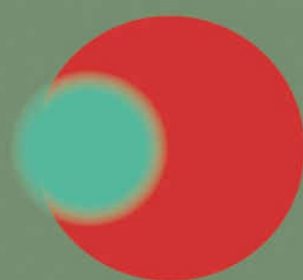
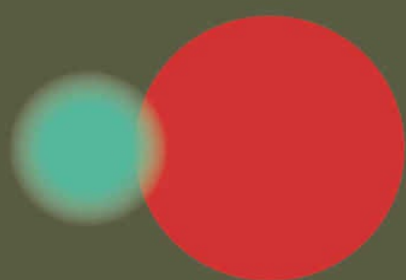


Judith S. Beck
Apresentação AARON T. BECK

TERAPIA COGNITIVO- -COMPORTAMENTAL



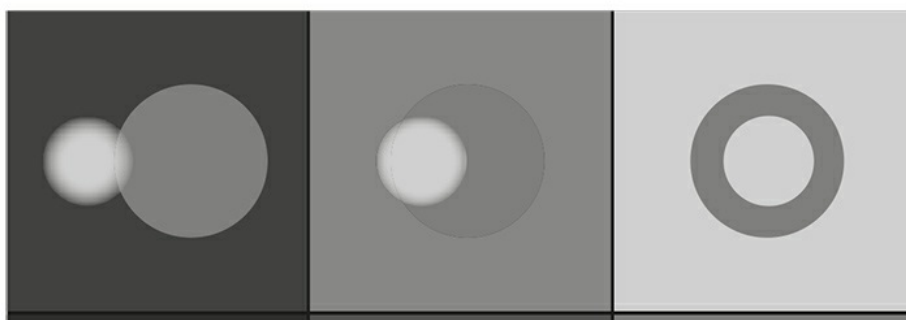
TEORIA E PRÁTICA

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

EDUCANDO O PACIENTE SOBRE O MODELO COGNITIVO

Uma característica importante da primeira sessão é ajudar o paciente a entender como o seu pensamento afeta suas reações, preferencialmente usando seus próprios exemplos. Você pode aproveitar as afirmações espontâneas do paciente durante a sessão (p. ex., “Eu não consigo fazer nada certo. Nada pode ajudar. Eu nunca vou me sentir melhor”). Ou você pode perguntar: “O que está passando pela sua cabeça neste momento?” quando notar uma alteração no afeto. No entanto, provavelmente será mais fácil para o terapeuta novato dedicar uma parte da primeira sessão à psicoeducação sobre a relação entre situações desencadeantes, imagens ou pensamentos automáticos e reações (emocionais, comportamentais e fisiológicas).

TERAPEUTA: Podemos conversar por uns minutos sobre como o seu pensamento afeta seu humor? Você consegue pensar em algum momento nos últimos dias em que notou que o seu humor mudou, ou quando você se deu conta de que havia ficado particularmente perturbado?

PACIENTE: Acho que sim.

TERAPEUTA: Pode me falar um pouco sobre isso?

PACIENTE: Eu estava almoçando com alguns colegas da minha turma de inglês e comecei a me sentir muito mal. Eles estavam falando sobre alguma coisa que o professor disse em aula e que eu realmente não entendi.

TERAPEUTA: Você se lembra do que estava pensando?

PACIENTE: Hummm, que eles eram muito mais inteligentes do que eu. Que eu provavelmente vou ser reprovada no curso.

TERAPEUTA: (*usando as palavras precisas de Sally*) Então você teve os pensamentos: “Eles são muito mais inteligentes do que eu. Eu provavelmente vou ser reprovada no curso”. E como esses pensamentos fazem você se sentir emocionalmente? Feliz, triste, preocupada, brava...?

PACIENTE: Ah, triste, realmente triste.

TERAPEUTA: Ok, e que tal se fizermos um diagrama? Você acabou de dar um bom exemplo de como, em uma situação específica, seus pensamentos influenciam sua emoção. (*Compõe o diagrama a seguir e examina-o com Sally.*) Ele está claro para você? Que a forma como você encarou essa situação a levou a pensamentos automáticos que então influenciaram como você se sentiu?

PACIENTE: Acho que sim.

Situação: *No almoço com colegas de aula.*



Pensamentos automáticos: “Eles são muito mais inteligentes do que eu.
Eu provavelmente vou ser reprovada no curso.”



Reação (emocional): *Triste*

TERAPEUTA: Vamos ver se conseguimos reunir mais uns dois exemplos dos últimos dias. Houve alguma outra vez em que você estava se sentindo particularmente perturbada?

PACIENTE: Bem, há apenas alguns minutos, quando eu estava na sala de espera. Eu estava me sentindo muito deprimida.

TERAPEUTA: E o que estava passando pela sua cabeça naquele momento?

PACIENTE: Eu não me lembro exatamente.

TERAPEUTA: [tentando tornar a experiência mais vívida na mente de Sally] Você consegue agora se imaginar de volta, esperando na sala de espera? Consegue se imaginar sentada lá? Descreva para mim a cena como se estivesse acontecendo neste momento.

PACIENTE: Bem, eu estou sentada na cadeira perto da porta, longe da recepcionista. Entra uma mulher, ela está sorrindo e falando com a recepcionista. Ela parece meio feliz e... normal.

TERAPEUTA: E como você está se sentindo enquanto olha para ela?

PACIENTE: Meio triste.

TERAPEUTA: O que estava passando pela sua cabeça?

PACIENTE: Ela não é como eu. Ela está feliz. Eu nunca vou ser assim de novo.

TERAPEUTA: [reforçando o modelo cognitivo] Ok. Esse é outro bom exemplo. A situação foi que você viu uma mulher que parecia feliz na recepção e pensou: “Eu nunca vou ser assim de novo” – e esse pensamento fez você se sentir triste. Está claro para você?

PACIENTE: É, acho que sim.

TERAPEUTA: [certificando-se de que Sally consegue verbalizar sua compreensão do modelo cognitivo] Você pode me falar com suas próprias palavras sobre a conexão entre pensamentos e sentimentos?

PACIENTE: Bem, parece que meus pensamentos afetam como eu me sinto.

TERAPEUTA: Sim, está certo. [facilitando para que Sally realize durante a semana o mesmo trabalho que estamos realizando na sessão] O que eu gostaria que você fizesse, se você concordar, é ficar atenta nesta próxima semana ao que está passando pela sua cabeça quando você percebe seu humor mudando ou ficando pior. Ok?

PACIENTE: Certo.

TERAPEUTA: Na verdade, que tal se eu anotasse isto na Lista de Exercícios de Casa: *Quando eu notar que meu humor está ficando pior, perguntar: “O que está passando pela minha cabeça?” e anotar os pensamentos.* Quando você vier na próxima semana, poderemos avaliar seus pensamentos para ver se eles são 100% verdadeiros, 0% verdadeiros ou se estão em uma posição intermediária. Ok?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Muitas vezes, porque está deprimida, você vai achar que esses pensamentos *não* são completamente adequados. Vou anotar uma coisa aqui, também: *Só porque eu penso em alguma coisa, não quer dizer necessariamente que ela é verdadeira.* Quando acharmos que os seus pensamentos não são verdadeiros, ou não completamente verdadeiros, eu vou lhe ensinar como encarar a situação de uma maneira mais realista. Quando você fizer isso, acho que descobrirá que se sente melhor. Por exemplo, podemos achar que os nossos colegas de classe não são muito mais inteligentes que você e que a razão pela qual você tem que se esforçar tanto não tem nada a ver com a sua inteligência, mas tem tudo a ver com o fato de estar deprimida, e poderemos, então, ver soluções para ajudá-la com a faculdade. Por exemplo, você poderia pedir ajuda a um amigo, a um monitor ou a um professor particular.

PACIENTE: Isso parece difícil.

TERAPEUTA: Esse é outro bom exemplo de um pensamento automático: “Isso parece difícil”. É para isso que eu estou aqui. Estaremos trabalhando como uma equipe, juntas, para lhe ajudar a resolver seus problemas, e iremos passo por passo. (*pausa*) Você consegue perceber como a mudança no seu pensamento e a solução de alguns problemas poderiam ajudar a melhorar o seu humor?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: (*usando um tom de voz estimulador*) E eu acho que você descobrirá que vai ficar boa nisso rapidamente. Enquanto isso, você poderia tentar anotar outros pensamentos depressivos como esse para que possamos examiná-los na próxima sessão?

PACIENTE: Ok.

TERAPEUTA: [verificando se Sally prevê alguma dificuldade com a tarefa que exige pensar antecipadamente uma solução] Você acha que vai encontrar algum problema em fazer isso?

PACIENTE: Não. Eu acho que vou conseguir.

TERAPEUTA: Muito bem. Mas mesmo que você não consiga, tudo bem. Você vai voltar na próxima semana e trabalharemos nisso juntas.

PACIENTE: Ok.

Nesta seção, explico, ilustro e registro o modelo cognitivo *com exemplos do próprio paciente*. Procuro limitar minhas explicações a poucas frases por vez; pacientes deprimidos, em particular, têm dificuldade de concentração. Eu também peço que Sally repita o que eu falei com as suas próprias palavras para que eu possa verificar se ela entendeu. Caso ela tivesse habilidades cognitivas prejudicadas ou limitadas, eu teria usado um material de aprendizagem mais concreto, como rostos com várias expressões para ilustrar as emoções, personagens de histórias em quadrinhos com os “balões de pensamento” vazios acima das suas cabeças.

P: E se... o paciente tiver dificuldade para entender o modelo cognitivo na primeira sessão?

R: Você decidirá se deve tentar outras técnicas (veja o [Capítulo 9](#)) ou voltar a essa tarefa na sessão seguinte. O bom senso diz para você não forçar demais, o que poderia levar o paciente a pensamentos negativos quanto à competência dele ou sobre você. Se você decidir não dar mais explicações do modelo cognitivo neste momento, tenha o cuidado de minimizar a importância dessa habilidade para reduzir a probabilidade de que o paciente se culpe. (“Às vezes, é difícil entender esses pensamentos. Geralmente eles são muito rápidos. Mas isso não é um grande problema. Nós voltaremos a isso em um outro momento.”)