilidade do que os sonhos dos controles normais. Para sua surpresa, acabou descobrindo que os sonhos dos pacientes deprimidos continham *menos* temas de hostilidade e muito mais temas relacionados a fracasso, privação e perda. Ele identificou que esses temas eram similares ao pensamento dos seus pacientes quando estavam acordados. Os resultados de outros estudos conduzidos por Beck levaram-no a acreditar que uma ideia psicanalítica – que os pacientes deprimidos têm necessidade de sofrer – poderia ser incorreta (Beck, 1967). Naquele ponto, era quase como se uma imensa fileira de dominós começasse a cair. Se esses conceitos psicanalíticos não fossem válidos, como é que a depressão poderia ser entendida, então?

Enquanto o Dr. Beck ouvia seus pacientes no divã, percebia que eles ocasionalmente relatavam duas vertentes de pensamento: uma vertente de livre associação e outra de pensamentos rápidos de qualificações sobre si mesmos. Uma mulher, por exemplo, detalhava suas façanhas sexuais. A seguir, relatava sentir-se ansiosa. O Dr. Beck fez uma interpretação: “Você achou que eu estava lhe criticando”. A paciente discordou: “Não, eu estava com medo de estar chateando você”. Ao questionar seus outros pacientes deprimidos, o Dr. Beck percebeu que todos eles tinham pensamentos “automáticos” negativos como esses e que essa segunda vertente de pensamentos estava intimamente ligada às suas emoções. Começou, então, a ajudar seus pacientes a identificar, avaliar e responder ao seu pensamento irrealista e desadaptativo. Quando fez isso, eles melhoraram rapidamente.

O Dr. Beck começou, então, a ensinar seus residentes psiquiátricos na University of Pennsylvania a usar essa forma de tratamento. Também eles descobriram que seus pacientes respondiam bem. O residente-chefe, médico psiquiatra A. John Rush, atualmente grande autoridade no campo da depressão, discutiu a possibilidade de conduzir uma pesquisa científica com o Dr. Beck. Eles concordaram que tal estudo era necessário para demonstrar aos outros a eficácia da terapia cognitiva. O ensaio clínico controlado randomizado que foi conduzido por eles com pacientes deprimidos, publicado em 1977, constatou que a terapia cognitiva era tão efetiva quanto a imipramina, um antidepressivo comum. Este foi um estudo surpreendente. Foi uma das primeiras vezes em que uma terapia da palavra havia sido comparada a uma medicação. Beck, Rush, Shaw e Emery (1979) publicaram o primeiro manual de terapia cognitiva dois anos depois.

Os componentes importantes da psicoterapia cognitivo-comportamental para depressão incluem foco na ajuda aos pacientes para solucionarem problemas, tornarem-se comportamentalmente ativados e identificarem, avaliarem e responderem ao seu pensamento depressivo, especialmente pensamentos negativos sobre si mesmos, seu mundo e seu futuro. No fim da década de 1970, Dr. Beck e seus colegas de pós-doutorado na University of Pennsylvania começaram a estudar a ansiedade e descobriram que era necessário um foco um pouco diferente. Os pacientes com ansiedade precisavam avaliar melhor o risco das situações que temiam, levar em consideração seus recursos internos e externos, além de melhorar tais recursos. Eles também precisavam reduzir a evitação e enfrentar as situações que temiam para que pudessem testar comportamentalmente as suas predições negativas. Desde aquela época, o modelo cognitivo da

ansiedade tem sido aperfeiçoado para cada um dos vários transtornos de ansiedade; a psicologia cognitiva confirmou esses modelos, e estudos científicos demonstraram a eficácia da terapia cognitivo-comportamental para transtornos de ansiedade (Clark e Beck, 2010).

Avançando várias décadas, Dr. Beck, seus colegas e outros pesquisadores por todo o mundo continuam a estudar, teorizar, adaptar e testar tratamentos para pacientes que padecem de uma lista crescente de problemas. A terapia cognitiva, ou terapia cognitivo-comportamental, é ensinada agora na maioria das escolas de graduação nos Estados Unidos e em muitos outros países.

# QUAIS OS PRINCÍPIOS BÁSICOS DO TRATAMENTO?

Embora a terapia deva se adequar a cada indivíduo, existem determinados princípios que estão presentes na terapia cognitivo-comportamental para todos os pacientes. Ao logo de todo este livro, uso uma paciente depressiva, Sally, para ilustrar esses princípios centrais, demonstrar como usar a teoria cognitiva para entender as dificuldades dos pacientes e como utilizar esse entendimento para planejar o tratamento e conduzir as sessões de terapia. Sally é uma paciente quase ideal e me possibilita apresentar a terapia cognitivo-comportamental de uma maneira simples. Faço algumas observações sobre como variar o tratamento com pacientes que não respondem tão bem quanto ela, mas o leitor deverá buscar outras fontes (p. ex., J. S. Beck, 2005; Kuyken, Padesky e Dudley, 2009; Needleman, 1999) para aprender a conceituar, montar estratégias e implementar técnicas para pacientes com diagnósticos diferentes da depressão ou pacientes cujos problemas impõem um desafio no tratamento.

“Sally” era uma moça solteira de 18 anos quando procurou tratamento comigo durante seu segundo semestre na universidade. Vinha se sentindo deprimida e ansiosa nos últimos quatro meses e estava tendo dificuldades com suas atividades diárias. Ela preenchia os critérios de um episódio de transtorno depressivo maior moderado, de acordo com o *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais, quarta edição, texto revisado* (DSM-IV-R; American Psychiatric Association, 2000). Uma descrição mais completa de Sally é apresentada no Apêndice A.

Os princípios básicos da terapia cognitivo-comportamental são os seguintes:

**Princípio nº 1. A terapia cognitivo-comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos.** Considero as dificuldades de Sally a partir de três estruturas. Desde o início, identifico seu *pensamento atual* que contribui para seus sentimentos de tristeza (“Eu sou um fracasso, eu não consigo fazer nada direito, eu nunca vou ser feliz”) e seus *comportamentos problemáticos* (isolando-se, passando muito tempo improdutivo em seu quarto, evitando pedir ajuda). Esses comportamentos problemáticos se originam no e, por sua vez, reforçam o pensamento disfuncional de Sally. Em segundo lugar, identifico *fatores precipitantes* que influenciaram as percepções de Sally no começo da sua depressão (p. ex., estar longe de casa pela primeira vez e sua dificuldade nos estudos contribuíram para a crença de que era incompetente). Em terceiro lugar, levanto hipóteses a respeito dos *eventos-chave do desenvolvimento* e os *padrões constantes de interpretação* desses eventos que podem tê-la predisposto à depressão (p. ex., Sally tem uma antiga tendência a atribuir à sorte os seus pontos fortes e conquistas, porém encara seus pontos fracos como um reflexo do seu verdadeiro “eu”).

Baseio minha conceituação de Sally na formulação cognitiva da depressão e nos dados que ela fornece durante a sessão de avaliação. Continuo a aprimorar essa conceituação a cada sessão, à medida que vou obtendo mais dados. Em momentos estratégicos, compartilho a conceituação com Sally para me assegurar de que isso lhe “soa verdadeiro”. Além do mais, durante a terapia, ajudo Sally a examinar sua experiência por meio do modelo cognitivo. Ela aprende, por exemplo, a identificar os pensamentos associados ao seu afeto ansioso e a avaliar e formular respostas mais adaptativas ao seu pensamento. Fazer isso melhora a forma como se sente e geralmente faz ela se comportar de um modo mais funcional.

**Princípio nº 2. A terapia cognitivo-comportamental requer uma aliança terapêutica sólida.** Sally, assim como muitos pacientes com depressão não complicada e transtornos de ansiedade, tem um pouco de dificuldade em confiar e trabalhar comigo. Eu me esforço para demonstrar todos os ingredientes básicos necessários em uma situação de aconselhamento: afeto, empatia, atenção, interesse genuíno e competência. Demonstro meu interesse por Sally fazendo comentários empáticos, ouvindo atenta e cuidadosamente e resumindo de forma adequada seus pensamentos e sentimentos. Assinalo seus sucessos, sejam eles pequenos ou maiores, e mantenho um ponto de vista realisticamente otimista e bem-humorado. Também peço a Sally um *feedback* no fim de cada sessão para me certificar de que ela se sente compreendida e positiva em relação à sessão. Veja o [Capítulo 2](#) para uma descrição mais longa da relação terapêutica na terapia cognitivo-comportamental.

**Princípio nº 3. A terapia cognitivo-comportamental enfatiza a colaboração e a participação ativa.** Eu encorajo Sally a encarar a terapia como um trabalho em equipe; juntas nós decidimos o que trabalhar em cada sessão, a frequência com que devemos nos encontrar e o que ela pode fazer entre as sessões como exercício da terapia. Inicialmente sou mais ativa, sugerindo uma direção para as sessões e resumindo o que discutimos durante uma sessão. À medida que Sally vai ficando menos deprimida e mais familiarizada com o tratamento, eu a encorajo a se tornar cada vez mais ativa na sessão: decidindo sobre quais problemas falar, identificando as distorções no seu pensamento, resumindo pontos importantes e planejando a prescrição dos exercícios a serem realizados em casa.

**Princípio nº 4. A terapia cognitivo-comportamental é orientada para os objetivos e focada nos problemas.** Em nossa primeira sessão, peço a Sally para enumerar seus problemas e estabelecer objetivos específicos, de modo que ela e eu compartilhem o entendimento de para onde estamos nos dirigindo. Por exemplo, Sally menciona na sessão de avaliação que se sente isolada. Com a minha orientação, ela define um objetivo em termos comportamentais: começar novas amizades e passar mais tempo com os amigos atuais. Posteriormente, ao discutirmos como melhorar sua rotina diária, ajudo-a a avaliar e responder aos pensamentos que interferem em seu objetivo, tais como: *Os meus amigos não vão querer sair comigo. Eu estou muito cansada para sair com eles.* Primeiramente, ajudo Sally a avaliar a validade dos seus pensamentos por meio de um exame das evidências. Então Sally se dispõe a testar seus pensamentos mais diretamente por meio de experimentos comportamentais (p. 238-239), em que toma a iniciativa de fazer planos com os amigos. Depois de reconhecer e corrigir a distorção em seu pensamento, Sally consegue se beneficiar com a solução objetiva e direta do problema para reduzir seu isolamento.

**Princípio nº 5. A terapia cognitivo-comportamental enfatiza inicialmente o presente.** O tratamento da maioria dos pacientes envolve um foco intenso nos problemas atuais e em situações específicas que são angustiantes para eles. Sally começa a se sentir melhor depois que consegue responder ao seu pensamento negativo e tomar atitudes para melhorar sua vida. A terapia começa por um exame dos seus problemas no aqui e agora, independentemente do diagnóstico. A atenção se volta para o passado em duas circunstâncias. A primeira, quando o paciente expressa uma forte preferência por fazer assim e quando não fazer isso possa colocar em perigo a aliança terapêutica. A segunda, quando os pacientes ficam “emperrados” no seu pensamento disfuncional, quando um entendimento das raízes infantis de suas crenças poderá ajudar a modificar suas ideias rígidas. (“Bem, não é de admirar que você ainda acredite que é

incompetente. Você consegue perceber que qualquer criança – que tivesse tido as mesmas experiências que você – cresceria se achando incompetente, e mesmo assim isso poderia não ser verdadeiro, ou certamente não completamente verdadeiro?”)

Por exemplo, volto-me brevemente para o passado na metade do tratamento a fim de ajudar Sally a identificar um conjunto de crenças que aprendeu quando criança: “Se eu tiver grandes conquistas, isso significa que eu tenho valor. Se eu não tiver grandes conquistas, isso significa que eu sou um fracasso”. Eu a auxilio a avaliar a validade dessas crenças, tanto no passado quanto no presente. Fazer isso leva Sally, em parte, a desenvolver crenças mais funcionais e mais razoáveis. Se ela tivesse um transtorno da personalidade, eu teria passado proporcionalmente mais tempo discutindo a história do seu desenvolvimento e a origem na infância das crenças e os comportamentos de enfrentamento.

**Princípio nº 6. A terapia cognitivo-comportamental é educativa, tem como objetivo ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaída.** Em nossa primeira sessão, educo Sally quanto à natureza e ao curso do seu transtorno, sobre o processo da terapia cognitivo-comportamental e sobre o modelo cognitivo (i. e., como seus pensamentos influenciam suas emoções e comportamento). Eu não só ajudo Sally a definir objetivos, identificar e avaliar pensamentos e crenças e a planejar a mudança comportamental, mas também a ensino como fazer. A cada sessão faço com que ela leve para casa algumas anotações sobre a terapia – ideias importantes que aprendeu – para que possa se beneficiar desse novo entendimento nas semanas seguintes e depois que terminar o tratamento.

**Princípio nº 7. A terapia cognitivo-comportamental visa ser limitada no tempo.** Muitos pacientes com depressão e transtornos de ansiedade são tratados em um espaço de 6 a 14 sessões. Os objetivos do terapeuta são promover o alívio dos sintomas, facilitar a remissão do transtorno, ajudar o paciente a resolver seus problemas mais urgentes e ensinar habilidades para evitar a recaída. Sally, inicialmente, tem sessões semanais. (Se sua depressão fosse mais grave ou ela tivesse risco de suicídio, eu teria marcado sessões mais frequentes.) Após dois meses, decidimos colaborativamente experimentar sessões quinzenais e depois sessões mensais. Mesmo após o término, planejamos sessões periódicas de “reforço” a cada três meses por um ano.

No entanto, nem todos os pacientes têm sucesso suficiente em alguns poucos meses. Alguns deles precisam de um ou dois anos de terapia (ou possivelmente mais) para modificarem crenças disfuncionais muito rígidas e padrões de comportamento que contribuem para seu sofrimento crônico. Outros pacientes, com doença mental grave, podem precisar de tratamento periódico por um tempo muito longo para manterem a estabilização.

**Princípio nº 8. As sessões de terapia cognitivo-comportamental são estruturadas.** Independentemente do diagnóstico ou do estágio do tratamento, seguir uma determinada estrutura em cada sessão maximiza a eficiência e a eficácia. Essa estrutura inclui uma parte introdutória (fazer uma verificação do humor, examinar rapidamente a semana, definir colaborativamente uma pauta para a sessão), uma parte intermediária (examinar o exercício de casa, discutir os problemas da pauta, definir um novo exercício de casa, fazer resumos) e uma parte final (eliciar um *feedback*). Seguir esse formato faz o processo da terapia ser mais compreensível para os pacientes e aumenta a probabilidade de eles serem capazes de fazer a autoterapia após o término.

**Princípio nº 9. A terapia cognitivo-comportamental ensina os pacientes a identificar, avaliar e**

**responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais.** Os pacientes podem ter dúzias ou até mesmo centenas de pensamentos automáticos por dia que afetam seu humor, comportamento e/ou fisiologia (a última é especialmente pertinente para a ansiedade). O terapeuta ajuda o paciente a identificar as principais cognições e a adotar perspectivas mais realistas e adaptativas, o que leva o paciente a se sentir melhor emocionalmente, se comportar com mais funcionalidade e/ou diminuir sua excitação psicológica. Isso é feito por meio do processo da *descoberta guiada*, usando o questionamento (frequentemente denominado, ou mal denominado, “questionamento socrático”) para avaliar seu pensamento (em vez da persuasão, do debate ou do convencimento). O terapeuta também cria experiências, chamadas *experimentos comportamentais*, para que o paciente teste diretamente seu pensamento (p. ex., “Basta olhar para a imagem de uma aranha e eu vou ficar tão ansioso que não vou conseguir pensar”). Dessa forma, o terapeuta se engaja no *empirismo colaborativo*. O terapeuta, em geral, não sabe antecipadamente até que ponto o pensamento automático de um paciente é válido ou inválido, mas juntos eles testam esse pensamento para desenvolver respostas mais úteis e adequadas.

Quando Sally estava bem deprimida, tinha muitos pensamentos automáticos durante o dia, alguns dos quais ela relatava espontaneamente e outros que eu investigava (perguntando-lhe o que estava passando pela sua mente quando se sentiu perturbada ou agiu de uma maneira disfuncional). Com frequência, descobríamos pensamentos automáticos importantes enquanto estávamos discutindo um dos problemas específicos de Sally, e juntas investigávamos sua validade e utilidade. Eu lhe pedia que resumisse seus novos pontos de vista, e nós os registrávamos por escrito de modo que ela pudesse ler essas respostas adaptativas durante a semana para se preparar para esses ou outros pensamentos semelhantes. Eu não a encorajava a adotar sem crítica um ponto de vista mais positivo, nem questionava a validade dos seus pensamentos automáticos ou tentava convencê-la de que seu pensamento era irrealisticamente pessimista. Em vez disso, nós nos envolvíamos em uma exploração colaborativa das evidências.

**Princípio nº 10. A terapia cognitivo-comportamental usa uma variedade de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento.** Embora estratégias cognitivas como o questionamento socrático e a descoberta guiada sejam centrais para a terapia cognitivo-comportamental, as técnicas comportamentais e de solução de problemas são essenciais, assim como são as técnicas de outras orientações que são implementadas dentro de uma estrutura cognitiva. Por exemplo, usei técnicas inspiradas na Gestalt para ajudar Sally a entender como sua família contribuiu para o desenvolvimento da sua crença de que era incompetente. Utilizo técnicas inspiradas na psicodinâmica com alguns pacientes do Eixo II que aplicam suas ideias distorcidas sobre as pessoas na relação terapêutica. Os tipos de técnicas que você escolhe serão influenciados pela sua conceituação do paciente, pelo problema que vocês estão discutindo e pelos seus objetivos para a sessão.

Esses princípios básicos se aplicam a todos os pacientes. No entanto, a terapia varia consideravelmente de acordo com cada paciente, com a natureza das suas dificuldades e seu momento de vida, assim como seu nível intelectual e de desenvolvimento, seu gênero e origem cultural. O tratamento também varia dependendo dos objetivos do paciente, da sua capacidade para desenvolver um vínculo terapêutico consistente, da sua motivação para mudar, sua experiência prévia com terapia e suas preferências de tratamento, entre outros fatores.

A ênfase no tratamento também depende do(s) transtorno(s) específico(s) do paciente. A terapia cognitivo-comportamental para o transtorno de pânico envolve o teste das falsas

interpretações catastróficas do paciente (geralmente predições errôneas de ameaça à vida ou à sanidade) de sensações corporais ou mentais (Clark, 1989). A anorexia requer uma modificação de crenças sobre valor pessoal e controle (Garner e Bemis, 1985). O tratamento do abuso de substância tem seu foco nas crenças negativas sobre si e na facilitação ou concordância com algumas crenças que justificam o abuso de substância (Back, Wright, Newman e Liese, 1993).

# COMO É UMA SESSÃO?

A estrutura das sessões terapêuticas é bem parecida para os vários transtornos, mas as intervenções podem variar consideravelmente de paciente para paciente. (O *site* da Academia de Terapia Cognitiva [[www.academyofct.org](http://www.academyofct.org)] apresenta uma lista de livros que descrevem a formulação cognitiva, as principais ênfases, estratégias e técnicas para uma ampla gama de diagnósticos, variáveis dos pacientes e formatos e contextos de tratamento.) A seguir, é feita uma descrição geral de sessões de tratamento e do curso deste, especialmente com pacientes que estão deprimidos.

No início das sessões, você irá restabelecer a aliança terapêutica, checar o humor, os sintomas e experiências do paciente durante a semana que passou e pedir que nomeie os problemas que mais deseja ajuda para resolver. Essas dificuldades podem ter surgido durante a semana e/ou podem ser problemas que ele espera encontrar na(s) próxima(s) semana(s). Você também irá examinar as atividades de autoajuda (“exercícios de casa” ou “plano de ação”) em que o paciente se envolveu desde a última sessão. A seguir, na discussão de um problema específico que o paciente colocou na pauta, você vai coletar dados a respeito do problema, conceituar cognitivamente as dificuldades do paciente (perguntando sobre seus pensamentos, emoções e comportamentos específicos associados ao problema) e planejar colaborativamente uma estratégia. Na maioria das vezes, a estratégia inclui a solução objetiva e direta do problema, avaliação do pensamento negativo associado ao problema e/ou mudança no comportamento.

Por exemplo, Sally, uma estudante universitária, está tendo dificuldades com os estudos. Ela precisa de ajuda para avaliar e responder aos seus pensamentos (“De que adianta? De qualquer forma eu vou ser reprovada.”) antes de ser capaz de se engajar inteiramente na solução do seu problema com os estudos. Eu me asseguro de que Sally tenha adotado uma visão mais adequada e adaptativa das situações e tenha decidido quais as soluções a implementar na semana seguinte (p. ex., começar por exercícios relativamente mais fáceis, resumir mentalmente o que leu após a cada página ou duas de leitura, planejar sessões de estudo mais curtas, fazer caminhadas quando faz intervalos e pedir ajuda ao professor assistente). A nossa sessão prepara as condições para que Sally faça as mudanças no seu pensamento e comportamento durante a semana seguinte, o que, por sua vez, levará a uma melhora no seu humor e funcionamento.

Após discutirmos um problema e definirmos colaborativamente um exercício para fazer em casa, Sally e eu nos voltamos para um segundo problema que ela colocou na pauta e repetimos o processo. Ao fim de cada sessão, revisamos os pontos importantes. Eu me asseguro de que Sally muito provavelmente realizará os exercícios de casa prescritos e solicito seu *feedback* sobre a sessão.

# O DESENVOLVIMENTO DE UM TERAPEUTA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

Para um observador não treinado, a terapia cognitivo-comportamental às vezes dá a falsa impressão de ser muito simples. O *modelo cognitivo*, a proposição de que o pensamento de um indivíduo influencia as suas emoções e seu comportamento, é bastante simples. Entretanto, os terapeutas cognitivo-comportamentais experientes realizam muitas tarefas de uma vez: conceituam o caso, desenvolvem o *rapport*, familiarizam e educam o paciente, identificam problemas, coletam dados, testam hipóteses e fazem resumos periódicos. O terapeuta cognitivo-comportamental iniciante, em contraste, geralmente precisa ser mais cuidadoso e estruturado, concentrando-se em menos elementos por vez. Embora o objetivo final seja entrelaçar esses elementos e conduzir a terapia da forma mais efetiva e eficiente possível, os iniciantes devem primeiro aprender a habilidade de desenvolvimento da relação terapêutica, a habilidade de conceituação e as técnicas da terapia cognitivo-comportamental; todas elas serão mais bem realizadas se feitas gradualmente.

O desenvolvimento de *expertise* como terapeuta cognitivo-comportamental pode ser visto em três estágios. (Essas descrições presumem que o terapeuta já seja proficiente em habilidades de aconselhamento básico: escuta, empatia, preocupação, respeito e autenticidade, bem como compreensão adequada, reflexão e capacidade de resumir. Os terapeutas que ainda não têm essas habilidades frequentemente provocam uma reação negativa por parte dos pacientes.) No Estágio 1, você aprende as habilidades básicas de conceituação de caso em termos cognitivos com base na avaliação inicial e em dados coletados na sessão. Você também aprende a estruturar a sessão, a usar sua conceituação do paciente e o bom senso para planejar o tratamento e ajudá-lo a resolver problemas e a encarar seus pensamentos disfuncionais de forma diferente. Você também aprende a usar técnicas cognitivas e comportamentais básicas.

No Estágio 2, você se torna mais proficiente na integração da sua conceituação ao seu conhecimento das técnicas. Você fortalece sua habilidade para compreender o fluxo da terapia. Passa a identificar com maior facilidade os objetivos principais do tratamento e torna-se mais hábil na conceituação dos pacientes, aprimorando sua conceituação durante a própria sessão e usando a conceituação para tomar decisões quanto às intervenções. Você amplia seu repertório de técnicas e torna-se mais proficiente na seleção, identificação do momento adequado e implementação de técnicas apropriadas.

No Estágio 3, você integra mais automaticamente os dados novos à conceituação. Você aperfeiçoa sua habilidade de formulação de hipóteses para confirmar ou corrigir sua visão do paciente. Quando necessário, varia a estrutura e as técnicas da terapia cognitivo-comportamental básica, particularmente no caso de pacientes com transtornos da personalidade e outros transtornos e problemas difíceis.

Se você já pratica outra modalidade terapêutica, será importante tomar uma decisão colaborativa com os pacientes para introduzir a abordagem da terapia cognitivo-comportamental, descrevendo o que gostaria de fazer de maneira diferente e apresentando justificativas para isso. A maioria dos pacientes concorda com essas alterações quando elas são expressas de modo positivo, para o bem do paciente. Quando os pacientes hesitam, você pode sugerir a instituição de uma alteração (como, por exemplo, definir uma pauta) como um “experimento”, em vez de um compromisso, para motivá-los a tentar.

TERAPEUTA: Mike, eu estava lendo um livro importante sobre como tornar a terapia mais efetiva e pensei em você.

PACIENTE: Mesmo?

TERAPEUTA: Sim, e tenho algumas ideias sobre como nós podemos ajudá-lo a melhorar com maior rapidez. [sendo colaborativo] Tudo bem se eu falar a respeito?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: Uma coisa que li se chamava “definindo a pauta”. Isso significa que no início das sessões vou pedir que você enumere os problemas para os quais deseja a minha ajuda para resolver durante a sessão. Por exemplo, você pode dizer que está tendo um problema com seu chefe ou em sair da cama nos fins de semana, ou que tem-se sentido muito ansioso em relação às suas finanças. (*pausa*) Ao lhe perguntar antes sobre os problemas, podemos planejar como utilizaremos melhor nosso tempo na sessão. (*pausa*) [solicitando *feedback*] O que lhe parece?

# COMO USAR ESTE LIVRO

Este livro destina-se a indivíduos em qualquer estágio de experiência e desenvolvimento de habilidades que necessitam ter o domínio dos fundamentos da conceituação e do tratamento cognitivo. É essencial ter domínio dos elementos básicos da terapia cognitivo-comportamental para compreender como e quando variar o tratamento padrão com determinados pacientes.

O seu crescimento como terapeuta cognitivo-comportamental será ampliado se você começar a aplicar em si mesmo as ferramentas descritas neste livro. Primeiramente, enquanto lê, comece a conceituar os seus próprios pensamentos e crenças. Comece por prestar atenção às suas alterações no afeto. Quando notar que o seu humor se alterou ou se intensificou de forma negativa (ou quando você nota que está se engajando em um comportamento disfuncional ou está tendo sensações corporais associadas a afeto negativo), pergunte-se que emoção está sentindo e também faça a pergunta principal da terapia cognitivo-comportamental:

**“O que estava passando pela minha mente?”**

Dessa forma, você vai ensinar a si mesmo a identificar seus pensamentos automáticos. Aprender as habilidades básicas da terapia cognitivo-comportamental usando a si mesmo como sujeito irá desenvolver a sua habilidade para ensinar as mesmas habilidades aos seus pacientes.

Será particularmente importante que você identifique seus pensamentos automáticos ao mesmo tempo que lê este livro e experimenta as técnicas com seus pacientes. Se, por exemplo, você perceber que está se sentindo um pouco angustiado, pergunte-se: “O que estava passando pela minha mente?”. Você poderá descobrir pensamentos automáticos, como:

“Isso é muito difícil.”  
“Eu não vou conseguir dar conta disso.”  
“Eu não me sinto confortável com isso.”  
“E se eu tentar e não funcionar?”

Os terapeutas experientes, cuja orientação primária não tenha sido cognitiva, devem estar atentos a um diferente conjunto de pensamentos automáticos:

“Isso não vai funcionar.”  
“O paciente não vai gostar disso.”  
“Isso é muito superficial/estruturado/sem empatia/simples.”

Após desvendar seus pensamentos, você poderá anotá-los e voltar o foco para a sua leitura ou ir até os Capítulos 11 e 12, que descrevem como avaliar e responder aos pensamentos automáticos. Ao dirigir a atenção para os seus próprios pensamentos, você não somente poderá desenvolver suas habilidades na terapia cognitivo-comportamental, como também poderá aproveitar a oportunidade para modificar pensamentos disfuncionais e influenciar positivamente o seu humor (e comportamento), tornando-se mais receptivo ao aprendizado.

Uma analogia comum usada para os pacientes também se aplica ao terapeuta cognitivo-comportamental iniciante. O aprendizado das habilidades da terapia cognitivo-comportamental é similar ao aprendizado de qualquer outra habilidade. Você se lembra de quando aprendeu a dirigir ou a usar o computador? Inicialmente você se sentia um pouco desajeitado? Você tinha

que prestar muita atenção a pequenos detalhes e movimentos que agora acontecem mais fácil e automaticamente? Em algum momento você se sentiu desanimado? À medida que foi progredindo, o processo foi fazendo cada vez mais sentido e se tornava cada vez mais confortável? Você por fim teve um domínio da situação até o ponto em que foi capaz de realizar a tarefa com relativa facilidade e confiança? A maioria das pessoas passou por essa experiência de aprendizagem de uma habilidade em que agora são proficientes.

O processo de aprendizagem é o mesmo para o terapeuta cognitivo-comportamental iniciante. Enquanto você aprende como fazer com seus pacientes, trace objetivos pequenos, bem definidos e realistas. Dê crédito a si mesmo pelos pequenos ganhos. Compare o seu progresso com o nível de habilidade que tinha antes de começar a ler este livro, ou à época em que começou a aprender sobre a terapia cognitivo-comportamental. Esteja atento às oportunidades de responder aos pensamentos negativos em que você injustamente se compara aos terapeutas cognitivo-comportamentais experientes, ou em que mina a sua confiança ao comparar seu nível atual de habilidade com seus objetivos finais.

Se você se sente ansioso quanto a começar a usar a terapia cognitivo-comportamental com os pacientes, faça um “cartão de enfrentamento”, um cartão de referência em que escreve afirmações que são importantes de serem lembradas. Meus psiquiatras residentes com frequência têm pensamentos inúteis antes de atenderem seu primeiro paciente de ambulatório. Eu peço que criem um cartão que aborde esses pensamentos. O cartão é individualizado, mas de modo geral diz algo como:

*O meu objetivo não é curar este paciente hoje. Ninguém espera que faça isso.*

*O meu objetivo é desenvolver uma boa aliança de trabalho, se possível, resolver algum problema e aprimorar as minhas habilidades de terapeuta cognitivo-comportamental.*

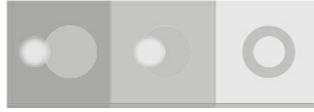
A leitura desse cartão ajuda a reduzir a ansiedade para que eles consigam se focar em seus pacientes e serem mais eficazes.

Por fim, os capítulos deste livro são concebidos para serem lidos na ordem apresentada. Você pode ficar ávido para pular os capítulos introdutórios e ir diretamente para a seção sobre as técnicas. Entretanto, o essencial da terapia cognitivo-comportamental não é meramente o emprego de técnicas cognitivas e comportamentais. Entre outros atributos, requer uma escolha criteriosa e a utilização efetiva de uma ampla variedade de técnicas baseadas na conceituação do nosso paciente. O próximo capítulo apresenta uma visão geral do tratamento, seguido de um capítulo inicial sobre conceituação. O Capítulo 4 descreve o processo de avaliação, e os Capítulos

5 a 8 têm seu foco em como estruturar e o que fazer nas sessões. Os Capítulos 9 a 14 descrevem os fundamentos da terapia cognitivo-comportamental: identificação de cognições e emoções e resposta adaptativa aos pensamentos automáticos e crenças. Outras técnicas cognitivas e comportamentais são apresentadas no Capítulo 15, e o imaginário é discutido no Capítulo 16. O Capítulo 17 descreve os exercícios de casa. O Capítulo 18 descreve os temas do término e prevenção de recaída. Esses capítulos precedentes estabelecem os princípios fundamentais para os Capítulos 19 e 20: planejamento do tratamento e problemas de diagnóstico em terapia. Por fim, o Capítulo 21 apresenta orientações para o aperfeiçoamento como terapeuta cognitivo-comportamental.

# Capítulo 2

# VISÃO GERAL DO TRATAMENTO



Este capítulo descreve resumidamente o tratamento com terapia cognitivo-comportamental e apresenta vários elementos essenciais que perpassam cada sessão. São eles:

- Desenvolvimento da relação terapêutica.
- Planejamento do tratamento e estruturação das sessões.
- Identificação e resposta às crenças disfuncionais.
- Ênfase no positivo.
- Facilitação da mudança cognitiva e comportamental entre as sessões (exercícios de casa).

Você também irá aprender mais sobre cada um desses elementos em capítulos futuros.

# DESENVOLVENDO A RELAÇÃO TERAPÊUTICA

É essencial começar a desenvolver confiança e *rappport* com o paciente desde nosso primeiro contato com ele. Pesquisas demonstram que as alianças positivas estão relacionadas aos resultados positivos no tratamento (Raue e Goldfried, 1994). Esse processo contínuo é facilmente alcançado com a maioria dos pacientes (embora possa ser mais difícil com pacientes portadores de doença mental grave ou com patologia grave do Eixo II). Para alcançar esse objetivo, você terá que:

- Demonstrar boas habilidades terapêuticas e compreensão acurada.
- Compartilhar sua conceituação e plano de tratamento.
- Tomar decisões colaborativamente.
- Buscar o *feedback*.
- Variar seu estilo.
- Ajudar o paciente a resolver seus problemas e a aliviar sua angústia.

## *Demonstrando Boas Habilidades Terapêuticas*

Você demonstra continuamente o seu compromisso e a compreensão do paciente por meio das suas afirmações empáticas, escolha das palavras, tom de voz, expressões faciais e linguagem corporal. Como costumo dizer aos meus estagiários, você se esforça para ser um bom ser humano no consultório com seus pacientes. Você os trata da forma como *you* gostaria de ser tratado. Demonstra adequada empatia e compreensão dos seus problemas e ideias por meio das suas perguntas significativas, reflexões e afirmações, o que fará ele se sentir valorizado e entendido. Você tentará transmitir as seguintes mensagens implícitas (e às vezes explícitas), mas somente quando endossá-las genuinamente:

“Eu me importo com você e o valorizo.”

“Eu quero entender o que você está passando e ajudá-lo.”

“Estou confiante de que juntos poderemos trabalhar bem e que a terapia cognitivo-comportamental irá ajudá-lo.”

“Eu não estou sobrecarregado com os seus problemas, muito embora você possa estar.”

“Eu já ajudei outros pacientes bem parecidos com você.”

Se não puder endossar honestamente essas mensagens, você poderá precisar da ajuda de um supervisor para responder aos seus pensamentos automáticos sobre o paciente, sobre a terapia cognitivo-comportamental ou sobre si mesmo.

Por meio da relação, você poderá ajudar indiretamente o paciente deprimido a:

- Sentir-se digno de estima, quando você é cordial, amistoso e interessado.
- Sentir-se menos sozinho, quando você descreve o processo de trabalharem juntos como equipe para resolverem seus problemas e trabalharem em direção aos objetivos dele.
- Sentir-se mais otimista, quando você se apresenta com esperanças realistas de que o tratamento irá ajudar.
- Sentir maior senso de autoeficácia, quando você o ajuda a ver o crédito que ele merece pela solução dos problemas, por fazer os exercícios de casa e envolver-se em outras atividades produtivas.

Um mito comum a respeito da terapia cognitivo-comportamental, cultivado por pessoas que

não leram os livros seminais ou não assistiram a vídeos de terapeutas especialistas, é de que ela é conduzida de maneira fria e mecânica. Isso é simplesmente incorreto. Na verdade, o primeiro manual de terapia cognitivo-comportamental (Beck et al., 1979) já sublinhava a importância do desenvolvimento de uma boa relação terapêutica.

### *Compartilhando Sua Conceituação e o Plano de Tratamento*

Você vai compartilhar constantemente a sua conceituação com o paciente e vai lhe perguntar se lhe “soa verdadeiro”. Por exemplo, uma paciente pode ter acabado de descrever um problema com sua mãe. Você lhe pediu para entender o problema segundo o modelo cognitivo. Depois, você conceitua em voz alta, de forma resumida. “Ok, eu quero ter certeza de que entendi. A situação era de que a sua mãe gritou com você ao telefone por não ligar para o seu irmão, e o seu pensamento automático foi: ‘Ela não percebe o quanto eu estou ocupada. Ela não culpa *ele* por não ligar para *mim*.’ Esses pensamentos fizeram com que se sentisse magoada e brava, mas você não lhe disse nada em resposta [comportamento]... Eu entendi bem?” Se a sua conceituação for correta, o paciente invariavelmente diz: “Sim, acho que está certo”. Se você estiver errado, o paciente em geral diz: “Não, não é exatamente assim. É mais como...”. Solicitar o *feedback* do paciente fortalece a aliança e permite que você o conceitue com mais precisão e conduza um tratamento efetivo.

### *Tomando Decisões Colaborativamente*

Ao mesmo tempo que guia o paciente durante as sessões, você também vai estimular ativamente a participação dele. Vai ajudá-lo a priorizar os problemas para os quais ele deseja ajuda na solução durante uma sessão. Você apresentará justificativas racionais para as intervenções e solicitará a aprovação dele (“Eu acho que seu estresse poderá ser reduzido se você descansar de vez em quando durante o dia – tudo bem se conversarmos sobre isso?”). Pode sugerir algumas atividades de autoajuda que ele possa experimentar em casa e conversar sobre a reação dele a esse experimento. Vocês agem constantemente como uma equipe.

### *Buscando Feedback*

Você vai estar constantemente alerta às reações emocionais do seu paciente durante a sessão, observando suas expressões faciais, linguagem corporal, escolha das palavras e tom de voz. Quando reconhecer que o paciente está vivenciando um aumento na angústia, você fará referência a isso na hora: “Você parece angustiado. O que estava passando pela sua cabeça?”. Você descobrirá que o paciente expressa pensamentos negativos sobre si mesmo, sobre o processo terapêutico ou sobre você. Conforme descrito no Capítulo 8, é importante reforçar o paciente positivamente por lhe dar *feedback*, depois conceituar o problema e planejar uma estratégia para resolvê-lo. A falha em identificar e dar atenção ao *feedback* negativo do paciente reduz a capacidade dele para focar na solução das suas dificuldades na vida real e sentir-se melhor. Ele poderá até mesmo decidir não retornar à terapia na semana seguinte. (Veja J. S. Beck, 2005, para uma discussão mais ampla da solução de problemas na relação terapêutica.)

Mesmo quando identificar que a sua aliança com o paciente é forte, ainda assim você vai solicitar seu *feedback* no final das sessões: “O que você achou da sessão? Houve alguma coisa que o aborreceu ou que acha que eu entendi errado? Existe alguma coisa que você quer fazer de

forma diferente da próxima vez?”. Fazer essas perguntas poderá fortalecer a aliança significativamente. Talvez você seja o primeiro profissional da saúde ou de saúde mental que tenha solicitado um *feedback* ao paciente. Eles geralmente se sentem honrados e respeitados com o seu interesse genuíno pelas suas reações.

### *Variando o Seu Estilo*

A maioria dos pacientes vai lhe responder de maneira positiva quando você for atencioso, empático e interessado. Entretanto, ocasionalmente algum poderá ter uma reação negativa. Por exemplo, um paciente poderá percebê-lo como excessivamente interessado ou “sensível” demais. A observação das reações emocionais do paciente na sessão poderá lhe alertar para fazer perguntas de modo a expor problemas como esse, para que possa mudar a forma como se coloca e ajudar o paciente a se sentir mais confortável ao trabalhar com você.

### *Ajudando o Paciente a Aliviar a Angústia*

Uma das melhores maneiras de fortalecer a relação terapêutica é sendo um terapeuta cognitivo-comportamental eficiente e competente. Pesquisas demonstraram que a aliança se fortalece quando a sintomatologia do paciente diminui (DeRubeis e Feeley, 1990; Feeley, DeRubeis e Gelfand, 1999).

Em geral, você vai gastar tempo suficiente para desenvolver a relação terapêutica e engajar o paciente para trabalhar em equipe com você de forma efetiva e usará a aliança terapêutica para apresentar a ele evidências de que suas crenças nucleares são incorretas. Se a aliança for sólida, você estará evitando a perda desnecessária de tempo e poderá maximizar o tempo a ser gasto ajudando o paciente a resolver os problemas que irá enfrentar na semana seguinte. Alguns pacientes, particularmente aqueles com transtorno da personalidade, requerem uma ênfase muito maior na relação terapêutica e estratégias avançadas para forjar uma boa aliança de trabalho (Beck, Freeman, Davis et al., 2004; J. S. Beck, 2005; Young, 1999).

# PLANEJANDO O TRATAMENTO E ESTRUTURANDO AS SESSÕES

Um dos objetivos principais do tratamento é tornar o processo da terapia compreensível para você e para o paciente. Você tentará conduzir a terapia da forma mais eficiente possível, de modo que possa aliviar o sofrimento do paciente o mais rápido possível. A adesão a um formato padrão (bem como ensinar ao paciente as ferramentas da terapia) facilita esses objetivos. No entanto, conforme observado anteriormente, você não vai realizar o tratamento de forma mecânica ou impessoal – se fizesse isso, não seria muito eficiente.

A maioria dos pacientes se sente mais confortável quando sabe o que esperar da terapia, quando entendem claramente o que você quer que eles façam, quando eles sentem que vocês formam um time e quando têm uma ideia concreta de como a terapia terá prosseguimento, tanto dentro da sessão quanto durante o curso do tratamento. Você vai maximizar a compreensão que o paciente tem do tratamento, explicando a estrutura geral das sessões e depois aderindo (flexivelmente, às vezes) a essa estrutura.

Você começará a planejar o tratamento da sessão antes que o paciente entre no seu consultório. Você vai examinar rapidamente o quadro dele, especialmente seus objetivos para o tratamento, as anotações terapêuticas e os exercícios de casa prescritos na(s) sessão(ões) anterior(es). Conforme observado anteriormente, assim vai obter uma ideia geral de como pretende estruturar a sessão. O objetivo terapêutico mais amplo é melhorar o humor do paciente durante a sessão e criar um plano para que ele se sinta melhor e aja de maneira mais funcional durante a semana. O que vai ser feito especificamente na sessão será influenciado pelos sintomas do paciente, sua conceituação, a qualidade da aliança terapêutica, o estágio do tratamento e especialmente os problemas que ele coloca na pauta.

O seu objetivo durante a primeira parte de uma sessão é restabelecer a aliança terapêutica e coletar dados para que você e o paciente possam colaborativamente definir e priorizar os itens da pauta. Na segunda parte de uma sessão, você e o paciente vão discutir os problemas que estão na pauta. No contexto da solução desses problemas, você ensinará ao paciente relevantes habilidades cognitivas, comportamentais, de solução de problemas e outras. Você estará continuamente reforçando o modelo cognitivo, ajudando o paciente a avaliar e responder aos seus pensamentos automáticos, resolvendo problemas e pedindo-lhe para resumir os seus novos entendimentos.

Esses tipos de discussões e intervenções levam naturalmente à prescrição de exercícios de casa, o que em geral envolve fazer o paciente se lembrar da sua forma nova e mais realista de pensar sobre o problema e colocar em prática soluções durante a semana. Um exercício de casa constante é fazer o paciente identificar e responder ao seu pensamento disfuncional durante a semana, sempre que ele observar que seu humor está piorando, que ele está se comportando de um modo disfuncional e/ou estiver sentindo ativação fisiológica significativa.

Na parte final da sessão, você perguntará ao paciente quais pontos ele achou mais importantes na sessão, assegurando-se de que essas ideias sejam anotadas, examinando (e modificando, se necessário) o exercício de casa prescrito e estimulando e respondendo ao *feedback* do paciente sobre a sessão. Embora os terapeutas cognitivo-comportamentais por vezes se desviem mais desse formato, os terapeutas iniciantes são geralmente mais efetivos quando seguem a estrutura especificada. Descrições mais detalhadas da estrutura das sessões terapêuticas aparecem nos Capítulos 5, 7 e 8.

Para estruturar as sessões de modo eficaz, você precisará interromper *delicadamente* o paciente: “Posso interrompê-lo por um momento? Você está dizendo...?”. A interrupção

estratégica e habilidosa do paciente está ilustrada em capítulos posteriores. Se inicialmente você se sentir um pouco desajeitado com uma sessão estruturada mais firmemente, é provável que descubra que o processo gradualmente se torna natural, em especial quando você observa os resultados positivos.

# IDENTIFICANDO E RESPONDENDO ÀS COGNIÇÕES DISFUNCIONAIS

Um aspecto importante de quase todas as sessões terapêuticas é ajudar o paciente a responder às suas ideias inexatas ou inúteis: seus pensamentos automáticos, imagens (quadros mentais) e/ou crenças subjacentes. Você pode identificar os pensamentos automáticos importantes de várias formas (veja o [Capítulo 9](#)), mas geralmente será por meio de uma pergunta básica quando o paciente estiver relatando uma situação angustiante, uma emoção ou um comportamento disfuncional:

“O que está passando pela sua cabeça agora?”

A seguir, você vai ajudar o paciente a avaliar seu pensamento principalmente por meio de dois modos:

- Você vai se engajar em um processo de *descoberta guiada* para ajudar o paciente a desenvolver uma perspectiva mais adaptativa e baseada na realidade.
- Você vai criar, em conjunto, *experimentos comportamentais* para testar as previsões do paciente, sempre que for viável.

## *Descoberta Guiada*

Geralmente durante a discussão de um problema, você evoca as cognições do paciente (pensamentos automáticos, imagens e/ou crenças). Constantemente, você vai averiguar qual cognição ou cognições são mais perturbadoras para o paciente, depois lhe fará uma série de perguntas para ajudá-lo a olhar com distanciamento (isto é, encarar suas cognições como ideias, não necessariamente como verdades), irá avaliar a validade e utilidade das cognições e/ou descatastrofizar seus medos. Perguntas como as seguintes, em geral, são úteis:

“Quais as evidências de que o seu pensamento é verdadeiro? Quais as evidências em contrário?”

“Qual seria uma forma alternativa de encarar esta situação?”

“O que de pior poderia acontecer e como você lidaria com isso? O que de melhor poderia acontecer? Qual é o resultado mais realista desta situação?”

“Qual o efeito de acreditar no seu pensamento automático e qual seria o efeito de mudá-lo?”

“Se o [seu amigo ou familiar] estivesse nesta situação e tivesse o mesmo pensamento automático, que conselho você lhe daria?”

“O que devemos fazer?”

Conforme descrito no Capítulo 11, nem todas essas perguntas se aplicam a todos os pensamentos automáticos, e com frequência você irá usar uma linha de questionamento diferente. Mas essas perguntas são um guia útil e estão ilustradas na transcrição a seguir, extraída da quarta sessão de Sally. Eu ajudo Sally a detalhar um problema que é importante para ela, a identificar e avaliar uma ideia disfuncional associada, criar um plano razoável e avaliar a eficácia da intervenção.

TERAPEUTA: Ok, Sally, você disse que queria falar sobre um problema de encontrar um emprego de meio turno?

PACIENTE: É, eu preciso de dinheiro... mas eu não sei.

TERAPEUTA: (*observando que Sally parece mais disfórica*) O que está passando pela sua cabeça

agora?

PACIENTE: [pensamento automático] Eu não vou conseguir dar conta de um emprego.

TERAPEUTA: [rotulando sua ideia como um pensamento e vinculando-a ao seu humor] E como esse pensamento faz você se sentir?

PACIENTE: [emoção] Triste. Pra baixo, mesmo.

TERAPEUTA: [começando a avaliar o pensamento] Quais as evidências de que você não será capaz de trabalhar?

PACIENTE: Bem, eu estou tendo problemas em acompanhar as aulas.

TERAPEUTA: Ok, o que mais?

PACIENTE: Eu não sei... Eu estou tão cansada. Para mim já é difícil até mesmo *procurar* um emprego, que dirá ir trabalhar todos os dias.

TERAPEUTA: Em um minuto examinaremos isso. [sugerindo uma visão alternativa] Talvez na verdade seja mais difícil para você neste momento sair e *procurar* empregos do que seria se você fosse para um emprego que já tivesse. De qualquer forma, existe alguma outra evidência de que você não daria conta de um trabalho, considerando-se que conseguisse um?

PACIENTE: ...Não, não que eu consiga lembrar.

TERAPEUTA: Alguma evidência do contrário? De que *talvez* você conseguisse dar conta de um emprego?

PACIENTE: Bem, eu trabalhei no ano passado. E foi no auge do período escolar e outras atividades. Mas este ano... eu simplesmente não sei.

TERAPEUTA: Alguma outra evidência de que você conseguiria dar conta de um emprego?

PACIENTE: Eu não sei... É possível que eu conseguisse fazer alguma coisa que não tome muito tempo. E que não seja muito difícil.

TERAPEUTA: E o que seria isso?

PACIENTE: Um trabalho de balconista, talvez. Eu fiz isso no ano passado.

TERAPEUTA: Alguma ideia de onde você poderia trabalhar?

PACIENTE: Na verdade, talvez na livraria [da universidade]. Eu vi um aviso de que estão procurando novos funcionários.

TERAPEUTA: Ok. E o que seria a *pior* coisa que poderia acontecer se você conseguisse um emprego na livraria?

PACIENTE: Acho que seria se eu não conseguisse realizar o trabalho.

TERAPEUTA: E se isso acontecesse, como você lidaria com isso?

PACIENTE: Acho que eu simplesmente desistiria.

TERAPEUTA: E qual seria a *melhor* coisa que poderia acontecer?

PACIENTE: Hum... que eu conseguisse fazer tudo com facilidade.

TERAPEUTA: E qual é o resultado mais *realista*?

PACIENTE: Provavelmente não vai ser fácil, especialmente no começo. Mas eu poderia conseguir.

TERAPEUTA: Sally, qual o efeito de acreditar no seu pensamento: “Eu não vou conseguir dar conta de um emprego”?

PACIENTE: Faz com que eu me sinta triste... Faz com que eu nem mesmo tente.

TERAPEUTA: E qual é o efeito de mudar o seu pensamento, de dar-se conta de que

possivelmente você poderia trabalhar na livraria?

PACIENTE: Eu me sentiria melhor. Seria mais provável que eu me candidatasse ao emprego.

TERAPEUTA: Então o que você quer fazer a respeito?

PACIENTE: Ir até a livraria. Eu poderia ir hoje à tarde.

TERAPEUTA: Qual a probabilidade de você ir?

PACIENTE: Ah... eu acho que vou. Eu vou, sim.

TERAPEUTA: E como você se sente agora?

PACIENTE: Um pouco melhor. Um pouco mais nervosa, talvez. Mas com um pouco mais de esperança, eu acho.

Sally consegue identificar e avaliar facilmente o seu pensamento disfuncional, “Eu não vou conseguir dar conta de um emprego”, com perguntas padrão. No entanto, muitos pacientes podem precisar de muito mais esforço terapêutico antes de se disporem a dar seguimento ao trabalho comportamental. Se Sally tivesse hesitado, eu poderia ter lhe pedido para resumir o que discutimos, e depois montaríamos em conjunto um cartão de enfrentamento baseado no seu resumo, o qual poderia dizer algo como:

*Se eu evitar ir à livraria, devo me lembrar de que provavelmente conseguiria dar conta de um trabalho lá e que sempre poderia desistir, caso não desse certo. Isso não é um grande problema.*

### *Experimentos Comportamentais*

Sempre que possível, você vai planejar colaborativamente experimentos que o paciente possa realizar durante a própria sessão (como também entre as sessões). A discussão da validade das ideias do paciente, conforme descrito, poderá ajudá-lo a mudar seu pensamento, mas a mudança pode ser significativamente mais profunda se a cognição for sujeitada a um teste comportamental, isto é, se o paciente puder ter uma experiência que refute sua validade (Bennett-Levy et al., 2004). As cognições adequadas geralmente estão vinculadas a previsões negativas do paciente. Um paciente deprimido, por exemplo, poderia ter o pensamento automático: “Se eu tentar ler alguma coisa, não vou conseguir me concentrar o suficiente para entender”. Você poderia pedir ao paciente para ler uma passagem curta de um livro no consultório para ver até que ponto o pensamento dele é válido. Um paciente ansioso poderá

expressar o pensamento: “Se eu lhe contar sobre o abuso, vou ficar perturbado, vou desmoronar”, ou “Se eu ficar ansioso e o meu coração começar a acelerar, eu vou ter um ataque cardíaco”. Vocês irão planejar colaborativamente experimentos que testem esse tipo de ideias.

No início do tratamento, você geralmente vai colocar o foco nos pensamentos específicos para algumas situações, os quais costumam ser suscetíveis à mudança. Já na metade da terapia, você vai continuar trabalhando em nível de pensamentos automáticos, mas também vai focar na modificação das crenças mais generalizadas do paciente: seus pressupostos subjacentes e crenças nucleares. (Esses vários níveis de cognição são descritos em detalhes no próximo capítulo.) O tratamento continua, idealmente, até que os transtornos do paciente estejam em remissão e ele tenha aprendido as habilidades necessárias para prevenir uma recaída.

## ENFATIZANDO O POSITIVO

A maioria dos pacientes, especialmente aqueles com depressão, tende a focar indevidamente nos aspectos negativos. Quando estão em estado depressivo, eles direcionam sua atenção automática e seletivamente (i. e., sem terem consciência disso), além de colocarem grande ênfase na experiência negativa, e então desconsideram ou não conseguem reconhecer uma experiência mais positiva. Sua dificuldade em processar dados positivos de forma simples leva-nos a desenvolver um senso distorcido da realidade. Para contrabalançar essa característica da depressão, você vai ajudar o paciente a continuamente prestar atenção no positivo.

Na avaliação, você vai tentar trazer à tona os pontos fortes do paciente (“Quais são alguns dos seus pontos fortes e qualidades?”). A partir da primeira sessão, você vai resgatar os dados positivos da semana anterior (“Que coisas positivas aconteceram desde que nos vimos pela última vez? Que coisas positivas você fez?”). Você vai orientar as sessões em direção aos aspectos positivos, ajudando o paciente a ter uma semana melhor. Você vai usar a aliança terapêutica para demonstrar que vê o paciente como um ser humano que tem valor (“Eu acho ótimo que você tenha falado com o professor [da criança que você está acompanhando] para ver se ele poderia ajudar mais”). Você vai perguntar ao paciente sobre dados que sejam contrários aos seus pensamentos automáticos e crenças negativas (“Quais são as evidências [positivas] de que talvez o seu pensamento automático não seja verdade?”).

Você vai assinalar os dados positivos que ouvir enquanto o paciente discute os problemas e vai perguntar o que esses dados significam para ele (“O que isto diz sobre você, o fato de ter conseguido o trabalho na livraria?”). Você vai estar alerta e assinalar em voz alta os exemplos de enfrentamento positivo aos quais o paciente possa aludir durante a sessão (“Que boa ideia, resolver o problema pedindo que Allison estude com você”). Você irá definir colaborativamente com o paciente os exercícios de casa para facilitar que ele experimente um senso de prazer e realização. Os métodos de conceituação e incorporação dos pontos fortes do paciente, bem como a construção da resiliência, estão descritos em Kuyken e colaboradores (2009).

# FACILITANDO A MUDANÇA COGNITIVA E COMPORTAMENTAL ENTRE AS SESSÕES (EXERCÍCIOS DE CASA)

Um objetivo importante do tratamento é ajudar o paciente a se sentir melhor ao fim de cada sessão e deixá-lo em condições de ter uma semana melhor. Para atingir esse objetivo, você irá:

- Ajudar o paciente a avaliar e responder aos pensamentos automáticos que ele provavelmente vai ter entre as sessões.
- Ajudar o paciente a pensar em soluções para seus problemas para colocá-los em prática durante a semana.
- Ensinar ao paciente novas habilidades a serem praticadas durante a semana.

Como o paciente tende a esquecer muita coisa do que ocorre nas sessões terapêuticas, é importante que tudo o que você quiser que ele lembre seja registrado de modo que ele possa examinar em casa. Você ou ele deve anotar os seus exercícios de autoajuda em um caderno da terapia (do qual você poderá fazer uma cópia e anexar às suas anotações do tratamento) ou em papel carbonado (disponível em lojas de suprimentos para escritório). Os exercícios de casa geralmente consistem em:

- Mudanças comportamentais em consequência da solução de problemas e/ou treinamento de habilidades na sessão (p. ex., um problema de isolamento poderia levar à solução comportamental de ligar para os amigos; um problema de sentir-se sobrecarregado no trabalho poderia levar a que o paciente discutisse a dificuldade assertivamente com um supervisor).
- Identificação de pensamentos automáticos e crenças quando o paciente observa uma mudança disfuncional no afeto, comportamento ou fisiologia, e depois a avaliação e resposta às suas cognições por meio do questionamento socrático, experimentos comportamentais e/ou leitura das anotações da terapia para abordar essas cognições. Por exemplo:

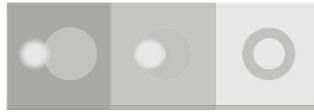
*Se eu começar a pensar que não consigo limpar a cozinha, devo me lembrar de que vou fazer isso só por 10 minutos, que poderá ser difícil, mas provavelmente não será impossível, e que os primeiros minutos serão os mais difíceis, e depois provavelmente vai ficar mais fácil.*

Os exercícios de casa surgem naturalmente a partir da discussão de cada problema, porque assim o paciente terá coisas para lembrar (mudanças na cognição) e/ou coisas para fazer. É de suma importância planejar cuidadosamente as prescrições dos exercícios de casa, adaptando-os ao paciente com base na sua conceituação do que mais irá ajudar, juntamente com a

concordância deste. Também é essencial examinar os exercícios de casa na semana seguinte. Um exercício de casa inicial importante para os pacientes com depressão é o agendamento de atividades. Veja o [Capítulo 6](#) para uma descrição detalhada do agendamento de atividades e o [Capítulo 17](#) para orientações detalhadas para a prescrição e revisão dos exercícios de casa.

# Capítulo 3

# CONCEITUAÇÃO COGNITIVA



Uma conceituação cognitiva dá o enquadramento para compreender o paciente. Para dar início ao processo de formulação de um caso, você vai se fazer as seguintes perguntas:

“Qual é o diagnóstico do paciente?”

“Quais são seus problemas atuais? Como esses problemas se desenvolveram e como são mantidos?”

“Que pensamentos disfuncionais e crenças estão associados aos problemas? Que reações (emocionais, fisiológicas e comportamentais) estão associadas a esses pensamentos?”

A seguir, você irá formular hipóteses de como o paciente desenvolveu esse transtorno psicológico em particular:

“Como o paciente vê a si mesmo, os outros, seu mundo pessoal e o seu futuro?”

“Quais são as crenças subjacentes do paciente (incluindo atitudes, expectativas e regras) e pensamentos?”

“Como o paciente está enfrentando suas cognições disfuncionais?”

“Que estressores (precipitantes) contribuíram para o desenvolvimento dos seus problemas psicológicos atuais ou interferem na resolução desses problemas?”

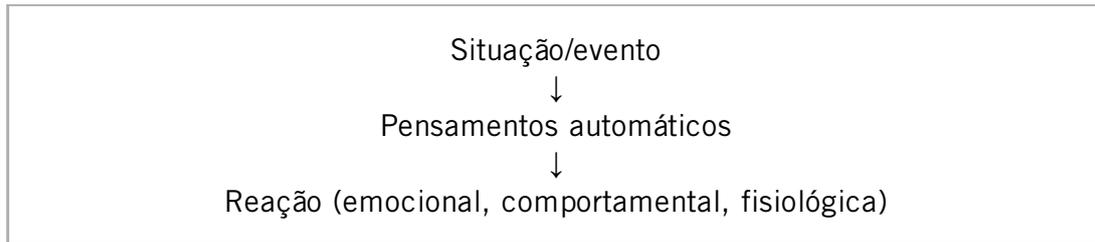
“Se relevante, que experiências anteriores podem ter contribuído para os problemas atuais do paciente? Que significado o paciente extraiu dessas experiências e que crenças se originaram delas ou foram fortalecidas por essas experiências?”

“Se relevante, que mecanismos cognitivos, afetivos e comportamentais (adaptativos ou desadaptativos) o paciente desenvolveu para enfrentar essas crenças disfuncionais?”

Você começa a construir uma conceituação cognitiva durante o primeiro contato com o paciente e continua a aprimorar sua conceituação ao longo de todo o tratamento. Esta formulação orgânica, em desenvolvimento, lhe ajuda a planejar uma terapia eficiente e efetiva (Kuyken et al., 2009; Needleman, 1999; Persons, 2008; Tarrrier, 2006). Neste capítulo descrevo o modelo cognitivo, o fundamento teórico da terapia cognitivo-comportamental. Posteriormente, discuto a relação entre pensamentos e crenças e apresento como exemplo o caso de Sally, usado ao longo de todo este livro.

# O MODELO COGNITIVO

A terapia cognitivo-comportamental está baseada no *modelo cognitivo*, o qual parte da hipótese de que as emoções, os comportamentos e a fisiologia de uma pessoa são influenciados pelas percepções que ela tem dos eventos.



Não é a situação em si que determina o que a pessoa sente, mas como ela *interpreta* uma situação (Beck, 1964; Ellis, 1962). Imagine, por exemplo, uma situação em que várias pessoas estão lendo um texto básico sobre terapia cognitivo-comportamental. Elas têm respostas emocionais e comportamentais bem diferentes à mesma situação, com base no que está se passando em suas mentes enquanto leem.

O leitor A pensa: “Isso realmente faz sentido. Finalmente um livro que vai realmente me ensinar a ser um bom terapeuta!”. O leitor A se sente animado e continua a leitura.

Já o leitor B pensa: “Esta abordagem é muito simplista. Nunca vai funcionar”. O leitor B se sente desapontado e fecha o livro.

O leitor C tem os seguintes pensamentos: “Este livro não é o que eu esperava. Que desperdício de dinheiro”. O leitor C está desgostoso e descarta completamente o livro.

O leitor D pensa: “Eu realmente preciso aprender tudo isso. E se eu não conseguir entender? E se eu nunca for bom nisso?”. O leitor D se sente ansioso e continua lendo as mesmas poucas páginas repetidamente.

O leitor E tem pensamentos diferentes: “Isto é muito difícil. Eu sou tão burro. Eu nunca vou entender isso. Eu nunca vou conseguir ser um terapeuta”. O leitor E sente-se triste e liga a televisão.

A forma como as pessoas se sentem emocionalmente e a forma como se comportam estão associadas a como elas interpretam e pensam a respeito da situação. *A situação em si não determina diretamente como elas se sentem ou o que fazem*; a sua resposta emocional é mediada pela percepção da situação. Os terapeutas cognitivo-comportamentais estão particularmente interessados no nível de pensamento que pode operar simultaneamente com um pensamento mais óbvio, de nível mais superficial.

Por exemplo, enquanto você está lendo este livro, poderá notar dois níveis no seu pensar. Parte da sua mente está focando nas informações lidas; ou seja, você está tentando entender e integrar as informações. Em outro nível, contudo, você poderá estar tendo alguns pensamentos rápidos e avaliativos. Esses pensamentos são chamados *pensamentos automáticos* e não são resultantes de deliberação ou raciocínio. Ao contrário, esses pensamentos parecem surgir espontaneamente; eles geralmente são muito rápidos e breves. Você pode quase nem perceber esses pensamentos; é muito mais provável que esteja consciente da emoção ou do comportamento que se segue. Mesmo que você esteja consciente dos seus pensamentos, é mais provável que os aceite sem nenhuma crítica, acreditando que eles são verdadeiros. Você nem mesmo pensa em questioná-los. Entretanto, poderá aprender a identificar seus pensamentos automáticos, dando atenção às mudanças no seu afeto, comportamento e/ou fisiologia.

Pergunte-se “O que estava passando pela minha cabeça?” quando:

- Você começa a se sentir disfórico.
- Você se sente inclinado a se comportar de uma maneira disfuncional (ou a evitar se comportar de uma maneira adaptativa).
- Você observa mudanças angustiantes em seu corpo ou mente.

Depois de identificar seus pensamentos automáticos, você poderá, e provavelmente o fará até certo ponto, avaliar a validade do seu pensamento. Por exemplo, se você tem muita coisa a fazer, poderá ter o pensamento automático: “Eu nunca vou conseguir terminar tudo”. Mas você pode fazer um teste automático da realidade, relembrando experiências passadas e lembrando a si mesmo: “Está tudo bem. Você sabe que sempre consegue fazer o que precisa”. Quando você acha que a sua interpretação de uma situação é errônea e a corrige, provavelmente descobrirá que o seu humor melhora, que você se comporta de maneira mais funcional e/ou suas reações fisiológicas diminuem. Em termos cognitivos, quando pensamentos disfuncionais são sujeitos à reflexão objetiva, as emoções, o comportamento e a reação fisiológica do sujeito geralmente se modificam. O Capítulo 11 apresenta orientações específicas sobre como avaliar pensamentos automáticos.

Mas de onde surgem os pensamentos automáticos? O que faz uma pessoa interpretar uma situação de modo diferente de outra? Por que a mesma pessoa pode interpretar um evento idêntico de uma forma diferente de outra vez? A resposta tem a ver com fenômenos cognitivos mais permanentes: as crenças.

# CRENÇAS

No começo da infância, as crianças desenvolvem determinadas ideias sobre si mesmas, sobre as outras pessoas e o seu mundo. As suas crenças mais centrais, ou *crenças nucleares*, são compreensões duradouras tão fundamentais e profundas que frequentemente não são articuladas nem para si mesmo. A pessoa considera essas ideias como verdades absolutas – é como as coisas “são” (Beck, 1987). Por exemplo, o Leitor E, que se achou não inteligente para entender este livro, frequentemente tem uma preocupação similar quando tem que se envolver em uma nova tarefa (p. ex., aprender uma habilidade nova no computador, descobrir como montar uma estante de livros ou pedir um empréstimo bancário). Ele parece ter a crença nuclear: “Eu sou incompetente”. Pode ser que essa crença opere somente quando ele está em um estado depressivo, ou pode ser ativada a maior parte do tempo. Quando essa crença nuclear é ativada, o Leitor E interpreta as situações por meio das lentes da sua crença, mesmo que a interpretação racional seja evidentemente inválida.

O Leitor E tende a focar seletivamente nas informações que confirmam sua crença nuclear, desconsiderando ou desvalorizando informações contrárias. Por exemplo, ele não considerou que outras pessoas inteligentes e competentes poderiam não entender completamente o material na sua primeira leitura, nem levou em consideração a possibilidade de que a autora não tivesse apresentado o material adequadamente. Ele não reconheceu que a sua dificuldade na compreensão poderia ser devida à falta de concentração, em vez de falta de capacidade mental. Ele esqueceu que frequentemente tinha dificuldades iniciais quando apresentado a um conjunto de informações novas, mas que depois tinha um bom domínio sobre o assunto. Como foi ativada a sua crença de incompetência, ele automaticamente interpretou a situação de forma altamente negativa e autocrítica. Assim, sua crença é mantida, mesmo sendo incorreta e disfuncional. É importante observar que não é propositalmente que ele está tentando processar as informações dessa forma; isso ocorre de maneira automática.

A Figura 3.1 ilustra essa forma distorcida de processar a informação. O círculo com uma abertura retangular representa o esquema cognitivo do Leitor E. Em termos piagetianos, o esquema é uma estrutura mental hipotética que organiza as informações. Dentro desse esquema, a crença nuclear do Leitor E é: “Eu sou incompetente”. Quando ele é apresentado a dados negativos, esse esquema é ativado, e os dados contidos nos retângulos negativos são imediatamente processados como confirmação dessa crença nuclear, o que deixa a crença ainda mais forte.

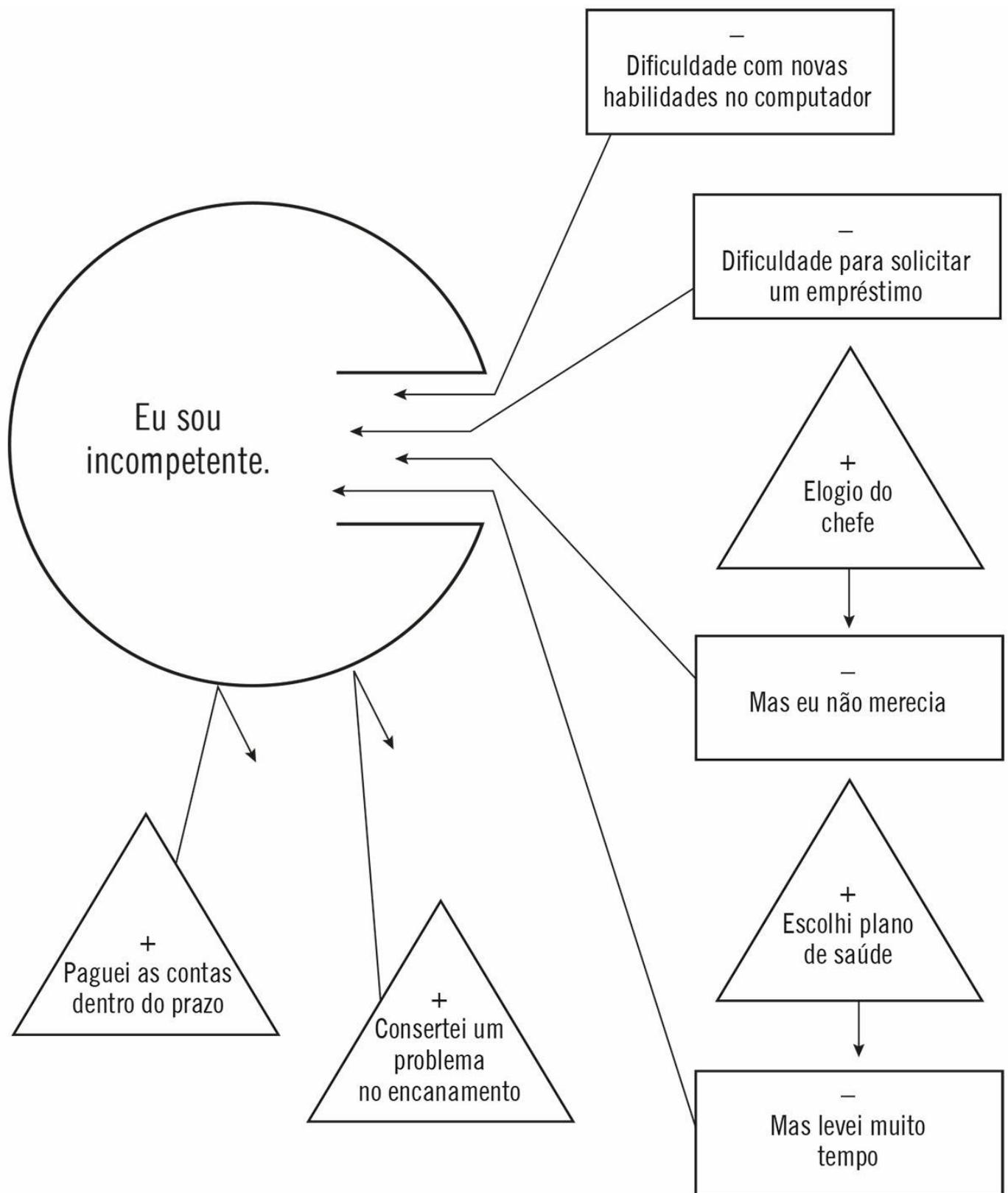
Entretanto, ocorre um processo diferente quando o Leitor E é apresentado a dados positivos (tais como analisar qual plano de saúde seria o melhor para sua família). Os dados positivos estão representados nos triângulos positivos equivalentes, os quais não se encaixam no esquema. A mente dele desconsidera os dados automaticamente (“Eu escolhi um plano de saúde, *mas* levei muito tempo.”). Quando seu chefe o elogiou, ele imediatamente pensou: “O meu chefe está enganado. Eu não fiz bem aquele projeto. Eu não merecia isso [o elogio]”. Essas interpretações, em essência, mudam o formato dos dados dos triângulos positivos para os retângulos negativos. Agora os dados se encaixam no esquema e, em consequência, fortalecem a crença nuclear negativa.

Também existem dados positivos que o Leitor E simplesmente não percebe. Ele não nega algumas evidências de competência, como pagar suas contas dentro do prazo ou consertar algum problema no encanamento. Contudo, parece que ele não processa os dados positivos; ele os exclui do esquema. Com o passar do tempo, a crença nuclear de incompetência do Leitor E

torna-se cada vez mais forte.

Sally também tem uma crença nuclear de incompetência. Felizmente, quando não está deprimida, um sistema diferente é ativado (que contém a crença nuclear: “Eu sou razoavelmente competente”) em boa parte do tempo, mas não sempre. No entanto, quando está deprimida, predomina o esquema de incompetência. Uma parte importante da terapia é ajudar Sally a encarar os dados negativos de modo mais realista e adaptativo. Outra parte importante da terapia é ajudá-la a identificar e processar os dados positivos de forma clara e direta.

As *crenças nucleares* são o nível mais fundamental da crença; elas são globais, rígidas e supergeneralizadas. Os *pensamentos automáticos*, as palavras ou imagens que passam pela mente da pessoa, são específicos para as situações e podem ser considerados como o nível mais superficial de cognição. A próxima seção descreve a classe de *crenças intermediárias* que existe entre os dois.



**FIGURA 3.1.** Modelo de Processamento da Informação. Esse diagrama demonstra como os dados negativos são processados imediatamente, fortalecendo a crença nuclear, enquanto os dados positivos são desconsiderados (transformados em dados negativos) ou não percebidos.

### *Atitudes, Regras e Pressupostos*

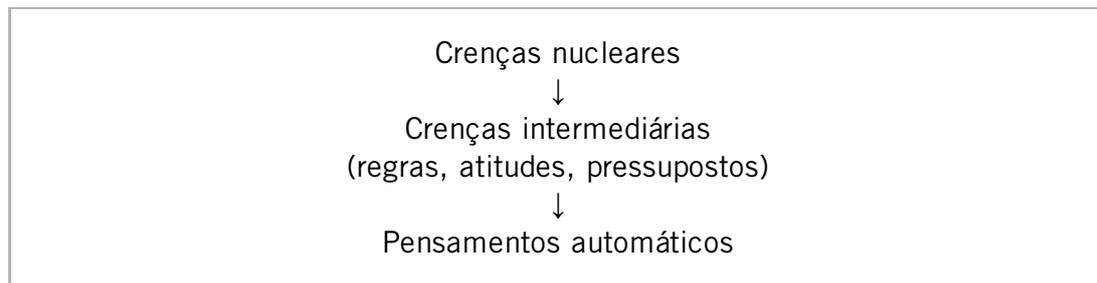
As crenças nucleares influenciam o desenvolvimento de uma classe intermediária de crenças, que são as atitudes, as regras e os pressupostos (frequentemente não articulados). O Leitor E, por exemplo, tinha as seguintes crenças intermediárias:

*Atitude:* “É terrível falhar.”

*Regra:* “Desistir se um desafio parece muito grande.”

*Pressupostos:* “Se eu tentar fazer alguma coisa difícil, vou falhar. Se eu evitar fazer, ficarei bem.”

Essas crenças influenciam a sua visão da situação, que, por sua vez, influencia como ele pensa, sente e se comporta. A relação entre essas crenças intermediárias e os pensamentos automáticos é descrita abaixo:



Como surgem as crenças nucleares e as crenças intermediárias? Desde os primeiros estágios do desenvolvimento, as pessoas tentam entender seu ambiente. Elas precisam organizar sua experiência de forma coerente para que possam funcionar adaptativamente (Rosen, 1988). Suas interações com o mundo e as outras pessoas, influenciadas pela sua predisposição genética, conduzem a determinados entendimentos: suas crenças, as quais podem variar na sua acurácia e funcionalidade. Um aspecto muito significativo para o terapeuta cognitivo-comportamental é que as crenças disfuncionais podem ser desaprendidas, e novas crenças baseadas na realidade e mais funcionais podem ser desenvolvidas e fortalecidas durante o tratamento.

A maneira mais rápida de ajudar o paciente a se sentir melhor e a se comportar mais adaptativamente é facilitar a modificação direta das suas crenças nucleares o mais rápido possível, porque, depois que faz isso, o paciente tende a interpretar situações ou problemas futuros de maneira mais construtiva. É possível realizarem-se modificações no início do tratamento com pacientes que têm depressão não complicada e que reuniam crenças razoáveis e adaptativas sobre si mesmos antes do início do seu transtorno. Entretanto, quando as crenças do paciente estão arraigadas, você pode perder a credibilidade e colocar a aliança terapêutica em risco se questionar muito precocemente a validade das suas crenças nucleares.

O curso habitual da terapia cognitivo-comportamental, portanto, envolve uma ênfase inicial na identificação e modificação de pensamentos automáticos que derivam das crenças nucleares (e em intervenções que modifiquem indiretamente as crenças nucleares). O terapeuta ensina o paciente a identificar essas cognições que estão mais próximas da consciência e a ter distanciamento delas ao aprender que:

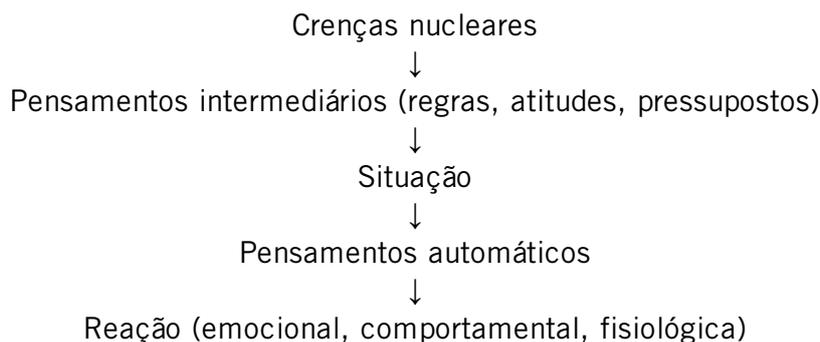
- Só porque ele acredita em uma determinada coisa não significa necessariamente que ela seja verdade.
- Mudar seu pensamento, para que seja mais útil e baseado na realidade, ajuda-o a se sentir melhor e a progredir em direção aos seus objetivos.

Será mais fácil para o paciente reconhecer a distorção em seus pensamentos específicos do que a sua compreensão mais ampla de si mesmo, de seu mundo e dos outros. Entretanto, por meio de repetidas experiências nas quais ele obtém alívio ao trabalhar no nível mais superficial de cognição, o paciente fica mais aberto à avaliação das crenças que estão subjacentes ao seu pensamento disfuncional. As crenças relevantes de nível intermediário e as crenças nucleares são avaliadas de várias maneiras e posteriormente modificadas para que também mudem as percepções do paciente e suas conclusões sobre os eventos. Essa modificação mais profunda das

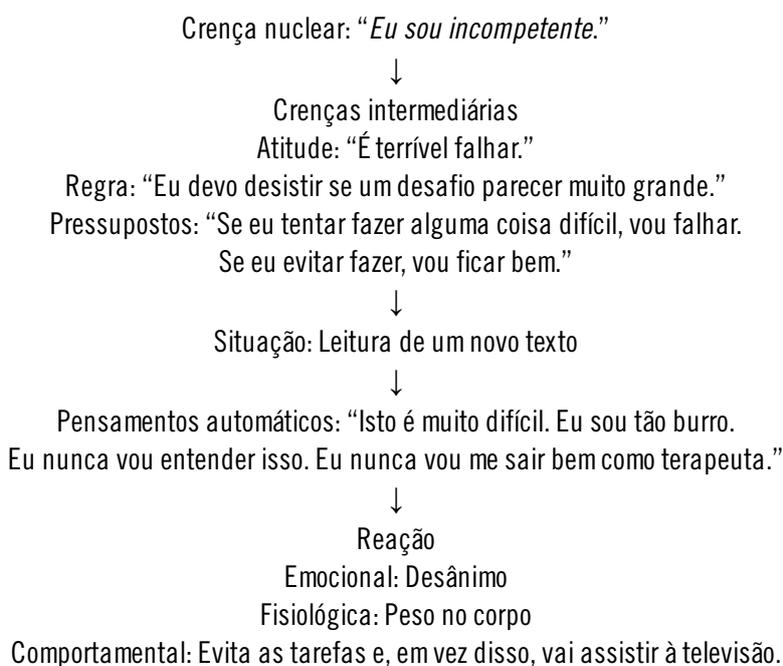
crenças mais fundamentais diminui a probabilidade de recaída (Evans et al., 1992; Hollon, DeRubeis e Seligman, 1992).

# RELAÇÃO ENTRE COMPORTAMENTO E PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS

A hierarquia da cognição, como já foi explicado até agora, pode ser ilustrada como segue:



Em uma situação específica, as crenças subjacentes influenciam a percepção da pessoa, que é expressa pelos pensamentos automáticos em situações específicas. Esses pensamentos, por sua vez, influenciam a reação emocional, comportamental e fisiológica. A Figura 3.2 ilustra a conceituação cognitiva do Leitor E nessa situação particular, mostrando como suas crenças influenciam seus pensamentos, que, por sua vez, influenciam sua reação.



**FIGURA 3.2.** Conceituação Cognitiva do Leitor E.

Observe que, se o Leitor E conseguisse *avaliar* seu pensamento, suas emoções, fisiologia e comportamento teriam sido afetados positivamente. Por exemplo, ele poderia ter respondido aos seus pensamentos dizendo: "Isto pode ser difícil, mas não é necessariamente impossível. Eu já consegui entender esse tipo de livro antes. Se eu persistir, provavelmente vou entender melhor". Se tivesse respondido assim, ele teria reduzido sua tristeza e continuaria lendo.

Para resumir, esse leitor se sentiu desencorajado devido aos seus pensamentos em uma situação particular. Por que ele teve esses pensamentos, enquanto outro leitor não teve? As crenças nucleares não articuladas sobre sua incompetência influenciaram a sua percepção da situação.

## Um Modelo Cognitivo Mais Complexo

É importante observar que a sequência da percepção de situações que levam aos pensamentos automáticos que então influenciam a reação da pessoa é por vezes uma supersimplificação. Pensamento, humor, comportamento, fisiologia e o ambiente podem afetar uns aos outros. As situações desencadeantes podem ser:

- Eventos específicos (como receber uma nota baixa em um trabalho acadêmico).
- Um fluxo de pensamentos (como pensar em fazer os exercícios de casa ou pensamentos intrusivos).
- Uma lembrança (como ter tirado uma nota baixa no passado).
- Uma imagem (como a cara de reprovação de um professor).
- Uma emoção (como notar como é intensa a própria disforia).
- Um comportamento (como ficar na cama).
- Uma experiência fisiológica ou mental (como observar o batimento cardíaco rápido ou o pensamento ficando lento).

Pode haver uma sequência complexa de eventos com muitas e diferentes situações desencadeantes, pensamentos automáticos e reações, como ilustrado na Figura 3.3.

Conforme explicado no começo deste capítulo, é essencial que você aprenda a conceituar as dificuldades do paciente em termos cognitivos para determinar como proceder na terapia – quando trabalhar um problema ou objetivo específico, pensamento automático, crença ou comportamento, que técnicas escolher e como melhorar a relação terapêutica. As perguntas básicas que você deve se fazer são:

“Como este paciente chegou até esta situação?”

“Que vulnerabilidades eram significativas?”

“Como o paciente enfrentou a sua vulnerabilidade?”

“Houve eventos em sua vida (traumas, experiências, interações) que o predisuseram às suas dificuldades atuais?”

“Quais são os pensamentos automáticos do paciente e de que crenças eles se originam?”

É importante que você se coloque no lugar do seu paciente para desenvolver empatia pelo que ele está passando, para entender como ele está se sentindo e para perceber o mundo através dos olhos dele. Dada a sua história e conjunto de crenças, suas percepções, pensamentos, emoções e comportamento devem ter uma coerência.

É útil que se encare a terapia como uma viagem, e a conceituação, como o mapa da estrada. Você e o paciente discutem os objetivos da terapia, o destino final. Existem muitas formas de se chegar a tal destino: por exemplo, pelas autoestradas ou estradas secundárias. Às vezes, os desvios alteram o plano original. À medida que você fica mais experiente e melhor na elaboração de uma conceituação, poderá preencher os detalhes relevantes no mapa, e sua eficiência e eficácia vão melhorar. Entretanto, no início, é razoável presumir-se que você talvez não realize a terapia da forma mais efetiva ou eficiente. Uma conceituação cognitiva correta ajudará você a identificar quais são as estradas principais e como viajar melhor.

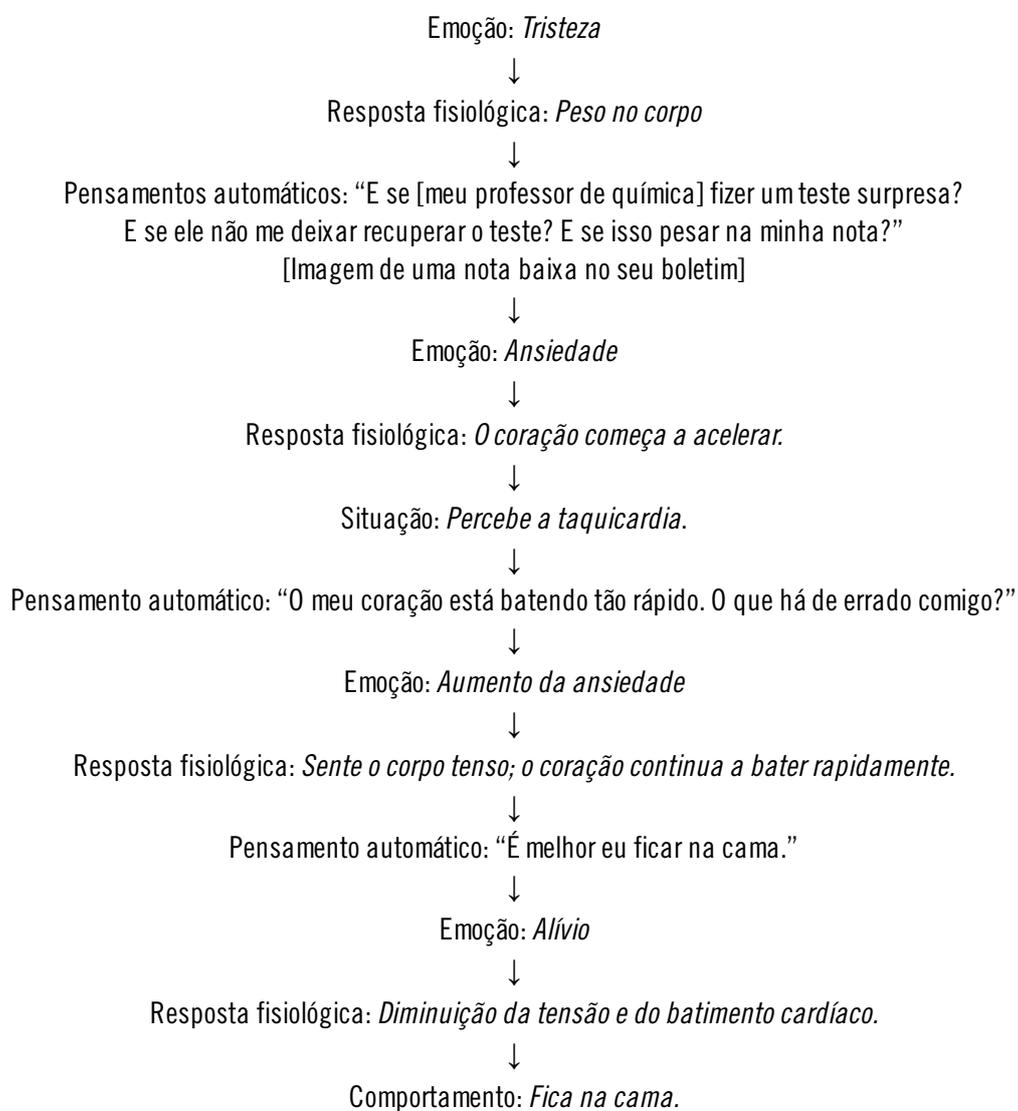
Situação: *Sally se sente exausta (desencadeante fisiológico) quando acorda.*



Pensamento automático: “Estou muito cansada para levantar. Não adianta sair da cama.

Eu não tenho energia para ir à aula ou estudar.”





Sally finalmente se levanta, chega à aula com 20 minutos de atraso, e então tem uma série de pensamentos automáticos sobre estar atrasada e ter perdido parte da aula expositiva.

**FIGURA 3.3.** Sequência Complexa do Modelo Cognitivo.

A conceituação já começa no primeiro contato com o paciente e é aprimorada a cada contato posterior. Você levanta hipóteses sobre o paciente com base não somente na formulação cognitiva do caso, mas também nos dados específicos que o paciente lhe apresenta. Você confirma, rejeita ou modifica suas hipóteses à medida que o paciente apresenta novos dados. A conceituação, portanto, é variável. Em momentos estratégicos, você vai checar diretamente com o paciente as suas hipóteses e a formulação. Em geral, se a conceituação for adequada, o paciente confirmará que “parece certa” – ele concorda que o quadro que o terapeuta apresenta lhe soa verdadeiro.

Sally, por exemplo, padecia de tristeza persistente, ansiedade e solidão. Como parte da sua avaliação inicial, evoquei um exemplo dos seus pensamentos automáticos. Perguntei a ela quando geralmente ficava mais angustiada – em que situações ou horas do dia. Sally respondeu que se sentia pior na hora de dormir, quando se deitava na cama, tentando adormecer. Depois de me certificar de que a noite anterior era um exemplo típico, fiz a pergunta-chave: “O que estava passando pela sua cabeça ontem à noite, quando você estava deitada tentando dormir?”. Sally respondeu: “Eu nunca vou conseguir terminar o meu trabalho de conclusão. Provavelmente vou rodar. Nunca vou conseguir fazer nada”. Ela também relatou uma imagem, um pensamento automático em forma pictórica que vinha à sua mente em *flashes*. Ela se via curvada pelo peso de uma mochila, andando sem direção e desesperada. Durante o curso da terapia, fui completando minha conceituação. Organizei meu pensamento utilizando um

### *Crenças Nucleares de Sally*

Quando criança, Sally tentou entender a si mesma, os outros e seu mundo. Ela aprendeu por meio de experiências, de interações com os outros, da observação direta e por meio de mensagens explícitas e implícitas dos outros em relação a ela. Suas percepções indubitavelmente também foram influenciadas pela sua herança genética. Sally tinha um irmão mais velho bem-sucedido. Quando criança, sua percepção era de que não poderia se sair tão bem quanto o irmão e começou a acreditar, embora não colocasse isso em palavras, que era incompetente e inferior. Ela comparava seu desempenho com o do irmão e invariavelmente saía perdendo. Frequentemente tinha pensamentos como: “Eu não sei desenhar como Robert”, “Ele anda de bicicleta melhor do que eu”, “Eu nunca vou ser uma boa leitora como ele. Ele faz tudo melhor do que eu”.

Nem todas as crianças com irmãos mais velhos desenvolvem esses tipos de crenças disfuncionais. No entanto, as ideias de Sally foram reforçadas por sua mãe, que frequentemente a criticava: “Você fez um péssimo trabalho na arrumação do seu quarto. Será que não consegue fazer nada direito?”, “O seu irmão tem um boletim ótimo. Mas e você? Nunca vai estar à altura”. Sally, como a maioria das crianças, dava muito valor às palavras de sua mãe, achando que ela quase sempre estava certa. Então, quando esta a criticava, implicitamente ou dizendo explicitamente que ela era incompetente, Sally acreditava.

Na escola, Sally também se comparava aos colegas. Embora fosse uma aluna acima da média, ela se comparava somente com os melhores alunos e mais uma vez saía perdendo. Tinha pensamentos como: “Eu não sou tão boa quanto eles”, “Eu nunca vou conseguir entender tudo isso tão bem quanto eles”. Assim, a ideia de que era incompetente e inferior era reforçada.

Sem reconhecer que estava agindo assim, Sally frequentemente excluía ou desconsiderava informações positivas que contradiziam essas ideias. Quando tirava uma nota alta em um teste, dizia: “O teste foi fácil”. Quando aprendeu balé e se tornou uma das melhores dançarinas do grupo, pensou: “Eu nunca vou ser tão boa quanto minha professora”. Ela geralmente fazia interpretações negativas, confirmando, assim, suas crenças disfuncionais. Por exemplo, quando sua mãe gritou com ela por tirar um B em um teste, ela pensou: “Mamãe está certa. Eu sou burra”. Ela constantemente interpretava eventos negativos como demonstração das suas falhas. Além disso, quando passava por acontecimentos positivos, como ganhar um prêmio, geralmente os desvalorizava: “Eu tive sorte. Foi por acaso”.

Esse processo fez Sally desenvolver uma crença negativa a respeito de si. No entanto, suas crenças negativas não eram sólidas. Seu pai, embora viajasse muito a negócios e ficasse pouco em casa, era, de modo geral, incentivador e apoiador. Quando lhe ensinou beisebol, por exemplo, ele a elogiava pelo seu esforço. “Está bom... boa jogada... você está conseguindo... continue”. Alguns professores de Sally também elogiavam seu desempenho na escola. Ela também teve experiências positivas com amigos. Percebia que se fizesse um esforço, conseguiria fazer algumas coisas melhor do que seus amigos – beisebol, por exemplo. Assim, Sally também desenvolveu, para contrabalançar, uma crença positiva de que era competente em pelo menos alguns aspectos.

As crenças nucleares de Sally sobre seu mundo e as outras pessoas eram, na maior parte, positivas e funcionais. Ela geralmente acreditava que as outras pessoas eram bem-intencionadas e percebia seu mundo como relativamente seguro, estável e previsível.

Já as crenças nucleares de Sally sobre si mesma, os outros e seu mundo eram suas crenças mais básicas, as quais ela nunca realmente havia articulado até entrar em tratamento. Na adolescência, suas crenças nucleares mais positivas eram as dominantes até ela ficar deprimida, e então suas crenças nucleares altamente negativas foram ativadas.

### *Atitudes, Regras e Pressupostos de Sally*

Um pouco mais acessíveis à modificação do que as crenças nucleares eram as crenças intermediárias de Sally. Essas atitudes, regras e pressupostos se desenvolveram da mesma forma que as crenças nucleares, enquanto ela tentava entender seu mundo, os outros e a si mesma. Em sua maior parte por meio de interações com sua família e outras pessoas significativas, ela desenvolveu as seguintes atitudes e regras:

“Eu tenho que ser ótima em tudo o que tentar.”  
“Eu sempre devo dar o melhor de mim.”  
“É terrível desperdiçar o seu potencial.”

Como foi o caso com suas crenças nucleares, Sally não tinha articulado completamente essas crenças intermediárias. No entanto, elas influenciavam seu pensamento e guiavam seu comportamento. No ensino médio, por exemplo, ela não tentava participar do jornal da escola (embora lhe interessasse) porque presumia que não conseguiria escrever suficientemente bem. Ela se sentia ansiosa antes das provas, achando que não se sairia bem, e também culpada, achando que deveria ter estudado mais.

Entretanto, quando suas crenças mais positivas predominavam, ela se via sob um ângulo mais positivo, embora nunca acreditasse por completo que fosse competente. Ela desenvolveu o pressuposto: “Se eu me dedicar muito, vou conseguir superar as minhas falhas e me sair bem na escola”. Quando ficava deprimida, porém, Sally não acreditava mais nesse pressuposto e substituía a crença: “Por causa das minhas deficiências, eu nunca vou conseguir nada”.

### *Estratégias de Enfrentamento de Sally*

A ideia de ser incompetente sempre foi muito dolorosa para Sally, e ela desenvolveu determinadas estratégias comportamentais para enfrentar ou compensar o que encarava como falhas. Como poderia ser depreendido das suas crenças intermediárias, Sally trabalhava arduamente na escola e nos esportes. Ela preparava suas tarefas com zelo excessivo e estudava muito para os testes. Também ficava vigilante para sinais de inadequação e redobrava seus esforços caso não conseguisse dominar a fundo alguma coisa na escola. Raramente pedia ajuda aos outros, por temer que eles reconhecessem a sua inadequação.

### *Pensamentos Automáticos de Sally*

Embora Sally não expressasse essas crenças nucleares e crenças intermediárias (até iniciar a terapia), tinha pelo menos alguma consciência dos seus pensamentos automáticos em situações específicas. No ensino médio, por exemplo (durante o qual não estava deprimida), ela tentou participar dos times de *softball* e hóquei feminino. Entrou no time de *softball* e pensou: “Que legal. Vou pedir a papai para praticar comigo”. Quando não conseguiu ser aceita no time de

hóquei, ficou desapontada, mas não particularmente autocrítica.

Na universidade, entretanto, Sally ficou deprimida durante seu primeiro ano. Posteriormente, quando considerou a possibilidade de jogar uma partida de *softball* com as garotas do seu dormitório, a depressão influenciou seu pensamento: “Eu não sou boa. Provavelmente nunca vou conseguir bater na bola”. Igualmente, quando recebeu um C em um exame de literatura inglesa, pensou: “Eu sou tão burra. Provavelmente vou rodar no curso. Nunca vou conseguir concluir a faculdade”.

Para resumir, no ensino médio, quando não estava deprimida, as crenças nucleares positivas de Sally estavam ativadas, e seus pensamentos eram relativamente mais positivos (e mais realistas). Porém, em seu primeiro ano na faculdade, predominaram os pensamentos negativos durante sua depressão, o que a levou a interpretar situações de uma forma muito negativa e a ter predominantemente pensamentos negativos (e irrealistas). Esses pensamentos distorcidos também a levavam a se *comportar* de forma autodestrutiva, o que, por sua vez, provocou pensamentos automáticos sobre seu comportamento. Em vez de interpretar sua evitação como um sintoma da depressão, ela pensou “Eu sou um caso perdido”, o que levou, então, a um aumento na disforia e a comportamento desadaptativo.

### *Sequência que Levou Sally à Depressão*

Como Sally ficou deprimida? A depressão é causada por uma variedade de fatores biopsicológicos e psicossociais. Pode ser que ela tivesse uma predisposição genética para o desenvolvimento de crenças depressogênicas. Entretanto, nem todos os eventos negativos levaram-na a se sentir disfórica. Ela conseguiu se sair bem até que sua vulnerabilidade inata, influenciada pela presença de crenças negativas, foi desafiada pela combinação de uma série de estressores (o modelo da diátese-estresse; Beck, 1967).

Quando Sally começou a faculdade, teve diversas experiências que interpretou de modo altamente negativo. Uma dessas experiências ocorreu na primeira semana. Ela teve uma conversa com outros calouros do seu dormitório que estavam relatando o número de estágios avançados e exames que haviam feito, os quais os dispensaram de fazer várias cadeiras do curso básico. Sally, que não tinha créditos avançados, começou a pensar como esses alunos eram superiores a ela. Na sua cadeira de economia, o professor descreveu as exigências do curso, e Sally imediatamente pensou: “Eu não vou conseguir fazer o trabalho de pesquisa”. Ela teve dificuldade para entender o primeiro capítulo do seu livro de química e pensou: “Eu não consigo entender nem mesmo o primeiro capítulo, como é que vou dar conta do curso?”.

As crenças de Sally tornaram-na vulnerável a uma interpretação negativa dos eventos. Ela não questionava seus pensamentos; ao contrário, aceitava-os sem nenhuma crítica. À medida que as semanas passaram, Sally começou a ter pensamentos cada vez mais negativos sobre si e foi se sentindo cada vez mais desanimada e triste. Passou a gastar uma quantidade excessiva de tempo estudando, embora não conseguisse muita coisa devido à diminuição da sua concentração. Continuava sendo altamente autocrítica e ainda tinha pensamentos negativos sobre seus sintomas depressivos: “O que está errado comigo? Eu não deveria me sentir assim. Por que eu estou tão deprimida? Eu sou incorrigível”. Ela se afastou mais ainda dos novos amigos da faculdade e parou de telefonar para seus amigos antigos para obter apoio. Parou de correr e nadar e outras atividades que anteriormente lhe traziam uma sensação de realização. Assim, ela vivenciou uma escassez de aportes positivos. Por fim, seu apetite diminuiu, seu sono ficou perturbado, e ela ficou fragilizada e indiferente. A percepção de Sally das circunstâncias e o seu

comportamento na época facilitaram a expressão de uma vulnerabilidade biológica e psicológica para a depressão.

A conceituação de um paciente em termos cognitivos é crucial para a determinação de um curso de tratamento mais eficiente e efetivo. Ela também auxilia no desenvolvimento da empatia, um ingrediente essencial para o estabelecimento de uma boa relação de trabalho com o paciente. Em geral, as perguntas a serem feitas quando se conceituam pacientes são:

“Como o paciente veio a desenvolver este transtorno?”

“Quais foram os eventos, as experiências e as interações significativas na sua vida?”

“Quais são as crenças mais nucleares do paciente sobre si mesmo, seu mundo e os outros?”

“Quais são os pressupostos, expectativas, regras e atitudes do paciente (crenças intermediárias)?”

“Que estratégias o paciente usou durante a vida para fazer frente a essas crenças negativas?”

“Que pensamentos automáticos, imagens e comportamentos ajudaram a manter o transtorno?”

“Como as crenças desenvolvidas pelo paciente interagiram com situações de vida para deixá-lo vulnerável ao transtorno?”

“O que está acontecendo na vida do paciente no momento atual e quais são suas percepções?”

Novamente, a conceituação começa desde o primeiro contato, e é um processo contínuo. Você baseia as suas hipóteses nas informações que coletou com o paciente, usando explicações mais cuidadosas e evitando interpretações e inferências que não estejam baseadas claramente em dados reais. Você irá conferir a conceituação com o paciente em momentos estratégicos não somente para se assegurar de que ela é adequada, mas também para ajudar o paciente a entender a si e aos outros. A sua conceituação sempre está sujeita a modificações à medida que você toma conhecimento de novos dados que o levarão a confirmar, refinar ou descartar suas hipóteses anteriores. O processo contínuo de conceituação é enfatizado ao longo de todo este livro; o Capítulo 14 ilustra melhor como os eventos históricos moldam o entendimento que o paciente tem de si e do seu mundo.