

APRESENTANDO O MODELO COGNITIVO AO PACIENTE

1

Resumo de tópicos

- Introdução geral à terapia
- Conceituação de caso
- Explicando o modelo cognitivo a um paciente (Paulo)
- Explicando o modelo cognitivo a uma paciente (Kátia)
- Apresentando o conceito de distorções cognitivas a um paciente

Diálogo de ilustração de caso

- Introdução geral à terapia
- Identificando os problemas
- Estabelecendo metas para a terapia
- Apresentando o modelo cognitivo: primeiro nível do diagrama de conceituação cognitiva (Figs. 1.2 a 1.4)
- Apresentando as distorções cognitivas
- Planejando a tarefa de casa, resumindo e concluindo a Sessão 1

Introdução geral à terapia

As cognições podem afetar aspectos importantes de nossa vida diária, como a emoção, o comportamento e as relações interpessoais, e envolvem estruturas necessárias para sustentar o processamento eficiente de informações. Níveis implícitos (não conscientes) e explícitos (conscientes) de consciência interferem na troca de informações na terapia, tanto por parte do paciente quanto do terapeuta (Alford & Beck, 1997).

De modo geral, é aceito o fato de que as cognições podem ser avaliadas em ao menos três níveis de processamento de informações (Fig. 1.1). No nível mais superficial, as cognições são conhecidas como pensamentos automáticos (PAs). No nível intermediário, as cognições costumam ser chamadas de pressupostos subjacentes (PSs) ou crenças condicionais. No nível mais profundo do processamento de infor-

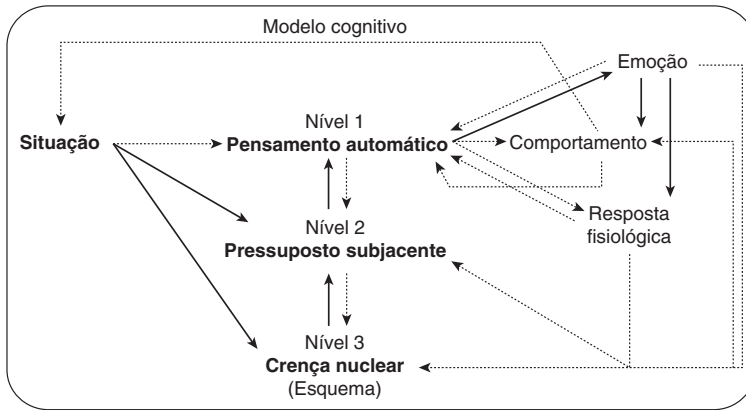


Figura 1.1 Diagrama ilustrando o modelo cognitivo e as influências recíprocas exercidas por seus componentes.

mações, as cognições são conhecidas como crenças nucleares (CNs), às vezes chamadas de esquemas. A terapia cognitiva processual (TCP) foi concebida para lidar com os três níveis, especialmente o terceiro, de maneira gradual (de Oliveira, 2014).

Nas etapas iniciais da TCP, o terapeuta educa o paciente quanto ao modelo cognitivo e seus conceitos básicos (p. ex., PAs), da mesma forma que na terapia cognitivo-comportamental (TCC).^{*} Na TCP, como na TCC convencional, as sessões iniciais são voltadas para a identificação de problemas, o estabelecimento de metas para a terapia, a introdução do modelo cognitivo e a educação do paciente quanto às distorções cognitivas (de Oliveira, 2014).

A primeira sessão de TCP é ilustrada na transcrição de uma sessão completa, apresentada no final deste capítulo. Diálogos de ilustração de caso estão disponíveis no final de todos os capítulos ao longo deste manual e descrevem Leslie, uma paciente fictícia; esses diálogos de ilustração de caso são compostos de diálogos extraídos de *role-play* em *workshops* e de pacientes reais que tive.

Conceituação de caso

A conceituação de caso, às vezes chamada de formulação de caso, é um componente essencial da TCC. Ela pode ser definida como a descrição dos problemas apresentados pelo paciente que usa a teoria para fazer inferências explicativas sobre causas e fatores mantenedores, bem como para informar as possíveis intervenções (Kuyken,

^{*}Para uma explicação mais detalhada dos conceitos básicos da TCC, sugiro a leitura da nova edição do clássico *Cognitive Therapy: Basics and Beyond* (Beck, 2012), ou o meu livro *Standard and Innovative Strategies in Cognitive Behavior Therapy* (de Oliveira, 2012b), este último disponível para *download* gratuito em <http://intechopen.com/books/standard-andinnovative-strategies-in-cognitive-behavior-therapy>.

Fothergill, Musa, & Chadwick, 2005). Contudo, compartilhar seus componentes com os pacientes é uma tarefa complexa. A conceituação de caso é um trabalho individualizado e deve ser desenvolvido cooperativamente com o paciente, enquanto este é educado sobre o modelo cognitivo. Existem muitos diagramas de conceituação de caso propostos por diferentes autores para diferentes transtornos e problemas. Entretanto, o diagrama de conceituação proposto por Judith Beck (2012) é o mais utilizado.

Ao desenvolver a TCP, criei um diagrama de conceituação cognitiva (DCC, Fig. 1.2) para que o paciente pudesse compreender mais facilmente o modelo cognitivo durante a terapia. Embora o DCC tenha sido criado para uso na TCP (de Oliveira, 2012b), ele não se limita a essa abordagem, considerando que seus componentes são os mesmos encontrados em outros diagramas de conceituação comumente utilizados na TCC convencional (J. S. Beck, 2012).

Além disso, como na TCC convencional, a TCP pode ser conceituada em três níveis de processamento de informações. No primeiro nível (Fig 1.2), uma situação que é avaliada pela paciente como perigosa (caixa do PA) pode gerar ansiedade (caixa da emoção), que por sua vez pode paralisá-la (caixa do comportamento e respostas fisiológicas). As setas que retornam à caixa da *emoção*, *PA* e *situação* informam a paciente sobre a natureza circular dessas interações (viés confirmatório) que a impede de reavaliar a situação e, conseqüentemente, mudar as percepções errôneas que ela desencadeia.

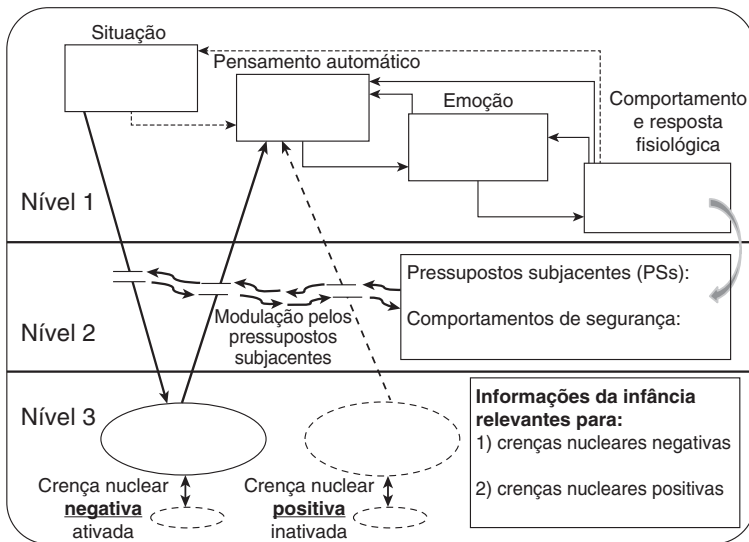


Figura 1.2 O diagrama de conceituação cognitiva (DCC), fase 1, nível 1, e seus componentes cognitivos em três níveis: pensamentos automáticos (PAs), pressupostos subjacentes (PSs) e crenças nucleares (CNs).

O DCC também é útil para ajudar a paciente a compreender que os comportamentos que ela usa em situações específicas, e que evocam menos ansiedade, gerando, assim, alívio imediato (p. ex., evitação), podem progressivamente tornar-se um *comportamento de segurança* (mostrado na Fig. 1.2 como uma seta dirigida da caixa do *comportamento e/ou respostas fisiológicas* para o segundo nível, do lado direito da figura). Isso significa que as percepções no primeiro nível (PAs) podem tornar-se *PSs* ou *regras condicionais* que são mantidas por *comportamentos de segurança* vistos no segundo nível. Pode-se aceitar aqui que os PSs e seus comportamentos de segurança resultantes possuem uma função moduladora. Sob a influência do apoio dos PSs a tais comportamentos de segurança, as avaliações de primeiro nível (PAs) podem ser repetida e indefinidamente confirmadas. Da mesma forma, *CNs incondicionais de terceiro nível* são ativadas quando PSs forem desafiados (p. ex., durante exposição) e desativadas quando PSs não forem desafiados (p. ex., por evitação).

Quando a paciente desenvolve prática suficiente na identificação e alteração de PAs, substituindo-os por avaliações alternativas mais funcionais, ela pode perceber mudanças em outros níveis de processamento de informações – por exemplo, ativando CNs positivas com mais facilidade. Entretanto, reestruturar CNs negativas (ver Capítulos 5 a 9) é um passo essencial para resultados mais duradouros na terapia. A Figura 1.2 ilustra graficamente essas mudanças.

Explicando o modelo cognitivo a um paciente (Paulo)

As cognições e suas relações com respostas emocionais e comportamentais são fenômenos complexos. As Figuras 1.1 e 1.2 ilustram interações altamente complexas entre diferentes elementos do modelo cognitivo e suas influências recíprocas. O DCC da TCP (Fig. 1.2) foi criado para facilitar a compreensão de tais relações complexas tanto por terapeutas como por pacientes. O DCC é apresentado ao paciente de maneira gradual durante todo o processo terapêutico, iniciando-se com o primeiro nível de cognição.

A seguinte transcrição fornece uma ideia de como o terapeuta pode apresentar, ao mesmo tempo, o modelo cognitivo e o primeiro nível do DCC ao paciente, Paulo, que é um jornalista (Fig 1.3):

- T: Paulo, para ter uma ideia de como esta terapia pode lhe ajudar, é importante que você compreenda como nossos pensamentos estão ligados a nossos sentimentos e comportamentos. Eu gostaria que você olhasse este diagrama para que eu possa lhe mostrar isso de maneira mais clara. Você se lembra de uma situação recente que lhe causou desconforto?
- P: Sim. Ontem, meu chefe fez correções em um parágrafo de meu texto.
- T: Talvez possamos escrever exatamente o que você disse – “Meu chefe fez correções em um parágrafo de meu texto” – na caixa da situação que você vê neste

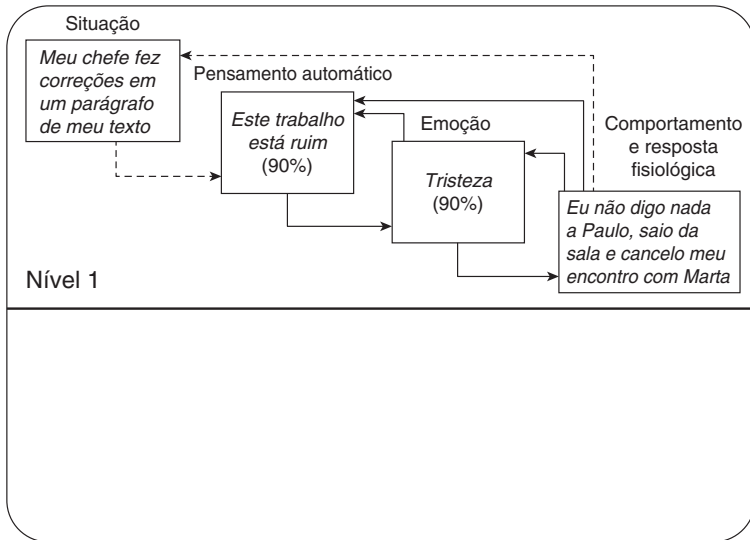


Figura 1.3 Ilustração de caso do diagrama de conceituação de caso (DCC), fase 1, nível 1, destinado a ensinar ao paciente a relação entre a situação, o pensamento automático (PA), a emoção e o comportamento e resposta fisiológica.

diagrama. [O terapeuta apresenta o DCC a Paulo (Fig. 1.3).] O que lhe passou pela cabeça naquele momento?

- P: Que o meu texto é ruim, e tenho certeza de que João não gostou dele.
 T: Isso é o que chamamos de pensamento automático, porque ele vem a sua cabeça sem nenhuma deliberação. Vamos escrevê-lo na caixa de pensamento automático? [O terapeuta aponta para a caixa do PA no DCC para que Paulo possa escrever.] Paulo, em que medida você acreditou nesse pensamento naquele momento, de 0 a 100%?
 P: Eu acreditei muito, 90%.
 T: Por favor, você pode anotar isso aqui, também na caixa de PA? Você se lembra que emoção sentiu?
 P: Tristeza. Eu me senti triste, muito triste.
 T: Você pode, por favor, escrever a palavra “tristeza” na caixa de emoção?
 T: Qual a intensidade da tristeza que você sentiu?
 P: Também 90%, talvez mais.
 T: Por favor, escreva isso na mesma caixa.
 P: Claro.
 T: O que aconteceu quando você se sentiu triste? Você reparou alguma coisa em seu comportamento ou em seu corpo?
 P: Eu não disse nada a João e quis sair do escritório dele imediatamente. E percebi que meu coração estava acelerado.

T: O que aconteceu então?

P: Nada... Eu fui para casa. Eu tinha um encontro com Marta, mas dei uma desculpa e fiquei em casa. A ideia de que meu trabalho era ruim não saía de minha cabeça, e eu achei que não iria me divertir com Marta.

P: Olhando este diagrama, você vê essas setas indo da caixa da situação para a caixa do PA, depois para a caixa da emoção e finalmente para a caixa do comportamento e/ou resposta fisiológica?

P: Sim.

T: Além disso, você vê essas setas retornando?

P: Claro.

T: O que aconteceu depois que você saiu do escritório de João?

P: Eu me senti aliviado, mas a ideia de que João não gostou de meu texto continuou martelando em minha cabeça.

T: Você consegue ver um mecanismo circular, autoperpetuador, neste diagrama? Quando você teve o pensamento automático “João não gostou de meu trabalho”, você se sentiu triste; daí você não disse nada e foi para casa. Isso produziu uma outra corrente de pensamentos automáticos como “Eu não vou me divertir saindo com Marta”, o que lhe deixou ainda mais triste. Esse padrão está mais claro para você?

P: Sim, muito claro. Ele fecha um círculo incessante do qual eu mal posso escapar.

Explicando o modelo cognitivo a uma paciente (Kátia)

As setas inteiras que aparecem nas Figuras 1.1 a 1.3 representam efeitos mais diretos, enquanto as setas interrompidas representam possíveis efeitos indiretos desencadeados por uma situação. É importante que o terapeuta explique por que situações diferentes provocam reações diferentes (p. ex., a seta interrompida entre *situação* e *PA*) em pessoas diferentes ou nas mesmas pessoas em diferentes situações. O DCC tem por objetivo facilitar a compreensão dessas interações realizadas pelo paciente durante o processo terapêutico. Ele começa a identificar cognições no primeiro e mais acessível nível de processamento de informações – PAs negativos. A parte superior (nível 1) do DCC é explicada ao paciente para que ele compreenda a natureza circular dos PAs (circuito 1 na Fig. 1.4). Esta é uma maneira alternativa que utilizo para explicar o modelo cognitivo para meus pacientes.

T: Kátia, você consegue imaginar alguém na cadeira ao seu lado? O que você acha que essa pessoa sentiria se eu dissesse, “Você é uma pessoa legal. Eu gosto de você.”?

P: Ela se sentiria contente.

T: Por que você acha que ela se sentiria contente? Como você explicaria isso para mim de acordo com este diagrama?

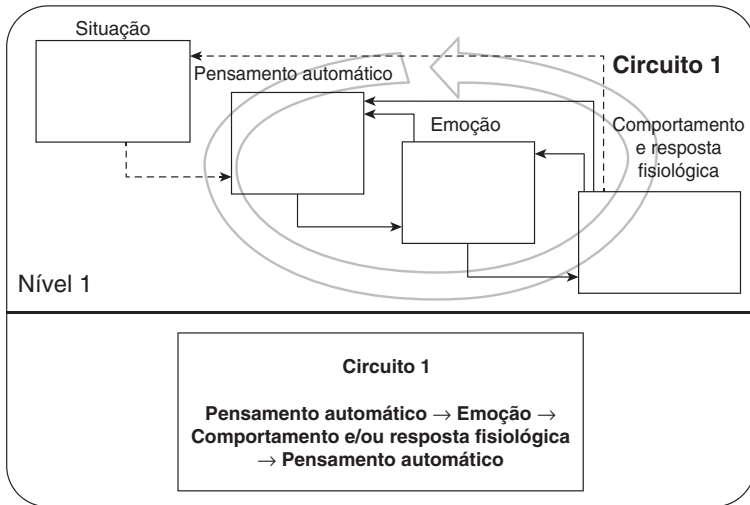


Figura 1.4 Ilustração do primeiro nível do diagrama de conceituação cognitiva (DCC, circuito 1), destinado a ensinar ao paciente a relação entre a situação, o pensamento automático (PA), a emoção e o comportamento e resposta fisiológica. As setas também mostram que as emoções e comportamentos influenciam a geração de novos pensamentos e suas influências recíprocas.

- P: Quando você diz que gosta dela – que é a situação –, isso a faz pensar algo semelhante a “O Dr. Irismar gosta de mim, e isso faz eu me sentir bem”. Esse é o pensamento automático.
- T: O que você acha que ela faria?
- P: Eu acho que ela sorriria e agradeceria.
- T: Você consegue imaginar uma segunda pessoa nessa cadeira que poderia se sentir triste na mesma situação, depois que eu dissesse “Você é uma pessoa legal. Eu gosto de você.”?
- P: Mal consigo imaginar isso, mas acho que é possível.
- T: Por que? Como você explicaria isso de acordo com este diagrama?
- P: Talvez ela tenha pensado: “O Dr. Irismar só está tentando me agradar. Não acredito que ele esteja dizendo a verdade. As pessoas geralmente não gostam de mim.”
- T: Certo. Você consegue imaginar uma terceira pessoa sentindo raiva na mesma situação?
- P: É possível. Talvez ela pense, “O Dr. Irismar não é sincero. Ele está tentando me manter como paciente e lucrar às custas de meu sofrimento.”
- T: Perfeito! E qual seria o comportamento das três pessoas nas três situações diferentes?

- P: A primeira pessoa sorriria e relaxaria. A segunda, que estava triste, ficaria distante e em silêncio. E a terceira pessoa, zangada, poderia não voltar.
- T: Exatamente. É claro, novas situações surgiriam a partir de cada um desses comportamentos, confirmando os pensamentos, não é verdade? Você vê como este círculo se perpetua? As setas inteiras que voltam da caixa do comportamento e resposta fisiológica para a caixa da situação representam possíveis efeitos indiretos desencadeados pela situação.

Apresentando o conceito de distorções cognitivas a um paciente

Pensamentos automáticos são distorções cognitivas ou erros consistentes no pensamento dos pacientes. A seguinte transcrição demonstra como o terapeuta pode usar a lista de distorções cognitivas para ensinar ao paciente como identificá-las por meio de uma prática diária.

- T: Paulo, eu acho que ficou mais claro para você como nossos pensamentos influenciam nossas emoções e nossos comportamentos, correto? Esses pensamentos automáticos negativos às vezes são chamados de distorções cognitivas. Eu gostaria de lhe apresentar essa lista de distorções cognitivas. Também gostaria que você lesse algumas delas. Na primeira coluna aparecem os nomes das distorções; na segunda, suas definições; e na terceira estão os exemplos. Você também tem espaço para anotar exemplos pessoais, mas usaremos isso como tarefa de casa. Falaremos sobre isso posteriormente. [O paciente lê duas ou três distorções cognitivas na folha de distorções cognitivas (Tabela 1.1)] Você consegue identificar alguma distorção que se encaixa na situação que discutimos alguns minutos atrás?
- P: Sim: pensamento dicotômico. Assim como nesta definição, tendo a ver as situações como “uma coisa ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas e não em um contínuo. Meu exemplo pessoal é “João corrigiu um parágrafo no meu texto; portanto, ele está ruim.” Isso é o mesmo que o exemplo “Eu cometi um erro; sou, portanto, um fracasso”.
- T: Você está dizendo que vê as situações em dois extremos?
- P: Sim, estou.
- T: Estes quinze erros de pensamento diferentes presentes nesta lista são chamados de distorções cognitivas. Todo mundo as comete, e eu gostaria que você se familiarizasse com elas, a partir desta semana. Gostaria que você prestasse muita atenção em si mesmo para ver se encontra alguma destas distorções cognitivas durante a semana, quando se sentir desconfortável ou aflito. Caso identifique alguma delas, por favor, registre-a na quarta coluna, onde está escrito “Meus exemplos”.
- P: Claro, posso fazer isso.

Tabela 1.1 Lista de distorções cognitivas do CD-Quest

Por favor, leia as definições e exemplos de distorções cognitivas abaixo, para aprender a identificar seus próprios exemplos. Registre esses exemplos na quarta coluna, “Meus exemplos”²

<i>Distorção cognitiva</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos</i>	<i>Meus exemplos</i>
1. Pensamento dicotômico (também denominado pensamento do tipo tudo ou nada, preto e branco ou polarizado.	Vejo a situação, a pessoa ou o acontecimento apenas em termos de “uma coisa ou outra”, colocando-as em apenas duas categorias extremas em vez de em um <i>continuum</i> .	“Eu cometi um erro, logo meu rendimento foi um fracasso.” “Comi mais do que pretendia; portanto estraguei completamente minha dieta.”	
2. Previsão do futuro (também denominada catastrofização)	Antecipo o futuro em termos negativos e acredito que o que acontecerá será tão horrível que eu não vou suportar.	“Vou fracassar e isso será insuportável.” “Você ficará tão perturbado que não conseguirei me concentrar na prova.”	
3. Desqualificação dos aspectos positivos	Desqualifico e desvalorizo as experiências e acontecimentos positivos insistindo que eles não são importantes.	“Fui aprovado no exame, mas foi apenas sorte.” “Entrar para a universidade não é grande coisa, qualquer um consegue.”	
4. Raciocínio emocional	Acredito que minhas emoções refletem o que as coisas realmente são e deixo que elas guiem minhas atitudes e julgamentos.	“Eu acho que ela me ama, portanto, deve ser verdade.” “Tenho pavor de aviões; logo, voar deve ser perigoso.” “Meus sentimentos dizem que não devo acreditar nele.”	
5. Rotulação	Coloco um rótulo fixo, global e geralmente negativo em mim ou nos outros.	“Sou um fracassado.” “Ele é uma pessoa podre.” “Ela é uma completa imbecil.”	

(*Continua*)

Tabela 1.1 (Continuação)

<i>Distorção cognitiva</i>	<i>Definição</i>	<i>Exemplos</i>	<i>Meus exemplos</i>
6. Ampliação/minimização	Avalio a mim mesmo, aos outros e às situações ampliando os aspectos negativos e/ou minimizando os aspectos positivos.		<p>“Consegui um 8 na prova. Isso demonstra o quanto meu desempenho foi ruim.”</p> <p>“Consegui um 10. Isto significa que o teste foi muito fácil.”</p>
7. Abstração seletiva (também denominada filtro mental e visão em túnel)	Presto atenção em um ou em poucos detalhes e não consigo ver o quadro inteiro.		<p>“Miguel apontou um erro em meu trabalho. Então, posso ser despedido.” (Não considerando o retorno positivo de Miguel.)</p> <p>“Não consigo esquecer que aquela informação que dei durante minha apresentação estava errada.” (Deixando de considerar o sucesso da apresentação e os aplausos das pessoas.)</p>
8. Leitura mental	Acredito que conheço os pensamentos e intenções dos outros (ou que eles conhecem meus pensamentos e intenções) sem ter evidências suficientes.		<p>“Ele está pensando que eu falhei.” “Ela pensou que eu não conhecia o projeto.”</p> <p>“Ele sabe que eu não gosto de ser tocada deste jeito.”</p>
9. Supergeneralização	Tomo casos negativos isolados e os generalizo, tornando-os um padrão interminável com o uso repetido de palavras como “sempre”, “nunca”, “jamaís”, “todo”, “inteiro”, etc.		<p>“Estava chovendo esta manhã, o que significa que choverá todo o fim de semana.” “Que azar! Perdi o avião; logo, isso vai estragar minhas férias inteiras.” “Minha dor de cabeça nunca vai passar.”</p>
10. Personalização	Assumo que os comportamentos dos outros e que eventos externos dizem respeito (ou são direcionados) a mim, sem considerar outras explicações plausíveis.		<p>“Me senti mal porque a moça do caixa não me agradeceu.” (Sem considerar que ela não agradeceu a ninguém.) “Meu marido me deixou porque eu fui uma má esposa.” (Sem considerar que ela foi sua quarta esposa.)</p>
11. Afirmações do tipo “deveria” (também “devia”, “devo”, “tenho de”)	Digo a mim mesmo que os acontecimentos, os comportamentos das pessoas e as minhas próprias atitudes “deveriam” ser da forma que espero que sejam e não como realmente são.		<p>“Eu deveria ter sido uma mãe melhor.” “Ele deveria ter se casado com Ana em vez de Maria.” “Eu não devia ter cometido tantos erros.”</p>

12. Conclusões precipitadas	Tiro conclusões (negativas ou positivas) a partir de nenhuma ou de poucas evidências confirmatórias.	“Logo que o vi, soube que ele faria um trabalho deplorável.” “Ele olhou para mim de um modo que logo concluí que ele foi o responsável pelo acidente.”
13. Culpar (a outros ou a si mesmo)	Considero os outros como fontes de meus sentimentos e experiências, deixando de considerar minha própria responsabilidade; ou, inversamente, responsabilizo-me pelos comportamentos e atitudes de outros.	‘Meus pais são os únicos culpados por minha infelicidade.’ “É minha culpa que meu filho tenha se casado com uma pessoa tão egoísta e descuidada.”
14. E se?	Fico me fazendo perguntas do tipo “e se acontecer alguma coisa?”	“E se eu bater o carro?” “E se eu tiver um ataque cardíaco?” “E se meu marido me deixar?”
15. Comparações injustas	Comparo-me com outras pessoas que parecem se sair melhor do que eu e me coloco em posição de desvantagem.	“Meu pai prefere meu irmão mais velho a mim porque ele é mais inteligente do que eu.” “Não consigo suportar o fato de ela ter mais sucesso do que eu.”

*Copyright: Irismar Reis de Oliveira; <http://trial-basedcognitivetherapy.com>.

DIÁLOGO DE ILUSTRAÇÃO DE CASO

Introdução geral à terapia

TERAPEUTA (T): Bom dia, Leslie.

PACIENTE (P): Bom dia, Dr. Irismar.

T: Embora tenhamos nos encontrado na semana passada, esta é nossa primeira sessão de psicoterapia. Na semana passada você me deu uma ideia dos problemas pelos quais está passando, e chegamos à conclusão, depois de me contar sua história, que você tem fobia social. Você é tímida demais, o que limita muito sua vida; então, resolveu iniciar uma terapia comigo. Teremos encontros semanais. Hoje, quero explicar como vou lhe ajudar em relação a esse problema que diagnosticamos como fobia social, certo?

P: Certo.

T: A primeira coisa que eu gostaria de lhe explicar hoje, para que tenha uma ideia clara de como será nosso trabalho aqui, é como nossa mente funciona, como nossos pensamentos estão ligados a nossos sentimentos e ao que fazemos e o modo como nos comportamos, certo? O que você imagina que vai acontecer se essas coisas ficarem claras e você começar a entender o porquê de ter esta dificuldade com outras pessoas?

P: Acho que talvez eu possa ser capaz de lidar com as pessoas de uma maneira diferente; talvez eu possa – e é para isso que vim aqui – encarar as situações com tranquilidade e me comunicar com as pessoas sem suar ou enrubescer tanto.

Identificando os problemas

T: Bom, então, vamos fazer o seguinte: esta psicoterapia, que eu chamo de terapia cognitiva processual, e que estou lhe propondo, se baseia no mesmo tipo de terapia desenvolvida pelo Dr. Aaron Beck, mas eu a organizo com uma sequência de técnicas um pouco diferente. Ela tem uma sequência de passo-a-passo. Depois de conhecer esses passos, isso tudo ficará claro para você. Eu diria que o primeiro passo poderia ser você apresentar seus problemas de uma maneira mais específica. Por exemplo: você poderia me contar quais são os atuais problemas em sua vida? Depois poderíamos decidir claramente as metas que vamos trabalhar durante a terapia.

P: Meus problemas estão muito claros para mim, Dr. Irismar. Eu sou analista judiciária, trabalho em um cartório, e presto assistência ao público. Isso me causa muita ansiedade; sinto angústia e não consigo falar com as pessoas. Meu medo é que um advogado rude ou agressivo me pergunte sobre uma ação judicial. Eu não consigo dizer não. Por exemplo, eu não devo permitir que as pessoas usem a fotocopadora, e eu acabo permitindo porque não consigo dizer não. Além disso, não tenho muitos amigos.

- T: Muito bem. Se pararmos aqui e resumirmos esses itens, podemos ver que existem vários problemas que você gostaria de resolver. Se colocarmos os itens aqui, quais são esses problemas? Você começou dizendo que é muito ansiosa. Podemos colocar isso como um dos primeiros problemas?
- P: Certo.
- T: E você também mencionou algumas outras dificuldades. Eu não sei se poderíamos colocar isso assim, se você concorda comigo: “Tenho dificuldade para dizer não”.
- P: Sim, eu também tenho dificuldade para impor limites aos outros.
- T: Você poderia me dar outros exemplos?
- P: Eu também tenho dificuldade para ajudar as pessoas no trabalho. Começo a transpirar muito... e enrubesço. Tenho vários problemas de ansiedade.
- T: Existem mais problemas que você poderia acrescentar?
- P: Tenho dificuldade para lidar com minhas emoções.
- T: Esse também poderia ser um problema que você queira incluir em sua lista de problemas. Essas são situações em que você imagina o que as pessoas podem estar pensando a seu respeito?
- P: Correto. Eu tenho medo de fracassar. E sempre me sinto muito constrangida nessas situações. Tenho medo de não terminar o que quero dizer. E acho que os outros vão pensar que não sou capaz, que não sou competente, que as pessoas podem ver isso. E, por exemplo, quando eu digo que transpiro muito, eu tenho medo de que as pessoas notem o quanto sou e o quanto sou anormal.
- T: Isso é medo do que as pessoas pensam sobre você, certo?
- P: Sim, medo de ser incapaz em situações, como comprar alguma coisa em uma loja.
- T: Portanto, se pudéssemos resumir, eu ouvi direito quando você falou em medo de fracassar?
- P: Medo de fracassar.
- T: Vamos colocar isso em nossa lista de problemas?
- P: Só de falar sobre isso já sinto uma enorme ansiedade.
- T: Tudo bem. Eu não sei se você realmente acha que esses itens abrangem o que são os atuais problemas de sua vida. Se pudesse resolver esses problemas, isso de alguma forma a levaria a uma situação mais confortável? Você acha que já se sentiria melhor?
- P: Ah, sim. Com certeza seria muito bom.
- T: Então vamos resumir isso. Ansiedade, dificuldade para dizer não, dificuldade para ajudar as pessoas, dificuldade para lidar com suas emoções, medo do que as pessoas pensam, poucos amigos e medo de fracassar.
- P: Certo.
- T: Ótimo. À medida que a terapia for avançando, podemos rever esses problemas, e, então, ver se precisaremos acrescentar alguma coisa que você tenha esquecido. E, é claro, teremos que torná-los mais específicos e concretos, entrar em mais detalhes.

P: Tudo bem.

T: Quando analisarmos os problemas com mais clareza, talvez seja mais fácil criar metas, você não acha?

P: Sim.

Estabelecendo metas para a terapia

T: Então, por que não começamos a estabelecer as metas que você gostaria de atingir, ou onde você gostaria de chegar? Partindo desses problemas, parece que eles já são metas, não é?

P: Sim. Imagino falar com as pessoas sem me sentir ansiosa.

T: Então vamos anotar isso como uma meta: “Falar com as pessoas sem me sentir ansiosa.”

P: Certo.

T: Muito bem. Alguma outra meta?

P: Se eu conseguisse dizer não . . . Por exemplo, se alguém no trabalho me pedisse para fazer fotocópias e eu dissesse que não pode, por causa do sistema do cartório, isso me faria muito feliz.

T: Ou seja, dizer não sem muito sofrimento . . .

P: Isso, sem ansiedade, a ansiedade que sinto atualmente.

T: Certo. Então vou escrever aqui: “Dizer não sem muita ansiedade.”

P: Prestar auxílio sem achar que sou um fracasso, sem pensar que não serei capaz.

T: Muito bem. “Prestar auxílio às pessoas sem pensar que não serei capaz,” certo?

P: Falar com as pessoas com naturalidade, sem sintomas de ansiedade.

T: Perfeito. Com naturalidade, sem sentir muito nervosismo?

P: É. Eu acho que isso me ajudaria muito.

T: Você consegue identificar alguma outra meta que poderíamos tentar alcançar durante esta terapia, durante o trabalho que estamos fazendo aqui?

P: Eu vou sair mais, participar mais de reuniões sociais e, também, me relacionar mais. Eu acho que é isso, Dr. Irismar. Me sinto melhor comigo mesma quando me relaciono mais com outras pessoas.

T: Quando você atingir essas metas, o que você acha que irá acontecer?

P: Isso vai mesmo fazer eu me sentir bem?

T: Isso é muito importante, Leslie, porque quando estabelecemos metas, é fundamental que você saiba que as atingiu. E como você vai saber o momento em que atingiu essas metas?

P: Vou saber quando eu fizer essas coisas com naturalidade, sem muito nervosismo, certo?

T: Exatamente. E isso será algo que poderemos observar e medir. Você poderá confirmar isso, e, com o tempo, outras pessoas também poderão...

P: Certo. Se eu vir uma mudança prática em meu comportamento, isso vai me ajudar a acreditar que sou capaz.

- T: Então está ótimo. Este é o primeiro momento. Se você identificar alguma outra meta ou problema durante essa semana, enquanto se observa mais atentamente, podemos fazer acréscimos.
- P: Certo.
- T: Então, como você resumiria o que fizemos até aqui?
- P: Fizemos uma lista de situações difíceis na minha vida, e concluímos que se eu não tivesse esses pensamentos de fracasso, de não conseguir, e que se eu pudesse resolver isso na terapia, eu atingiria meus objetivos com muito mais facilidade.
- T: Exatamente. Então você conseguiu listar os seus problemas e, conseqüentemente, agora temos metas muito claras em sua mente, as quais tentaremos alcançar.
- P: Pensar sobre isso faz eu me sentir melhor, porque me dá esperança, Dr. Irismar.

Apresentando o modelo cognitivo: primeiro nível do diagrama de conceituação cognitiva (Figs. 1.2 a 1.4)

- T: Talvez agora seja o momento de lhe mostrar como faremos isso. Se você aprender passo a passo o que faremos aqui, talvez consiga alcançar essas metas e, conseqüentemente, resolver estes problemas. Então, a primeira coisa que tenho que descrever é como nossa mente funciona, como nossos pensamentos estão ligados a nossos sentimentos e comportamentos. Então, posso lhe apresentar uma seqüência que envolve exatamente como você pensa, qual é seu padrão de pensamento e como esse padrão influencia seus sentimentos e comportamentos. Vamos examinar isso?
- P: Sim.
- T: Talvez possamos examinar este diagrama para eu lhe mostrar isso com mais clareza. O primeiro passo é identificar uma situação que lhe causa desconforto.
- P: Sim.
- T: Você se lembra de algum acontecimento recente que tenha lhe causado muito desconforto? Você pode me dar um exemplo?
- P: Quando eu cheguei ao cartório, um advogado me perguntou se podia pegar a transcrição de um processo que não podia sair do cartório.
- T: Você acha que podia resumir a situação assim: “No trabalho, um advogado me pede ...” Por que você não escreve isso aqui, para que a situação fique bem clara? [O terapeuta pede à paciente que escreva o acontecimento desencadeador na caixa da *situação* na Figura 1.5.]
- P: No cartório, um advogado me pede a transcrição de um processo que não pode ser tirada do escritório.
- T: Ótimo. No momento em que ele lhe pede para fazer isso, o que se passa em sua cabeça?
- P: Que se eu não fizer isso, ele será grosseiro comigo.

T: Certo. Então sua ideia é: “O advogado será grosseiro comigo.” Isso é o que chamamos de pensamento automático, porque ele surge em nossas mentes sem nenhuma deliberação. Você pode escrever isso na caixa do pensamento automático? [O terapeuta aponta para a caixa do PA no DCC.] Quando você tem esse pensamento, quanto você acredita nele?

P: 100%.

T: Por favor, você pode anotar isso aqui? Você acredita nisso plenamente. Por acreditar 100% nesse pensamento, o que você sentiu naquele momento?

P: Eu me senti ansiosa.

T: Quanto?

P: 100%.

T: Por favor, escreva aqui, na caixa da *emoção* do DCC. Você agora percebe que existe uma relação direta entre o que você acreditava naquele momento e a intensidade de sua reação emocional?

P: Com certeza.

T: O que acontece quando você se sente ansiosa? Como você se comporta?

P: Eu dou a transcrição do processo.

T: Ao dar-lhe a transcrição do processo, você também reparou em alguma reação fisiológica? O que você percebeu em seu corpo?

P: Meu coração acelera, e eu transpiro muito.

T: Então por que você não escreve isso? Coração acelerado e transpiração. Tudo bem, Leslie. O que você observa até aqui? A situação ficou mais clara para você?

P: Sim, ficou. Eu percebo que quando existe uma situação que causa ansiedade, acho que a pessoa será hostil comigo, que serei criticada; isso causa mais ansiedade, e acabo fazendo alguma coisa para que a pessoa não fique zangada comigo.

T: Se você olhar este diagrama, existem setas aqui que seguem esta sequência: da caixa da *situação* para a caixa do PA e depois para a caixa da *emoção*, e então para a caixa de *comportamento e resposta fisiológica*. Você vê essas setas retornando? Vamos tentar compreender isso: quando você entrega a transcrição, o que acha que vai acontecer?

P: Ele não ficará zangado comigo.

T: E quando pensa “Ele não ficará zangado comigo”, o que você sente?

P: Alívio.

T: E no momento em que você sente alívio, o que acontece?

P: Eu me sinto mais tranquila e relaxada.

P: Isso faz você se sentir mais tranquila e relaxada. Portanto, me parece que isso segue uma sequência em que uma coisa reforça a outra. Isso está claro para você? Isso aumenta a probabilidade de você agir da mesma forma.

P: Sim. Está claro, Dr. Irismar.

T: Por outro lado, quando você sente alívio ao entregar a transcrição, isso é exatamente o que quer fazer?

- P: Não, pois é algo que eu não tenho permissão para fazer.
- T: Então, quando você pensa “Eu não tenho permissão para fazer isso”, como se sente?
- P: Mais ansiosa. Daí tenho taquicardia e transpiro muito.
- T: Você consegue ver aqui um mecanismo que parece ser autoperpetuador? Ele não termina, certo? Ou seja, você primeiro pensa (seu pensamento automático), sente-se ansiosa (sua emoção), depois faz alguma coisa, mas é algo que você fundamentalmente não pode fazer, ou, pelo menos, não quer fazer. Isso lhe leva a outro pensamento automático, “eu não deveria ter feito isso”, o que lhe deixa mais ansiosa. Consequentemente, você continua se sentindo mal e fazendo coisas que não quer fazer. Quando percebe este padrão aqui, como você vê o problema? Ele lhe parece mais claro?
- P: Sim, está mais claro, e o jeito como você o explicou me fez pensar agora sobre outra coisa: quando entrego a transcrição, faço isso para me sentir menos ansiosa. Na verdade, na hora eu me sinto menos ansiosa, mas depois fico mais ansiosa porque fiz algo que não deveria ter feito.
- T: E, aparentemente, isso pode não terminar.
- P: Sim.
- T: Agora vamos ver se conseguimos compreender isso um pouco mais. Veja aqui e observe a situação que disparou o pensamento: “Ele será grosseiro comigo.” Você está vendo esta seta tracejada? Por que você acha que esta seta entre a caixa da *situação* e a caixa de *PA* é tracejada?
- P: Não sei, Dr. Irismar.
- T: Talvez possamos descobrir juntos. Você consegue pensar em outra pessoa na mesma situação? Talvez um colega de trabalho?
- P: Sim, consigo. Lembrei-me da Anna. Ela trabalha no cartório há tanto tempo quanto eu. Nesta situação, quando alguém pede alguma coisa que não pode sair do cartório, ela diz tranquilamente que os documentos pertencem ao cartório e não podem ser retirados, que ela não pode entregar os documentos.
- T: Esse é um ótimo exemplo, porque escreveremos exatamente a mesma coisa nesta caixa de *situação*; ou seja, “O advogado pede a transcrição a Anna”. Evidentemente, não podemos adivinhar os pensamentos de Anna, mas você faz ideia do que ela pensa, não?
- P: Mas às vezes ela nos conta...
- T: Ah, é? O que ela costuma pensar nesse momento?
- P: O advogado sabe que a transcrição não pode ser retirada. E ela acha que o advogado tem muita coragem para pedi-lo, mesmo sabendo que o documento não pode sair do cartório.
- T: Então, no momento em que esse advogado pede o documento a Anna, ela irá pensar “Puxa, ele tem muita coragem para pedir isso”. Você pode escrever isso aqui na caixa de *pensamento automático*?
- P: Certo.

T: O que Anna sente?

P: Ela permanece tranquila, e até acha engraçado.

T: Acha engraçado e sente-se tranquila. Por favor, escreva aqui na caixa da *emoção*: tranquila. O que ela faz?

P: Ela diz de uma maneira muito adequada, Dr. Irismar, que a transcrição não pode sair do cartório e que ela não vai dar o documento.

T: Você poderia, por favor, anotar isso aqui na caixa de *comportamento*? Enquanto Anna não entrega a transcrição, o que você imagina que ela continua pensando e sentindo?

P: Que ela pode fazer isso facilmente. Que isso faz parte do trabalho diário.

T: Certo. Isso parece estar resolvido na mente de Anna.

P: Sim.

T: Então, você entende que a mesma situação é avaliada aqui e considerada de diferentes formas por diferentes pessoas?

P: Sim, entendo.

T: Se você entendeu isso até aqui, agora você vê que, como eu disse antes, é como se a situação continuasse para sempre, porque, se você faz alguma coisa da qual se arrepende, isso parece provocar mais pensamentos negativos, os quais lhe fazem sentir emoções negativas, que, por sua vez, a levam a ter reações fisiológicas (como taquicardia) e comportamentos indesejáveis (como entregar o documento). Não é assim?

P: Sim, exatamente. É como se eu ficasse refém de meus próprios pensamentos.

T: Exato. Ainda não iremos trabalhar nesses dois outros níveis deste diagrama de conceituação cognitiva que eu acabo de lhe apresentar. Deixaremos o segundo e o terceiro níveis para mais tarde.

C: Tudo bem.

T: A este respeito, então, eu gostaria que você saísse daqui com uma clara noção sobre como esta terapia vai acontecer. É provável, como conversamos em nosso primeiro encontro, que trabalhemos várias semanas, provavelmente alguns meses – talvez três ou quatro. À medida que fizermos avanços, você trabalhará para compreender os três níveis vistos neste diagrama. Mas você já consegue ter uma ideia do que está acontecendo?

P: Sim, consigo.

T: Como você vê isso?

P: Compreendo o que você está dizendo sobre os pensamentos negativos que tenho durante esses acontecimentos e situações desencadeadoras, como o pensamento de que não vou conseguir dizer não.

T: Mas o que você imagina que estaria acontecendo com Anna? Ela tem esse tipo de pensamento?

P: Não. Não.

T: Então, o que Anna pensa?

- P: Que é fácil dizer não ao advogado, que não há absolutamente nenhum problema, que isso faz parte do trabalho diário e que não tem problema.
- T: Então, parece que está muito claro para você agora.
- P: Sim, está.
- T: Então, o que eu gostaria de propor a partir de agora é um trabalho passo a passo.
- P: Certo.
- T: E, mais tarde, você vai compreender o que significa estarmos trabalhando em cada uma destas etapas, está bem? Apenas para avançarmos um pouco, gostaria que você resumisse o que foi importante para você até aqui.
- P: O que acho que foi muito importante até aqui é que quando o advogado me pede a transcrição do processo, eu tenho um pensamento negativo; esse pensamento criará uma emoção em mim, que influenciará tanto o que eu farei, meu comportamento, quanto minhas sensações físicas. E uma coisa prolonga a outra. Assim, minha emoção reforça meus pensamentos, e isso continua.

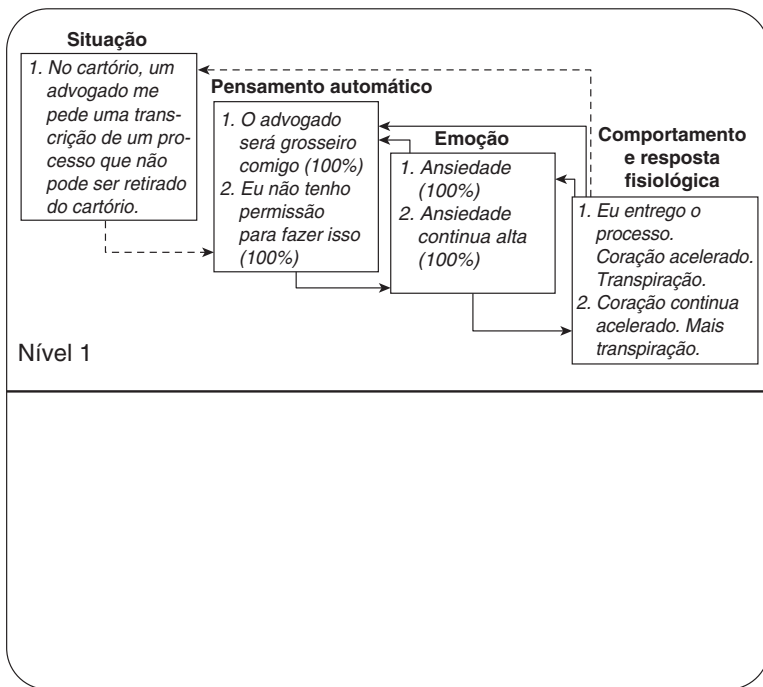


Figura 1.5 Ilustração do primeiro nível do diagrama de conceitualização cognitiva (DCC) da TCP de Leslie, ensinando-lhe a relação entre a situação, o pensamento automático (PA), a emoção e o comportamento e resposta fisiológica, e como essas emoções e comportamentos geram novas situações e pensamentos.

T: Isso é ótimo, pois foi exatamente o que vimos... Se olharmos um pouco mais para trás, você adquiriu alguma nova perspectiva deste conhecimento que mudou o que você escreveu inicialmente aqui – os problemas e as metas?

P: Sim, adquiri.

Apresentando as distorções cognitivas

T: Leslie, acho que está ficando mais claro para você como nossos pensamentos influenciam nossas emoções e nossos comportamentos. Os pensamentos negativos que você mencionou às vezes são chamados de distorções cognitivas. É importante que você aprenda o que são distorções cognitivas. Você poderia ler as três primeiras linhas desta lista? Esta é a lista das distorções cognitivas. Embora nem todos os pensamentos que temos sejam distorções, é importante nos darmos a chance de verificá-los, especialmente quando estamos aflitos. Na primeira coluna estão os nomes das distorções, na segunda as definições e na terceira, os exemplos. Também há, na quarta coluna, um espaço no qual você pode anotar seus próprios exemplos.

P: Certo. “Pensamento dicotômico, também chamado de pensamento do tipo tudo ou nada, em preto e branco, ou polarizado. Definição: Eu vejo uma situação, uma pessoa ou um acontecimento somente em termos de “tudo ou nada”, encaixando-os em duas categorias extremas, em vez de um *continuum*.”

T: Na terceira coluna estão os exemplos.

P: Exemplos: “Eu cometi um erro; portanto, sou um fracasso” “Comi mais do que planejei; portanto, estraguei completamente a minha dieta.”

T: O que você entendeu disso, Leslie?

C: Dr. Irismar, é como a situação de Anna: se eu entregar a transcrição para o advogado, eu não sei como dizer não. E se Anna não entrega, ela sabe como dizer não. Portanto, eu não sou capaz e ela é capaz. Trata-se de não pensar em algo intermediário?

T: Exatamente. E, a rigor, aqui é como se você visse as coisas em dois extremos. Assim, se você não consegue dizer não, isso significa que você é absolutamente incapaz de dizer não, e assim por diante, certo?

P: Certo

[O terapeuta pede a Leslie que ela leia mais dois exemplos de distorções cognitivas e escreva alguns exemplos pessoais na quarta coluna da Tabela 1.1.]

T: Muito bem, não entraremos em detalhes agora. Eu só gostaria de lhe mostrar que todas as pessoas cometem esses 15 erros de pensamento diferentes que são chamados de distorções cognitivas, e gostaria que você começasse a observá-los nesta semana.

P: Certo.

- T: Além de compreender bem isso, acima de tudo, gostaria de lhe pedir para que preste muita atenção em si mesma para ver se encontra alguma dessas distorções cognitivas durante a semana, quando se sentir desconfortável. Se você encontrar alguma dessas possíveis distorções, por favor, anote-as nas linhas da quarta coluna desta lista. Elas podem não acontecer, mas algumas delas acontecerão.
- P: Certo.
- T: Tudo bem? Portanto, resumindo, o que eu quero é que você aprenda as definições de distorções cognitivas e veja se elas acontecem com você. E uma boa forma de você saber isso é: se você tiver algum comportamento que lhe cause desconforto, dê uma olhada neste papel para ver se alguma das distorções cognitivas está ocorrendo em sua mente. Está bem para você assim?
- P: Sim. Perfeito.

Planejando a tarefa de casa, resumindo e concluindo a Sessão 1

- T: Antes de terminar, gostaria de lhe passar uma tarefa de casa. Quero que você tente trabalhar durante a semana, e creio que uma boa parte do sucesso desta terapia dependerá não apenas do que você faz aqui, mas também do que você faz fora desta sala. Todas as tarefas de casa e experimentos que vou lhe passar são muito fáceis de executar. Eu gostaria que você levasse esta lista de distorções cognitivas. Ela contém diversos exemplos de como as pessoas pensam. Gostaria que você levasse esta folha consigo e a mantivesse à mão o tempo todo. Sempre que puder, olhe esta lista e verifique se algum desses tipos de pensamentos estão lhe ocorrendo. Também posso enviar esta lista para seu *e-mail* para que você possa lê-la em seu telefone celular, se preferir, certo? Assim, você poderia resumir qual é a tarefa de casa?
- P: Eu vou aprender sobre as distorções cognitivas durante a semana, e quando eu notar um comportamento que acho inadequado, ou quando me sentir desconfortável, vou ler a lista de distorções cognitivas e tentar identificar quais possíveis distorções estou tendo.
- T: Exatamente. E quero que você anote esses pensamentos nas linhas da quarta coluna desta folha, certo?
- P: Está bem.
- T: Então, você pode me dar um retorno? Qual é sua impressão de nossa primeira sessão de terapia? Alguma coisa que eu fiz fez você se sentir desconfortável?
- P: Na verdade, desde o início da sessão de hoje eu vi a possibilidade de melhorar minhas dificuldades no local de trabalho e com as pessoas. Você me ajudou a pensar em meus problemas e suas soluções, sugerindo novas metas. E também me ensinou que uma situação cria pensamentos, e esses pensamentos produzem emoções e comportamentos que podem me fazer sofrer. Se eu aprender a mudar meus pensamentos distorcidos, como leitura mental, vou melhorar. E

agora, com este exercício que você me deu para identificar quais erros são mais comuns em meus pensamentos, isso me dá uma ideia de que posso atingir minhas metas. Isso me dá esperança.

T: Ótimo, muito bem. Então, nos vemos na semana que vem?

P: Sim, obrigada.

T: De nada.