

Ensaio

Terapia Cognitiva: conceitos básicos e sua aplicação

Aline Abreu e Andradeⁱ

A prática clínica na abordagem cognitiva se caracteriza primordialmente por seu foco na identificação e reestruturação de pensamentos automáticos, crenças intermediárias e crenças centrais. Este foco se justifica a partir da concepção de Aaron Beck, fundador da terapia cognitiva, de que não são os fatos em si que determinam o que as pessoas sentem, e sim o modo como elas os interpretam. Desta forma, cabe ao terapeuta cognitivo auxiliar o paciente na detecção e questionamento de suas formas mais comuns de interpretação, nos três níveis elencados anteriormente.

Os pensamentos automáticos se constituem no nível mais superficial de cognição, ou seja, são como a “ponta do iceberg”. Eles se caracterizam por serem espontâneos, telegráficos e repetitivos. Além disto, eles vêm acompanhados de emoção, uma vez que, em última instância, estão relacionados a uma crença central.

Esses pensamentos geralmente não são percebidos e, por isto, são aceitos sem questionamento. Por exemplo, um paciente que apresenta constantemente o pensamento automático “as pessoas vão rir de mim”, pode não estar ciente dessa cognição, percebendo apenas da sensação de vergonha e medo em situações sociais. Um dos objetivos da terapia cognitiva é, então, que ele vá se tornando cada vez mais consciente de seus pensamentos automáticos e, conseqüentemente, mais apto a

questionar a sua veracidade em cada contexto.

Já as crenças intermediárias são consideradas o grupo mediador entre os pensamentos automáticos e as crenças centrais. Constituem-se em regras e pressupostos criados pelo indivíduo para conviver com suas ideias absolutas, negativas e não adaptativas. No exemplo citado anteriormente, o paciente pode apresentar como crença intermediária a ideia de que “devo me preocupar com a forma como vou agir em grupos” ou “não posso ser espontâneo”.

Por fim, as crenças centrais são entendimentos profundos e fundamentais formados desde a infância a partir da interação do sujeito com o mundo. Elas envolvem a percepção de si, do mundo e do futuro, o que é chamado na Terapia Cognitiva de “tríade cognitiva”.

O indivíduo formula essas concepções a partir de sua necessidade de organizar suas experiências de forma coerente. Desta forma ele passa a interpretar os acontecimentos de sua vida a partir desta “lente”. Estas interpretações são tidas como verdades absolutas, guiando sua forma de sentir e agir diante do mundo. No exemplo de caso citado, diante dos sentimentos de medo e vergonha, o paciente tenderá a agir evitando ao máximo as situações sociais, uma vez que muitas vezes não terá articulado nem para si mesmo suas crenças centrais, como “eu sou

inadequado” ou “as pessoas são críticas”, uma vez que estas não estão conscientes.

A identificação desta sequência que vai do pensamento automático “as pessoas vão rir de mim”, passa pela crença intermediária “não posso ser espontâneo” e chega até a crença central “eu sou inadequado” não é elaborada unicamente pelo terapeuta. Ao contrário, é construída de forma colaborativa com o paciente ao longo das primeiras sessões. Este processo “diagnóstico” é denominado conceitualização cognitiva do caso, e consiste em uma teoria sobre o paciente que correlaciona todas as suas queixas entre si, explica porque ele desenvolveu estas dificuldades e o que as mantém, permite fazer previsões sobre o seu comportamento e, por fim, possibilita o desenvolvimento de um plano de trabalho.

A partir da formulação da conceitualização cognitiva, dá-se início à intervenção propriamente dita. Para tal, Aaron Beck propôs uma estrutura-padrão das sessões, que se constitui de: checagem do estado de humor, ponte com a sessão anterior, revisão da tarefa de casa, estabelecimento da agenda, discussão dos tópicos da agenda, determinação de novas tarefas, resumo e solicitação de feedback. Sabe-se que uma estrutura adequada das sessões aumenta a probabilidade da realização de um trabalho colaborativo e eficaz.

No Brasil, esta forma estruturada de dirigir o trabalho terapêutico é pouco familiar até mesmo para terapeutas experientes. Entretanto, deve-se ressaltar que essas etapas da sessão não precisam ser conduzidas de forma compartimentada ou burocrática. Deve-se, ao contrário, buscar a realização dessa sequência de forma gradual e natural.

Um componente de suma importância na estrutura das sessões são as tarefas de casa. Estas tarefas são estabelecidas no fim de cada atendimento, tendo como foco algum assunto trabalhado. O objetivo é que o

paciente coloque em prática no seu dia-a-dia novas observações, pensamentos e ações sobre os temas discutidos na sessão. Desta forma, a execução das atividades de casa facilita a instalação e manutenção de novos padrões cognitivos e comportamentais.

Além das tarefas, são utilizadas várias outras estratégias de intervenção ao longo da psicoterapia, tais como a Psicoeducação, o Diálogo Socrático e a Técnica da Seta Descendente. A psicoeducação é amplamente utilizada como recurso e é considerada um componente-chave do processo terapêutico. Consiste na educação do paciente a respeito dos fundamentos da terapia cognitiva, de modo a familiarizá-lo com o modelo. Consiste ainda, no caso dos transtornos psiquiátricos, na discussão sobre o que é o transtorno, seus sintomas, curso e formas de intervenção. A importância da psicoeducação está no fato de que entender o problema e suas conseqüências é o primeiro passo para a efetividade do tratamento, sendo que muitos pacientes o destacam como um dos fatores mais importantes.

Já no Diálogo Socrático, questões são elaboradas cuidadosamente pelo terapeuta de modo a buscar conclusões lógicas em relação a um problema e fornecer diretrizes para futuras ações. Estas questões devem ser elaboradas de modo a encorajar o paciente a analisar, sintetizar e avaliar diferentes fontes de informação, bem como desenvolver habilidades de solução de problemas.

Outra intervenção utilizada é a Técnica da Seta Descendente, na qual terapeuta e cliente partem de um pensamento automático, e vão, através de questionamentos, se aprofundando na compreensão do significado de tal pensamento para aquela pessoa. A compreensão sobre o significado do pensamento evoca, assim, as crenças centrais, tornando-as conscientes.

Deve-se destacar que, apesar da existência de várias técnicas de

intervenção cognitiva disponíveis, bem como de protocolos específicos para intervenção em transtornos psiquiátricos, o terapeuta cognitivo se baseia principalmente na relação terapêutica ao longo do tratamento. A interação colaborativa é atingida e mantida através da discussão explícita dos temas, de uma

aliança terapêutica positiva, da estrutura terapêutica e de um equilíbrio ótimo entre aliança e estrutura ao longo da terapia. A partir disto, é possível que terapeuta e paciente se tornem parceiros na identificação, testagem e modificação de pensamentos, e, conseqüentemente, de sentimentos e comportamentos. ■

Referências bibliográficas

- Abreu, C. N. de & Guilhardi, H. J. (Orgs.) (2004). *Terapia Comportamental e Cognitivo-Comportamental – Práticas Clínicas*. São Paulo: Roca.
- Kuyken, W., Padesky, C.A., & Dudley, R. (2010). *Conceitualização de Casos Colaborativa: o trabalho em equipe com pacientes em terapia cognitivo-comportamental*. Porto Alegre: Artmed.
- Range, B. P. (Org.) (2011). *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais Um Diálogo com a Psiquiatria*. 2ª Ed. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em: 13/09/2011

Aceito em: 13/09/2011

Sobre a autora:

ⁱ **Aline Abreu e Andrade** é Mestranda em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Especialista em Terapia Comportamental pela PUC-MG. Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Formação em Terapias Cognitivas pelo Instituto Mineiro de Terapias Cognitivas (IMTC). Atualmente trabalha com psicologia clínica, atendendo crianças, adolescentes e adultos dentro da abordagem cognitivo-comportamental. **E-mail:** aline_abreu_andrade@yahoo.com.br