

Parte 1

FUNDAMENTOS CIENTÍFICOS

Princípios fundamentais da terapia cognitiva

PAULO KNAPP

1

O que perturba o ser humano não são os fatos, mas a interpretação que ele faz dos fatos.

Epitectus – Século I

Neste capítulo abordaremos os princípios teóricos e práticos essenciais da terapia cognitiva (TC), os fundamentos da conceitualização cognitiva, a incorporação dos princípios cognitivos na estrutura da sessão e a utilização adequada dos métodos de intervenção; terminaremos relacionando alguns mitos e concepções equivocados acerca da terapia cognitiva.

O modelo que iremos adotar neste capítulo é o de Aaron Beck, um psiquiatra com formação psicanalítica tradicional que desenvolveu e cunhou o termo terapia cognitiva no início dos anos 1960, na Filadélfia, onde ainda trabalha. As idéias e os conceitos aqui apresentados derivam de textos encontrados na literatura de autores como Aaron e Judith Beck, Leahy, Dobson, Neenan e Dryden, Freeman e vários outros. Apesar da tentativa de ser fiel aos textos originais, neste capítulo muitas vezes transparece uma forma individual e específica de pensar e agir no processo terapêutico, advinda da prática clínica do autor.

Terapia cognitivo-comportamental é um termo genérico que abrange uma variedade de mais de 20 abordagens dentro do mode-

lo cognitivo e cognitivo-comportamental (Mahoney e Lyddon, 1988). Os primeiros escritos importantes e as primeiras abordagens cognitivo-comportamentais para o tratamento dos transtornos emocionais começaram a surgir nos anos 1960 e 1970 com autores como Aaron Beck (1963, 1967; Beck et al., 1979), Albert Ellis (1962), Lazarus (1966), Meichenbaum (1973) e Mahoney (1974), entre outros.

Todas as terapias cognitivo-comportamentais derivam de um modelo cognitivo prototípico e compartilham alguns pressupostos básicos, mesmo quando apresentam diferentes abordagens conceituais e estratégicas nos diversos transtornos. Três proposições fundamentais definem as características que estão no núcleo das terapias cognitivo-comportamentais (Dobson, 2001):

1. A atividade cognitiva influencia o comportamento.
2. A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada.
3. O comportamento desejado pode ser influenciado mediante a mudança cognitiva.

O desenvolvimento da terapia cognitiva se deu em um momento histórico em que as abordagens dominantes eram a psicanálise, o behaviorismo e, em menor escala, o hu-

manismo (Dobson, Backs-Dermott, Dozois, 2000). Algumas características diferenciam a escola cognitiva e seu método terapêutico. Contrariamente à escola psicanalítica, por exemplo, o material trazido à consulta não é interpretado pelo terapeuta, mas elaborado em conjunto com o paciente num trabalho de identificar, examinar e corrigir as distorções do pensamento que causam sofrimento emocional ao indivíduo. A TC focaliza seu trabalho em identificar e corrigir padrões de pensamento conscientes e inconscientes (que não estão imediatamente acessíveis à consciência). O levantamento das possíveis hipóteses de por que as coisas na vida do paciente são como são e a testagem empírica quanto à acurácia e/ou validade de cada uma dessas hipóteses fazem parte do processo terapêutico. Diferente do comportamentalismo, que enfatiza o determinismo ambiental, a TC propõe que a testagem da realidade seja dirigida ao pensamento do paciente, e não a seu comportamento encoberto.

A abordagem beckiana, originalmente desenvolvida para o tratamento da depressão unipolar (Beck, 1967), é aplicada hoje em uma grande variedade de transtornos e populações, incluindo transtornos de ansiedade (Beck, Emery, Greenberg, 1985; Clark, 1989; Salkovskis e Kirk, 1989), dependências químicas (Beck et al., 1993), transtornos da personalidade (Beck et al., 1990), transtornos alimentares (Fairburn, 1997), transtorno bipolar (Basco e Rush, 1996; Newman et al., 2002), casais (Dattilio e Padesky, 1990) e famílias (Dattilio, 1998), crianças e adolescentes (Reinecke, Dattilio, Freeman, 1996), entre outros.

PRINCÍPIOS TEÓRICOS

O modelo cognitivo de psicopatologia

A terapia cognitiva baseia-se na premissa de que a *inter-relação entre cognição, emoção e comportamento* está implicada no funcionamento normal do ser humano e, em especial, na psicopatologia. Um evento comum

do nosso cotidiano pode gerar diferentes formas de sentir e agir em diferentes pessoas, mas não é o evento em si que gera as emoções e os comportamentos, mas sim o que nós pensamos sobre o evento; nossas emoções e comportamentos estão influenciados pelo que pensamos. Nós sentimos o que pensamos (Burns, 1989). Os eventos ativam os pensamentos, os quais geram, como consequência, as emoções e os comportamentos. Segundo Beck (1976), “quando o indivíduo é capaz de preencher o espaço faltante entre um evento ativador e as consequências emocionais e comportamentais, então suas reações se tornam compreensíveis”. Exemplificando, se um fóbico social interpreta uma situação qualquer (um evento social, digamos) como uma possível ameaça (“não saberei o que falar e serei humilhado”), conseqüentemente irá sentir emoções (ansiedade, medo) e terá um comportamento (escapar do evento), além de possíveis reações físicas, como aumento dos batimentos cardíacos.

Na Figura 1.1, apresentaremos o modelo cognitivo de forma esquemática.

Outra premissa tem como base a observação de que as distorções do pensamento, isto é, as *distorções cognitivas*, são bastante prevalentes em diferentes transtornos. Distorções cognitivas são vieses sistemáticos na forma como indivíduos interpretam suas experiências. Se a situação é avaliada erroneamente, essas distorções podem amplificar o impacto das percepções falhas. As distorções cognitivas podem levar o indivíduo a conclusões equivocadas mesmo quando sua percepção da situação está acurada. O objetivo da terapia cognitiva é corrigir as distorções do pensamento.

Mas a TC não é um modelo linear em que “as situações ativam pensamentos, que geram uma consequência com resposta emocional, comportamental e física”. Há uma *interação recíproca* de pensamentos, sentimentos, comportamentos, fisiologia e ambiente. É reconhecido que as emoções podem influenciar os processos cognitivos e que os comportamentos também podem influenciar a avaliação de uma situação pela modificação da própria situação

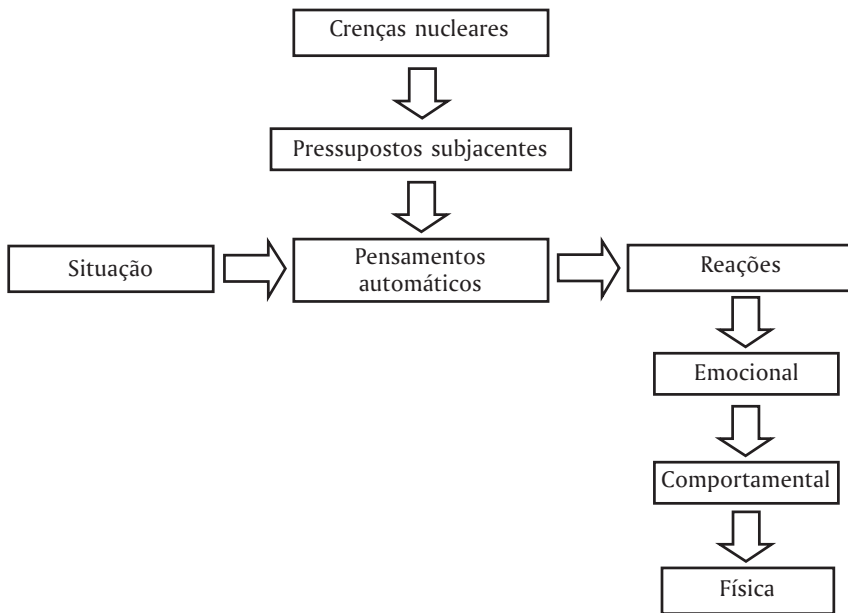


FIGURA 1.1 Modelo cognitivo.

ou por evocar respostas de outras pessoas (Freeman et al., 1990).

A mudança em qualquer um desses componentes pode iniciar modificações nos demais. Usualmente, o trabalho da TC inicia com a avaliação e modificação dos pensamentos, porque a alteração destes pode gerar um impacto em todos os outros componentes; porém, há situações, como na depressão severa, em que a primeira abordagem é a ativação comportamental, ficando o trabalho cognitivo para mais adiante no processo terapêutico.

O *processamento de informações*, tanto consciente quanto inconsciente, refere-se à transformação, governada por regras, das representações mentais. Fundamentada no modelo de processamento de informações, a abordagem beckiana propõe que, nos problemas psicológicos, o pensamento do indivíduo torna-se não somente mais distorcido, como também mais rígido; os julgamentos tornam-se absolutos e generalizados; e suas crenças fundamentais, mais inflexíveis (Weishaar, 1993). Por conseguinte, um dos trabalhos básicos da TC é não só ensinar o paciente a identificar, examinar e modificar as distorções do pensamento para retomar um processamento de informações mais preciso, mas torná-lo mais flexível

e não-absoluto na avaliação dos eventos (Neenan e Dryden, 2000).

Na *hipótese da especificidade de conteúdo*, Beck e colaboradores (1987) propõem que os transtornos emocionais têm um conteúdo cognitivo específico, ou seja, uma temática própria de cada transtorno. Por exemplo, a temática em torno da desvalorização e da perda seria própria da depressão; perigo e ameaça seriam a temática encontrada na ansiedade; perigos específicos situacionais, nas fobias; intrusão de pensamentos involuntária e ameaçadora, na paranóia; e assim por diante (Quadro 1.1).

O interjogo de vários fatores – genéticos, ambientais, culturais, físicos, familiares, de desenvolvimento e personalidade – predispõe o indivíduo à *vulnerabilidade cognitiva*. As interações e interfaces de todos esses fatores entram em jogo na formação das crenças e dos pressupostos idiossincráticos de si mesmo, das pessoas e do mundo, determinando quais eventos de vida irão acionar reações mal-adaptativas.

Beck e colaboradores (1987) descreveram dois *tipos de personalidade* – a do tipo *sociotrópico* e a do tipo *autônomo* – que são influenciadas de formas diferentes no surgimento dos transtornos emocionais. A orientação de per-

QUADRO 1.1 Perfil cognitivo dos transtornos psiquiátricos

Depressão – Visão negativa de si, dos outros e do futuro.
Hipomania ou episódios maníacos – Visão inflada de si, dos outros e do futuro.
Comportamento suicida – Desesperança e conceito autodesqualificador.
Ansiedade generalizada – Medo de perigos físicos ou psicológicos.
Fobia – Medo de perigos em situações específicas, evitáveis.
Pânico – Medo de um perigo físico ou mental iminente.
Estado paranóide – Visão dos outros como manipuladores e mal-intencionados.
Transtorno conversivo – Idéia de anormalidade motora ou sensoria.
Transtorno obsessivo-compulsivo – Pensamentos continuados sobre segurança; atos repetitivos para precaver-se de ameaças.
Anorexia ou bulimia – Medo de ser gordo e não-atraente.
Hipocondria – Preocupação com doença insidiosa.

sonalidade sociotrópica valoriza relações interpessoais íntimas e é dependente de gratificações sociais, com ênfase em ser aceito e amado pelos outros. Já a orientação de personalidade autônoma reflete um alto investimento em independência pessoal, obtendo sua satisfação na liberdade de escolha, conquistas e aquisição pessoal (Blackburn e Twaddle, 1996).

Um indivíduo com boa saúde mental refletiria uma combinação equilibrada dos dois tipos de personalidade, pois tanto os altamente sociotrópicos quanto os exageradamente autônomos têm maior vulnerabilidade para problemas emocionais, por razões diferentes. As pessoas sociotrópicas estão mais propensas a desenvolver depressão, por exemplo, quando percebem uma perda na interação social; já o indivíduo autônomo pode ficar deprimido numa situação de perda de independência pessoal, controle ou mobilidade (Beck et al., 1987).

Beck também sugere que há um *continuum* entre as reações emocionais/comportamentais “normais” e as exageradas encontradas nos transtornos emocionais (Weishaar, 1993). Rea-

ções emocionais normais e exageradas foram classificadas por Beck e colaboradores (1979), respectivamente, em pensamento maduro (flexível) e pensamento primitivo (absoluto). Explicar ao paciente o *continuum* das reações cognitivo-emotivo-comportamentais aos eventos da vida é ajudá-lo a “normalizar” o que ele sente (Padesky e Greenberger, 1995).

A estrutura organizacional do pensamento

A TC identifica e trabalha três níveis de cognição (Figura 1.2): pensamentos automáticos (PA), pressupostos subjacentes e crenças nucleares. Todos nós temos crenças, pressupostos e PA tanto positivos quanto negativos, mas normalmente, quando falamos nesses conceitos, estamos nos referindo aos disfuncionais.

Crenças nucleares

Crenças nucleares (*core beliefs*) são as nossas idéias e conceitos mais enraizados e fundamentais acerca de nós mesmos, das pessoas e do mundo. As crenças são *incondicionais*, isto é, independente da situação que se apresente ao indivíduo, ele irá pensar do mesmo modo consoante com suas crenças.

As crenças nucleares vão se construindo e formando desde as experiências de aprendizado mais primevas e se fortalecem ao longo da vida, moldando a percepção e a interpretação dos eventos, modelando o nosso jeito psicológico de ser. No caso de não haver ações

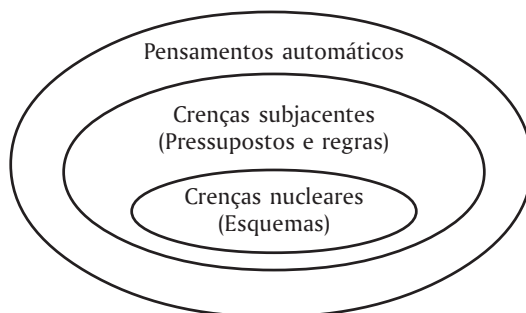


FIGURA 1.2 Níveis de cognição.

corretivas das crenças nucleares disfuncionais, o indivíduo irá cristalizá-las como verdades absolutas e imutáveis. Para alcançar mudanças duradouras na psicopatologia do indivíduo, as crenças nucleares disfuncionais devem ser modificadas; e este é o objetivo último da terapia cognitiva.

Judith Beck (1995) propôs que as crenças nucleares disfuncionais podem ser colocadas em dois grandes agrupamentos, expandidos agora para três. A seguir, alguns exemplos:

1. *Crenças nucleares de desamparo (Helplessness)*:
Crenças sobre ser impotente, frágil, vulnerável, carente, desamparado, necessitado.
2. *Crenças nucleares de desamor (Unlovability)*:
Crenças sobre ser indesejável, incapaz de ser gostado, incapaz de ser amado, sem atrativos, imperfeito, rejeitado, abandonado, sozinho.
3. *Crenças nucleares de desvalor (Unworthiness)*:
Crenças sobre ser incapaz, incompetente, inadequado, ineficiente, falho, defeituoso, enganador, fracassado, sem valor.

Os indivíduos também têm crenças nucleares disfuncionais acerca dos outros (p. ex., as pessoas são más, desleais, traiçoeiras, só querem se aproveitar, tirar vantagens, etc.) e a respeito do mundo (p. ex., o mundo é injusto, ameaçador, perigoso, etc.) (J. Beck, 1995). As crenças nucleares são mais abstratas e gerais, constituindo um nível mais aprofundado de representação dos pensamentos.

As crenças nucleares disfuncionais são absolutistas, generalizadas e cristalizadas; podem permanecer latentes todo o tempo, sendo ativadas nos transtornos emocionais. Com a ativação, o processamento de informação torna-se tendencioso, no sentido de extrair da realidade apenas as informações que confirmam a crença disfuncional, negligenciando ou minimizando as informações que possam desconfirmar as evidências contrárias. Uma vez passado o desequilíbrio emocional – pela correção das crenças disfuncionais ou pela supressão dos fatores precipitantes (p. ex., o indivi-

duo que fora despedido do emprego foi convidado para trabalhar em outra empresa) –, as crenças podem retornar ao seu estado de latência e somente ressurgir quando e se ocorrerem situações semelhantes no futuro. Nos traços e transtornos da personalidade, no entanto, os indivíduos têm suas crenças disfuncionais ativadas na maior parte do tempo.

Esquemas

Na literatura, os conceitos de crenças nucleares e esquemas com frequência são usados indistintamente, mas aqui, pelo propósito clínico, optaremos pela diferenciação: esquemas são estruturas, crenças são o conteúdo dos esquemas.

A idéia de esquema foi introduzida por Bartlett há cerca de 80 anos, expandida por Piaget nos anos 1930 e usada extensivamente pela psicologia cognitiva e social nos anos 1970 (Leahy, 1997). Beck (1964, 1967) utilizou não apenas o termo esquema, mas também o conceito que fora desenvolvido, definindo:

Esquemas são

estruturas internas de relativa durabilidade que armazenam aspectos genéricos ou prototípicos de estímulos, idéias ou experiências, e também organizam informações novas para que tenham significado, determinando como os fenômenos são percebidos e conceitualizados.

Esquemas são estruturas cognitivas com conteúdos (crenças). Como estruturas mentais que

contêm armazenadas as representações de significados, esquemas são fundamentais para orientar a seleção, codificação, organização, armazenamento e recuperação de informações de dentro do aparato cognitivo. Além do mais, esquemas têm uma estrutura interna consistente que ordena novas informações que entram no sistema cognitivo. (Williams, 1997)

Portanto, o conteúdo dos esquemas são as representações internas (crenças) abstraídas dos dados recebidos do sistema de processamento de informações, que provêem a base para a interpretação das experiências de vida. O esquema dá à experiência sua forma e significado e também provê a estabilidade (estrutura) dos sistemas cognitivo, afetivo e comportamental ao longo do tempo e dos eventos (Clark, Beck, Alford, 1999).

Correlacionados com os esquemas cognitivos, temos os esquemas afetivo, fisiológico, comportamental e motivacional, os quais correspondem a diferentes funções ou aspectos do sistema biopsicossocial do organismo e também estão em constante operação na estrutura mental do indivíduo (Beck, 1996; Beck et al., 1990; Clark, Beck, Alford, 1999). Além do conteúdo, os esquemas têm uma variedade de propriedades ou características: carga (valência afetiva) maior ou menor, tamanho (mais amplo ou mais estreito), flexibilidade ou rigidez. Portanto, temos esquemas com conteúdos acerca de todas as coisas, nossas e das outras pessoas, de todas as emoções (“apaixonar-se é bom” ou, ao contrário, “paixão traz sofrimento”), da realidade física (“gosto quando faz frio” ou “detesto frio”), de cadeiras e sapatos, de comidas e viagens (“adoro conhecer lugares exóticos” ou “em viagem não gosto de passar trabalho”), enfim, de tudo. Descritos de forma simples, esquemas são padrões ordenadores da experiência que ajudam os indivíduos a explicá-la, mediar sua percepção e guiar suas respostas (Young, Klosko, Weishaar, 2003). A “arquitetura” dos esquemas faz o indivíduo ser como é.

Young, Klosko e Weishaar (2003) desenvolveram o conceito de *esquemas primitivos mal-adaptativos*, definidos como

um padrão abrangente e pervasivo, composto de cognições, emoções, memórias e sensações corporais, em relação a si mesmo ou na relação com os outros, desenvolvido durante a infância ou adolescência, elaborado ao longo do curso da vida, e disfuncional em um grau significativo.

Segundo os autores, esquemas mal-adaptativos são:

1. Verdades *a priori* acerca de si mesmo e/ou do ambiente.
2. Resistentes à mudança, pois há uma crença associada de que é impeditivo mudar.
3. Ligados a altos níveis de afeto, quando ativados.
4. Frequentemente desencadeados por alguma mudança ambiental, como perda de um emprego ou o fim de um relacionamento.
5. Geralmente resultantes de uma interação do temperamento inato da criança com experiências de desenvolvimento disfuncionais com pessoas significativas.
6. Auto-perpetuáveis.

Os esquemas primitivos mal-adaptativos perpetuam-se por três formas principais (Young, Klosko, Weishaar, 2003):

- *Manutenção do esquema*: pensar e se comportar de maneiras que reforçam o esquema. Acontece nos casos de “profecia autoconfirmatória”: a pessoa tem um esquema relacionado com, digamos, ser abandonada; acaba agindo de uma forma que provoca os outros a abandonarem-na, confirmando, assim, sua “profecia” de que seria abandonada.
- *Evitação do esquema*: procurar maneiras de evitar a ativação dos esquemas e o sofrimento associado. Exemplo: com o esquema de ser vulnerável, o indivíduo tenta manter controle obsessivo sobre as coisas.
- *Compensação do esquema*: agir aparentemente de forma a contradizer o esquema. Exemplo: com o esquema de ser inadequado (e, portanto, incapaz de ser amado), o indivíduo acaba se relacionando com muitas mulheres (mas com nenhuma integralmente).

Pressupostos subjacentes

São construções cognitivas disfuncionais, subjacentes aos pensamentos automáticos. São regras, padrões, normas, premissas e atitudes que adotamos e que guiam a nossa conduta. Pressupostos subjacentes – também chamados

pressupostos condicionais, crenças subjacentes ou crenças intermediárias (J. Beck, 1995) – são *transituacionais*, encontram-se presentes em inúmeras, se não em todas, situações existenciais.

Os pressupostos são crenças normalmente identificadas quando na forma condicional (Se..., então...). Essas crenças pressupõem que, desde que determinadas regras, normas e atitudes sejam cumpridas (p. ex., “Se eu fizer o que os outros esperam, então irão gostar de mim”), não haverá problemas, e o indivíduo se mantém relativamente estável e produtivo (Fennell, 1997). No entanto, se, por alguma circunstância (p. ex., perda de emprego), os pressupostos (p. ex., “Devo sempre sacrificar-me pelo bem-estar dos outros”) não estão sendo cumpridos, o indivíduo torna-se vulnerável ao transtorno emocional quando as crenças nucleares negativas (p. ex., “Sou um fracassado, incapaz de ser amado”) são ativadas.

As regras são usualmente expressas na forma de afirmações do tipo “tenho que”, “devo”: “Tenho que ser perfeito em tudo o que faço”; “Não devo me mostrar como sou, pois verão que sou incompetente”. Embora o indivíduo construa e mantenha os pressupostos subjacentes como tentativa de lidar com suas crenças nucleares disfuncionais, eles as acabam confirmando e reforçando.

Estratégias de enfrentamento ou estratégias compensatórias (J. Beck, 1995) são os *comportamentos* que o indivíduo utiliza na tentativa de lidar com suas crenças. Esses comportamentos de enfrentamento têm correlação direta com as regras e os pressupostos disfuncionais e também acabam por reforçar ainda mais as crenças. Os pressupostos condicionais modelam a relação entre as estratégias comportamentais e as crenças nucleares.

Para exemplificar, podemos imaginar que um indivíduo fóbico social com a crença nuclear “Sou incapaz de ser amado” tem o pressuposto “É muito perigoso interagir com as pessoas, pois elas não irão gostar de mim” e a regra “Para não ter problemas, eu não devo interagir com as pessoas”. Sua provável estratégia de enfrentamento será não se expor a alguma situação em que a interação social seja necessária. Falando com a terminologia cognitiva, o paciente diria algo como: “Se eu me engajar em minha estratégia

compensatória, estarei bem; se não, minha crença nuclear ficará evidente ou se mostrará verdadeira. Portanto, se eu me afastar dos outros, eles ficarão longe e não tentarão me fazer mal, caso contrário, eles irão me machucar”.

Pensamentos automáticos

A todos nós ocorrem milhares de pensamentos diariamente, a grande maioria dos quais não é percebida conscientemente, pois acontece de forma rápida, involuntária e automática (daí o nome). Pensamentos automáticos que são exagerados, distorcidos, equivocados, irrealistas ou disfuncionais têm um papel importante na psicopatologia, porque moldam tanto as emoções como as ações do indivíduo em resposta aos eventos da vida. A modificação de PA melhora o humor do paciente, já a modificação da crença nuclear melhora o transtorno.

Pensamentos automáticos são *situação-específicos*, podendo ser ativados por eventos externos (por exemplo, estar esperando um telefonema) ou eventos internos (por exemplo, lembrar-se de algo). PA são as cognições mais fáceis de acessar e modificar, porém podem não ocorrer em forma de pensamento, mas em forma de imagens. Quando o paciente encontra dificuldades de identificar seus PA, a forma de evocá-los é por aquilo que pode estar imaginando (isto é, pensando em imagens); por exemplo, um indivíduo, ao ser convidado para dar uma palestra, tem a imagem de estar encolhido num canto, com o rosto vermelho, enquanto toda a platéia está rindo de alguma bobagem que ele imagina ter falado na palestra.

Em relação à validade e utilidade dos pensamentos automáticos, eles podem ser de três tipos (J. Beck, 1995):

1. Distorcidos, ocorrendo apesar das evidências em contrário.
Ex.: “Se me separar, nunca mais serei feliz.”
2. Acurados, mas com a conclusão distorcida.
Ex.: “Meu filho não me telefonou até agora, deve estar incomodado comigo.”
3. Acurados, mas totalmente disfuncionais.

QUADRO 1.2 Características dos pensamentos automáticos

- Coexistem com o fluxo de pensamentos manifestos
- Aparecem espontaneamente, e não como resultado de reflexão ou vontade
- São, usualmente, aceitos como verdadeiros, sem avaliação crítica
- Se não monitorados, passam completamente despercebidos; a emoção associada é mais frequentemente reconhecida
- Estão associados com emoções específicas, consoante seu conteúdo e significado
- São, usualmente, breves, rápidos e fugazes, de forma telegráfica
- Podem ocorrer em forma verbal ou como imagens
- Pode-se aprender a identificar pensamentos automáticos
- Pode-se avaliá-los quanto à sua validade e/ou utilidade

Ex.: “Com esta lesão articular, a vida perdeu a graça, pois nunca mais poderei jogar tênis.”

PRINCÍPIOS PRÁTICOS**Afeto, comportamento, pensamento**

Embora a TC seja fortemente identificada com intervenções desenhadas para modificar pensamentos, essa é apenas uma de muitas formas de intervenção. Se as emoções não forem trabalhadas, o tratamento cognitivo pode tornar-se apenas uma troca intelectual, o que não teria sentido terapêutico. Sem a presença do afeto, a reestruturação cognitiva do paciente não acontece. Além disso, temos que considerar que os padrões de comportamento também retroalimentam a disfunção emocional e cognitiva e, portanto, também precisam ser trabalhados. O fóbico social, por exemplo, cada vez que utiliza o comportamento de fuga de situações sociais (interpretadas equivocadamente como ameaçadoras à sua integridade moral), retroalimenta sua convicção distorcida (“Não passei vergonha porque saí antes que algo acontecesse”) e cultiva o alívio das emoções, o qual é provocado pelo escape das

situações temidas. Toda vez que o indivíduo foge de uma situação temida (para aliviar suas emoções), o temor àquela situação aumenta.

Pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes, crenças nucleares e o impacto do humor na cognição combinam-se para configurar um ciclo autoperpetuador observável em todos os transtornos. Como foi dito, um indivíduo pode ter crenças disfuncionais que o predis põem para a psicopatologia mesmo sem ter algum efeito perceptível, até que surge uma situação relevante que ativa essas crenças. Estas, por sua vez, ativam os PA, evocando um humor correspondente, cuja natureza depende deles. Esse humor, então, leva o indivíduo a tendenciar as memórias de tal forma que ele experiencia mais PA disfuncionais, intensificando seu humor disfuncional. Com a intensificação do humor, aumenta a tendência a recordações e percepções distorcidas, num ciclo autoperpetuador (Freeman et al., 1990). Na depressão, por exemplo, o paciente vê a si mesmo, as pessoas à sua volta e o futuro de uma forma distorcidamente negativa, o que, por sua vez, o faz recordar viciadamente apenas as vivências que corroboram seu estado de humor depressivo, mantendo e magnificando sua sintomatologia depressiva.

Se os PA disfuncionais foram evocados por eventos externos ou internos negativos, ou se o humor foi desencadeado por mudanças bioquímicas, não importa, o mesmo ciclo estará presente. De qualquer forma, independente do ponto onde o ciclo começou, a cognição tem papel importante e é o foco fundamental para a intervenção.

A visão cognitiva de psicopatologia, que inclui o modelo de interações entre cognição, humor e comportamento, sugere uma variedade de possíveis pontos de intervenção, envolvendo aquelas desenhadas para a modificação do afeto, para alcançar mudança comportamental, bem como intervenções focadas primariamente em cognições. Comumente, o objetivo inicial da TC será quebrar o ciclo que perpetua e amplifica os problemas do indivíduo. Isso pode ser feito por meio de técnicas para a modificação dos PA, para a melhora no seu humor, para a eliminação do impacto da tendenciosidade no humor (trabalhando suas

QUADRO 1.3 Terapia cognitiva

O paciente aprende a:

- Identificar e modificar sua forma distorcida de pensar
- Identificar e modificar as emoções que esses pensamentos provocam
- Identificar e modificar os comportamentos que são tomados como consequência desses pensamentos e emoções
- Utilizar formas alternativas, mais funcionais, de pensar e se comportar diante das situações
- Reestruturar crenças nucleares
- Solucionar problemas
- Construir estratégias de enfrentamento
- Construir habilidades necessárias ao enfrentamento
- Prevenir a recaída

memórias e percepções) ou para a modificação dos comportamentos do paciente. Uma combinação dessas intervenções pode quebrar o ciclo que perpetua os problemas e, assim, aliviar os sintomas mais imediatos do paciente.

No entanto, se o terapeuta trabalhar apenas as cognições no nível mais superficial (PA), o paciente pode correr o risco de uma recaída quando experimentar eventos similares aos que precipitaram o episódio em curso. Para adquirir resultados duradouros, é também importante modificar as crenças e os pressupostos que o predispõem aos problemas e ajudá-lo a planejar estratégias eficazes para lidar com situações futuras que podem precipitar uma recaída.

Conceitualização cognitiva

É a formulação do caso, embasada na concepção cognitiva dos transtornos emocionais do paciente. O foco primário são os fatores cognitivo-comportamentais que mantêm as dificuldades emocionais, as crenças, os pressupostos, as vulnerabilidades da personalidade, os traumas e as amplas experiências de vida que predispuseram o indivíduo a vivenciar seus problemas atuais. Passado e presente interagem na produção do quadro clínico idiossincrático dos problemas em curso (Neenan e Dryden, 2000).

A conceitualização cognitiva é a habilidade clínica mais importante que o terapeuta cognitivo precisa dominar, pois, para um planejamento adequado e eficaz da terapia, um bom entendimento das distorções cognitivas e dos consequentes comportamentos mal-adaptativos do paciente é crucial (Persons, 1989). Sem o entendimento cognitivo do paciente, todo o tratamento será apenas a aplicação de um punhado de técnicas cognitivas e comportamentais com um resultado pobre, quando não ineficaz (Knapp e Rocha, 2003).

Portanto, o objetivo principal da formulação cognitiva é melhorar o resultado do tratamento, auxiliando o terapeuta e o paciente na obtenção de uma concepção mais ampla e profunda dos mecanismos cognitivos e comportamentais do paciente, em vez de simplesmente vê-lo como uma coleção de sintomas e diagnósticos psiquiátricos (Persons, 1989). Além disso, auxilia o terapeuta na escolha das intervenções terapêuticas e das tarefas a serem realizadas. E mais, reforça o entendimento e o trabalho produtivo da própria relação terapêutica, bem como ajuda a entender e lidar com potenciais problemas e fracassos do tratamento.

Para uma boa concepção cognitiva do caso, o terapeuta deve questionar e investigar no seu paciente diversos aspectos (Quadro 1.4).

Após mapear esses primeiros aspectos, o terapeuta levanta hipóteses sobre como o pacien-

QUADRO 1.4 Aspectos da conceitualização cognitiva

1. O diagnóstico clínico
2. Os problemas atuais e os fatores estressores precipitantes que contribuíram para seus problemas psicológicos ou interferiram em sua habilidade para resolvê-los
3. As aprendizagens e experiências antigas que contribuem para seus problemas atuais
4. As predisposições genéticas e familiares
5. Seus pensamentos automáticos
6. Suas crenças subjacentes (incluindo atitudes, expectativas, regras e pressupostos)
7. Suas crenças nucleares
8. Os mecanismos cognitivos, afetivos e comportamentais que ele desenvolveu para enfrentar suas crenças disfuncionais
9. Como ele percebe a si mesmo, os outros e o mundo

te desenvolveu o transtorno que o motivou a buscar tratamento (J. Beck, 1995). O terapeuta inicia a construção da conceitualização cognitiva desde seu primeiro contato com o paciente e continua complementando esse processo até a última sessão. Ele deve ir formulando o caso mentalmente (“pensar cognitivamente o paciente”) desde a primeira entrevista até o final, na preparação para o término do tratamento, num processo continuado de concepção do caso. Como foi dito, a conceitualização é uma hipótese de trabalho, não a verdade absoluta; portanto, à medida que aparecem novos dados, terapeuta e paciente colaborativamente modificam e refinam sua formulação, confirmando algumas hipóteses e abandonando outras.

Nesse processo continuado de conceitualização, no início do tratamento o terapeuta dirige mais a tarefa, enquanto o paciente ainda está aprendendo a se perceber cognitivamente. Mais adiante, quando novos dados importantes vão sendo descobertos e a concepção cognitiva vai-se refinando, então o paciente tem participação fundamental. Como em qualquer outra intervenção terapêutica produzida no modelo da abordagem colaborativa, quando da construção e apresentação da conceitualização cognitiva, o terapeuta deve estar aberto ao fato de que suas hipóteses conceituais estão sujeitas à modificação e rejeição pelo paciente.

Um sinal importante de que a conceitualização do caso necessita ser revisada é o resultado pobre do tratamento, sendo uma indicação de que a dupla terapêutica pode estar trabalhando com hipóteses equivocadas (Persons, 1989). Aliás, na TC, quaisquer possíveis erros do terapeuta, em qualquer ponto de todo o processo terapêutico, podem e devem ser sempre admitidos abertamente, o que só ajudará a reforçar a relação terapêutica. A solicitação periódica de *feedback* do paciente como rotina no tratamento facilita que estas avaliações críticas e necessárias correções de rumo sejam efetuadas o mais precocemente possível.

Dada a abrangência de intervenções possíveis e a complexidade dos casos clínicos, a TC é mais eficaz quando o terapeuta pensa estrategicamente cada caso específico e as in-

tervenções correspondentes. Esse processo envolve formular a equação cognitiva específica do indivíduo, que será a fundação do plano terapêutico e a base para selecionar os alvos de intervenção mais produtivos e as intervenções técnicas mais apropriadas. O terapeuta cognitivo busca sempre o desenvolvimento de uma estratégia de tratamento individualizado para cada caso, tendo como base o entendimento cognitivo do paciente.

A configuração afetivo-cognitivo-comportamental do paciente pode ser resumida no Diagrama de Conceitualização Cognitiva, segundo o modelo de Judith Beck (1995) e Leahy (1996) (ver Figura 1.3).

Métodos terapêuticos

Embora o modelo cognitivo utilize uma ampla variedade de intervenções, muitas das quais desenvolvidas por clínicos e pesquisadores de outras orientações terapêuticas, a TC não é uma abordagem “ecclética”, nem um punhado de técnicas usadas aleatoriamente. O processo terapêutico está embebido em vários métodos terapêuticos próprios da abordagem cognitiva. Alguns princípios da prática clínica são fundamentais, como os seguintes.

Empirismo colaborativo

Na TC, terapeuta e paciente trabalham em conjunto no empreendimento terapêutico, como uma equipe de trabalho. O terapeuta tem um papel ativo e diretivo no tratamento, da mesma forma que o paciente, que se envolve de forma pró-ativa no processo de solução de problemas. Ambos buscam empiricamente, por meio de experimentos, as evidências necessárias para confirmar ou refutar as hipóteses levantadas colaborativamente. Para Beck e colaboradores (1979), terapeuta e paciente trabalham como dois cientistas, levantando hipóteses e testando empiricamente cada uma delas.

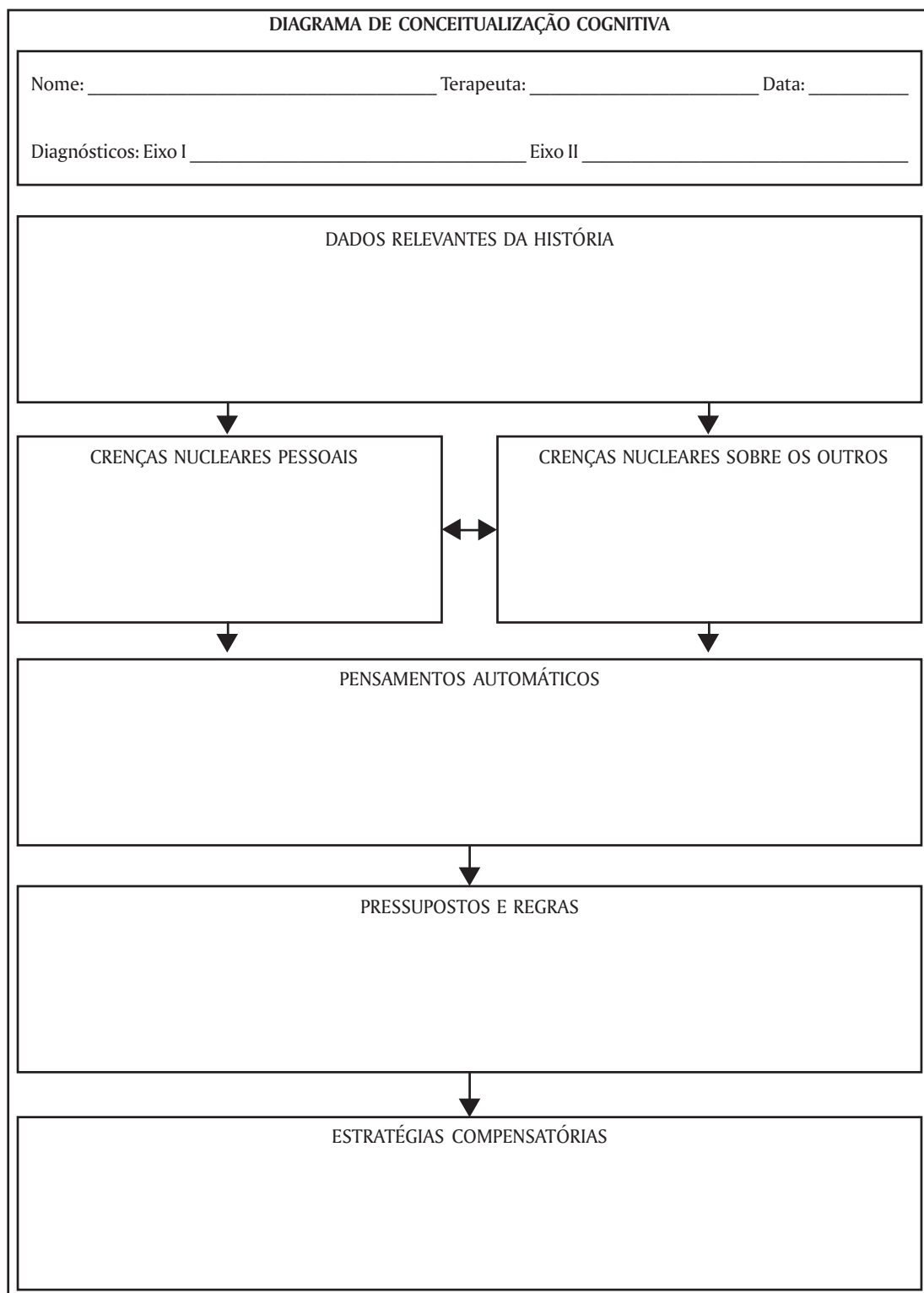


FIGURA 1.3 Diagrama de conceitualização cognitiva. (Adaptado de Leahy, 2002; e J. Beck, 1997.)

Esse modelo pretende ser mais efetivo na consecução das mudanças, e não apenas um estilo passivo e não-diretivo de intervenção, próprio de outras escolas psicoterápicas. Porém, para que a dupla terapêutica trabalhe afinada, uma boa relação entre terapeuta e paciente é de fundamental importância. Como em todas as escolas terapêuticas, o objetivo primeiro é estabelecer uma fundação sólida para a relação terapêutica, e isso depende de uma série de fatores, tais como empatia, interesse, confiança, genuinidade e outras variáveis não-específicas. Pelo trabalho colaborativo que o terapeuta desenvolve desde o início do tratamento, ele também constrói ativamente a relação terapêutica, em vez de esperar que ela se desenvolva ao longo do tempo. A própria relação terapêutica pode e deve ser usada como laboratório para construir experimentos visando a modificação interpessoal, pois é um excelente veículo de mudanças. Além disso, e como consequência, a ocorrência de resistência fica minimizada.

Desde o primeiro contato com o paciente até a elaboração da lista de problemas e metas de tratamento, preparação da agenda, prescrição das tarefas, feitura dos resumos da sessão, enfim, em todo o processo terapêutico perpassa o conceito de um trabalho colaborativo. Alguns métodos para a

melhora do empirismo colaborativo estão no Quadro 1.5.

Descoberta guiada e questionamento socrático

Na TC, o terapeuta não provê as soluções nem persuade o paciente da incorreção dos pensamentos. Em vez de qualquer debate ou confronto direto para desfazer as cognições distorcidas (como é usual na terapia racional-emotivo-comportamental de Ellis), na TC o terapeuta vai guiando o paciente para a descoberta. Por meio de simples questionamentos – perguntas com respostas abertas, como era o método de ensino do filósofo Sócrates –, o terapeuta vai orientando o paciente de forma que ele entenda seu problema, explore possíveis soluções e desenvolva um plano para lidar com as dificuldades. Beck e colaboradores (1979) afirmam: “A maior premissa na TC é conversar sobre os dados objetivos, e não convencer o paciente através da força dos argumentos”.

Exemplos de questionamento socrático:

Durante a sessão, a paciente diz “Sinto que não sou uma boa mãe, pois gritei com meu filho quando ele não estava se comportando bem”. Escolhendo uma ou mais das formulações seguintes, o terapeuta pode questionar a paciente socraticamente, a fim de guiá-la à descoberta de evidências que comprovem se esta afirmação é verdadeira ou não:

QUADRO 1.5 Empirismo colaborativo

- Trabalhar conjuntamente, como uma equipe investigativa
- Promover variáveis essenciais e “não-específicas” do terapeuta (p.ex., empatia, gentileza, genuinidade, atitude otimista)
- Ajustar nível de atividade terapêutica consoante a gravidade da doença e fase do tratamento
- Adaptar individualmente as intervenções terapêuticas
- Estimular no paciente o automonitoramento e a auto-eficácia
- Desenvolver estratégias para lidar com perdas e déficits reais
- Reconhecer e manejar a transferência e contratransferência
- Solicitar e oferecer *feedback* regularmente
- Utilizar humor gentil

- “O que é mesmo ser uma boa mãe? Des-sas características, enumeradas por você, do que é ser uma boa mãe, quais você possui?”
- “Quem você considera uma boa mãe? Por que [essa pessoa] é considerada uma boa mãe?”
- “O que uma boa mãe faz após ter gritado com o filho e se sentido mal com isso?”
- “O que você acha que estava sentindo antes de gritar com seu filho? O que você acha que estava pensando antes de gritar com seu filho?”
- “As habilidades que uma pessoa necessita para ser uma boa mãe já nascem com

ela, ou a pessoa pode aprender a ser uma boa mãe?”

A seguir, exemplos de questionamento não-socrático, na mesma situação:

- “E daí se você grita com seus filhos? Todo mundo faz isso.”
- “Por que você está sendo tão dura consigo mesma?”
- “Seus pais nunca gritaram com você?”

A descoberta guiada maximiza o envolvimento do paciente nas sessões e no processo terapêutico e minimiza a possibilidade de o terapeuta impor suas próprias idéias e conceitos. Além disso, essa formulação socrática torna possível ao paciente aprender o método de entendimento e solução de seus problemas, equipando-se com as habilidades necessárias para lidar com problemas no futuro.

Com o aumento, por parte do paciente, das habilidades de solução de problemas, o terapeuta fica cada vez menos ativo em guiar o tratamento. Um bom tratamento provê que o paciente possa ser seu próprio terapeuta. Isso acontece com o processo colaborativo da descoberta guiada, em que o paciente sai da posição passiva e adota uma postura pró-ativa.

QUADRO 1.6 Questionamento socrático

- Questionamento sistemático, orientado para a descoberta
- Estimula exame, ponderação, avaliação e síntese de diversas fontes de informação
- O objetivo é a avaliação independente e racional dos problemas e de suas soluções (raciocínio autônomo)
- É utilizado para trazer informações à consciência do paciente (*insight*)
- Não corrige respostas, pois não há “certo” ou “errado”
- Se realizado corretamente, tem forte impacto sobre a organização cognitiva do paciente
- Toma tempo e requer paciência
- Ensina o paciente sobre “como aprender a aprender”
- Converte o sofrimento psíquico do paciente em auto-exploração inquisitiva
- Progride do questionamento orientado para o *insight* para um questionamento orientado para a mudança

Lista de problemas e metas do tratamento

Para que trabalhem colaborativamente de forma efetiva, é necessário que terapeuta e paciente concordem em relação às metas de tratamento. Assim, concomitantemente à avaliação inicial e formulação de uma primeira conceitualização cognitiva, o profissional trabalha com seu paciente para especificar as metas para a terapia e a prioridade de cada uma delas. Esses objetivos incluem listar cada um dos problemas que o paciente espera superar e as mudanças positivas que quer fazer prosperar. Problemas podem ser vistos como desafios.

A lista de problemas deve ser a mais objetiva e clara possível. Grandes problemas devem ser divididos em partes menores. Cada um deles precisa ser explicitado de forma específica, de tal maneira que objetivos vagos e abstratos, como “Quero ser feliz com a minha mulher”, sejam detalhados objetivamente até que o paciente possa formular um plano concreto do que significa “ser feliz” para ele. Uma lista bem objetiva de problemas torna muito mais fácil a seleção de intervenções mais adequadas e permite, também, que se possa monitorar, a qualquer momento, os progressos do tratamento.

Uma vez que as metas estejam claras, é necessário que a dupla terapêutica decida quais delas focalizar primeiro. A priorização das metas deve levar em consideração vários fatores, entre os quais as preferências do paciente sobre que problemas trabalhar primeiro, a conceitualização cognitiva do caso, os problemas que parecem ser mais passíveis de responder às primeiras intervenções e quaisquer considerações de ordem prática que possam ser relevantes. Há considerável vantagem em trabalhar inicialmente um problema que pareça ser bem manejável, mesmo que não seja o problema mais importante do paciente (Freeman et al., 1990). Se for possível demonstrar o progresso num objetivo previamente determinado, o paciente se sentirá motivado, aumentando as chances de um engajamento ainda maior na busca de soluções de seus problemas mais difíceis.

Familiarização com o modelo cognitivo

Uma das primeiras intervenções usadas na TC é ensinar o paciente a identificar os pensamentos automáticos que ocorrem em situações problemáticas, a reconhecer os efeitos que eles produzem em suas emoções e comportamentos e a responder de forma eficaz a esses pensamentos que causam dificuldade. Os pensamentos negativos, autodepreciativos, exagerados e errôneos são parte habitual da vida do paciente; aparecem e voltam a aparecer constantemente sem que o paciente tenha ciência de sua presença e da relação deles com o seu problema.

Embora a apresentação do modelo cognitivo possa ser feita como uma explicação didática ao paciente, geralmente é mais fácil e mais eficaz usar a descoberta guiada e basear a explicação dos pensamentos, sentimentos, comportamentos e suas correlações em uma situação vivenciada pelo paciente. Quando este não tem uma clara memória de seus pensamentos e sentimentos em uma situação qualquer, é possível usar os pensamentos e sentimentos que ele está tendo durante a sessão, ou que teve quando estava na sala de espera, antes da sessão.

Quando é necessária uma explanação mais didática, a melhor opção é usar exemplos de situações presenciadas pelo terapeuta durante a sessão. Como no exemplo seguinte (Freeman et al., 1990), em que o terapeuta pode afirmar:

Nós temos milhares de pensamentos diariamente, muitos dos quais passam totalmente despercebidos, porque não estamos conscientes deles. Constantemente interpretamos e avaliamos as situações que ocorrem conosco. Quando as pessoas têm problemas, algumas vezes é porque elas interpretam os eventos inadequadamente e, em consequência, reagem de uma forma inadequada. Outras vezes, a pessoa enxerga a situação de uma forma acertada, mas não sabe lidar com ela de maneira adequada. Na Terapia Cognitiva, nosso trabalho é principalmente identificar os pensamentos que passam na cabeça da pessoa, descobrir se as avaliações e interpretações que ela dá para as situa-

ções estão acertadas e se é útil pensar e olhar para as coisas da forma como a pessoa olha. Se o indivíduo está interpretando incorretamente as situações, um objetivo terapêutico é ele aprender a reconhecer quando a interpretação está equivocada e olhar para a situação de uma forma mais acertada. Se a pessoa está vendo a situação de forma clara e, de fato, aquilo que ela está interpretando está correto, então o objetivo terapêutico é aprender formas mais adequadas de lidar com a situação que se apresenta.

Por exemplo, Dona Maria, eu notei, aqui na sessão, que quando a senhora falou sobre as dificuldades que estava tendo com seu marido, a senhora se emocionou e chorou. A senhora lembra o que estava passando no seu pensamento no momento em que se emocionou?

O trabalho psicoeducativo também pode ser feito por meio do Modelo ABC, de Ellis (1962), do Registro de Pensamentos Disfuncionais de Beck (Beck et al., 1979; J. Beck, 1995) ou mesmo do Registro de Pensamentos de Greenberger e Padesky (1995). O uso desses instrumentos está detalhado no Capítulo 8.

Avaliar criticamente as distorções cognitivas

O próximo passo leva, naturalmente, à idéia de corrigir os PA e as crenças e construir pensamentos alternativos mais funcionais, capazes de gerar uma melhora no estado de humor do paciente. Nos estágios iniciais da terapia, pode-se usar os pensamentos e sentimentos que ocorrem na sessão, ao vivo ou evocados a partir de técnicas como a dramatização (*role-play*).

No Quadro 1.7, listamos as distorções cognitivas mais comumente observadas, modificadas a partir de outros autores (Beck et al., 1979; J. Beck, 1995; Leahy, 1996; Neenan e Dryden, 2000; Freeman et al., 1990). Normalmente, as distorções cognitivas têm interseções e sobreposições, por isso o indivíduo provavelmente irá apresentar, concomitantemente, mais de uma distorção numa mesma situação.

QUADRO 1.7 Lista de distorções cognitivas

1. **Catastrofização** – Pensar que o pior de uma situação irá acontecer, sem levar em consideração a possibilidade de outros desfechos. Acreditar que o que aconteceu ou irá acontecer será terrível e insuportável. Eventos negativos que podem ocorrer são tratados como catástrofes intoleráveis, em vez de serem vistos em perspectiva.
Exemplos: *Perder o emprego será o fim da minha carreira. Eu não suportarei a separação da minha mulher. Se eu perder o controle, será meu fim.*
2. **Raciocínio emocional (emocionalização)** – Presumir que sentimentos são fatos. “Sinto, logo existe”. Pensar que algo é verdadeiro porque tem um sentimento (na verdade, um pensamento) muito forte a respeito. Deixar os sentimentos guiarem a interpretação da realidade. Presumir que as reações emocionais necessariamente refletem a situação verdadeira.
Exemplos: *Eu sinto que minha mulher não gosta mais de mim. Eu sinto que meus colegas estão rindo nas minhas costas. Sinto que estou tendo um enfarto, então deve ser verdadeiro. Sinto-me desesperado, portanto, a situação deve ser desesperadora.*
3. **Polarização (pensamento tudo-ou-nada, dicotômico)** – Ver a situação em duas categorias apenas, mutuamente exclusivas, em vez de um *continuum*. Perceber eventos ou pessoas em termos absolutos.
Exemplos: *Deu tudo errado na festa. Devo sempre tirar a nota máxima, ou serei um fracasso. Ou algo é perfeito, ou não vale a pena. Todos me rejeitam. Tudo foi uma perda de tempo total.*
4. **Abstração seletiva (visão em túnel, filtro mental, filtro negativo)** – Um aspecto de uma situação complexa é o foco da atenção, enquanto outros aspectos relevantes da situação são ignorados. Uma parte negativa (ou mesmo neutra) de toda uma situação é realçada, enquanto todo o restante positivo não é percebido.
Exemplos: *Veja todas as pessoas que não gostam de mim. A avaliação do meu chefe foi ruim (focando apenas um comentário negativo e negligenciando todos os comentários positivos).*
5. **Adivinhação** – Prever o futuro. Antecipar problemas que talvez não venham a existir. Expectativas negativas estabelecidas como fatos.
Exemplos: *Não irei gostar da viagem. Ela não aprovará meu trabalho. Dará tudo errado.*
6. **Leitura mental** – Presumir, sem evidências, que sabe o que os outros estão pensando, desconsiderando outras hipóteses possíveis.
Exemplos: *Ela não está gostando da minha conversa. Ele está me achando inoportuno. Ele não gostou do meu projeto.*
7. **Rotulação** – Colocar um rótulo global, rígido em si mesmo, numa pessoa ou situação, em vez de rotular a situação ou o comportamento específico.
Exemplos: *Sou incompetente. Ele é uma pessoa má. Ela é burra.*
8. **Desqualificação do positivo** – Experiências positivas e qualidades que conflituam com a visão negativa são desvalorizadas porque “não contam” ou são triviais.
Exemplos: *O sucesso obtido naquela tarefa não importa, porque foi fácil. Isso é o que esposas devem fazer, portanto, ela ser legal comigo não conta. Eles só estão elogiando meu trabalho porque estão com pena.*
9. **Minimização e maximização** – Características e experiências positivas em si mesmo, no outro ou nas situações são minimizadas, enquanto o negativo é maximizado.
Exemplos: *Eu tenho um ótimo emprego, mas todo mundo tem. Obter notas boas não quer dizer que eu sou inteligente, os outros obtêm notas melhores do que as minhas.*
10. **Personalização** – Assumir a culpa ou responsabilidade por acontecimentos negativos, falhando em ver que outras pessoas e fatores também estão envolvidos nos acontecimentos.
Exemplos: *O chefe estava com a cara amarrada, devo ter feito algo errado. É minha culpa. Não consegui manter meu casamento, ele acabou por minha causa.*
11. **Hipergeneralização** – Perceber num evento específico um padrão universal. Uma característica específica numa situação específica é avaliada como acontecendo em todas as situações.
Exemplos: *Eu sempre estrago tudo. Eu não me dou bem com mulheres.*
12. **Imperativos (“deveria” e “tenho-que”)** – Interpretar eventos em termos de como as coisas deveriam ser, em vez de simplesmente considerar como as coisas são. Afirmarções absolutistas na tentativa de prover motivação ou modificar um comportamento. Demandas feitas a si mesmo, aos outros e ao mundo para evitar as consequências do não cumprimento dessas demandas.
Exemplos: *Eu tenho que ter controle sobre todas as coisas. Eu devo ser perfeito em tudo que faço. Eu não deveria ficar incomodado com minha esposa.*
13. **Vitimização** – Considerar-se injustiçado ou não entendido. A fonte dos sentimentos negativos é algo ou alguém, havendo recusa ou dificuldade de se responsabilizar pelos próprios sentimentos ou comportamentos.
Exemplos: *Minha esposa não entende meus sentimentos. Faço tudo pelos meus filhos e eles não me agradecem.*
14. **Questionalização (E se?)** – Focar o evento naquilo que poderia ter sido e não foi. Culpar-se pelas escolhas do passado e questionar-se por escolhas futuras.
Exemplos: *Se eu tivesse aceitado o outro emprego, estaria melhor agora. E se o novo emprego não der certo? Se eu não tivesse viajado, isso não teria acontecido.*

À medida que o paciente aprende a identificar e nomear as distorções cognitivas, a dupla terapêutica trabalha no desenvolvimento de respostas alternativas para contrapor o impacto negativo dessas interpretações disfuncionais. Após aprender a modificar os pensamentos na sessão, o paciente começa a desenvolver e incrementar essa habilidade entre as sessões, por meio dos exercícios de automonitoramento e de outras tarefas prescritas. Uma planilha de atividades, bem como o Registro de Pensamentos Disfuncionais (RPD, Beck et al., 1979) são algumas das possíveis técnicas de automonitoramento.

Exercícios, experimentos e tarefas

A forma mais efetiva de promover mudanças é pela experimentação. A TC é um tratamento pró-ativo em que a consolidação das mudanças se dá pelo constante monitoramento de pensamentos, emoções e comportamentos e pela conseqüente modificação. Durante todo o curso do tratamento, o paciente exercita seus aprendizados nas sessões e, principalmente, entre as sessões, na vida real. É evidente que se o paciente põe em prática o que foi trabalhado na terapia, ele atinge resultados melhores e mais rápidos do que se esperasse para trabalhar apenas durante as sessões. Além disso, no curso da sua vida o paciente está em melhor posição para coletar dados e testar os efeitos de mudanças na cognição e no comportamento, o que seria mais difícil nas sessões.

Só se aprende a fazer fazendo. A maior parte das tarefas objetiva o aprendizado das estratégias e habilidades necessárias para o enfrentamento das situações disfuncionais, para que o indivíduo saia de sua posição de vítima passiva de seu comportamento e torne-se agente de seu crescimento. Para isso, ele necessita aumentar sua *auto-eficácia*, isto é, a percepção de sua habilidade de desempenhar, de forma eficaz e com sucesso, uma tarefa específica (Bandura, 1977). Toda vez que o indivíduo evita lidar com uma situação temida, aumenta o seu temor daquela situação. Só há um jeito de enfrentar os temores: expondo-se

a eles e, com planos estratégicos estabelecidos e habilidades adequadas, superando-os.

As tarefas não são prescritas apenas pelo terapeuta, devem ser uma prescrição colaborativa. No decorrer da sessão, a dupla terapêutica vai, de forma natural e consoante com o que está sendo trabalhado, construindo exercícios e tarefas que são percebidos como uma possibilidade de aprendizado. A não-aderência à tarefa, mesmo com todos os cuidados de uma prescrição conjunta, freqüentemente acontece. E isso ocorre especialmente quando o terapeuta, na sessão seguinte, não solicita a revisão da tarefa prescrita, fazendo o paciente acreditar que ela é de somenos importância no tratamento. No entanto, mais do que um problema, a não-aderência à tarefa pode constituir uma possibilidade de aprendizado, quando se buscam colaborativamente as possíveis razões embutidas nesse comportamento, especialmente as que estão relacionadas com a relação terapêutica e/ou com possíveis bloqueios do paciente por tudo aquilo que uma tarefa de casa pode conter de pressupostos subjacentes (Neenan e Dryden, 2000).

Prevenção da recaída

Mesmo com a modificação efetiva de PA e de suas fontes (os esquemas), o paciente não fica imune a futuras dificuldades. Por isso, na fase final de tratamento, a TC trabalha explicitamente na preparação do paciente para possíveis problemas. Esse trabalho, com base na pesquisa em prevenção da recaída de Marlatt e Gordon (1985), consiste em ajudar o paciente a tornar-se ciente de situações de risco, a identificar sinais prodrômicos de recaída e a desenvolver planos explícitos para lidar com as situações de risco.

É especialmente importante explorar com o paciente as expectativas relacionadas com futuros problemas e trabalhar quaisquer expectativas irrealistas. Freqüentemente, pacientes que superaram seus problemas por meio de terapia têm expectativas de nunca mais encontrarem dificuldades. Se o paciente tem alta do tratamento sem que essas expectativas de

“imunidade existencial” tenham sido abordadas, ele interpretará equivocadamente futuras dificuldades e poderá reagir com idéias de que “o tratamento foi um fracasso”, por culpa dele e/ou do terapeuta. O paciente deve adotar a visão mais realista de que todos encontramos problemas de tempos em tempos, pois a TC equipou-o com as habilidades necessárias para lidar eficazmente com os problemas, mas que isso não significa imunidade.

Término do tratamento

A decisão de dar por encerrado o tratamento é tomada quando o paciente atingiu seus objetivos da lista de problemas montada colaborativamente no início da terapia, tendo sido verificado o seu progresso em diversas situações de vida e por tempo suficiente. Feito o trabalho de prevenção da recaída, a dupla terapêutica decide ir diminuindo o número de sessões da periodicidade semanal para bimensal, depois mensal, e assim por diante. Dessa forma, o final do tratamento não é tão abrupto, permitindo à dupla uma oportunidade de descobrir quão bem o paciente lida com os problemas sem a ajuda direta do terapeuta, além de possibilitar a revisão de alguma questão adicional que ainda ficou por ser trabalhada.

Se o paciente desejar, pode retornar ocasionalmente para sessões de reforço. E, em qualquer momento, pode voltar ao tratamento para mais um conjunto de sessões, a fim de abordar novas questões e aprofundar seu entendimento cognitivo-comportamental.

A estrutura da sessão

Cada elemento da estrutura da sessão de TC é desenhado para maximizar a colaboração entre paciente e terapeuta enquanto trabalham eficientemente na resolução dos problemas listados. Alguns autores preferem fazer a revisão do humor e da semana como parte da agenda. Nós optamos por seguir o modelo de Beck e colaboradores (1979):

1. Revisão do humor, revisão da semana
2. Ponte com a última sessão
3. Revisão das tarefas
4. Fazer a agenda
5. Trabalhar itens da agenda
6. Resumos periódicos e resumo final
7. *Feedback* da sessão

Revisão do humor e revisão da semana

Tanto na prática clínica como em ambientes de pesquisa, faz-se necessário monitorar regularmente o humor do paciente, por meio de medidas objetivas como o Inventário de Depressão Beck (BDI) e o Inventário de Ansiedade Beck (BAI), validados para a língua portuguesa (Cunha, 2001). Mas, na prática clínica diária, pode-se registrar as evoluções do paciente fazendo uma rápida revisão do humor, atribuindo uma nota em cada dia de sessão, com a pergunta: “De 0 a 10, sendo 0 o equivalente a nenhuma depressão (ou ansiedade) e 10 muita depressão (ou ansiedade), qual nota você dá para o seu humor hoje?” Também a simples pergunta “Em relação à semana passada, você está se sentindo: melhor, pior ou na mesma?”, ou apenas “Como você está se sentindo esta semana?”, já dará alguma estimativa da evolução do estado de humor do paciente.

Vinculada a isso, a revisão dos acontecimentos, bons e ruins, do período de tempo desde a última sessão possibilita ao terapeuta o monitoramento do progresso terapêutico e a identificação de alguma questão mais prioritária a ser trabalhada na agenda. É desnecessário dizer que questões mais urgentes (por exemplo, perda de um emprego, morte de um familiar) que podem surgir no decorrer de um tratamento, mesmo que não estivessem previamente contempladas na lista inicial de problemas, ganham precedência sobre todas as outras.

Ponte com a sessão anterior

Cada sessão está associada e interligada com as outras, dando um sentido de continuidade ao trabalho. “O que você lembra de importan-

te da nossa última sessão?” e “Fazendo uma revisão da nossa última sessão, o que você levou de mais importante?” são perguntas que auxiliam essa noção e dão seguimento a um plano de trabalho terapêutico continuado.

É aconselhável que o paciente traga sempre consigo material de escrita (caderno, pasta, folhas em branco) para anotar o que de mais importante foi trabalhado e descoberto durante a sessão. Muitas vezes a tarefa de casa pode ser a leitura das anotações da sessão. Pacientes que costumam trazer seu próprio “caderno de terapia” têm mais facilidade em fazer a ponte com a sessão precedente.

Revisão da tarefa

A consolidação do aprendizado se dá pelas tarefas e pelos exercícios extra-sessão. A revisão da tarefa permite a confirmação de que a direção e a marcha do trabalho terapêutico estão adequadas, ou de que, ao contrário, ainda se faz necessário incrementar as habilidades e auto-eficácia do paciente. Uma tarefa que não deu o resultado esperado é uma excelente fonte de informações.

O paciente somente colocará em prática uma nova tarefa prescrita se for dada importância à tarefa anterior. Quando o terapeuta não revisa a tarefa e não extrai dela todo o aprendizado possível, tenha ela dado certo ou não, estará reforçando no paciente a idéia de que a tarefa não é importante, sendo, portanto, desnecessário e inútil fazê-la. A não-aderência à tarefa pode ser um importante item a ser trabalhado na agenda.

Agenda

A TC tem uma sessão estruturada, no início da qual se estabelece uma agenda, como numa reunião de trabalho. O objetivo maior da agenda é o foco nos problemas a serem trabalhados e nas suas possíveis soluções, evitando a tergiversação.

A prática de fazer conjuntamente uma agenda no início da cada sessão com o(s) tópico(s) que ambos consideram mais importantes para serem trabalhados naquele momento

específico possibilita extrair o máximo proveito de cada sessão. Uma agenda de comum acordo, no entanto, não previne que o paciente tente adotar mecanismos de resistência ao trabalho terapêutico, como fazer digressões inúteis e despropositadas ao objetivo do tratamento e ao foco da sessão. O terapeuta deve, de forma gentil mas firme, ajudar o paciente a retornar ao foco da pauta proposta no início da sessão. Quando um tópico importante, que não é emergencial, aparece apenas no final da sessão, quando não há mais tempo (o que também é uma forma de resistência), o assunto é anotado para ser lembrado na elaboração da agenda na próxima sessão.

A pergunta explícita no começo da sessão “O que você (ou nós) gostaríamos de trabalhar na sessão de hoje?” cria no paciente o hábito de já pensar antecipadamente naquilo que irá tratar na sessão.

Para que a sessão seja produtiva como uma boa reunião de trabalho, também é possível usar uma planilha, como a do Quadro 1.8, modificado de McMullin (2000) e J. Beck (1995). Peça ao paciente que a preencha por escrito (ou mentalmente, depois de fazê-la por escrito algumas vezes) antes da sessão de terapia. Essa planilha é particularmente útil para pacientes que evitam pensar sobre a terapia entre as sessões ou que têm dificuldade em retomar a temática da semana.

Resumos

A cada item abordado ou a cada descoberta (*insight*) importante na sessão, o paciente é estimulado a fazer um resumo do que foi trabalhado, sendo ajudado eventualmente pelo terapeuta. Os resumos têm o intuito de entender o que foi descoberto e fortalecer a memória do que foi aprendido.

Além dos resumos capsulares realizados ao longo da sessão, ao final de cada uma, é feito o resumo das principais descobertas. Uma pergunta regularmente feita para ajudar no resumo é: “O que você está levando da sessão de hoje?” O resumo final não é uma simples repetição dos itens que foram trabalhados, mas a relação das descobertas e aprendizados que ocorreram, com

QUADRO 1.8 Preparando-se para uma sessão de terapia cognitiva

1. Em qual problema eu quero trabalhar hoje?
2. Como estou me sentindo esta semana, em comparação com as outras semanas?
3. O que aconteceu esta semana que meu terapeuta deveria saber?
4. O que trabalhamos na última sessão? O que eu aprendi?
5. Alguma questão ficou em aberto?
6. Alguma coisa me incomodou na última sessão?
7. Estou com dificuldade de contar alguma coisa ao terapeuta?
8. O que eu fiz como tarefa/ exercício? O que eu aprendi com a tarefa?

conclusões e possíveis experimentos que irão confirmar e fortalecer tais aprendizados.

Feedback

Ao solicitar regularmente o *feedback* do paciente de como foi para ele a sessão, o terapeuta aumenta as chances de identificar algum problema em curso na relação terapêutica. Mesmo que não haja aparente dificuldade, as expectativas, contrariedades ou insatisfações do paciente com o terapeuta ou com a sessão são solicitadas explicitamente: “Há alguma coisa que eu disse ou fiz na sessão de hoje que você não gostou?”; “Alguma questão da sessão não está bem entendida?”

O *feedback* não deve ser obtido apenas ao final da sessão, mas a qualquer momento da mesma. Além disso, regularmente deve-se obter o *feedback* de como está o tratamento, o que o paciente está sentindo e pensando acerca do processo e do progresso terapêutico. Essas informações pontuais e em todo o percurso terapêutico podem corrigir o rumo da terapia.

MITOS E CONCEPÇÕES EQUIVOCADAS SOBRE A TERAPIA COGNITIVA

Para finalizar o capítulo, relacionamos uma série de mitos e concepções acerca da TC encontrados freqüentemente:

1. *A Terapia Cognitiva é baseada no “poder do pensamento positivo”.* A TC é baseada no “poder do pensamento realista” (Beck et al., 1979). Uma visão irrealistamente otimista pode ser tão prejudicial e mal-adaptativa quanto uma visão irrealistamente negativa. Uma “abordagem Poliana”, de que tudo pode ser cor-de-rosa, é, no mínimo, enganadora, e não auxilia o paciente a lidar de forma eficaz com os problemas reais encontrados na vida. O objetivo da TC não é o pensamento positivo, mas a correção dos pensamentos distorcidos ou disfuncionais, promovendo formas mais adaptativas de lidar com os problemas reais.
2. *A teoria cognitiva de psicopatologia propõe que os pensamentos negativos distorcidos causam a psicopatologia.* Embora os pensamentos distorcidos façam parte do ciclo vicioso da psicopatologia, eles não são o único fator importante. Os desequilíbrios bioquímicos, os eventos de vida e as relações interpessoais são elementos que interagem conjuntamente, formando a psicopatologia. Os ciclos que perpetuam os transtornos podem iniciar-se em qualquer ponto, mas, uma vez iniciados, as cognições têm um papel importante e provêem uma possibilidade de intervenção valiosa.
3. *A Terapia Cognitiva é simples e apenas utiliza o senso comum.* Embora a teoria que embasa a TC pareça bastante simples e fácil de entender, a prática da TC é menos fácil (Freeman et al., 1990). As pessoas são complexas, e intervenções efetivas podem ser bem complicadas, apesar da relativa simplicidade da teoria. Embora o senso comum possa ser utilizado, na maior parte do tempo a dupla terapêutica tem muito trabalho em desvendar as complexas interações cognitivo-afetivo-comportamentais do paciente. Além do mais, o terapeuta cognitivo precisa ser um bom estrategista.
4. *A TC convence as pessoas a sair dos seus problemas.* A TC não comunga do estilo argumentativo utilizado no modelo racional-

emotivo-comportamental de Albert Ellis, em que as crenças irracionais dos pacientes são debatidas e contestadas. Apesar das similaridades teóricas entre os dois modelos, a TC aplica a descoberta guiada, e não o debate. Na TC, o terapeuta guia o paciente para que ele próprio faça descobertas, ao observar criticamente suas distorções, diminuindo, assim, suas resistências e estimulando o desenvolvimento de habilidades necessárias para futuramente analisar por si mesmo seus problemas.

5. *A TC ignora as emoções.* Embora as cognições sejam o alvo principal da TC, o sucesso terapêutico é medido pela correspondente melhora na emoção e no comportamento. Por vezes, a forma mais adequada de examinar os pensamentos é pelas emoções. Como apontaram Freeman e colaboradores (1990), a TC poderia se chamar terapia cognitivo-comportamental-emocional.
6. *A meta da TC é eliminar as emoções.* A meta da TC é ajustar a emoção à situação e ajudar o paciente a ser capaz de lidar adaptativamente com a emoção. Nos transtornos emocionais, o indivíduo geralmente está “inundado” de emoções, razão mesma pela qual ele apresenta o transtorno; fica tão engolfado pela emoção que não consegue pensar sem distorção. Na TC, o objetivo é o equilíbrio emocional, não a supressão da emoção. Em muitas situações, o objetivo é regular as reações emocionais exageradas; por outro lado, em pessoas rígidas, supercontroladas, que não expressam emoções, o produto final será a capacidade de entrar em contato com suas emoções, mesmo que tal problema não fosse reconhecido e não estivesse na lista de problemas original.
7. *A TC é a aplicação de uma variedade de técnicas.* A terapia cognitiva desenvolveu uma ampla variedade de técnicas específicas e também emprestou-as livremente de outras terapias. No entanto, o profissional que focaliza apenas a aplicação de

técnicas como se fosse um livro de receitas não estará sendo eficaz. O uso estratégico das intervenções terapêuticas deve estar embasado na conceitualização do caso, isto é, no entendimento cognitivo do paciente e da sua problemática específica.

8. *A terapia cognitiva ignora o passado e se interessa apenas pelo presente.* É mais adequado dizer que a TC presta atenção no passado tanto quanto necessário. Sempre se investiga, na história do sujeito, quando se estabeleceu, a partir de que experiências, a forma de interpretar os eventos atuais. As experiências prévias representam a fundação dos problemas do paciente, mas é possível resolver a fonte dos problemas focalizando primariamente o presente. O foco não é tanto o que foi, mas o que é e o que mantém ou reforça o comportamento disfuncional (Dattilio e Freeman, 1992).
9. *A TC é superficial.* A afirmação pressupõe que a TC se ocupa apenas das cognições que estão na superfície, os pensamentos automáticos, negligenciando o tratamento das crenças subjacentes aos PA e das crenças nucleares. A TC não se propõe a trabalhar *automaticamente* mudanças maiores de personalidade, a não ser que essa seja ou venha a ser a meta de quem busca tratamento. A TC pode trabalhar mais na superfície ou mais profundamente, dependendo dos objetivos do indivíduo e dos problemas a serem tratados, e o paciente é quem toma a decisão final sobre o grau de mudança que quer atingir. É verdade que a TC focaliza a aquisição de metas específicas do paciente, e o que parece uma mudança superficial para quem vê de fora pode significar grandes mudanças para o paciente.
10. *A relação terapêutica não é importante na TC.* Uma boa relação terapêutica é essencial para o trabalho colaborativo na TC; sem ela o tratamento não acontece. Embora a relação transferencial não seja estimulada como em outras abordagens, a relação interpessoal da dupla terapêuti-

ca (com a presença de transferência e contratransferência) é usada como um poderoso instrumento de identificação e resolução de problemas interpessoais do paciente.

11. *A TC tem um limite de 15 a 25 sessões ou menos.* Por razões metodológicas, algumas pesquisas de resultados com TC limitaram a duração do tratamento a 12 a 25 sessões. A TC tende a obter resultados terapêuticos relativamente rápidos, mas a duração do tratamento depende da natureza dos problemas do paciente (traços e transtornos da personalidade, por exemplo) e seu nível de motivação para aprofundar o entendimento de suas questões. A TC pode variar de algumas sessões até vários anos.
12. *Fazer TC significa não usar medicação.* A TC é totalmente compatível com o uso de psicofármacos. Em algumas situações, o paciente só estará disponível para um tratamento cognitivo quando estiver compensado bioquimicamente (via medicação), em especial nas depressões graves, no transtorno bipolar, em psicoses e mesmo nos transtornos de ansiedade mais debilitantes. A TC pode ser um complemento à psicofarmacoterapia, e vice-versa.
13. *A TC é apropriada apenas para pessoas articuladas, com boa capacidade intelectual.* O benefício de intervenções com base em olhar criticamente os pensamentos disfuncionais não é privilégio apenas de pessoas inteligentes. É evidente que é mais fácil trabalhar com pacientes com boa capacidade de raciocínio, cultos, com sólida formação educacional, algum conhecimento psicológico e bem motivados para o tratamento, mas isso é verdade para qualquer abordagem terapêutica. J. Beck (1995) relata “pesquisas que demonstram que a TC é efetiva para pacientes com diferentes níveis de escolaridade, renda e cultura”. A TC precisa ser desenhada para as necessidades das pessoas, e não estas serem encaixadas no modelo. Com pessoas não-alfabetizadas, com dificuldades de raciocínio abstrato e mesmo com disfunções cognitivas, a TC traba-

lha menos com intervenções puramente verbais e mais com intervenções comportamentais para atingir as mudanças desejadas.

14. *A TC não é eficaz em pacientes com transtornos mentais graves.* Embora, originalmente, a TC tenha sido desenvolvida com pacientes ambulatoriais, ela pode ser usada de forma eficaz para pacientes com transtornos mentais graves, mesmo hospitalizados. O maior interesse de Aaron Beck, no momento, é estudar o modelo cognitivo e a eficácia de intervenções cognitivas em pacientes psicóticos (vide Capítulo 8 neste livro).

RESUMO

Os princípios teórico-práticos fundamentais da TC, abordados neste capítulo, podem ser assim resumidos (modificado de J. Beck, 1995):

1. É um modelo de psicoterapia que requer uma boa relação terapêutica.
2. É uma psicoterapia focal fundamentada no modelo teórico que estipula que estão envolvidas cognições disfuncionais nos transtornos psicológicos.
3. Focaliza seu trabalho no exame e na correção de distorções nos três níveis de cognição: pensamentos automáticos, pressupostos subjacentes e crenças nucleares (esquemas).
4. O tratamento envolve a conceitualização específica de cada caso.
5. É colaborativa: terapeuta e paciente formam uma dupla terapêutica ativa.
6. Utiliza a descoberta guiada: o terapeuta guia o paciente para as descobertas por meio do questionamento socrático.
7. Usa o método empírico para examinar e testar a veracidade e utilidade das cognições.
8. É psicoeducativa: o paciente aprende a ser seu próprio terapeuta.
9. A sessão é estruturada, com metas terapêuticas claras e objetivas, e focada na solução de problemas.

10. Utiliza uma variedade de técnicas cognitivas e comportamentais para modificar pensamentos, humor e comportamentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, v.84, p.191-215, 1977.
- BASCO, M.R.; RUSH, A.J. *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford, 1996.
- BECK, A.T. Thinking and depression: 1. Idiosyncratic content and cognitive distortions. *Archives of General Psychiatry*, v.9, p.36-46, 1963.
- _____. Thinking and depression: 2. Theory and therapy. *Archives of General Psychiatry*, v.10, p.561-71, 1964.
- _____. *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania, 1967.
- _____. *Cognitive therapy and the emocional disorders*. New York: International Universities, 1976.
- _____. Beyond belief: a theory of modes, personality and psychopathology. In: SALKOVSKIS, P.M. (Ed.). *Frontiers of cognitive therapy*. New York: Guilford, 1996.
- BECK, A.T.; EMERY, G.; GREENBERG, R.L. *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*. New York: Basic Books, 1985.
- BECK, A.T. et al. *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford, 1979. Em português, *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BECK, A.T. et al. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford, 1990. Em português, *Terapia cognitiva dos transtornos de personalidade*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- BECK, A.T. et al. *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford, 1993.
- BECK, A.T. et al. Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, v.96, p.179-83, 1987.
- BECK, J.S. *Cognitive therapy: basics and beyond*. New York: Guilford, 1995. Em português, *Terapia cognitiva: teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed, 1997.
- BLACKBURN, I.M.; TWADDLE, V. *Cognitive therapy in action*. London: Souvenir, 1996.
- BURNS, D.D. *The feeling good handbook*. New York: William Morrow, 1989.
- CLARK, D.M. Anxiety states. In: HAWTON, K. et al. (Eds.). *Cognitive therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University, 1989.
- CLARK, D.A.; BECH, A.T.; ALFORD, B.A. *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York: John Wiley, 1999.
- CLARK, D.M.; FAIRBURN, C.G. (Eds.). *Science and practice of cognitive therapy*. Oxford: Oxford University, 1997.
- CUNHA, J.Á. *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.
- DATTILIO, F.M. Cognitive-behavioral family therapy. In: _____. (Ed.). *Case studies in couple and family therapy*. New York: Guilford, 1998.
- DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. Introduction to cognitive therapy. In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. (Eds.). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum, 1992.
- DATTILIO, F.M.; PADESKY, C.A. *Cognitive therapy with couples*. Sarasota: Professional Resource Exchange, 1990. Em português, *Terapia cognitiva com casais*. Porto Alegre: Artmed, 1995.
- DOBSON, K.S. (Ed.). *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2.ed. New York: Guilford, 2001.
- DOBSON, K.S.; BACKS-DESMOTT, B.J.; DOZOIS, D. Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In: SNYDER, C.R.; INGRAM, R.E. (Eds.). *Handbook of psychological change: psychotherapy processes and practices for the 21st century*. New York: Wiley, 2000. p.409-28.
- ELLIS, A. *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Stuart, 1962. Revised and updated edition: Secaucus: Carol, 1994.
- FAIRBURN, C.G. Eating disorders. In: CLARK, D.M.; FAIRBURN, C.G. (Eds.). *Science and practice of cognitive therapy*. Oxford: Oxford University, 1997.
- FENNELL, M.J.V. Low self-esteem: a cognitive perspective. *Behavioural Cognitive Psychotherapy*, v.25, n.1, p.1-25, 1997.
- FREEMAN, A. The development of treatment conceptualizations in cognitive therapy. In: FREEMAN, A.; DATTILIO, F.M. (Eds.). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum, 1992.
- FREEMAN, A. et al. *Clinical applications of cognitive therapy*. New York: Plenum, 1990.
- GREENBERGER, D.; PADESKY, C.A. *Mind over mood: a cognitive therapy treatment manual for clients*. New York: Guilford, 1995. Em português, *A mente vencendo o humor*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- KNAPP, P.; ROCHA, D.L.B. Conceitualização cognitiva. In: CAMINHA, R.M. et al. *Psicoterapia cognitivo-comportamental*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.
- LAZARUS, R.S. *Psychological stress and the coping process*. New York: McGraw-Hill, 1966.
- LEAHY, R.L. *Cognitive therapy: basic principles and applications*. Northvale: Jason Aronson, 1996.
- _____. (Ed.). *Practicing cognitive therapy*. Northvale: Jason Aronson, 1997.
- MAHONEY, M.J. *Cognitive and behavior modification*. Cambridge: Ballinger, 1974.
- MAHONEY, M.; LYDDON, W. Recent developments in cognitive approaches to counseling and psychotherapy. *Counseling Psychology*, v.16, p.190-234, 1988.
- MARLATT, G.A.; GORDON, J.R. *Relapse prevention*. New York: Guilford, 1985. Em português, *Prevenção da recaída*. Porto Alegre: Artmed, 1993.
- MCMULLIN, R.E. *The new handbook of cognitive therapy techniques*. New York: Norton, 2000. Em português,

- Manual de técnicas de terapia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- MEICHENBAUM, D.H. Cognitive factors in behavior modification: modifying what clients say to themselves. In: FRANKS, C.M.; WILSON, G.T. (Eds.). *Annual review of behavior therapy: theory and practice*. New York: Brunner/Mazel, 1973. p.416-32.
- NEEDLEMAN, L.D. *Cognitive case conceptualization: a guide for practioners*. London: Lawrence Erlbaum, 1999.
- NEENAN, M.; DRYDEN, W. *Essencial cognitive therapy*. London: Whurr, 2000.
- NEWMAN, C.F. et al. *Bipolar disorder: a cognitive therapy approach*. Washington: American Psychological Association, 2002.
- PADESKY, C.A. Schema change processes in cognitive therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, v.1, n.5, p.267-78, 1994.
- PADESKY, C.A.; GREENBERGER, D. *Clinician's guide to mind over mood*. New York: Guilford, 1995.
- PERSONS, J.B. *Cognitive therapy in practice: a case formulation approach*. New York: W.W. Norton, 1989.
- REINECKE, M.A.; DATTILIO, F.M.; FREEMAN, A. *Cognitive therapy with children and adolescents*. New York: Guilford, 1996. Em português, *Terapia Cognitiva com Crianças e Adolescentes*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- SALKOVSKIS, P.M.; KIRK, J. Obsessional disorders. In: HAWTON, K. et al. (Eds.). *Cognitive therapy for psychiatric problems*. Oxford: Oxford University, 1989.
- WEISHAAR, M.E. Aaron T. Beck. London: Sage, 1993.
- WILLIAMS, J.M.G. Depression. In: CLARK, D.M.; FAIRBURN, C.G. (Eds.). *Science and practice of cognitive therapy*. Oxford: Oxford University, 1997. p.259-83.
- YOUNG, J.E. *Cognitive therapy for personality disorders: a schema-focused approach (revised edition)*. Sarasota: Professional Resource Press, 1994. Em português, *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada no esquema*. Porto Alegre: Artmed, 2003.
- YOUNG, J.E.; BECK, A.T.; WEINBERGER, A. Depressão. In: BARLOW, D.H. (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford, 1993. Em português, *Manual clínico dos transtornos psicológicos*. Porto Alegre: Artmed, 1999.
- YOUNG, J.E.; KLOSKO, J.S.; WEISHAAR, M.E. *Schema therapy: a practioner's guide*. New York: Guilford, 2003.