

ARTIGOS

Conceitualização cognitiva de caso: Uma proposta de sistematização a partir da prática clínica e da formação de terapeutas cognitivo-comportamentais.

Cognitive case conceptualization: Systematization's proposal from clinical practice and cognitive-behavioral therapists training.

Carmem Beatriz Neufeld ¹; Carla Cristina Cavenage ² –

1-Doutora em Psicologia pela PUCRS. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental - LaPICC do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

2-Psicóloga pela USP-RP. Colaboradora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental - LaPICC do Departamento de Psicologia e Educação da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Correspondência: Departamento de Psicologia e Educação – DPE, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – FFCLRP, Universidade de São Paulo – USP. Av. Bandeirantes, 3900 - CEP: 14040-901, Ribeirão Preto-SP. Telefone: (16) 3602-3724. E-mail: cbneufeld@ffclrp.usp.br; lapicc@usp.br

REVISTA BRASILEIRA DE TERAPIAS COGNITIVAS, 2010 VOLUME 6 N°2

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo apresentar uma proposta de sistematização do processo de conceitualização cognitiva com base na literatura e na prática clínica e de supervisão na formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. A conceitualização cognitiva é uma técnica de compreensão do caso e de adesão ao tratamento por parte do cliente. Na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC), conceitualizar o caso significa traçar um panorama de como o cliente funciona e a partir disso, propor a forma mais eficaz de intervenção. A aplicação correta desse recurso psicoterápico pressupõe, além do domínio da técnica, uma base sólida de conhecimento dos pressupostos e da teoria subjacente. Neste sentido, inicialmente, serão abordados alguns pressupostos da TCC. O segundo foco do trabalho é apresentar uma revisão da literatura sobre a conceitualização cognitiva de caso e seus desafios no atendimento clínico. Por fim, é apresentada uma proposta de sistematização da conceitualização cognitiva, visando auxiliar os terapeutas menos experientes na prática da conceitualização de seus clientes, independente dos diferentes grupos de transtornos e/ou sintomatologias que os mesmos possam apresentar.

Palavras-chave: Terapia Cognitivo-Comportamental. Conceitualização cognitiva. Formação do psicoterapeuta.

ABSTRACT

This paper aims to present a systematization proposal of the cognitive conceptualization process based on the literature, and on clinical and supervision practice in the education of cognitive behavioral therapists. The cognitive conceptualization is a technique of case comprehension and treatment compliance by the client. In Cognitive Behavioral Therapy (CBT), to conceptualize a case means to give an overview of how the client works and to propose the most effective intervention form. The correct application of this psychotherapeutic feature requires technical expertise, as well as a solid base knowledge about assumptions and underlying theory. Initially, some CBT assumptions will be discussed. The second focus of this paper is to present a literature review about cognitive case conceptualization and its challenges in clinical practice. Finally, a systematization

proposal about practical activity on cognitive conceptualization will be presented, aiming to help less experienced therapists with the practice of conceptualizing their client's case, independent of disorders and/or symptomatology they may present.

Key words: Cognitive Behavioral Therapy. Cognitive conceptualization. Therapists education.

INTRODUÇÃO

A Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) abrange intervenções psicoterapêuticas que tem como objetivo: produzir mudanças nos pensamentos, nos sistemas de significados, além de uma transformação emocional e comportamental duradoura; e proporcionar autonomia ao cliente, alcançando assim o alívio ou a remissão total dos sintomas (A. Beck, 1993). A TCC se propõe a ser uma forma empiricamente validada de intervenção, cuja eficácia já foi testada para uma grande quantidade de transtornos psiquiátricos (A. Beck & Weishaar, 2000).

A cognição, função da consciência relacionada às deduções feitas acerca das experiências de vida, é considerada o principal elemento envolvido na manutenção dos transtornos psicológicos pela teoria cognitiva de psicopatologia e psicoterapia (Knapp & Rocha, 2003). Neste sentido, A. Beck, Rush, Shaw e Emery (1997) ressaltam que clientes com distúrbios psicológicos apresentam pensamentos disfuncionais ou distorcidos. Desta maneira, o foco do terapeuta cognitivo-comportamental será obter mudanças cognitivas através de uma avaliação realista da situação e da modificação do pensamento, produzindo, conseqüentemente, uma melhora no humor e no comportamento dos clientes. J. Beck (1997) resalta que as mudanças emocionais e comportamentais serão duradouras se resultarem da modificação de crenças disfuncionais básicas dos clientes.

Três níveis de cognições são identificados pela TCC, sendo eles: pensamentos automáticos (PAs), crenças intermediárias e crenças centrais (A. Beck et al., 1997). Os PAs fazem parte de um fluxo de processamento cognitivo subjacente ao processamento consciente. Geralmente, são particulares ao indivíduo e ocorrem de maneira rápida

através da avaliação do significado de episódios de sua vida (Wright, Basco, & Thase, 2008).

As crenças intermediárias são regras, atitudes ou suposições. São afirmações do tipo "se... então" ou "deveria" que se apresentam de modo inflexível e imperativo (Leahy, 2006). Também podem ser chamadas de pressupostos subjacentes ou condicionais ou de crenças associadas. Estas formam um conjunto de crenças, em geral, coerentes que oferecem apoio às crenças centrais com as quais apresentam relação (Kuyken, Padesky, & Dudley, 2010). De acordo com White (2003), todas as pessoas têm um conjunto de crenças condicionais que foram aprendidas e somadas umas às outras ao longo da vida, no intuito de dar significado ao mundo.

De acordo com J. Beck (1997), as crenças centrais ou nucleares são desenvolvidas na infância através das interações do indivíduo com outras pessoas significativas e da vivência de muitas situações que fortaleçam essa idéia. As crenças centrais podem ser relacionadas ao próprio indivíduo, às outras pessoas ou ao mundo. Geralmente, essas crenças são globais, excessivamente generalizáveis e absolutistas. A. Beck et al. (1997) ressaltam ainda que as crenças centrais representam os mecanismos desenvolvidos pelas pessoas para lidar com as situações cotidianas, ou seja, a maneira como os indivíduos percebem a si mesmos, aos outros e ao mundo, e ao futuro, sendo esta percepção chamada de tríade cognitiva.

Em uma revisão de sua teoria, A. Beck (2005) propõe a teoria dos modos, a partir da qual ele afirma que as crenças centrais pressupõem, necessariamente, ambos os pólos de uma interpretação sobre si, o mundo/os outros e o futuro. Sendo assim, o autor ressalta ainda que não são as crenças centrais em si que são disfuncionais, e sim sua forma de ativação que se torna disfuncional em alguns casos, quando esta não está condizente com o contexto e com as evidências. Desta maneira, de acordo com teoria dos modos, todos os indivíduos podem apresentar todas as crenças e estas não serem disfuncionais, até o momento em que sua ativação se torne disfuncional, quando o contexto e as evidências não derem base para aquela ativação.

Como em qualquer forma de psicoterapia, a TCC começa sua avaliação realizando uma anamnese completa e um exame do estado mental do cliente. Na TCC, a avaliação e a realização de conceitualização de caso são baseadas em um modelo amplo de tratamento. A conceitualização cognitiva, formulação de caso, enquadre cognitivo do caso ou conceitualização de caso funciona como um mapa que orienta o trabalho a ser realizado com o cliente (J. Beck, 1997). O terapeuta a utiliza a fim de obter a estrutura para o entendimento de cada cliente em sua subjetividade, o que o auxilia no planejamento das estratégias terapêuticas que são utilizadas ao longo do tratamento (Kuyken, Fothergill, Musa, & Chadwick, 2005; Persons, Roberts, Zalecki, & Brechwald, 2006).

Kuyken, Padesky e Dudley (2010) definem a conceitualização de caso como um processo no qual terapeuta e cliente participam visando, inicialmente, descrever e, em seguida, explicar as dificuldades apresentadas pelo cliente. Sua função principal é orientar a terapia para suavizar o sofrimento e desenvolver a resiliência do cliente. Além disso, a conceitualização de caso é uma proposta de adesão do cliente à terapia, uma vez que após a concretização da mesma, observa-se um aumento da motivação e da compreensão de todo o processo psicoterápico por parte do cliente e do terapeuta.

Diversos autores (Bieling & Kuyken, 2003; J. Beck, 1997; J. Beck, 2007; Kuyken et al., 2005; Persons et al., 2006) indicam a conceitualização cognitiva como o coração, o elemento vital da TCC. Dada a importância da conceitualização cognitiva para a TCC, o objetivo principal deste artigo é descrever como elaborar a conceitualização cognitiva colaborativa com o cliente. O caminho a ser percorrido na tentativa de alcance deste objetivo será, primeiramente, discorrer sobre a literatura na área e realizar uma explanação sobre a conceitualização cognitiva de maneira geral. Em seguida, alguns tipos de conceitualização e críticas a esta prática serão apontados. Por fim, será apresentada uma proposta de sistematização da conceitualização cognitiva, que será dividida em etapas visando facilitar a compreensão do processo de elaboração da mesma. A sistematização a ser apresentada é fruto da experiência clínica da autora principal, bem como de sua experiência em supervisão na formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Cabe ressaltar ainda que, embora essa prática da TCC seja nomeada

de diferentes maneiras (conceitualização cognitiva, formulação de caso, enquadre cognitivo do caso ou conceituação de caso), será adotado somente o termo conceitualização cognitiva ao longo do texto, visando favorecer a leitura do mesmo.

A Conceitualização Cognitiva

Para que uma conceitualização cognitiva seja considerada eficaz, o terapeuta deve investigar determinados aspectos com seu cliente, tais como: o diagnóstico clínico, os problemas atuais enfrentados pelo cliente juntamente com os fatores estressores precipitantes dos mesmos, suas predisposições genéticas e familiares, seus pensamentos automáticos (PAs), suas crenças intermediárias ou subjacentes e suas crenças centrais ou nucleares (Knapp, 2004a; Knapp & Rocha, 2003; Wright et al., 2008).

Segundo Rangé (2004), a conceitualização cognitiva abrange uma coleta de dados de todas as queixas do cliente. O autor refere que dentre estes dados estão a explicação do motivo para o desenvolvimento dessas dificuldades, bem como daquilo que as mantém, e a possibilidade de realização de previsões sobre seu comportamento considerando determinadas condições. Também faz parte desta estratégia de tratamento, o desenvolvimento de um plano de trabalho para intervir nas demandas do cliente ao longo da terapia.

Durante a coleta de dados, é feita uma lista de problemas do cliente. Estes serão organizados de acordo com prioridades, segundo as quais os problemas serão abordados na terapia. Essa ordenação poderá ser feita de acordo com vários critérios, como por exemplo, pelo papel de ameaça à integridade física do cliente, pela complexidade das demandas ou pela centralidade do problema na vida do indivíduo (Rangé, 2004). Dessa maneira, é importante pontuar que a conceitualização cognitiva inclui um conjunto de problemas apresentados pelo cliente, mas não ele como um todo (Bieling & Kuyken, 2003).

J. Beck (1997) afirma que o terapeuta deve decidir quando, como e quanto da conceitualização, elaborada por ele inicialmente, será partilhada com o cliente,

atentando-se para fazê-lo de maneira a investigar se tais dados fazem sentido para o cliente. No entanto, diferentes autores ressaltam a importância de que esse processo seja desenvolvido, preferencialmente, de maneira colaborativa com o cliente (Knapp, 2004a; Knapp & A. Beck, 2008; Kuyken et al., 2010; Sudak, 2008). Além destes autores, Waller (2009) ressalta ainda que o processo de conceitualização deve percorrer o processo psicoterápico como um todo. Isso significa que, por mais que o terapeuta escolha um corte transversal para trabalhar a conceitualização com o cliente em sessão, a mesma não se esgota após esse momento. Sugere-se que a conceitualização possa ser retomada ao longo do processo psicoterápico, e que esta possa atuar, na verdade, como um fio condutor que ligará todas as intervenções à história e ao processo psicoterápico daquele cliente.

Conceitualizar um cliente em termos cognitivos é fundamental na determinação do caminho mais eficiente e efetivo para a realização do tratamento, pois auxiliará na escolha das metas que serão trabalhadas e das intervenções terapêuticas a serem realizadas (Knapp & A. Beck, 2008). Sem a compreensão cognitiva do cliente, todo o tratamento se resumirá à aplicação de várias técnicas cognitivas e comportamentais, que não resultarão em um trabalho eficaz. Diferentemente disso, os terapeutas cognitivo-comportamentais elaboram um plano de tratamento adequado ao cliente, levando em conta o entendimento cognitivo do mesmo, com um planejamento estratégico para garantir um resultado eficaz. A elaboração da conceitualização cognitiva individual favorece o reforço do trabalho produtivo da relação terapêutica e pode ser usada para compreender possíveis problemas que surjam durante o tratamento (Knapp & Beck, 2008; Rangé, 2004). Nesse sentido, Waller (2009) ressalta que toda vez que o clínico perceber que o cliente diminuiu sua adesão ao tratamento, a conceitualização cognitiva deverá ser retomada para que a díade compreenda o problema que se impõe e o que pode ser feito em relação a isso.

O aparecimento de impasses terapêuticos, como problemas na aliança terapêutica e falta de adesão às tarefas de casa, pode oferecer dados importantes para a conceitualização. Essas questões favorecem a oportunidade de explorar crenças centrais

e intermediárias que influenciam a vida do cliente e fazem parte do modelo conceitual. Uma questão fundamental reside não só em identificar as dificuldades do cliente, mas também em determinar os motivos pelos quais o cliente não consegue colocar em prática suas próprias soluções para um determinado problema (Sudak, 2008). O terapeuta deve trabalhar de maneira estratégica, organizando a forma como conduzirá o processo terapêutico e as metas a serem atingidas. É preciso também que nunca deixe de se preocupar com o estabelecimento de uma boa relação terapêutica. Além disso, deve fundamentar-se no método de questionamento socrático e na colaboração empírica, utilizando a descoberta guiada para favorecer o processo (Knapp, 2004b).

Kuyken, Padesky e Dudley (2008, 2010) propõem a metáfora de um caldeirão para explicar a definição de conceitualização cognitiva. É no caldeirão que diferentes elementos se misturam, transformando-se, de maneira substancial e duradoura, em um novo produto. Na conceitualização cognitiva, dificuldades e experiências do cliente são combinadas com a teoria e a pesquisa da TCC, permitindo chegar a uma compreensão original e única daquele cliente. No caldeirão da conceitualização cognitiva, são incorporados três princípios chaves que funcionam como guias para os terapeutas. O primeiro refere-se aos níveis de conceitualização; o segundo, ao empirismo colaborativo e o terceiro, à incorporação dos pontos fortes do cliente e sua resiliência.

Quanto aos níveis de conceitualização, pode-se dizer que a mesma geralmente começa a ser trabalhada em níveis mais descritivos, quando os problemas são apresentados de maneira detalhada. Em seguida, trabalha-se em nível explanatório, buscando encontrar uma compreensão sobre a manutenção dos sintomas. Havendo necessidade, procura-se uma explicação histórica da participação dos fatores predisponentes e protetores no desenvolvimento das dificuldades (Kuyken et al., 2010).

O empirismo colaborativo, segundo princípio chave apontado por Kuyken et al., (2008, 2010), é responsável por acionar o processo de conceitualização. As perspectivas do terapeuta e do cliente são combinadas para desenvolver uma compreensão compartilhada do cliente, favorecendo a obtenção de informações que auxiliem a resolver os problemas apresentados por ele. O terapeuta contribui com informações teóricas,

práticas e da pesquisa em TCC, enquanto o cliente apresenta seu conhecimento aprofundado acerca de suas demandas e dos fatores que contribuem para sua vulnerabilidade e resiliência.

Quando a conceitualização cognitiva é elaborada de maneira colaborativa, os clientes tendem a refletir de maneira crítica sobre aquilo que o terapeuta está lhes dizendo, ficando mais propensos a apontar-lhes possíveis falhas no processo. Além disso, apropriam-se da conceitualização e percebem um motivo convincente para realizar o tratamento (Kuyken et al., 2010). A conceitualização cognitiva também auxilia no planejamento de possibilidades para o tratamento e caminhos para a resolução de desafios encontrados. Através do empirismo, utiliza-se um método baseado na experiência para a tomada de decisões clínicas. As hipóteses elaboradas por terapeuta e cliente são testadas e adaptadas através do *feedback* das intervenções terapêuticas (Kuyken et al., 2008).

Essa proposta de Kuyken et al., (2008, 2010) repousa nos pressupostos da psicologia positiva. Seligman (2004) aponta que a psicologia tem se direcionado ao estudo contundente das dificuldades e desabilidades humanas, sendo que seus aspectos positivos têm sido historicamente negligenciados na literatura científica. Neste mesmo sentido, Passareli e Silva (2007) ressaltam que até a data de publicação de seu artigo, existiam poucos estudos feitos no Brasil sobre as forças e virtudes humanas, o que indicava que as pesquisas se direcionavam mais para as questões referentes ao afeto negativo. Dessa forma, sugerem que estudos relacionados ao bem-estar subjetivo podem favorecer a compreensão dos seres humanos através de suas potencialidades.

O terceiro princípio chave da conceitualização cognitiva (Kuyken et al., 2008, 2010), a incorporação dos pontos fortes do cliente e sua resiliência, refere-se justamente à lacuna apontada por Seligman (2004) e por Passareli e Silva (2007), propondo que esses pontos devem ser trabalhados em todos os estágios do processo de elaboração da conceitualização. Embora, tradicionalmente, os problemas do cliente tenham sido enfatizados, o modelo da conceitualização de casos colaborativa incorpora os pontos fortes do cliente a essa prática.

Nesse mesmo sentido, Sudak (2008) aponta que o terapeuta trabalha com a observação dos recursos do cliente, ajudando-o a fortalecer e usar os mesmos para enfrentar e lidar com as dificuldades. Dessa maneira, proporciona uma compreensão do indivíduo como um todo. Focalizando-se os pontos fortes do cliente, pode-se obter a ampliação dos resultados potenciais da terapia, construir um caminho seguro para uma recuperação duradoura, aliviar o sofrimento do cliente, favorecer a retomada do funcionamento normal de sua vida, garantir melhorias em sua qualidade de vida e o fortalecimento de sua resiliência, bem como o fortalecimento de uma aliança terapêutica positiva. Kuyken et al. (2008) ressaltam que tal mudança aumenta as possibilidades da terapia atingir seus dois principais objetivos: aliviar o sofrimento do cliente e desenvolver sua resiliência.

Tipos de Conceitualização Cognitiva

Cada indivíduo e cada transtorno psicológico exigem uma conceitualização cognitiva específica e individual, pois se relacionam a um conjunto determinado de PAs, crenças intermediárias e crenças centrais. Dessa maneira, o plano de tratamento da TCC deve basear-se na conceitualização cognitiva do cliente e no modelo cognitivo específico de cada psicopatologia (Knapp, 2004b).

De acordo com J. Beck (2007), pessoas com crenças centrais negativas a respeito de si mesmas podem apresentar, de maneira geral, conceitualizações dentro das seguintes categorias: desamparo (sentimento de incompetência), desamor (desmerecimento de amor dos outros) e desvalorização (com um aspecto moral diferente, tendo um significado negativo da própria natureza da pessoa). A Tabela 1 (adaptada de J. Beck, 2007) apresenta exemplos de crenças centrais negativas sobre si que podem ser identificadas dentro de cada uma das três categorias.

As categorias citadas na tabela 1 podem aparecer isoladas ou combinadas de diferentes maneiras. Visando favorecer um planejamento adequado para a terapia, faz-se necessário que os terapeutas colem dados a fim de elaborar hipóteses a serem confirmadas ou não pelo cliente para identificar quais são seus tipos de crenças negativas

sobre si. Cabe ressaltar, no entanto, de acordo com A. Beck (2005), que os indivíduos não apresentam apenas categorias de crenças centrais negativas sobre si, apesar destas serem o foco central da intervenção psicoterápica. As crenças centrais negativas se encontram comumente ativadas quando o cliente chega para a intervenção, mas é fundamental que o terapeuta esteja ciente de que existem as crenças centrais que expressam idéias exatamente contrárias às expostas acima. O que fará com que estas ou aquelas sejam disfuncionais é a ativação fora de um contexto baseado em evidências. Ainda no que tange às crenças centrais que expressam o pólo oposto às idéias apresentadas por J. Beck (2007), as mesmas também podem estar disfuncionalmente ativadas. Apesar de em algumas situações os PAs expressarem idéias embasadas em crenças centrais “positivas”, estas podem não ser, necessariamente, condizentes com o contexto.

Tabela 1. Exemplos de crenças centrais negativas sobre si nas diferentes categorias

Categorias de crenças centrais negativas sobre si	Exemplos de crenças centrais negativas sobre si
Desamparo	Sou incapaz, inadequado, ineficiente, fraco, descontrolado, uma vítima, vulnerável, sem recursos, passível de maus-tratos, inferior, um fracasso, um perdedor. Não consigo me proteger, não consigo mudar, não tenho atitude/objetivo, não sou bom o suficiente, não sou igual aos outros.
Desamor	Sou indesejável, indigno de amor, diferente, feio, defeituoso, imperfeito, monótono, negligenciado, rejeitado, abandonado, sozinho, relegado à própria sorte. Não sou amado, querido, bom o suficiente para ser amado.
Desvalorização	Sou sem valor, inaceitável, mau, louco, derrotado, um nada, um lixo, cruel, perigoso, venenoso, maligno. Não mereço viver, receber atenção.

Tabela adaptada de J. Beck (2007) pp. 35.

Para o completo entendimento do sistema de crenças, faz-se necessário apresentar ainda o conceito de estratégias compensatórias. As estratégias compensatórias são comportamentos nos quais todos se engajam eventualmente. Estas ações causam sofrimento quando são executadas em excesso, em detrimento de outras estratégias mais funcionais. É fundamental que se realize uma avaliação da influência das estratégias na vida dos clientes, bem como da rigidez das mesmas, pois, dessa forma, torna-se possível criar expectativas realistas na orientação do tratamento (J. Beck, 2007). As estratégias compensatórias atuam como uma forma de retroalimentar o sistema de crenças, sendo que quando as mesmas são disfuncionais acabam por reforçar e auxiliar a manutenção dos sintomas e o sofrimento dos clientes.

É preciso ter uma conceitualização cognitiva baseada na sintomatologia, histórico e funcionamento neurocognitivo do cliente. Essas questões influenciam na maneira como o tratamento será desenvolvido. Clientes com bom histórico pré-mórbido e nível mais elevado de funcionamento podem receber tratamento através de algumas das técnicas cognitivas comuns. Por outro lado, com aqueles que apresentam comprometimento neurocognitivo significativo, o terapeuta deve ser muito mais diretivo e passar um tempo maior envolvendo o cliente em sessões individuais e oferecendo explicações em termos mais simples, favorecendo que o cliente compreenda e lembre-se das mesmas (A. Beck, Rector, Stolar, & Grant, 2010).

Existem duas abordagens principais para realização da conceitualização cognitiva, sendo uma baseada em modelos para transtornos específicos e outra em modelos gerais de funcionamento (Kuyken et al., 2008). Ambos os modelos podem ser utilizados concomitantemente com um mesmo cliente, uma vez que o modelo geral refere-se ao entendimento geral do modelo cognitivo, enquanto a conceitualização cognitiva para transtornos específicos busca explicar o funcionamento do cliente de acordo com os sintomas e dificuldades que se repetem dentre as pessoas com características de uma mesma psicopatologia.

Apesar de a conceitualização cognitiva ser única e específica para cada cliente, uma gama de modelos teóricos para o funcionamento cognitivo dos transtornos pode ser

encontrada na literatura. É fundamental que o clínico conheça os modelos teóricos explicativos de conceitualização cognitiva para transtornos e grupos específicos, como por exemplo: para transtornos afetivos (Lima, Knapp, Blaya, Quarantini, Oliveira, & Lima, 2004; Lotufo, Yacubian, Scalco, & Gonçalves, 2001); transtorno de estresse pós-traumático (Caminha, 2005; Knapp & Caminha, 2003); transtorno de pânico (Rangé & Borba, 2008); fobia social (Moscovitch, 2009); transtorno dismórfico corporal (Didie, Reinecke, & Phillips, 2010); transtornos alimentares (Duchesne & Appolinário, 2001); transtorno do pensamento formal como esquizofrenia e transtorno delirante (A. Beck e cols., 2010); transtornos de personalidade (J. Beck, 2007; Pereira, 2004; Sudak, 2008); casais (Dattilio, 2004; Dattilio & Padesky, 1995); intervenções em grupos (Greanias & Siegel, 2003; White, 2003); e intervenções com crianças (Caminha & Caminha, 2007; Stallard, 2007).

Desafios para a Conceitualização Cognitiva Baseada em Evidências

A importância da conceitualização cognitiva tem sido referendada na literatura, sobretudo pelos clínicos (A. Beck et al. 1997; J.A. Beck, 1997; Knapp & Rocha, 2003; Rangé, 2004). Já em pesquisas controladas, os dados indicaram uma semelhança de resultados quando comparadas intervenções com e sem ênfase na conceitualização cognitiva. Persons et al.. (2006), por exemplo, compararam clientes com transtorno de ansiedade e depressão que receberam protocolos específicos para tratamento da ansiedade ou da depressão em TCC e clientes que receberam TCC com ênfase na conceitualização cognitiva. Os resultados indicaram que os clientes que foram submetidos à conceitualização cognitiva apresentaram melhoras semelhantes nos sintomas de ansiedade e depressão às dos clientes com os mesmos sintomas que foram submetidos a protocolos específicos de TCC, porém sem ênfase na conceitualização cognitiva.

Não obstante, estudiosos como Bieling e Kuyken (2003) tecem fortes críticas à conceitualização cognitiva enquanto técnica estruturada e cientificamente validada. Em uma revisão da literatura, os autores indicam que os estudos sugerem que a confiabilidade do método de conceitualização cognitiva pode ser obtida através dos

aspectos descritivos do mesmo, mas não com os aspectos inferenciais. Os autores ressaltam ainda que a credibilidade do processo possa melhorar com o treino e uso de métodos mais sistemáticos de realização da conceitualização cognitiva. No entanto, há uma carência de estudos sobre a confiabilidade e a validade da conceitualização cognitiva no decorrer de diferentes situações e contextos ou com a passagem do tempo. No nível descritivo da conceitualização cognitiva, os autores sugerem que há algum escopo na literatura que pode servir de base para o entendimento de um modelo de funcionamento que resuma os dados dos problemas atuais e a presença e movimento desses problemas desde a infância do cliente. No entanto, no nível inferencial, onde esses dados deveriam demonstrar a ativação das crenças disfuncionais, a validade e a confiabilidade da conceitualização cognitiva ainda não foram demonstradas de forma contundente.

Bieling e Kuyken (2003) sugerem ainda que, além dos aspectos mencionados acima, mais estudos são necessários para aumentar a compreensão da relação entre a conceitualização cognitiva, a aliança terapêutica e os resultados terapêuticos. Os autores indicam como desafios algumas questões como: quão amplamente a conceitualização cognitiva é praticada pelos terapeutas cognitivos; que tipo de conceitualização cognitiva é utilizado com mais frequência; em que fase do processo de avaliação-intervenção os terapeutas cognitivos obtêm a conceitualização cognitiva e como essas formulações de caso são revisadas durante o trabalho; qual o uso que o terapeuta faz da conceitualização cognitiva (a considera o mapa para seu entendimento do caso, partilha instruções apenas de acordo com a necessidade, ou o mapa é como um conjunto elaborado de forma colaborativa e acordado antes do terapeuta e cliente começarem); quais são as visões do terapeuta sobre o papel e a importância da conceitualização cognitiva no seu trabalho. Todas essas são questões que permanecem em aberto, se recorrermos à literatura sobre conceitualização cognitiva.

Nesse mesmo sentido, Kuyken et al. (2005), por sua vez, chamam atenção para o fato de que há um processo chamado *top-down* da TCC (para mais detalhes sobre processo *button-up* e *top-down* e terapia cognitiva ver Lopes & Alves, 2009) que fornece uma estrutura descritiva útil clinicamente. No entanto, os autores ressaltam que se a

conceitualização cognitiva é realmente tão importante para a TCC quanto os terapeutas afirmam sistematicamente, isso tem uma implicação inegável na formação de terapeutas cognitivo-comportamentais, que é a necessidade de aquisição de habilidades de conceitualização de casos através de treinamentos e supervisão antes de darem início a uma prática efetiva em TCC.

Conceitualização cognitiva é uma estratégia baseada, antes de tudo, em pressupostos teóricos. Como tal, requer do terapeuta uma análise crítica e habilidade de testar hipóteses teóricas que façam sentido na vida de um cliente em específico, com queixas, experiências e contextos peculiares. Friedberg, Gorman e Beidel (2008) ressaltam que conceitualização cognitiva requer habilidades sofisticadas, como lidar com as especificidades de cada cliente, com as circunstâncias atípicas e ter o domínio teórico que lhe ofereça habilidade de análise e entendimento aprofundados do funcionamento de um sistema de crenças. Os autores sugerem fortemente o uso de supervisões em grupo e o compartilhamento da conceitualização cognitiva com os clientes, como uma forma de desenvolver essas habilidades e de testar, em cada caso, se as hipóteses levantadas fazem sentido para aquele cliente em específico. Assim como é necessário que se formule estratégias para a sistematização da conceitualização cognitiva como uma técnica baseada em evidências, também é necessário que se invista na idéia de que a TCC é uma teoria que visa instrumentalizar terapeutas e não técnicos. Nesse sentido, Friedberg et al. (2008) apontam para a importância de que a TCC fortaleça as formulações teóricas, mas que não seja negligenciado o contexto individual de cada cliente e a necessidade de manejo da emoção na sessão psicoterápica.

Na mesma direção dos críticos anteriores, e em resposta aos mesmos, Jose e Goldfried (2008) propõem a análise causal e síntese de eventos - CASE (*Causal Analysis and Synthesis of Events*) como uma forma de sistematização da conceitualização cognitiva em TCC. Esse modelo de conceitualização repousa sobre a identificação de diferentes aspectos do funcionamento do cliente, reconhecendo seus padrões e sintetizando os mesmos em termos de áreas problema. A proposta de Jose e Goldfried (2008) traz como principal contribuição o fato de integrar as ambivalências da

conceitualização cognitiva de cada cliente, uma vez que, tanto os padrões cognitivo-comportamentais, quanto o desvio destes padrões, poderão ser mapeados nas diferentes áreas problema. Os autores ressaltam que essa forma de conceitualização tem se mostrado eficaz, uma vez que diferentes clínicos tendem a chegar a conclusões similares sobre o mesmo cliente.

Essa confiabilidade e replicação nos dados de entendimento cognitivo dos clientes parece ser um dos principais desafios da sistematização da conceitualização cognitiva. Considerando tais aspectos e com o intuito de auxiliar terapeutas cognitivo-comportamentais iniciantes na construção da conceitualização cognitiva de seus clientes, será apresentada uma proposta de sistematização da conceitualização cognitiva de casos.

Proposta de Sistematização da Conceitualização

A proposta a ser apresentada a seguir foi formulada pela autora principal do presente trabalho ao longo de quase 15 anos de experiência clínica em TCC e da atuação de 10 anos como supervisora na formação de terapeutas cognitivo-comportamentais. Cabe ressaltar ainda, que não se trata de um modelo novo de formulação de caso e sim uma sequência de sugestões que visam auxiliar clínicos iniciantes a desenvolverem habilidades de conceitualização cognitiva de casos, embasada na literatura apresentada anteriormente neste trabalho.

A presente sistematização será apresentada em etapas, sendo necessário lembrar que o processo de conceitualização não ocorre de forma estanque e que cada cliente terá seu tempo e forma de assimilar os conceitos trabalhados ao longo do processo terapêutico, assim como cada terapeuta precisará encontrar sua forma individual de conduzir esse processo. Além disso, não é objetivo do presente texto esgotar todas as possibilidades e variabilidades no processo de conceitualização, e sim auxiliar o terapeuta a dar início ao processo de sistematização de suas conceitualizações de casos, para que o mesmo possa apropriar-se da filosofia de base da TCC que é norteada por uma compreensão de homem e de mundo e que se expressa de forma definitiva em toda conceitualização cognitiva de caso.

Antes de qualquer processo de enquadre cognitivo do caso, é fundamental que o terapeuta tenha realizado o levantamento da história do cliente. Tais aspectos foram abordados anteriormente no presente trabalho e podem ser encontrados em maiores detalhes na leitura cuidadosa de textos que referem o processo de avaliação cognitiva (por exemplo: J. Beck, 1997, 2007; Caminha & Habigzang, 2003; Knapp, 2004a).

Primeira Etapa – Antes da Conceitualização

A psicoeducação sobre o modelo cognitivo é o primeiro passo de uma conceitualização cognitiva eficaz. Antes de iniciar o processo de conceitualização com o cliente, é fundamental que o terapeuta verifique se este compreendeu o modelo cognitivo e a inter-relação entre pensamento, emoção e comportamento, para que o mesmo possa dar início ao processo de compreensão da conceitualização de seu sistema de crenças. A explicação do modelo cognitivo é realizada utilizando-se a parte de baixo do Diagrama de conceitualização cognitiva (Beck, 1997), que inclui a identificação de situação, pensamento automático, emoção, reação fisiológica e comportamento.

Antes de iniciar o trabalho com a conceitualização cognitiva colaborativamente com o cliente, o terapeuta preenche o Diagrama de conceitualização com os dados coletados em sessão. Aos terapeutas menos experientes, é sugerido que discutam esses dados com seus supervisores antes de levá-los para a sessão. De acordo com Kuyken et al. (2010), simultaneamente à conceitualização de caso colaborativa desenvolvida com o cliente em sessão, ocorre um processo de supervisão e consulta para o terapeuta. A conceitualização colaborativa entre supervisor e terapeuta (supervisionado) pode favorecer uma excelente experiência de aprendizagem. São discutidos nas supervisões questões como: o plano de tratamento, o andamento e o progresso da terapia, os resultados das intervenções, os impasses terapêuticos e as reações do terapeuta.

Waller (2009) aborda ainda um ponto muito interessante no que se refere à dificuldade dos terapeutas e clientes em darem andamento à conceitualização. Segundo ele, este processo de “travar” e não avançar com a conceitualização muitas vezes expressa um comportamento de busca de segurança interligado entre terapeuta e cliente.

Este tipo de questão merece ser identificada e trabalhada na supervisão, uma vez que a conceitualização colocará à prova a habilidade do terapeuta em compreender o cliente e em lhe propor mudanças. Para o cliente, por sua vez, o processo de conceitualização trará a oportunidade de ele conhecer objetivamente a compreensão que a TCC terá sobre o seu funcionamento, atuando como uma forma de psicoeducação e intervenção sobre seu estilo cognitivo.

Segunda Etapa – Levantamento de Situações

A segunda etapa refere-se ao levantamento de situações, pensamentos, emoções, comportamentos e reações fisiológicas no cotidiano do cliente. Para Sudak (2008), esta etapa inicial da conceitualização envolve um corte transversal dos pensamentos, emoções e comportamentos do cliente em determinada situação.

De acordo com Jose e Goldfried (2008), é fundamental explicar para o cliente o que é uma situação, um pensamento, um comportamento, uma emoção ou sentimento e uma reação fisiológica. Os autores ressaltam que, inicialmente, parece ser desejável que o cliente entenda situações como eventos externos, relativos ao ambiente, para facilitar sua compreensão, apesar de que o clínico deverá ficar atento para ensiná-lo, no futuro, que eventos internos também podem ser situações. No que se refere a pensamentos, muitos tipos diferentes de cognições podem ser nomeados neste momento e cabe ao terapeuta ficar atento a algumas cognições em especial: expectativas sobre si, os outros/o mundo e o futuro, auto-avaliações e auto-observações, atribuições e categorizações de pessoas e eventos. Em termos emocionais, serão foco da atenção do clínico, e devem ser explicados e exemplificados, tanto os sentimentos subjetivos e como o cliente os nomeia, quanto as reações fisiológicas que acompanham estes sentimentos. Na categoria dos comportamentos, serão incluídas todas as ações (e falta de ação) nas quais o cliente se engaje. Neste ponto, pode ser relevante avaliar o significado idiossincrático de expressões como "eu não fiz nada" ou "eu deixei pra lá", pois eles podem ser interpretados como ausência de ação, quando na verdade podem expressar ações de evitação.

Na mesma direção Knapp (2004a) aponta que uma das primeiras intervenções utilizadas com o cliente na TCC é ensiná-lo a realizar a identificação de PAs que surgem em momentos de dificuldade, juntamente com as consequências dos mesmos nas emoções e comportamentos e maneiras de responder eficazmente a esses pensamentos. Comumente, esse ensino é feito através da descoberta guiada, dada a maior eficácia deste método. Utiliza-se uma situação vivida pelo cliente para identificar cada um dos componentes iniciais da conceitualização. Quando é necessário fazê-lo de maneira mais didática, utiliza-se uma situação presenciada pelo terapeuta durante a sessão como exemplo. Uma estratégia que pode dar bons resultados é utilizar situações cotidianas para exemplificar. Inicialmente, pode ser mais eficaz utilizar situações hipotéticas e que sejam aparentemente pouco intimidadoras para o cliente.

Utilizam-se exemplos cotidianos do cliente para garantir que ele compreenda a lógica do funcionamento desse modelo. Em seguida, a mesma atividade é indicada como tarefa de casa, solicitando-se que o cliente identifique uma gama de situações em sua vida que lhe causam incômodo, gerando dúvida, incerteza, medo, frustração, tristeza ou raiva. É importante que as situações abranjam as mais diversas áreas de sua vida. Inicialmente, é pedido que o cliente identifique situações de maneira mais genérica, até que compreenda a atividade. Em seguida, são indicadas áreas específicas de sua vida para que ele identifique situações.

Knapp (2004a) propõe que durante o processo continuado de conceitualização cognitiva, inicialmente o terapeuta dirige mais a atividade, até que o cliente vá aprendendo a se perceber e a se conhecer cognitivamente. Rangé (2004) sugere que a elaboração da conceitualização cognitiva seja iniciada solicitando-se que o cliente descreva três situações típicas de seu funcionamento em seu cotidiano. Após o registro das três situações, pede-se ao cliente que descreva experiências infantis significativas com familiares ou outras pessoas importantes. Esse levantamento é recomendado porque essas experiências fortalecerão as crenças do indivíduo sobre si mesmo e sobre o mundo. J. Beck (1997) enfatiza ainda, que a TCC tem como característica essencial a utilização de dados oferecidos diretamente pelo cliente para a elaboração da conceitualização.

Sendo assim, mesmo que o terapeuta seja diretivo, é fundamental que os dados da conceitualização venham das falas do cliente.

Comumente, na prática de supervisão, terapeutas iniciantes questionam quantas situações são necessárias para se ter um número de dados suficientes para uma conceitualização abrangente do cliente. Com base na experiência clínica e de supervisão foi proposto o Mapa de situações por área da vida para conceitualização cognitiva de caso (Neufeld, 2009) que é apresentado na Tabela 2. Este Mapa tem por objetivo auxiliar o clínico a ter uma visão global de seu cliente, além de gerar uma representação visual da extensão que uma dificuldade/sintoma ocupa na vida do cliente. Adicionalmente, oferece suporte ao clínico iniciante para sistematizar sua coleta de dados, de maneira que seu mapeamento por áreas da vida do cliente o auxilie a não negligenciar nenhum aspecto da vida do mesmo.

Para o preenchimento deste Mapa, o terapeuta é incentivado a identificar todas as áreas da vida do cliente. O número dessas áreas vai depender da variedade e riqueza de relações que o cliente estabelece. Pode-se citar como exemplos de áreas: relacionamento amoroso, relacionamento social, familiar, com filhos, trabalho, saúde, vida cotidiana, dentre outros. A utilidade desse mapa reside no fato de verificar se o terapeuta conseguiu obter uma visão abrangente acerca das dificuldades do cliente, evitando-se preencher um Diagrama de conceitualização que seja um recorte não generalizável da vida do indivíduo. Assim sendo, é reduzido o risco do terapeuta compreender equivocadamente a totalidade do cliente a partir de uma dificuldade circunscrita a uma única área de sua vida.

Para preenchimento desse mapa, sugere-se que sejam levantadas no mínimo duas situações de cada área da vida do cliente dentro dos grupos de crenças sobre si e sobre os outros/o mundo. No que se refere ao futuro, são levantadas no mínimo duas situações que não precisam ser referentes a nenhuma área em particular, pela dificuldade de se levantar situações tão específicas que se refiram ao futuro. Essa estratégia é uma tentativa de identificar quando foram coletadas situações suficientes para a elaboração da conceitualização cognitiva do cliente na sessão. É comum que as áreas mais

comprometidas da vida do cliente apareçam mais vezes nas situações coletadas. Entretanto, esse mapa visa garantir que não se omitiu algum aspecto da vida do indivíduo, além de oferecer ao clínico uma idéia acerca da extensão dos sintomas apresentados

Tabela 2. Mapa de Situações por Área da Vida para Conceitualização Cognitiva de Caso

Tríade cognitiva	Categorias a serem levantadas	Área da vida 1	Área da vida 2	Área da vida 3	Área da vida 4	Área da vida 5	Área da vida "n..."
Sobre si	Situação 1:						
	Pensamento Automático (PA):						
	Significado do PA:						
	Emoção e Reação fisiológica (RF):						
	Comportamento:						
	Situação 2:						
	Pensamento Automático (PA):						
	Significado do PA:						
	Emoção e Reação fisiológica (RF):						
Comportamento:							
Sobre os outros/mundo	Situação 1:						
	Pensamento Automático (PA):						
	Significado do PA:						
	Emoção e Reação fisiológica (RF):						
	Comportamento:						
	Situação 2:						
	Pensamento Automático (PA):						
	Significado do PA:						
	Emoção e Reação fisiológica (RF):						
Comportamento:							
Sobre o futuro	Situação 1:				Situação 2:		
	Pensamento Automático (PA):				Pensamento Automático (PA):		
	Significado do PA:				Significado do PA:		
	Emoção e Reação fisiológica (RF):				Emoção e Reação fisiológica (RF):		
	Comportamento:				Comportamento:		

Neufeld, C. B. (2009). Conceitualização cognitiva de caso. VII Congresso de Terapias Cognitivas, Maceió, pp. 07.

É importante que o terapeuta tenha coletado muitas informações sobre o cliente para ajudá-lo a identificar seus pensamentos, emoções e comportamentos em cada situação, e esteja munido do máximo de informações na sessão onde será dado início ao processo de construção colaborativa da conceitualização com o cliente. Entretanto, não se deve apresentar o cliente para ele mesmo, como se o terapeuta soubesse tudo a seu respeito e não lhe desse a oportunidade de pensar acerca de si mesmo. A idéia é que cada um dos passos seja feito com o cliente, para que ele possa identificar sua maneira de pensar, sentir e agir. Por isso, essa primeira fase da conceitualização cognitiva é tão importante. É o cliente quem escreve em seu próprio Diagrama de conceitualização durante a sessão, com raras exceções, como por exemplo, quando o cliente não sabe escrever ou tem dificuldades para fazê-lo. O registro de diversas situações é fundamental para que fique bem claro o funcionamento do modelo cognitivo e para que sejam coletados dados suficientes sobre a vida do cliente, que fundamentarão as estratégias a serem utilizadas durante a terapia.

É comum se observar terapeutas inexperientes utilizando muitas palavras técnicas para explicar o modelo cognitivo e o sistema de crenças. Eles precisam, entretanto, ser orientados por seus supervisores e, com o passar do tempo, começar a encontrar maneiras de explicar que façam sentido para cada cliente. Alguns clientes compreenderão palavras eruditas, enquanto outros precisarão da mesma lógica concreta usada nas explicações dadas às crianças. Em muitos casos, o grande desafio para o terapeuta será auxiliar o cliente na identificação dos PAs. É preciso que esteja bastante claro para o cliente o que são PAs. A idéia principal é ajudá-lo a entender essa possibilidade do PA cruzar os nossos pensamentos e gerar interpretações específicas para cada situação.

Terceira Etapa – O Registro no Diagrama de Conceitualização Cognitiva

No levantamento de situações sobre a vida do cliente, é utilizado o Diagrama de conceitualização cognitiva de J. Beck (1997). De acordo com J. Beck (2007), ele é necessário para auxiliar na organização das informações coletadas com o cliente, consequentemente favorecendo a identificação das crenças e estratégias compensatórias,

a compreensão dos motivos que levaram ao desenvolvimento dessas crenças e da maneira como as estratégias compensatórias se conectaram às crenças centrais e à organização das metas da terapia.

Knapp e Rocha (2003) referem que o Diagrama pode ser utilizado durante a sessão com o cliente, como exercício para o terapeuta, visando realizar avaliação cognitiva do cliente, ou como tarefa de casa. O preenchimento do Diagrama inicia-se assim que houver um levantamento suficiente de dados. Essa suficiência pode ser avaliada objetivamente com base no Mapa de situações por área da vida para conceitualização cognitiva de caso descrito acima.

É importante que o terapeuta escolha, junto com o cliente, problemas típicos que exemplifiquem diferentes temas nos seus PAs e no seu modo de funcionamento, visando evitar que crenças importantes sejam ignoradas e, ao mesmo tempo, evitar que a conceitualização seja feita de maneira imprecisa. No Diagrama devem ser incluídos três grupos de crenças centrais: um grupo referente ao próprio cliente (sobre si); outro com relação aos outros (sobre os outros) e/ou ao mundo (o mundo); e outro quanto ao futuro.

A conceitualização de caso visa descrever os problemas do cliente em uma linguagem construtiva, ajudando-o a compreender a lógica da manutenção de seus problemas (Kuyken et al., 2010). Nesse sentido, é fundamental que o cliente registre as situações apontadas como mais típicas com suas próprias palavras, não sendo necessário o emprego de termos eruditos ou que façam pouco sentido para ele.

Quarta Etapa – Identificação dos Significados dos PAs

Após o registro de algumas situações no Diagrama de conceitualização cognitiva (J. Beck, 1997), pede-se ao cliente que identifique o que as situações registradas têm em comum. É muito usual, inicialmente, os clientes identificarem suas reações comportamentais como recorrentes. Essa percepção deve ser enfocada pelo terapeuta, de forma que o cliente passe a perceber seus padrões comportamentais, emocionais e cognitivos. Neste ponto, é fundamental que o foco se volte para a semelhança em

sentido/significado dos PAs, pois mesmo eles parecendo, inicialmente diferentes, podem conter significados idênticos.

Os significados dos PAs são explorados com o cliente. Explica-se a ele que o PA revela algo que, em última instância, ele acredita sobre si, e que se ele pensa de uma determinada maneira a seu respeito, então deve indagar "o que isso significa sobre mim?". Assim, inicia-se indiretamente a identificação das crenças centrais. Muitas vezes, essa atividade demanda bastante tempo de trabalho com o cliente, mas uma vez identificados os significados dos PAs, o processo de identificação das crenças centrais é facilitado. As técnicas da flecha descendente e da utilização de 'outros como referência' podem ser poderosas aliadas no processo de identificação do significado dos PAs.

Nesse momento, é muito importante verificar sistematicamente com o cliente se esses significados estão fazendo sentido para ele, se isso se generaliza em sua vida ou se é circunscrito a determinada área. Essa atividade de identificar as similaridades entre os registros tem também a função de auxiliar o cliente a "digerir" essas informações, começando a perceber a frequência com que isso acontece e a extensão que aquela característica ou aquele tipo de interpretação tem em sua vida.

Quinta Etapa – Identificação das Crenças Centrais, Intermediárias e Estratégias Compensatórias

O próximo passo refere-se à identificação das crenças centrais e intermediárias. Explica-se, neste momento, que as interpretações que as pessoas fazem das situações são formas encontradas para compreender o mundo. Esses modos de pensar são construídos a partir das experiências de cada indivíduo e estão relacionadas com a maneira como cada pessoa se sente e se comporta. Cabe ressaltar aqui, que existem grandes premissas que regem a maneira de lidar com o mundo, e que essas premissas geram regras que visam organizar a vida e as reações dos indivíduos.

Após a identificação dos significados dos PAs, inicia-se o trabalho com a parte de cima do Diagrama de conceitualização cognitiva (J. Beck, 1997), onde ficam localizadas as crenças centrais, as crenças intermediárias e as estratégias compensatórias. Podem-se

utilizar várias técnicas (flecha descendente, questionamento socrático, outros como referência) para ajudar o cliente a identificar o que ele pensa sobre si, sobre os outros/o mundo e sobre o futuro. A idéia principal nessa atividade é propor para o cliente completar as frases: "eu sou...", "os outros são...", "o mundo é..." e "o futuro é..." com base nos significados dos PAs anteriormente identificados por ele.

Cabe ressaltar aqui que não é necessário que o cliente nomeie as crenças centrais com os termos técnicos utilizados na literatura. Tampouco há necessidade que as palavras sejam excessivamente eruditas, como por exemplo: a si como vulnerável, incapaz, indigno de amor, inadequado; aos outros como malévolos, persecutórios, avaliativos, dentre outras. Em contrapartida, é fundamental que o cliente identifique a lógica do seu sistema de crenças, utilizando sinônimos dos termos citados e que façam sentido na sua realidade e no seu vocabulário, como por exemplo, para a crença de vulnerabilidade é mais comum que o cliente expresse "estou em perigo" ou "sou inseguro".

Quando concluída a identificação das crenças centrais, começa-se a trabalhar com as crenças intermediárias. Uma forma de auxiliar nesta identificação é pedir ao cliente que transforme as frases das crenças centrais em premissas do tipo "se... então...". Nesse caso, é pedido ao cliente que complete este exercício com o máximo de possibilidades de preenchimento dessa frase que façam sentido para ele, e que expressem o que ele realmente pensa em termos dessa relação condicional. As regras também devem ser investigadas nesse momento, então os "deveria" e "tenho que" também podem ser explorados com exercícios de completar frases.

As crenças intermediárias tendem a ser muito diversas de um indivíduo para outro. A de uma pessoa pode ser absolutamente antagônica à de outra. Podem ser citados como exemplos de crenças-regra idéias como "se eu sou incapaz, então eu preciso me esforçar mais para ser perfeito para que ninguém note a minha incapacidade" ou "se eu sou incapaz, então nada que eu faça vai fazer diferença, portanto, não vou nem tentar". Essa diversidade de possibilidades de crenças intermediárias para uma mesma crença central é, provavelmente, o que torna nossos sistemas de crenças tão

individualizados e afasta toda a possibilidade de compreender a conceitualização cognitiva como uma receita pronta de funcionamento do cliente.

Por fim, trabalha-se com as estratégias compensatórias (EC). Diferentes reações podem atuar como EC, dependendo do caso. Os mecanismos de evitação e os comportamentos de busca de segurança podem funcionar como EC muito eficientes em diferentes tipos de ativação disfuncional do sistema de crenças. Nesse momento do trabalho com a conceitualização cognitiva, é fundamental que o cliente perceba quais reações ele emite com maior frequência e que impedem que o ciclo vicioso de ativação disfuncional de uma crença seja cortado. Neste ponto, o questionamento socrático e a análise de evidências podem ser utilizados como formas de auxiliar o cliente a identificar essas reações. O processo realizado anteriormente, de identificar a repetição do padrão comportamental, também pode ser retomado e costuma auxiliar muito na identificação de EC. Terapeuta e cliente irão se centrar naquelas EC que são mais típicas e nocivas e que influenciam de maneira mais marcante na retroalimentação desse sistema disfuncional.

Para encerrar esta etapa da conceitualização cognitiva, sugere-se que seja realizado um processo de checagem e de reflexão com o cliente. Pede-se a ele que pense sobre todos os aspectos levantados e que avalie o quanto considera que tais aspectos são realmente representativos de seu funcionamento, ou seja, o quanto ele se reconhece naquela conceitualização. Caso relate sua identificação com os conteúdos trabalhados, é produtivo incentivá-lo a recuperar lembranças de eventos ou situações nos quais identifique que tais mecanismos tenham atuado em sua vida. Comumente, este momento é muito produtivo, pois em geral, instaura um processo de *insight* genuíno. Muitas vezes, o cliente relata o quanto todo este processo o faz perceber, com clareza, inúmeras reações que vem expressando no seu cotidiano, alcançando-se assim um dos objetivos principais da conceitualização cognitiva, que é ajudar o cliente a compreender seu modo de funcionamento. Neste ínterim, cabe ressaltar ainda que, caso o cliente não se identifique com os conteúdos da conceitualização, faz-se necessário rever o processo e

encontrar, juntamente com o cliente, os pontos a serem revistos e os aspectos com os quais ele tenha se identificado.

Sexta Etapa – Sedimentar a Idéia Cíclica do Sistema de Crenças e Traçar Metas para Intervenção

Neste momento, é fundamental verificar o quanto a natureza cíclica do funcionamento do sistema de crenças foi absorvida pelo cliente. Sugere-se solicitar a este que identifique essa natureza cíclica em sua vida. No entanto, ao encerrar este momento do processo colaborativo de conceitualização, é fundamental retomar uma visão normalizadora dos conteúdos identificados, pois muitos clientes podem experienciar um misto de alívio e culpa ao tomar conhecimento destes aspectos de sua cognição. Nesse sentido, reforçar que esta é apenas uma parte de seu funcionamento, e que tomar consciência disso pode atuar como uma ferramenta importante na luta que se iniciará em seu processo terapêutico contra a ativação disfuncional de algumas dessas crenças, pode ser extremamente reconfortante para o cliente. Essa visão normalizadora e a instilação de esperança são fundamentais, uma vez que este geralmente é um momento difícil no processo terapêutico e talvez por isso seja negligenciado tantas vezes por terapeutas e clientes.

Após o fechamento parcial da conceitualização cognitiva, considerando-se que ela continua a ser feita durante todo o tratamento do cliente, Kuyken et al. (2010) referem que terapeuta e cliente discutem e decidem quais aspectos serão prioridades para as intervenções. A conceitualização pode ser utilizada como justificativa explícita para a tomada de decisão sobre quais aspectos intervir primeiro. Os autores também ressaltam a possibilidade de se repetir a conceitualização dos aspectos positivos e saudáveis do cliente.

De acordo com Rangé (2004), é importante garantir que a conceitualização atenda aos seguintes critérios: ter utilidade, ser simples, teoricamente coerente, oferecer explicações sobre comportamentos passados, encontrar sentido nos comportamentos presentes e ter capacidade para prever comportamentos futuros. Nesse sentido, a

presente proposta de sistematização visa justamente atender aos critérios mencionados por Rangé (2004) e que esse processo seja facilitado tanto para terapeutas quanto para clientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conceitualização cognitiva mostra-se uma ferramenta clínica importante no auxílio da identificação das dificuldades dos clientes e da organização das mesmas dentro do modelo cognitivo. Além disso, ela favorece a visualização, por parte do terapeuta e do cliente, dos conteúdos que estão sendo expressos verbalmente, além da compreensão do delineamento das técnicas a serem utilizadas ao longo da terapia dentro da abordagem cognitivo-comportamental.

Considera-se a conceitualização de caso como uma habilidade terapêutica fundamental. Ainda assim, muitos terapeutas sentem falta de confiança sobre como conceitualizar cognitivamente seus clientes. A escassez de pesquisas na área traz dúvidas sobre o valor positivo da conceitualização de caso em TCC. Um dos maiores desafios para os terapeutas cognitivos é aprender a utilizar a conceitualização de caso de maneira eficiente (Kuyken et al., 2010).

Dadas as críticas apontadas quanto à necessidade de melhorar a confiabilidade e a validade da conceitualização cognitiva como técnica e a sugestão de que esta seja feita de maneira mais sistematizada, este artigo buscou contribuir para auxiliar terapeutas iniciantes a aprenderem, passo a passo, como desenvolver essa técnica de forma mais sistemática. Além disso, é uma forma de submeter esta metodologia à avaliação dos pares, uma vez que gera a oportunidade de terapeutas mais experientes avaliarem o que foi proposto, compararem com sua prática e fazerem sugestões a partir de futuras publicações. Ainda nesse sentido, o presente trabalho visa incentivar estudos sistemáticos na área de conceitualização cognitiva entre autores brasileiros, contribuindo na produção de conhecimentos condizentes com a nossa realidade sócio-cultural.

Por fim, em consonância com o que propõe Waller (2009), dois dos elementos fundamentais em TCC repousam sobre o questionamento das crenças e a mudança nos comportamentos. Estes dois elementos são potencialmente estressores, tanto para

terapeutas quanto para clientes. Conceitualizar cognitivamente um caso é, sem dúvida, um dos grandes estressores na aquisição de habilidades terapêuticas, e 'conceitualizar-se' certamente não é menos estressante para o cliente. Portanto, todo movimento na direção da busca de compreender os mecanismos envolvidos neste processo podem auxiliar na diminuição desses estressores para a díade terapêutica.

REFERÊNCIAS

Beck, A. T. (1993). Cognitive Therapy: Past, Present and Future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 194-198.

Beck, A. T. (2005). Além da crença: Uma teoria de modos, personalidade e psicopatologia. In P. M. Salkovskis (Ed.), *Fronteiras da terapia cognitiva* (pp. 21-40). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Beck, A. T., Rector, N. A., Stolar, N., & Grant, P. (2010). *Terapia cognitiva da esquizofrenia* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2009).

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1997). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artmed (Original publicado em 1979).

Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (2000). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding, *Current psychotherapies* (6th ed.; pp. 241-272). Itasca, IL: E. E. Peacock. Beck, J. S. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática* (S. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 1995).

Beck, J. S. (2007). *Terapia cognitiva para desafios clínicos: O que fazer quando o básico não funciona* (S. M. de Carvalho, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2005).

Bieling, P. J., & Kuyken, W. (2003). Is cognitive case formulation science or sci-ence fiction? *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(1), 52-69.

Caminha, R. M. (2005). *Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT): Da neurobiologia à terapia cognitiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Caminha, R. M., & Caminha, M. G. (2007). Conceitualização cognitiva com crianças. In R. M. Caminha & M. G. Caminha, *A prática cognitiva na infância* (pp. 57-70). São Paulo: Roca.

Caminha, R. M., & Habigzang, L. F. (2003). Avaliação Cognitivo-Comportamental. In R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira, & N. M. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática* (pp. 29-38). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dattilio, F. M. (2004). Casais e famílias. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 377-401). Porto Alegre: Artmed.

Dattilio, F. M., & Padesky, C. A. (1995). *Terapia cognitiva com casais* (D. Batista, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas (Obra original publicada em 1990).

Didie, E. R., Reinecke, M. A., & Phillips, K. A. (2010). Case conceptualization and treatment of comorbid body dysmorphic disorder and bulimia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 259-269.

Duchesne, M., & Appolinário, J. C. (2001). Tratamento dos transtornos alimentares. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 317-331). Porto Alegre: Artmed.

Friedberg, R. D., Gorman, A. A., & Beidel, D. C. (2008). Training psychologists for cognitive-behavioral therapy in the raw world: A rubric for supervisors. *Behavior Modification, 20*(10), 1-20.

Greanias, T., & Siegel, S. (2003). Diagnósticos duplos. In J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos* (pp. 03-30). São Paulo: Roca.

Jose, A., & Goldfried, M. (2008). A transtheoretical approach to case formulation. *Cognitive and Behavioral Practice, 15*, 212-222.

- Knapp, P. (2004a). Princípios fundamentais da terapia cognitiva. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 19-41). Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P. (2004b). Principais técnicas. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 133-158). Porto Alegre: Artmed.
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), s54-s64.
- Knapp, P., & Caminha, R. M. (2003). Terapia cognitiva do transtorno de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(supl I), 31-36.
- Knapp, P., & Rocha, D. B. (2003). Conceitualização cognitiva: Modelo de Beck. In R. M. Caminha, R. Wainer, M. Oliveira, & N. M. Piccoloto (Orgs.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática* (pp.39-46). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M., & Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1187-1201.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2008). The science and practice of case conceptualization. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 757-768.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de casos colaborativa: O trabalho em equipe com clientes em terapia cognitivo-comportamental* (S. M. M. da Rosa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2009).
- Leahy, R. L. (2006). *Técnicas de terapia cognitiva: Manual do terapeuta* (M. A. V. Veronese, & L. Araújo, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2003).
- Lima, M. S. de, Knapp, P., Blaya, C., Quarantini, L. de C., Oliveira, I. R. de, Lima, P. A. S. do P. (2004). Depressão. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 168-192). Porto Alegre: Artmed.
- Lopes, R. F. F., & Alves, M. R. (2009). Bases cognitivas, comportamentais e afetivas das crenças e a implicação nos tratamentos cognitivo-comportamentais. In: R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição, vol. 24* (pp. 297-304). Santo André: ESETEC Editores Associados.

- Lotufo, F., Neto, Yacubian, J., Scalco, A. Z., & Gonçalves, L. (2001). Terapia comportamental cognitiva dos transtornos afetivos. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 275-286). Porto Alegre: Artmed.
- Moscovitch, D. A. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case conceptualization and treatment. *Cognitive and Behavioral Practice, 16*, 123-134.
- Neufeld, C. B. (2009). Conceitualização cognitiva de caso. *VII Congresso de Terapias Cognitivas*, Maceió, p. 07.
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. da (2007). Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. *Estudos de Psicologia, 24*(4), 513-517.
- Pereira, M. (2004). Transtornos da personalidade. In P. Knapp (Org.), *Terapia cognitivo-comportamental na prática psiquiátrica* (pp. 311-316). Porto Alegre: Artmed.
- Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. G. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1041-1051.
- Rangé, B. (2004). Conceituação cognitiva. In C. N. de Abreu & H. J. Guilhardi (Orgs.), *Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: Práticas clínicas* (pp. 286-299). São Paulo: Roca.
- Rangé, B., & Borba, A. (2008). *Vencendo o pânico: Terapia integrativa para quem sofre e para quem trata o transtorno de pânico e a agorafobia*. Rio de Janeiro: Cognitiva.
- Seligman, M. (2004). *Felicidade autêntica: Usando a nova psicologia positiva para realização permanente*. Rio de Janeiro: Objetiva (Obra original publicada em 2002).
- Stallard, P. (2007). *Guia do terapeuta para os bons pensamentos – bons sentimentos: Utilizando a terapia cognitivo-comportamental com crianças e adolescentes*. Porto Alegre: Artmed.
- Sudak, D. M. (2008). *Terapia cognitivo-comportamental na prática* (R. C. Costa, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2006).

Waller, G. (2009). Evidence-based treatment and therapist drift. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 119-127.

White, J. R. (2003). Introdução. In J. R. White & A. S. Freeman (Eds.), *Terapia cognitivo-comportamental em grupo para populações e problemas específicos* (pp.03-30). São Paulo: Roca.

Wright, J. H., Basco, M. R., & Thase, M. E. (2008). *Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental: Um guia ilustrado* (M. G. Armando, Trad.). Porto Alegre: Artmed (Obra original publicada em 2006).