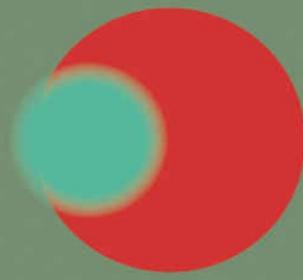
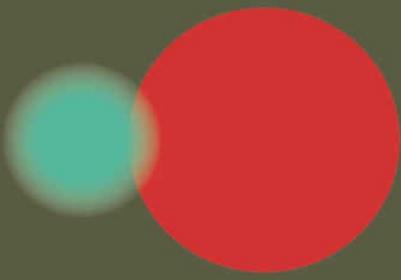


Judith S. Beck
Apresentação AARON T. BECK

TERAPIA COGNITIVO- -COMPORTAMENTAL



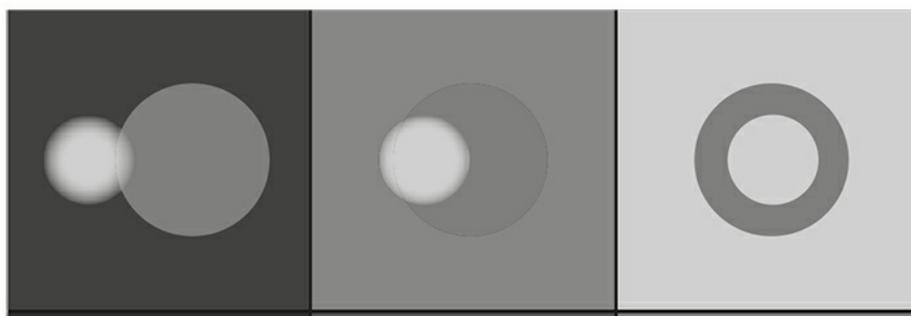
TEORIA E PRÁTICA

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

Capítulo II

AVALIANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS



Os pacientes têm centenas ou milhares de pensamentos por dia, alguns disfuncionais, outros não. Você terá tempo para avaliar, no máximo, apenas alguns deles em uma determinada sessão. Este capítulo descreve como:

- Selecionar os pensamentos automáticos fundamentais.
- Usar o questionamento socrático para avaliar os pensamentos automáticos.
- Aferir os resultados do processo de avaliação.
- Conceituar quando a avaliação for ineficaz.
- Usar métodos alternativos de questionamento e resposta aos pensamentos automáticos.
- Responder quando os pensamentos automáticos forem verdadeiros.
- Ensinar o paciente a avaliar seus pensamentos automáticos.

SELECIONANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS FUNDAMENTAIS

Você identificou um pensamento automático. O paciente pode ter feito uma afirmação espontânea durante uma sessão (p. ex., “Eu acho que nada pode me ajudar”), relatando um pensamento automático geralmente da semana anterior, ou um pensamento automático que ele prevê que vai surgir no futuro. A seguir, você precisa conceituar se esse é um pensamento importante no qual focar; isto é, ele, neste momento, está sendo angustiante, disfuncional ou poderá ser recorrente? Se for um pensamento automático do passado, você poderá perguntar:

“Em que situação você teve esse pensamento? O quanto você acreditou nele naquele momento? O quanto acredita nele agora?”

“Como ele fez você se sentir emocionalmente? Qual foi a intensidade da emoção naquele momento? O quanto ela é intensa agora?”

“O que você fez?”

Você também vai se questionar quanto à probabilidade de o paciente ter esse tipo de pensamento novamente e ficar angustiado com ele. Você deverá variar um pouco essas perguntas caso o paciente expresse espontaneamente o pensamento e/ou se o pensamento estiver relacionado a uma situação futura. Você também deverá descobrir se outros pensamentos são mais nucleares ou angustiantes:

“O que mais passou pela sua cabeça [nessa situação]?”

Você teve algum outro pensamento ou imagem?”

“Qual dos pensamentos/imagens foi mais perturbador?”

Na transcrição a seguir, eu determino se o pensamento automático de Sally era importante:

TERAPEUTA: [resumindo] Então você estava em aula na quinta-feira e não sabia as respostas às perguntas que o professor fez para a turma, e você se sentiu muito triste devido ao pensamento: “Eu nunca vou me sair bem nisso”. O quanto você acreditou naquele pensamento e o quanto se sentiu triste?

PACIENTE: Eu acreditei muito e me senti muito triste.

TERAPEUTA: O quanto você acredita nele e o quanto se sente triste agora?

PACIENTE: Eu ainda acho que não vou conseguir.

TERAPEUTA: E o pensamento ainda é angustiante?

PACIENTE: Muito.

Este se revelou ser um pensamento automático importante para avaliarmos. Em outra situação, no entanto, julguei que um pensamento automático diferente provavelmente não valeria a pena ser discutido. Sally estava descrevendo um problema que teve na biblioteca, e eu lhe fiz algumas perguntas para avaliar se essa era uma situação importante a ser discutida.

TERAPEUTA: [resumindo] Então você estava na biblioteca e não conseguia achar o livro de que precisava, e então pensou “Eles são tão incompetentes. O sistema é tão ruim” e se sentiu frustrada. O quanto você se sentiu frustrada?

PACIENTE: Oh, quase 90%.

TERAPEUTA: Você ainda está tão frustrada assim?

PACIENTE: Não, eu já superei isso.

TERAPEUTA: O que você fez quando ficou frustrada?

PACIENTE: Eu voltei para o dormitório e trabalhei nos meus problemas de química. Acabei pegando emprestado o livro da Lisa. Mas eu tenho que lhe devolver até segunda-feira.

TERAPEUTA: Então você resolveu o problema. Você acha que a biblioteca poderia ser um problema no futuro? Você poderia ficar frustrada e sair dali, mas não fazer nada de produtivo? Ou não conseguir o livro de que precisa de outra maneira?

PACIENTE: Acho que eu estou bem. Eu sei o que dá para esperar. Se não tivesse pegado emprestado o livro da Lisa, eu teria voltado à biblioteca mais tarde e pediria ajuda.

TERAPEUTA: Isso é bom... Parece que você tem um plano para o caso de mais alguma coisa acontecer. Podemos passar para outra coisa?

Aqui, eu julgo que o pensamento automático, embora perturbador naquele momento, não justificava maior discussão porque (1) Sally não estava mais angustiada por causa dele, (2) tinha agido de maneira funcional, (3) a situação estava resolvida e (4) a paciente tinha uma boa solução caso o mesmo problema voltasse a acontecer.

Por que os pacientes trazem problemas e pensamentos automáticos que não são importantes? Na maior parte do tempo, é porque eles simplesmente não estão suficientemente familiarizados com o tratamento. No entanto, eles poderão aprender a habilidade de descobrir o que é mais importante falar.

Mesmo que um paciente relate um pensamento automático importante, você poderá decidir não focar nele, especialmente se:

- Você julgar que fazer isso prejudicaria a relação terapêutica (p. ex., você percebe que o paciente está se sentindo invalidado).
- O nível de angústia do paciente for excessivamente alto para avaliar seu pensamento.
- Não houver tempo suficiente na sessão para ajudar o paciente a responder efetivamente ao pensamento.
- Você avaliar que é mais importante trabalhar em outro elemento do modelo cognitivo (p. ex., você poderá focar na solução de uma situação problemática, ensinar ao paciente técnicas de regulação emocional, discutir respostas comportamentais mais adaptativas ou abordar a resposta fisiológica do paciente).
- Você avaliar que é melhor evocar e trabalhar sobre uma crença disfuncional subjacente ao pensamento automático.
- Você avaliar que é mais importante discutir um problema diferente.

QUESTIONANDO PARA AVALIAR UM PENSAMENTO AUTOMÁTICO

Depois de ter evocado um pensamento automático, determinado que ele é importante e angustiante e ter identificado as reações que o acompanham (emocionais, fisiológicas e comportamentais), você poderá decidir colaborativamente com o paciente se irão avaliá-lo. Entretanto, *raras vezes você irá contestar diretamente o pensamento automático*, por três motivos:

1. Você geralmente não sabe de antemão até que ponto um determinado pensamento automático está distorcido (p. ex., o pensamento de Sally de que ninguém queria jantar com ela poderia ser válido).
2. Uma contestação direta poderá levar o paciente a não se sentir legitimado (p. ex., Sally poderia pensar: “[A minha terapeuta] está dizendo que eu estou errada”).
3. Contestar uma cognição viola um princípio fundamental da terapia cognitivo-comportamental, a do empirismo colaborativo: Você e o paciente examinam juntos o pensamento automático, testam sua validade e/ou utilidade e desenvolvem uma resposta mais adaptativa.

Também é importante ter em mente que são raras as vezes em que os pensamentos automáticos são completamente errôneos. Em geral, eles contêm pelo menos um fundo de verdade (o que é importante que você reconheça).

A Figura 11.1 contém uma lista de perguntas socráticas para ajudar o paciente a avaliar seu pensamento. (Na verdade, “socrático” é uma denominação equivocada, algumas vezes; o método do questionamento socrático, derivado do filósofo Sócrates, envolve uma discussão dialética.) O paciente necessita de um método estruturado para avaliar seu pensamento; de outra forma, suas respostas aos pensamentos automáticos poderão ser superficiais e incertas, além de não operarem melhora no seu humor ou funcionamento. A avaliação deve ser imparcial. Você não quer que o paciente, por exemplo, ignore evidências que apoiam um pensamento automático, invente uma explicação alternativa que não seja provável ou adote uma visão positiva irrealista do que poderia acontecer.

É importante informar o paciente de que nem todas as perguntas da Figura 11.1 são adequadas a todos os pensamentos automáticos. Além do mais, o uso de todas as perguntas, mesmo que elas se apliquem logicamente, poderá se tornar muito enfadonho, além de consumir muito tempo. O paciente poderá não avaliar seus pensamentos se considerar o processo muito exaustivo. Geralmente, você vai apresentar apenas uma ou algumas perguntas de uma vez.

Você pode usar o questionamento desde a primeira sessão para avaliar um pensamento automático específico. Em uma sessão posterior, você começará a explicar mais explicitamente o processo para que o paciente possa aprender a avaliar seu pensamento entre as sessões:

TERAPEUTA: (*Resume a parte anterior da sessão; escreve no papel os pensamentos automáticos para que as duas vejam*) Então quando você encontrou sua amiga Karen a caminho da aula, teve o pensamento “Ela realmente não se importa comigo”, e esse pensamento fez você se sentir triste?

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: E o quanto você acreditou no pensamento naquela hora?

PACIENTE: Ah, muito mesmo. Em torno de 90%.

TERAPEUTA: E o quanto se sentiu triste?

PACIENTE: Talvez 80%.

TERAPEUTA: Você se lembra do que dissemos na semana passada? Às vezes, os pensamentos automáticos são verdadeiros; às vezes, descobre-se que não são verdadeiros; e, às vezes, eles

têm um fundo de verdade. Podemos examinar agora esse pensamento sobre Karen e ver o quanto ele parece adequado?

PACIENTE. Ok.

Você pode usar algum conjunto de perguntas para ajudar o paciente a avaliar seu pensamento, mas a Figura 11.1 pode ser útil, já que orienta você e o paciente a:

- Examinar a validade do pensamento automático.
- Explorar a possibilidade de outras interpretações ou pontos de vista.
- Descatastrofizar a situação problemática.
- Reconhecer o impacto de acreditar no pensamento automático.
- Obter distanciamento do pensamento.
- Dar os passos necessários para resolver o problema.

1. Quais são as evidências que apoiam esta ideia?
Quais são as evidências contrárias a esta ideia?
2. Existe uma explicação ou ponto de vista alternativo?
3. Qual é a *pior* coisa que poderia acontecer (se é que eu já não estou pensando o pior)?
E, se isso acontecesse, como eu poderia enfrentar?
Qual é a melhor coisa que poderia acontecer?
Qual é o resultado mais realista?
4. Qual é o efeito de eu acreditar no pensamento automático?
Qual poderia ser o efeito de mudar o meu pensamento?
5. O que eu diria a _____ [um amigo específico ou familiar] se ele estivesse na mesma situação?
6. O que eu devo fazer?

FIGURA 11.1. Questionando Pensamentos Automáticos.

Cada uma das perguntas é discutida a seguir.

Perguntas sobre as “Evidências”

Como os pensamentos automáticos geralmente contêm um fundo de verdade, o paciente costuma encontrar alguma evidência que apoie a sua veracidade (a qual você irá procurar em primeiro lugar), mas ele frequentemente não consegue reconhecer as evidências em contrário (as quais você irá procurar em segundo lugar):

TERAPEUTA: Quais são as evidências de que Karen não se importa com você?

PACIENTE: Bem, quando nos cruzamos na rua, ela parecia estar realmente com pressa. Ela apenas disse rapidamente “Oi, Sally, te vejo mais tarde” e continuou andando apressada. Ela quase nem olhou para mim.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: Bem, às vezes ela está muito ocupada e não tem muito tempo para mim.

TERAPEUTA: Mais alguma coisa?

PACIENTE: (*Pensa*) Não, acho que não.

TERAPEUTA: Ok, agora me diga se existe alguma evidência de que talvez ela *realmente* se importe com você.

PACIENTE: (*respondendo em termos gerais*) Bem, ela é muito gentil. Nós somos amigas desde que entramos na faculdade.

TERAPEUTA: [ajudando Sally a pensar mais especificamente] Que tipo de coisas ela faz ou diz que poderiam demonstrar que ela gosta de você?

PACIENTE: Hummm... ela geralmente pergunta se eu quero ir comer alguma coisa com ela. Às vezes, nós ficamos acordadas até tarde apenas jogando conversa fora.

TERAPEUTA: Ok. Então, por um lado, nessa ocasião de ontem, ela passou por você com pressa, não dizendo muita coisa, e houve outras vezes, também, em que ela estava muito ocupada. Mas, por outro lado, ela a convida para ir comer com ela, e, às vezes, vocês ficam acordadas até tarde, conversando. Certo?

PACIENTE: É.

Aqui, gentilmente, aprofundei-me para *revelar evidências* quanto à validade do pensamento de Sally. Após evocar evidências de ambos os lados, resumi o que ela disse.

Perguntas sobre “Explicações Alternativas”

A seguir, eu ajudo Sally a *encontrar uma explicação alternativa razoável* para o que aconteceu.

TERAPEUTA: Bom. Agora, vamos examinar a situação de novo. Poderia haver uma explicação alternativa para o que aconteceu e que não seja a explicação de que ela não se importa com você?

PACIENTE: Eu não sei.

TERAPEUTA: Por que outros motivos ela poderia ter passado correndo por você?

PACIENTE: Não tenho certeza. Ela poderia ter uma aula. Ela poderia estar atrasada para alguma coisa.

Perguntas para “Descatastrofização”

Muitos pacientes preveem os piores cenários possíveis. Se um pensamento automático de um paciente não contiver uma catástrofe, geralmente será útil perguntar-lhe sobre os seus piores temores. Em ambos os casos, você deverá continuar perguntando o que ele poderá fazer se o pior realmente acontecer.

TERAPEUTA: Ok. Agora, qual seria a *pior* coisa que poderia acontecer nesta situação?

PACIENTE: Se ela de verdade não gostar mesmo de mim, eu acho. Se eu não puder mais contar com ela.

TERAPEUTA: Como você poderia lidar com isso?

PACIENTE: Bem, eu não ficaria feliz com isso. Acho que eu teria que deixar de contar com a amizade dela.

TERAPEUTA: [fazendo perguntas guiadas para ajudá-la a desenvolver uma resposta consistente] Você tem outros amigos com quem contar?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: Então você ficaria bem?

PACIENTE: Sim, ficaria.

Os piores temores dos pacientes geralmente são irrealistas. O seu objetivo é ajudá-los a pensar em resultados mais realistas, mas muitos pacientes têm dificuldade em fazer isso. Você poderá ajudá-los a ampliar seu pensamento perguntando primeiro sobre o melhor resultado.

TERAPEUTA: Agora que o pior parece ser improvável de acontecer, qual é a melhor coisa que poderia acontecer?

PACIENTE: Seria ela perceber que me isolou e pedir desculpas.

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

PACIENTE: Que ela realmente estivesse ocupada e que nós vamos continuar a ser amigas.

Na parte anterior da sessão, eu ajudo Sally a ver que, mesmo que acontecesse o pior, ela conseguiria enfrentar. Ela também percebe que é improvável que os seus piores medos tornem-se realidade.

P: E se... os piores medos do paciente forem de que ele vai morrer?

R: Você obviamente não faria a pergunta: “Como você enfrentaria isso?”. Em vez disso, poderia perguntar sobre os resultados melhores e mais realistas. Você também poderá decidir por explorar qual seria a pior parte de morrer: medo da situação de morte, medo do que ele imagina que seja a vida após a morte ou medo do que aconteceria às pessoas amadas após a sua morte.

Perguntas sobre o “Impacto do Pensamento Automático”

A seguir, eu ajudo Sally a *avaliar as consequências de responder e não responder* ao seu pensamento distorcido.

TERAPEUTA: E qual é o *efeito do pensamento* de que ela não gosta de você?

PACIENTE: Isso me deixa triste. Eu acho que isso faz eu acabar me afastando dela.

TERAPEUTA: E qual poderia ser o *efeito de mudar seu pensamento*?

PACIENTE: Eu me sentiria melhor.

Perguntas para “Distanciamento”

Os pacientes geralmente se beneficiam de ter algum distanciamento dos seus pensamentos, imaginando o que diriam a um amigo próximo ou familiar em uma situação parecida.

TERAPEUTA: Sally, digamos que sua amiga Allison tivesse uma amiga que estivesse muito apressada às vezes, mas que outras vezes se mostrasse atenciosa. Se Allison tivesse o pensamento “Minha amiga não se importa comigo”, o que você lhe diria?

PACIENTE: Eu acho que diria para ela não dar tanta importância às vezes em que ela parecesse apressada, especialmente se essa amiga fosse legal.

TERAPEUTA: Isso também se aplica a você?

PACIENTE: Sim, acho que sim.

Perguntas para “Solução de Problemas”

A resposta a essa pergunta pode ser de natureza cognitiva e/ou comportamental. A parte

cognitiva incluiria fazer o paciente lembrar-se das suas respostas a essa questão. No caso de Sally, pensamos em um plano comportamental:

TERAPEUTA: E o que você acha que deveria *fazer* a respeito desta situação?

PACIENTE: Ah... Não estou certa do que você quer dizer.

TERAPEUTA: Bem, você se afastou desde que isso aconteceu ontem?

PACIENTE: É, acho que sim. Eu não falei muito quando a vi hoje de manhã.

TERAPEUTA: Então nesta manhã você ainda estava agindo como se aquele pensamento original fosse verdade. Como você poderia agir de um modo diferente?

PACIENTE: Eu poderia falar mais com ela, ser mais amistosa.

Se eu não tivesse certeza das habilidades sociais de Sally ou da sua motivação para levar adiante esse plano de ser mais amistosa com Karen, eu teria ocupado alguns minutos fazendo perguntas como: “Quando você encontrará com ela de novo?”, “Você acha que valeria a pena você procurá-la?”, “O que você poderia lhe dizer quando a visse?”, “Você acha que existe alguma coisa que poderia lhe impedir de dizer isso?”. (Se necessário, eu teria modelado o que ela poderia dizer a Karen e/ou faria com Sally uma dramatização.)

AFERINDO OS RESULTADOS DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO

Na última parte dessa discussão, avalio o quanto Sally acredita agora no pensamento automático original e como ela se sente emocionalmente, para que eu possa decidir o que fazer a seguir na sessão.

TERAPEUTA: Muito bem. Quanto você acredita agora neste pensamento: “Karen realmente não se importa comigo”?

PACIENTE: Não muito. Talvez uns 20%.

TERAPEUTA: Ok, e o quanto você se sente triste?

PACIENTE: Não muito, também.

TERAPEUTA: Bom. Parece que este exercício foi útil. Vamos voltar e ver o que nós fizemos para que ele ajudasse.

Você e o paciente não vão usar todas as perguntas da Figura 11.1 para cada pensamento automático a ser avaliado. Às vezes, nenhuma das perguntas parecerá útil, e você terá que experimentar outra abordagem geral (veja adiante).

CONCEITUANDO POR QUE A AVALIAÇÃO DE UM PENSAMENTO AUTOMÁTICO FOI INEFICAZ

Se o paciente continuar a acreditar no pensamento automático em um grau significativo e não se sentir melhor emocionalmente, você terá que conceituar por que essa tentativa inicial de reestruturação cognitiva não foi suficientemente efetiva. As razões mais comuns a serem consideradas incluem:

1. Há outros pensamentos mais nucleares e/ou imagens que não foram identificados ou avaliados.
2. A avaliação do pensamento automático foi incorreta, superficial ou inadequada.
3. O paciente não expressou suficientemente as evidências que ele acha que apoiam o pensamento automático.
4. O pensamento automático em si é também uma crença nuclear.
5. O paciente entende intelectualmente que o pensamento automático está distorcido, mas não acredita nisso em um nível emocional.

Na primeira situação, *o paciente não verbalizou o pensamento automático ou a imagem mais central*. John, por exemplo, relata o pensamento: “Se eu fizer o teste [para o time de basquete da comunidade], provavelmente não vou ter sucesso”. A avaliação desse pensamento não afeta significativamente sua disforia porque ele tem outros pensamentos importantes (mas não reconhecidos): “E se eles acharem que eu sou um mau jogador?”, “E se eu cometer erros idiotas?”. Ele também tem uma imagem do treinador e dos outros jogadores olhando para ele com cara de deboche e desprezo.

Em uma segunda situação, *o paciente responde superficialmente a um pensamento automático*. John pensa: “Eu não vou terminar todo o trabalho. Ainda tenho muita coisa para fazer”. Em vez de avaliar o pensamento cuidadosamente, John responde meramente: “Não, eu provavelmente vou concluí-lo”. Essa resposta é insuficiente, e a sua ansiedade não diminui.

Em uma terceira situação, *o terapeuta não faz uma investigação completa, e, portanto, o paciente não expressa integralmente as evidências de que o seu pensamento automático é verdadeiro*, resultando em uma resposta adaptativa ineficaz, conforme vemos a seguir:

TERAPEUTA: Ok, John, que evidências você tem de que sua irmã não se importa com você?

PACIENTE: Bem, ela quase nunca me telefona. Eu sempre ligo para ela.

TERAPEUTA: Ok, alguma coisa em contrário? De que ela realmente se importa com você, que ela deseja ter uma boa relação com você?

Se o terapeuta de John o tivesse questionado mais, teria encontrado outras evidências que John tem para apoiar seu pensamento automático: que sua irmã passou mais tempo com as amigas durante as férias do que com ele, que ela parecia impaciente ao telefone quando ele ligava e que ela não tinha lhe enviado um cartão de aniversário. Se tivesse trazido à tona esses dados adicionais, o terapeuta poderia ter ajudado John a pesar as evidências de forma mais eficaz e teria explorado explicações alternativas para o comportamento da sua irmã.

Em uma quarta situação, *o paciente identifica um pensamento automático que também é uma crença nuclear*. John pensa frequentemente: “Eu sou incompetente”. Ele acredita tanto na sua crença que uma simples avaliação não altera a sua percepção ou o afeto associado. Seu terapeuta precisará usar muitas técnicas ao longo do tempo para alterar essa crença (veja o [Capítulo 14](#)).

Em uma quinta situação, *o paciente dá indicações de que acredita “intelectualmente” em uma*

resposta adaptativa na sua mente, mas não “emocionalmente” no seu coração. Ele não leva em conta a resposta adaptativa. Nesse caso, terapeuta e paciente precisam explorar uma crença não articulada que está *por trás* do pensamento automático:

TERAPEUTA: Quanto você acredita que não é culpa sua se você for demitido?

PACIENTE: Bem, eu posso entender isso intelectualmente.

TERAPEUTA: Mas?

PACIENTE: Mesmo sabendo que a economia não anda bem, eu ainda acho que deveria ser capaz de manter o meu emprego.

TERAPEUTA: Ok, vamos presumir por um momento que você realmente seja demitido. O que seria a pior parte disso, ou o que isso significaria?

Aqui, o terapeuta de John descobre que ele realmente não acredita na resposta adaptativa e traz à tona um pressuposto: *Se eu perder meu emprego, significa que eu sou incompetente.*

Para resumir, depois de ter avaliado um pensamento automático, você pede que o paciente faça uma aferição do quanto ele acredita na resposta adaptativa e como se sente emocionalmente. Se a sua crença for baixa e ele ainda estiver angustiado, você conceitua o porquê do exame do pensamento não ter aliviado a sua angústia e planeja uma estratégia para o que fazer a seguir.

USANDO MÉTODOS ALTERNATIVOS PARA AJUDAR O PACIENTE A EXAMINAR SEUS PENSAMENTOS

Em vez de ou além de usar as perguntas da Figura 11.1, você poderá fazer o seguinte:

- Variar suas perguntas.
- Identificar a distorção cognitiva.
- Usar a autoexposição.

Essas estratégias são descritas a seguir.

Usando Perguntas Alternativas

A transcrição a seguir é apenas uma ilustração de como variar suas perguntas quando você prevê que as perguntas padrão não serão efetivas.

TERAPEUTA: O que passou pela sua cabeça [quando você perguntou à sua mãe se não teria problema de vocês encurtarem o tempo que ficariam juntas, e ela pareceu magoada e irritada]?

PACIENTE: Que eu deveria saber que aquela era uma hora ruim para telefonar. Eu não deveria ter ligado.

TERAPEUTA: Qual é a evidência de que você não deveria ter ligado?

PACIENTE: Bem, a minha mãe geralmente está apressada pela manhã. Se eu tivesse esperado até que ela chegasse em casa do trabalho, ela poderia estar com um humor melhor.

TERAPEUTA: Isso chegou a lhe ocorrer?

PACIENTE: Bem, sim, mas eu queria perguntar logo à minha amiga se eu poderia ir visitá-la, para que ela pudesse se planejar.

TERAPEUTA: Então, na verdade, você teve um motivo para ligar para ela naquela hora, e parece que você sabia que seria arriscado, mas queria muito falar com sua amiga o mais breve possível?

PACIENTE: É.

TERAPEUTA: Você acha que é razoável ser tão dura consigo por ter assumido o risco?

PACIENTE: Não...

TERAPEUTA: Você não parece muito convencida. O quanto isso é ruim afinal de contas, que a sua mãe tenha-se magoado por você querer passar uma semana das férias de verão com a sua amiga?

Eu complementei essas perguntas com outras: Quanto a sua mãe ficou magoada? Por quanto tempo a mágoa durou naquele nível? Como ela se sente agora, provavelmente? É possível que o tempo todo você consiga poupar sua mãe de se magoar? É possível fazer o que é bom para você e não magoar nem um pouco a sua mãe, considerando que ela quer passar o maior tempo possível com você? É desejável ter um objetivo de *nunca* magoar os sentimentos de alguém? Do que você teria que abrir mão?

A transcrição anterior demonstra como usar perguntas não padronizadas para ajudar a paciente a adotar uma perspectiva mais funcional. Embora eu tenha começado questionando a *validade* do pensamento, mudei a ênfase para a *crença subjacente implícita* (que já havíamos

discutido em outros contextos): “É muito ruim magoar os sentimentos das outras pessoas”. No fim, fiz à paciente uma pergunta com final aberto (“Como você vê a situação agora?”) para ver se ela precisava de mais ajuda para responder aos seus pensamentos. Observe que muitas das perguntas que fiz eram uma variação da Pergunta 2 da Figura 11.1: “Existe uma explicação alternativa [de por que você ligou para sua mãe naquela hora e por que ela ficou magoada, em vez de que você foi má ou estava errada]?”.

Identificando Distorções Cognitivas

Os pacientes tendem a cometer erros persistentes no seu pensamento. Frequentemente, existe uma tendência negativa sistemática no processamento cognitivo de pacientes que sofrem de algum transtorno psiquiátrico (Beck, 1976). Os erros mais comuns são apresentados na Figura 11.2 (veja também Burns, 1980). Costuma ser útil nomear as distorções e ensinar o paciente a fazer o mesmo. Você pode anotar mentalmente as distorções comuns do paciente e apontar uma distorção específica quando identificar um padrão:

TERAPEUTA: Sally, essa sua ideia de que se tirar um “A” você é um sucesso e se não tirar é um fracasso é o que chamamos de pensamento tudo ou nada. Isso lhe parece familiar? Eu me lembro de que você também pensou que ou entendia tudo em um capítulo, ou então era burra. Você acha que seria útil observar esse tipo de pensamento?

Você também poderá apresentar ao paciente uma lista de distorções, como a da Figura 11.2, se julgar que ele não se sentirá incomodado por ela. Em outra sessão, eu dei a lista a Sally, e juntas identificamos seus pensamentos automáticos típicos e as distorções que eles representavam. Por exemplo:

Catastrofizando: “Eu vou levar bomba na faculdade.”

Pensamento do tipo tudo ou nada: “Se eu não conseguir ler todo o capítulo, não vale a pena ler parte dele.”

Leitura mental: “A minha colega de quarto não se preocupa comigo.”

Raciocínio emocional: “Eu me sinto tão incompetente.”

Sally manteve essa lista à mão e frequentemente a consultava quando estava avaliando seus pensamentos automáticos. Fazer isso a ajudava a ter distanciamento do seu pensamento e lhe permitia acreditar com mais convicção que um pensamento automático não era verdadeiro, ou pelo menos não completamente verdadeiro.

Usando a Autoexposição

Às vezes, você pode usar a autoexposição criteriosa em vez do, ou além do, questionamento socrático ou de outros métodos, para demonstrar como você conseguiu alterar pensamentos automáticos que teve, conforme exemplificando a seguir:

TERAPEUTA: Sabe, Sally, às vezes tenho pensamentos como os seus: “Eu tenho que fazer todo mundo feliz”. Mas então eu lembro a mim mesma de que eu tenho a responsabilidade de cuidar de mim, e que o mundo provavelmente não vai acabar se alguém ficar decepcionado. *(pausa)* Você acha que isso também se aplica a você?

QUANDO OS PENSAMENTOS AUTOMÁTICOS SÃO VERDADEIROS

Às vezes, os pensamentos automáticos se revelam verdadeiros, e você poderá optar por fazer uma ou mais das seguintes coisas:

- Focar na solução do problema.
- Investigar se o paciente chegou a uma conclusão inválida ou disfuncional.
- Trabalhar a aceitação.

Essas estratégias são descritas a seguir.

Embora alguns pensamentos automáticos sejam verdadeiros, muitos são inverdades ou têm apenas um fundo de verdade. Os erros típicos de pensamento incluem:

1. **Pensamento do tipo tudo ou nada** (também chamado de pensamento em branco e preto, polarizado ou dicotômico): Você enxerga uma situação em apenas duas categorias em vez de em um *continuum*.
Exemplo: “Se eu não for um sucesso total, eu sou um fracasso.”
2. **Catastrofização** (também chamado de adivinhação): Você prevê negativamente o futuro sem levar em consideração outros resultados mais prováveis.
Exemplo: “Eu vou ficar muito perturbada. Eu não vou conseguir trabalhar.”
3. **Desqualificar ou desconsiderar o positivo:** Você diz a si mesmo, irracionalmente, que as experiências positivas, realizações ou qualidades não contam.
Exemplo: “Eu realizei bem aquele projeto, mas isso não significa que eu sou competente; só tive sorte.”
4. **Raciocínio emocional:** Você acha que algo deve ser verdade porque você “sentiu” intensamente (na verdade, acreditou), ignorando ou desvalorizando as evidências em contrário.
Exemplo: “No trabalho, eu sei fazer bem muitas coisas, mas eu ainda me sinto um fracasso.”
5. **Rotulação:** Você coloca em você ou nos outros um rótulo fixo e global sem considerar que as evidências possam levar mais razoavelmente a uma conclusão menos desastrosa.
Exemplo: “Eu sou um perdedor. Ele não é bom.”
6. **Magnificação/Minimização:** Quando você se avalia ou avalia outra pessoa ou uma situação, você irracionalmente magnifica o lado negativo e/ou minimiza o positivo.
Exemplo: “Receber uma avaliação medíocre prova o quanto eu sou inadequado. Tirar notas altas não significa que eu seja inteligente.”
7. **Filtro mental** (também chamado de abstração seletiva): Você dá uma atenção indevida a um detalhe negativo em vez de ver a situação como um todo.
Exemplo: “Como eu tirei uma nota baixa na minha avaliação [que também continha várias notas altas], significa que eu estou fazendo um trabalho malfeito.”
8. **Leitura mental:** Você acredita que sabe o que os outros estão pensando, não levando em consideração outras possibilidades muito mais prováveis.
Exemplo: “Ele acha que eu não sei nada sobre este projeto.”
9. **Supergeneralização:** Você tira uma conclusão negativa radical que vai muito além da situação atual.
Exemplo: “[Como eu me senti desconfortável na reunião], eu não tenho as condições necessárias para fazer amigos.”
10. **Personalização:** Você acredita que os outros estão agindo de forma negativa por sua causa, sem considerar explicações mais plausíveis para tais comportamentos.
Exemplo: “O encanador foi rude comigo porque eu fiz alguma coisa errada.”
11. **Afirmações com “deveria” e “tenho que”** (também chamados de imperativos): Você tem uma ideia fixa precisa de como você e os outros devem se comportar e hipervaloriza o quão ruim será se essas expectativas não forem correspondidas.
Exemplo: “É terrível eu ter cometido um erro. Eu sempre deveria dar o melhor de mim.”
12. **Visão em túnel:** Você enxerga apenas os aspectos negativos de uma situação.
Exemplo: “O professor do meu filho não faz nada direito. Ele é crítico, insensível e ensina mal.”

FIGURA 11.2. Erros de Pensamento. Adaptada com permissão de Aaron T. Beck.

Foco na Solução do Problema

Nem todos os problemas podem ser resolvidos, mas se a percepção que o paciente tem de uma situação parece ser válida, você pode investigar se o problema pode ser resolvido, pelo menos até

certo ponto. Na transcrição a seguir, Sally e eu avaliamos seu pensamento automático “Eu vou ficar sem dinheiro”, e as evidências parecem claras de que essa é uma percepção válida.

TERAPEUTA: Então, mesmo que você tome cuidado, parece que não vai conseguir pagar o aluguel até o fim do ano letivo... Você já tentou fazer alguma coisa a respeito?

PACIENTE: Não, na verdade não. Eu não quero pedir mais aos meus pais. Eles estão sem dinheiro.

TERAPEUTA: Mas você poderia usá-los como um último recurso?

PACIENTE: Talvez...

TERAPEUTA: Você já pensou em alguma outra coisa?

PACIENTE: Não, eu acho que não há mais nada que eu possa fazer.

TERAPEUTA: Você já falou com o coordenador acadêmico?

PACIENTE: Eu não tinha pensado nisso.

TERAPEUTA: É bem possível que ele possa ajudar. Eu imagino que também haja outros alunos com dificuldades financeiras. Ele poderia sugerir um outro empréstimo educativo ou um plano de pagamento, ou talvez exista algum fundo de emergência que você possa utilizar.

PACIENTE: Espero que sim.

TERAPEUTA: Bem, você quer começar pelo coordenador acadêmico? Se isso não funcionar, podemos tentar encontrar outras ideias: arranjar um emprego, mudar-se e dividir as despesas com outra pessoa, pedir emprestado a algum familiar... Deve haver muitas coisas que você pode fazer e nas quais ainda não pensou porque tem estado muito deprimida.

Investigar Conclusões Inválidas

Embora um pensamento automático possa ser verdadeiro, o *significado* poderá ser inválido ou pelo menos não completamente válido (conforme ilustrado a seguir), e você poderá examinar a crença subjacente ou a conclusão.

TERAPEUTA: Então parece que você realmente feriu os sentimentos da sua amiga.

PACIENTE: É, eu me sinto tão mal por isso.

TERAPEUTA: O que significa para você ter ferido os sentimentos dela? Ou do que você tem medo que aconteça?

PACIENTE: Eu nunca deveria ter dito aquilo para ela. Eu sou uma amiga horrível... Eu sou uma pessoa horrível! Ela nunca mais vai querer falar comigo de novo!

TERAPEUTA: Ok, vamos examinar isso primeiro? Que outras evidências você tem de ser uma pessoa horrível?... Existe alguma evidência de que você possa não ser?

Trabalhar a Aceitação

Alguns problemas não podem ser resolvidos e talvez nunca sejam resolvidos, e o paciente precisa de ajuda para aceitar esse resultado. Ele continuará se sentindo infeliz se tiver expectativas ou esperanças irrealistas de que um problema insolúvel vai, quase magicamente, melhorar de alguma maneira. Entretanto, ele precisa de ajuda para aprender a focar nos seus valores centrais, enfatizar as partes mais gratificantes da sua vida e enriquecer sua experiência de novas maneiras. Várias estratégias concebidas para estimular a aceitação podem ser encontradas

em Hayes e colaboradores (2004).

ENSINANDO O PACIENTE A AVALIAR SEUS PENSAMENTOS

Em algum momento, você poderá dar ao paciente uma cópia das perguntas da Figura 11.1. Isso pode ser feito logo após um momento na sessão em que você fez verbalmente essas perguntas, ou pode, então, esperar até um momento posterior em que o seu questionamento não foi efetivo, caso você não tenha tempo suficiente para examinar a Figura 11.1 com o paciente, ou se achar que ele se sentiria sobrecarregado. Muitos pacientes se saem melhor se você apresentar apenas uma ou duas perguntas em um pedaço de papel em separado. Você pode dar a lista completa a outros pacientes e simplesmente marcar as perguntas enquanto as examina com eles.

Aprender a avaliar pensamentos automáticos é uma habilidade. Alguns pacientes aprendem de imediato; outros precisam de muita prática repetida, guiada e de forma gradual. Por exemplo, um paciente pode ser ajudado com uma variação da pergunta sobre as “evidências”: “Como eu sei que este pensamento é verdadeiro?”. Outro paciente, que frequentemente catastrofiza, poderá se sair melhor com uma variação da pergunta de “descatastrofização”: “Se acontecer o pior, como eu vou enfrentar? Quais são os resultados melhores e os mais realistas?”. Outro paciente, ainda, poderá achar mais útil responder a pergunta de “distanciamento”: “Se [minha cunhada] estivesse nesta situação e tivesse esse pensamento, o que eu diria a ela?”.

Quando o paciente parece pronto para aprender essa habilidade, escolha um pensamento automático para o qual a maioria das perguntas da Figura 11.1 provavelmente se aplique. Após o exame de um dos pensamentos automáticos de Sally, eu indico o processo:

TERAPEUTA: Se você for como a maioria das pessoas, poderá achar que o uso dessas perguntas fora da sessão é, por vezes, mais difícil do que parece. De fato, haverá muitas vezes em que nós realmente teremos que trabalhar juntas para ajudá-la a examinar um pensamento. Mas, experimente, e se você tiver problemas, poderemos conversar a respeito na semana que vem, ok?

Prever que o paciente poderá ter alguma dificuldade pode ajudar a aliviar a autocrítica ou o derrotismo se a tarefa não funcionar bem. Se eu suspeitasse que Sally, apesar do meu aviso, iria julgar-se com severidade por não conseguir cumprir perfeitamente a tarefa, eu teria abordado o assunto mais detalhadamente:

TERAPEUTA: Sally, se você tiver problemas em avaliar seus pensamentos nesta semana, como você provavelmente se sentiria?

PACIENTE: Frustrada, eu acho.

TERAPEUTA: O que provavelmente passaria pela sua cabeça?

PACIENTE: Eu não sei. Provavelmente eu simplesmente desistiria.

TERAPEUTA: Você consegue se imaginar olhando para a folha de papel e não sabendo o que fazer?

PACIENTE: Sim.

TERAPEUTA: O que está passando pela sua cabeça enquanto você olha para o papel?

PACIENTE: “Eu deveria conseguir fazer isso. Eu sou tão burra.”

TERAPEUTA: Bom! Você acha que ajudaria ter um lembrete por escrito de que esta é apenas uma habilidade na qual você vai melhorar à medida que aprender mais e mais aqui comigo?

PACIENTE: Sim. (*Escreve nas suas notas da terapia*)

TERAPEUTA: Você acha que essa resposta vai ajudar o suficiente? Ou acha que devemos adiar

essa tarefa até que tenhamos mais tempo para praticarmos juntas?

PACIENTE: Não. Eu acho que posso tentar.

TERAPEUTA: Ok, mas se você ficar frustrada e tiver pensamentos automáticos, não deixe de anotá-los, ok?

Aqui, eu faço uma prescrição com uma proposta sem riscos: ou Sally a realiza com sucesso, ou ela tem alguma dificuldade em que eu possa ajudar na sessão seguinte. Se ficar frustrada, ela pode ler suas anotações da terapia (e provavelmente se sentir melhor) ou então rastrear seus pensamentos para que possa aprender a responder a eles na sessão seguinte.

PEGANDO UM ATALHO: NÃO UTILIZANDO AS PERGUNTAS

Por fim, quando o paciente já progrediu na terapia e pode avaliar automaticamente os seus pensamentos, você poderá, por vezes, simplesmente pedir que ele *imagine uma resposta adaptativa*.

PACIENTE: [Quando eu for pedir à minha colega de quarto para deixar a cozinha mais limpa] eu provavelmente vou pensar que o melhor seria eu mesma limpá-la.

TERAPEUTA: Você pode pensar em uma forma mais útil de encarar isso?

PACIENTE: Sim. Que é melhor para mim que eu olhe o meu lado. Que eu estou fazendo uma coisa razoável. Eu não estou sendo má ou pedindo que ela faça mais do que a sua parte. Que ela provavelmente vai aceitar isso bem, como aconteceu da última vez em que pedi que limpasse.

TERAPEUTA: Bom. O que você acha que vai acontecer à sua ansiedade se você disser isso a si mesma?

PACIENTE: Ela vai diminuir.

Aqui está outro exemplo:

TERAPEUTA: Há alguma coisa que você consiga lembrar e que poderia interferir na sua atitude de começar a fazer o trabalho de Química?

PACIENTE: Eu poderia pensar que tem muita coisa para eu fazer e me sentir sobrecarregada.

TERAPEUTA: Ok, se você realmente tiver o pensamento “Tem muita coisa para fazer”, o que você pode dizer a si mesma?

PACIENTE: Que eu não tenho que fazer tudo em uma noite, que não tenho que entender tudo perfeitamente nesta primeira vez.

TERAPEUTA: Bom. Você acha que isso vai ser suficiente para ir em frente e começar a tarefa?

A avaliação dos pensamentos automáticos é uma habilidade específica na qual terapeuta e paciente melhoram com a prática repetida. O próximo capítulo descreve como ajudar o paciente a responder aos seus pensamentos automáticos.